ISSN 2221-7355

ВЕСТНИК

АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК ТАДЖИКИСТАНА

ПАЁМИ

АКАДЕМИЯИ ИЛМҲОИ ТИББИ ТОҶИКИСТОН

BULLETIN

OF THE ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES OF TAJIKISTAN

№2 - 2016

ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТИ ВА ХИФЗИ ИЧТИМОИИ АХОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

АКАДЕМИЯИ ИЛМҲОИ ТИБ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

ВЕСТНИК
АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК ТАДЖИКИСТАНА

ПАЁМИ
АКАДЕМИЯИ ИЛМҲОИ ТИББИ ТОҶИКИСТОН

BULLETIN
OF THE ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES OF TAJIKISTAN

№2 (18).

АПРЕЛЬ-ИЮНЬ 2016 г

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

ГАИБОВ А.Д. (главный редактор) член-корр. АМН МЗ и СЗН РТ

АВЕЗОВ С.А. – д.м.н. (отв. секретарь); *АХМЕДОВ А.* – член-корр. АМН МЗ и СЗН РТ, д.м.н., профессор; *АХМЕДОВ С.М.* – член-корр. АМН МЗ и СЗН РТ, д.м.н., профессор (зам. главного редактора); *ГУЛМУРОДОВ Т.Г.* – член-корр. АМН МЗ и СЗН РТ, д.м.н., профессор; *ДОДХОЕВА М.Ф.* – академик АМН МЗ и СЗН РТ, д.м.н., профессор; *ЗОИРОВ П.Т.* – член-корр. АМН МЗ и СЗН РТ, д.м.н., профессор; *ИБОДОВ Х.* – д.м.н., профессор; *ИСУПОВ С.Дж.* – академик АМН МЗ и СЗН РТ, доктор фармацевтических наук, профессор (зам. главного редактора); *КУРБАНОВ К.М.* – академик АМН МЗ и СЗН РТ, д.м.н., профессор; *КУРБАНОВ У.А.* – член-корр. АМН МЗ и СЗН РТ, д.м.н., профессор; *МИРОДЖОВ Г.К.* – академик АН и АМН МЗ РТ, д.м.н., профессор (зам. главного редактора); *РУСТАМОВА М.С.* – д.м.н.; *САЛИМЗОДА Н.* – к.м.н.; *ФАЙЗУЛЛОЕВ Н.Ф.* – академик АМН и СЗН РТ, д.м.н., профессор.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

БЕЛОВ Ю.В. (Москва), ВИШНЕВСКИЙ В.А. (Москва), ГАВРИЛЕНКО А.В. (Москва), ГУЛОВ М.К. (Душанбе), ДАВЫДОВ М.И. (Москва), ИВАШКИН В.Т. (Москва), КУРБАНОВ С.Х. (Душанбе), ЗИКРИЁХОДЖАЕВ Д.З. (Душанбе), МАХМАДОВ Ф.И. (Душанбе), МИРШОХИ МАСУД (Франция), МУРОДОВ А.М. (Душанбе), НАБИЕВ З.Н. (Душанбе), HUBERT E. BLUM (Freiburg, Germany), ШЕПТУЛИН А.А. (Москва), ШУКУРОВА С.М. (Душанбе).

Редакция и корректура – Шумилина О.В.

Статьи присылать по адресу:

734064, г. Душанбе, ул. Маяковского 2, Академия медицинских наук

Министерства здравоохранения и социальной защиты населения

Республики Таджикистан, E-mail: amnmztj@gmail.com

Вестник Академии медицинских наук Республики Таджикистан
зарегистрирован в Министерстве культуры Республики Таджикистан
№0130/МҶ

Номер государственной регистрации в Национальном патентно-лицензионном центре Республики Таджикистан
№1761200239 от 25 октября 2012 года

Журнал входит в перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук

Решение президиума Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации от 03 июня 2016 г.

©Президиум Академии медицинских наук
Министерства здравоохранения и социальной защиты населения
Республики Таджикистан

НАЗАРОВ Ш.К., РИЗОЕВ В.С.

РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье представлены результаты эндовидеохирургического лечения 29 больных с эхинококкозом печени. Топическая диагностика эхинококковых кист проводилась с помощью компьютерной томографии, которая позволила изучить топографо-анатомическая взаимоотношения кисты с трубчатыми структурами и воротами печени, соседними органами и сосудами. Обоснованием для видеоэндоскопической эхинококкэктомии явились небольшие размеры эхинококковых кист и поверхностное их расположение. Применение миниинвазивной технологии позволило сократить число послеоперационных осложнений, сроки госпитализации и длительность нетрудоспособности.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, компьютерная томография, осложнение, лапароскопия.

NASAROV SH.K., RYZOEV V.S.

THE ROLE OF MODERN TECHNOLOGIES IN DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENTS OF HEPATIC ECCHINOCOC CYST

The results of endoscopic surgical treatments 29 patients with echinococc cyst of hepar are presented in the article. Topic diagnostics of hydatidcysts conducted using tomographies that contribute to reveal topographic and anatomical relationship of cyst and tubular structures, portal sinus, closed organs and vessels. Necessity for endoscopic echinococcectomy are not large sizes and superficial location of cyst. Application of minimal invasive technologies contribute the postoperative complications, terms of hospitalization and duration of disability

Key words: *hepatic echinococc cyst, CT, complication, laparoscopy.*

Актуальность. Эхинококкоз печени является тяжелым паразитарным заболеванием и продолжает находиться в центре внимания хирургов. Актуальность проблемы в условиях Республики Таджикистан возрастает в связи с тем, что заболевание эхинококкозом имеет устойчивую тенденцию к росту. Проблема диагностики эхинококкоза печени является довольно сложной в клинической гепатологии [1-3]. Это связано с отсутствием симптоматики у больных на ранних стадиях болезни. В результате поздней диагностики хирургическое лечение эхинококкоза печени в 70-80% случаев выполняется при возникших осложнениях, в связи с чем послеоперационная летальность составляет от 7% до 9% [4]. Новый этап развития хирургии эхинококкоза печени связан с разработкой более информативных средств диагностики - компьютерной томографии (КТ), имеющей высокую чувствительность, специфичность, панорамность и объективностью в плане дифференциальной диагности-

Назаров Ш.К. - д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. E-mail: shohin67@mail.ru

ки, превосходящую другие методы исследования [5-8].

Различные аспекты хирургического лечения эхинококкоза печени весьма актуальны. Бурное развитие малоинвазивных технологий в медицине, в частности видеолапароскопической хирургии, открывает новые возможности в лечении кистозных заболеваний печени.

Цель исследования. Оптимизация методов диагностики и хирургического лечения больных с эхинококкозом печени путем применения современных технологий.

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ инструментального исследования и лечения 29 больных с эхинококкозом печени, находившихся в хирургических отделениях Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе, являющейся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, за период 2012-2015 гг. Мужчин было 11 (37,9%), женщин - 18 (62,1%). Возраст больных варьировал от 18 до 58 лет.

Топическая диагностика эхинококковых кист осуществлялась при помощи компьютерной томографии. Показанием для проведения КТ служили: трудности дифференциальной диагностики с непаразитарными кистами и начальные стадии развития эхинококкоза; наличие множественного поражения печени и органов брюшной полости; рецидивы эхинококкоза и осложненные его формы. КТ исследование было выполнено на аппарате «Somatom CR» фирмы Siemens для шаговой томографии по стандартным методикам. Для объективизации оценки данных КТ использовался принцип «решающей матрицы» и оценка показателей информативности (прогностические тесты: ложноотрицательная, истинно-положительная, истинно-отрицательная, ложноположительная фракции).

Оперативные вмешательства производились под эндотрахеальным наркозом. В качестве гермицидного раствора контактного действия применен 10% Бетадин. Во время оперативного вмешательства использовалась аппаратура и инструментарий эндоскопической фирмы «KarlStorz» (Германия, 2003).

Результаты и их обсуждение. Анализ компьютерных томограмм позволил определить локализацию паразитарных кист в печени в соответствии с сегментарным строением, отношение паразитарного фокуса к паренхиме, капсуле, воротам печени, крупным сосудам, нижней полой вене, соседним органам.

При изучении КТ изображений оценивали форму, наружный и внутренний контуры кисты, толщину и плотность стенки кисты, её содержимое, признаки отложения солей кальция. На компьютерных томограммах выявляли следующие признаки эхинококковых кист: утолщение стенки кисты, неровность ее контуров, расслоение паразитарных мембран, неоднородность содержимого, наличие дочерних кист, перифокальный гиподенсивный ободок.

Средний диаметр выявленных эхинококковых кист на КТ составил 54,2±10,1мм. Плотность содержимого кисты варьировала от -9 до +42 ед. Н, при этом она нарастала в поздних стадиях эхинококковой болезни (рис. 1). На КТ дочерние кисты имели меньшую плотность, чем плотность материнской кисты.

Перед видеоэндохирургическими вмешательствами все больные подвергались всестороннему клиническому обследованию, которое по своему объему соответствовали

требованиям традиционных операций. Это обусловлено тем, что лапароскопические операции в 5-10% случаев требуют перехода к конверсии и могут завершиться обширным вмешательством.

Рис.1. КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
Визуализируется эхинококковая киста в области ворот печени с элементами перифокального изменения

При этом больным, которым планировалось лапароскопическое вмешательство, в первую очередь учитывали необходимость применения напряженного карбоксиперитонеума с повышением давления в брюшной полости до 10-12 мм рт.ст. Дополнительное обследование с привлечением соответствующих специалистов и предоперационная подготовка по общепринятым схемам проводились больным с сахарным диабетом, гипертонической и ишемической болезнью, бронхиальной астмой и ожирением. Основным условием для проведения эндовидеохирургической операции на органах брюшной полости является возможность использования видеолапароскопического оборудования, а также состояние больных, позволяющее использовать пневмоперитонеум. Для предотвращения интра- и послеоперационных осложнений проводился строгий отбор пациентов, которым планировалась видеоэндоскопическая эхинококкэктомия из печени, за исключением пожилых больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Показаниями к эндовидеохирургичесому лечению было наличие эхинококковых кист печени в зонах хорошего обзора, не залегающих вглубь паренхимы, диаметром до 8-10 см, без признаков нагноения и прорыва в желчные ходы, отсутствие противопоказаний к напряженному карбоксиперитонеуму.

Несмотря на малую инвазивность и хорошую переносимость, видеолапароскопические операции требуют специфической подготовки, связанной с методикой операции и созданием карбоксиперитонеума.

Непосредственную подготовку больного к видеолапароскопической операции по поводу эхинококкоза печени начинали за 1-2 дня до операции. Для снижения риска повреждения полых органов и предупреждения аспирации содержимым желудка проводилось опорожнение желудочно-кишечного тракта. За 2 суток до операции больным назначалась бесшлаковая диета без ограничения приёма жидкости. Ставилась очистительная клизма.

Видеолапароскопические эхинококкэктомии проводились под общим эндотрахеальным наркозом с применением мышечных релаксантов в условиях карбоксиперитонеума. При этом пневмоперитонеум накладывали методом слепой пункции иглой Вереша. После проведения пробы с физиологическим раствором при помощи инсуффлятора накладывался карбоксиперитонеум (CO_2) до 10-12 мм рт. ст.

Операция выполнялась в основном с использованием 4 троакаров, лишь в 6 слу-

чаях возникла необходимость в пятом троакаре. Первый троакар накладывали над верхней параумбиликальной точкой, второй троакар – в эпигастральной точке ниже мечевидного отростка. Рабочие троакары (5 или 10мм) вводили в топографически выгодных по отношению к кисте печени точках для введения в брюшную полость устройств для пункции, инструментов, трубки отсоса и эндоконтейнера (рис. 2, 3).

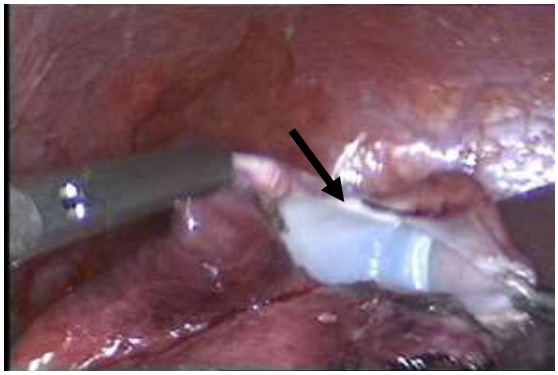

Рис.2. Этапы лапароскопической эхинококкэктомии. Рассечение фиброзной капсулы.

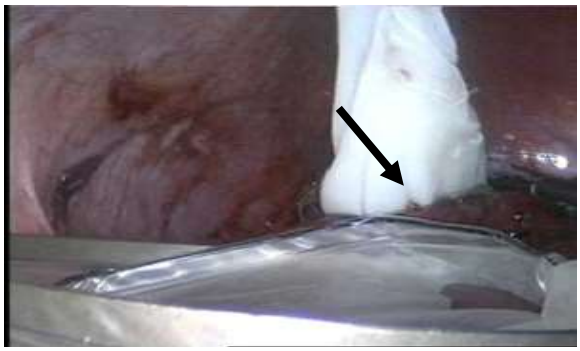

Рис. 3. Этапы лапароскопической эхинококкэктомии. Этап извлечения хитиновой оболочки

В клинике разработан вариант лапароскопической обработки полости эхинококковой кисты печени с соблюдением всех принципов апаразитарности с использованием 10% раствора Бетадина с экспозицией 3-5 минут.

Средняя продолжительность лапароскопической эхинококкэктомии составила 75,3±7,4 минут. Продолжительность госпитализации больных в стационаре составила в среднем 8,6±1,2 суток. В послеоперационном периоде у 2(6,9%) пациентов наблюдалось подтекание желчи по дренажу из остаточной полости, с целью декомпрессии которой была выполнена эндоскопическая попилосфинктеротомия. Нагноение остаточной полости диагностировано у одного больного. Это осложнение потребовало чрескожной пункции и дренирования кисты под контролем УЗИ, после чего наступило излечение. В послеоперационном периоде с целью предотвращения рецидива заболевания все оперированные больные получали курсы химиотерапии препаратом Билтрицид по разработанной в клинике схеме. Нами у 29 больных изучено влияние 10% раствора Бетадина на функциональное состояние печени, микрофлору и зародышевые элементы эхинококка в пределах остаточной полости паразита после пункции и удаления хитиновой оболочки эхинококковой кисты печени.

Динамика биохимических показателей до и после обработки остаточной полости эхинококка печени 10% раствором Бетадина приведена в таблице 1. Как видно из таблицы 1, исходные уровни общего билирубина, АлАТ, АсАТ, глюкозы крови были в пределах нормы, после операции изменения этих показателей не превысили нормальных значений. При этом разница показателей до и после операции была недостоверной. Однако, уровень малонового диальдегида (МДА) до операции был достоверно выше нормы на 33,9% ($P<0,05$), на первые сутки после операции снизился на 24,5%, и нормализовался на 3-4 сутки после операции.

Таблица 1

Динамика некоторых биохимических показателей до и после обработки полости эхинококковой кисты печени 10% раствором Бетадина (M± m)

Показатели	Норма	До операции	Первые сутки после операции	3-4 сутки после операции
Общий билирубин (ммоль/л)	8,0-20,0	18,7±2,2	19,1±1,9	17,8±2,1
АсАТ (ед./л)	5-40	26,3±3,1	23,4±3,2	22,8±2,9
АлАТ (ед./л)	5-40	29,4±4,2	22,6±4,1	21,2±3,8
Малоновый диальдегид (ммоль/л)	0,59±0,03	0,79±0,06	0,64±0,05	0,61±0,04*
Глюкоза крови (ммоль/л)	4,2-6,1	5,9±1,2	5,7±1,3	5,3±1,6

Примечание: *- P< 0,05- значимость различия средних значений показателей по сравнению с таковыми до операции (по t - критерию Стьюдента).

Результаты биохимических исследований показывают, что обработка остаточной полости эхинококковой кисты 10% раствором Бетадина не оказывает повреждающего эффекта на ткани печени, на что указывают нормальные параметры маркеров ее функционального состояния до и после операции.

Достоверно высокий исходный уровень МДА является следствием интоксикации, обусловленной эхинококкозом печени. Нормализация уровня МДА на 3-4 сутки после эхинококкэктомии свидетельствует об устранении паразитарной интоксикации.

При морфологических исследованиях выявлено, что при применении предложенной нами методики через 5-7 минут наступает гибель лавроцист эхинококка с необратимыми ультраструктурными изменениями и деструкцией клеточных компонентов паразита. Это свидетельствует о том, что 10% раствор Бетадина обладает выраженным сколексоцидным эффектом и может быть применен для обеззараживания остаточных полостей после эхинококкэктомии.

Бактериологические исследования материала из стенок и содержимого остаточной полости показали, что до обработки 12 (75%) посевов из 16 (100%) были стерильными, а в 4 (25%) случаях был высеян эпидермальный стафилококк (n=2), энтерококк (n=1) и протей (n=1). После обработки 15 (93,8%) посевов из 16 (100%) оказались стерильными, лишь в одном случае был высеян эпидермальный стафилококк.

Таким образом, приведенные нами данные указывают на безопасность для тканей печени и эффективность действия 10%-го раствора Бетадина на протосколексы эхинококковой кисты и ее бактериальную флору.

Нами во всех случаях были изучены изменения центральной гемодинамики на этапах видеолапароскопической эхинококкэктомии. В данной группе больных исходные параметры центральной гемодинамики были в пределах нормальных значений (табл. 2), которые соответствовали нормодинамическому типу кровообращения и не нуждались в целенаправленной коррекции функции сердца и кровообращения.

Как показали исследования, у больных с нормодинамическим типом кровообращения после инсуффляции углекислого газа существенных изменений со стороны ЧСС, САД и ДАД, по сравнению с исходными показателями, не отмечено. В то же время УО у

этих больных снизился на 13,9% (P<0,05), после снятия корбоксиперитонеума возвратился к исходному уровню. Изменения УИ, МОС, СИ, ФИ были аналогичными: при повышении ВБД до 12мм рт.ст. отмечено достоверное (P<0,05) снижение УИ на 18,0%, МОС – на 11,7%, СИ – на 12,6%, ФИ – на 10,9% от исходных показателей.

После снятия карбоксиперитонеума эти показатели возвратились к исходным величинам. В то же время ОПСС на фоне карбоксиперитонеума повысилось на 17,1% (P<0,05), через 30 минут после десуффляции повышение ОПСС составило 5,9% (P>0,05). Все показатели гемодинамики у пациентов с нормодинамическим типом кровообращения через сутки после операции возвратились к исходному уровню.

Таблица 2

Показатели центральной гемодинамики у больных с эхинококкозом печени на этапах видеолапароскопической эхинококкэктомии (M±m)

Показатели	Исходное	ВБД-12 мм рт. ст.	После десуффляции	На 1 сутки после операции
ЧСС (уд в мин.)	84±4,1	86±6,3	81±4,5	82±3,7
САД (ммрт.ст.)	132±9,6	122±11,2	124±14,1	130±10,6
ДАД (мм рт.ст.)	82,3±5,1	80,5±6,6	84,5±6,8	81,7±5,4
УО (мл)	67,8±3,2	58,4±3,4*	65,6±4,1	69,3±2,8
УИ (мл/м^2)	41,6±2,7	34,1±2,3*	39,4 ±3,1	40,5±2,9
МОС (мл)	5686,7±169	5022,4±213*	5313±185	5632,6±156
СИ (л/мин×м^2)	3,34±0,12	2,92±0,11*	3,19±0,13	3,26±0,11
ФИ (%)	66,7±3,2	59,4±3,4	64,3±3,6	66,2±3,5
ОПСС (дин×см"^{5}×м^2)	1670±124	1956±132	1768±142	1460± 138

Примечание: *- P<0,05- значимость различия средних показателей по сравнению с исходными данными (по t - критерию Стьюдента).

Следовательно, видеолапароскопическая эхинококкэктомия из печени на фоне напряженного карбоксиперитонеума сопровождается развитием синдрома повышенного внутрибрюшного давления со снижением венозного возврата, СИ, УИ, ФИ и повышением ОПСС. В связи с этим у лиц с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь и др.) видеолапароскопическую эхинококкэктомию необходимо проводить в условиях мониторинга гемодинамики и щадящего режима карбоксиперитонеума.

Все пациенты подвергнуты амбулаторному наблюдению в течение 12-16 месяцев после операции. Случаев рецидива у оперированных больных в течение наблюдения не обнаружено

Заключение. Компьютерная томография является методом, позволяющим до операции не только судить о толщине, но и выявляет участки разрушения капсулы паразита. Видеолапароскопическая эхинококкэктомия является малотравматичным высокоэффективным методом лечения больных с неосложненными формами эхинококкоза печени. Основным условием для применения видеоэндохирургической технологии является наличие одиночных кист в зонах хорошего визуального обзора. Полученные резуль-

таты подтверждают факт более выраженного лечебного эффекта при эндовидеохирургической технологии в случае соблюдения строгого отбора пациентов и принципов антипаразитарной обработки. Высокая медико-экономическая эффективность видеолапароскопической эхинококкэктомии обусловлена минимальной инвазивностью, низким удельным весом осложнений, сокращением сроков пребывания пациентов на койке и затрат на лечение. Применение химиотерапии препаратом Билтрицид предотвращает рецидив заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Massound W.Z. Laparoscopic excision of a single hepatic hydatid cyst // Intern. Surgery. - 2014. – Vol. 9. – P. 9-13.

2. Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Гулахмадов А.Д. Малоинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени//Вестник педагогического университета. - 2013. – №3. – С.157-153.

3. Рашидов Ф.Ш., Сангов Д.С. Видеолапароскопическаяэхинококкэктомия печени-первые шаги//Вестник Авиценны.- 2009. – №2. – С.19-23.

4. Сангов Д.С., Гульмурадов Т.Г. Видеоэндоскопическая хирургия эхинококкоза печени//Здравоохранения Таджикистана. - 2013. – №3. – С.53-57.

5. Bai X.L., Liang T.B., Yu J. et al. Long-term results of laparoscopic fenestration for patients with congenital liver cyst // HepatobiliaryPancreat. Dis. Int. - 2015. – Vol.6, №6. – P.600-603.

6. PalaniveluC.,Jani K., Malladi V. Laparoscopic management of benign nonparasitic hepatic cysts: A prospective nonrandomized study // South Med. J. - 2014. – Vol.99, №10. – P.1063-1067.

7. RobinsonT.N., StiegmannG.V. Everson Laparoscopic palliation of polycystic liver disease // Surg. Endosc. - 2015. – №19. – P.130-132.

8. Bickel A., Loberant N., Singer-Jordan J. et al. The laparoscopic approach to abdominal hydatidcysts // Arch. Surg. - 2015. –Vol. 136. – P.789-795.

НАЗАРОВ Ш.Қ., РИЗОЕВ В.С.

МАВҚЕИ ТЕХНОЛОГИЯҲОИ ҲОЗИРАЗАМОН ДАР ТАШХИС ВА МУОЛИҶАИ ҚАРРОҲИИ ЭХИНОКОККОЗИ ҶИГАР

Калимаҳои асосӣ: эхинококкози ҷигар, томографияи компютерӣ, оризаҳо, лапароскопия.

Дар мақола натиҷаҳои табобати эндовидеоҷарроҳии 29 бемор бо эхинококки ҷигар оварда шудааст. Ташхиси мавзеии кистаҳои эхинококӣ бо ёрии томографияи компютерӣ гузаронида шудааст, ки он барои муайян намудани хусусиятҳои муносибати кистаҳои эхинококиро бо сохторҳои найчавӣ ва дарвозаи ҷигар, узвҳои ҳамсоя ва рагҳои хунгард мусоидат намудааст. Нишондод барои гузаронидани эхинококэктомияи видеоэндоскопӣ ин андозаҳои хурди кистаҳои эхинококӣ ва ҷойгиршавии сатҳии онҳо буданд. Истифодаи технологияи минишинвазивӣ ба коҳиш ёфтани басомади оризаҳои пасазҷарроҳӣ, мӯҳлати бистарӣ ва қобилияти меҳнатӣ мусоидат намуд.

САЙФУТДИНОВА М.Б.

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ Ib СТАДИИ

ГУ « Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН Республики Таджикистан

В статье приведены результаты диагностики и лечения 104 больных раком шейки матки (РШМ) Ib стадии по классификации FIGO. Из прогностических факторов выделены наиболее значимые: клиническая стадия опухоли и ее размеры; инфильтраты в параметрии; метастазы в тазовых лимфоузлах; глубина инвазии опухоли; степень дифференцировки опухоли; патоморфоз I-III степени; ответ на неоадъювантную химиотерапию; показатели иммунного статуса больных. Установлено, что достоверное влияние на выживаемость больных РШМ Ib стадии после комплексной и комбинированной терапий оказывают: возраст женщин, паритет, сопутствующие заболевания, размеры опухоли, ее морфологическая структура, состояние лимфатических узлов таза. Наличие метастазов в лимфатических узлах таза, подтвержденных морфологическим исследованием, достоверно ухудшает выживаемость больных РШМ Ib стадии и исход болезни.

Ключевые слова: рак шейки матки Ib стадии, прогностические факторы, выживаемость.

SAIFUTDINOVA M.B.

FACTORS OF PROGNOSIS FOR THE PATIENTS WITH CERVICAL CANCER OF Ib STAGE

The article shows the results of diagnosis and treatment of 104 patients with cervical cancer of Ib stage, according to FIGO classification. There were highlighted the most important prognostic factors: clinical stage of the tumor and its size;parametrial infiltrates; metastases in the pelvic lymph nodes; depth of tumor invasion;the degree of tumor differentiation;pathomorphosis of I-III level;response to neo-adjuvant chemotherapy; Indicators of immune status of patients. It was found thatasignificant impact on survival of patients with cervical cancer of ib stage, after complex and combined therapies have: women age, parity,concomitant diseases; tumor size, its morphological structure,the state of the pelvic lymph nodes. The presence of metastases in the lymph nodes of the pelvis, confirmed by morphological examination, significantly worsen survival of patients with cervical cancer of ib stage and the outcome of the disease.

Key words: cervical cancer of 1b stage, prognostic factors, survival

Актуальность. Успех лечения РШМ в основном зависит от стадии процесса и наличия метастазов в регионарных тазовых лимфоузлах, что имеет место в 16-18% случаев при Ib стадии [1, 2]. При выявлении РШМ на ранних стадиях результаты лечения, как правило, хорошие. Тем не менее, по данным многих исследователей, в некоторых случаях отмечается быстрое прогрессирование опухолевого процесса даже при выявлении его на ранней стадии. К настоящему времени известно множество различных факторов, оказывающих влияние на выживаемость больных РШМ, таких как стадия заболевания, наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах и др. [3].

Количество факторов прогноза при РШМ продолжает дополняться и корректи-

Сайфутдинова М.Б. – руководитель радиологического отделения ГУ Республиканский онкологический научный центр МЗ и СЗН Республики Таджикистан, E-mail:detochka84@bk.ru

роваться, причем, мнение по некоторым из них со временем пересматривается [4, 5].

Основным прогностическим фактором заболевания остается распространенность опухолевого процесса шейки матки, что доказано на значительном клиническом материале Умаровой С.Г. [6], Каримовой Ф.Н. [7]. При этом бесспорно неблагоприятным фактором является степень инвазии опухоли в строму и наличие метастазов в лимфоузлах таза.

Цель исследования. Выявить наиболее значимые прогностические факторы в терапии больных РШМ Ib.

Материал и методы исследования. В основу исследования положен анализ результатов диагностики и лечения 104 больных РШМ Ib стадии по классификации FIGO. Все исследованные больные имели морфологическое подтверждение диагноза, они находились под динамическим наблюдением в Государственном учреждении «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ в период с 2008 до 2013 гг. Всем больным проводилось обследование, включающее сбор анамнеза, общий тщательный осмотр онкогинеколога, УЗИ, МРТ и другие специальные исследования. При первичном обращении проводилась гистологическая верификация диагноза: у 9 (8,7%) женщин из 55, имеющих плоскоклеточный вариант РШМ, был установлен плоскоклеточный ороговевающий рак, в остальных случаях (46-44,2%) – плоскоклеточный неороговевающий, в то время как аденокарцинома имела место лишь в 1 случае.

У большинства пациенток, страдающих РШМ Ib стадии, опухоли имели экзофитный характер роста (51%). В 27,9% случаев имела место смешанная форма опухолей, эндофитный рост был отмечен в 21,2% случаев.

Больные, включенные в исследование, были нами разделены на 2 группы:

I группа (n=63) - контрольная, пациентки которые получили лечение в виде операции в сочетании с лучевой терапией (СЛТ);

II группа (n=41) – исследуемая, в которой больные на первом этапе получили неоадъювантную полихимиотерапию (НАПХТ), а затем подвергались операционному лечению и СЛТ.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами проведен тщательный анализ факторов прогноза, которые могли бы оказать влияние на клиническое течение и результаты лечения РШМ Ib стадии. Среди них мы выделили наиболее значимые: клиническая стадия опухоли и ее размеры; инфильтраты в параметрии; метастазы в тазовых лимфоузлах; глубина инвазии опухоли; степень дифференцировки опухоли; патоморфоз I-III степеней; ответ на неоадъювантную химиотерапию; показатели иммунного статуса больных.

Как было отмечено ранее, основным прогностическим фактором, конечно, является распространенность опухолевого процесса шейки матки. При этом бесспорно неблагоприятным фактором является степень инвазии опухоли в строму и наличие метастазов в лимфоузлах таза.

Распределение по возрасту показало, что чаще всего РШМ Ib стадии встречался в возрастной группе 36-40 лет.

Многорожавшие женщины ввиду ряда социальных и бытовых причин представляют собой уязвимую группу в плане развития злокачественных новообразований, поэтому большое количество родов в анамнезе, особенно короткие интервалы между ними, являются неблагоприятными факторами риска и причиной прогрессирования болезни (табл. 1).

Таблица 1

Рецидивы и метастазы у больных раком шейки матки Ib стадии

Исследуемые группы	Многорожавшие больные РШМ (4 и > родов)					
	n=63		n =41		n =104	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Число многорожавших больных в группах	49	77,8	34	82,9	83	79,8
Рецидивы	6	12,2	3	8,8	9	8,7
Метастазы	4	8,2	1	3,0	5	5,8

У 54 (51,8%) больных имели место анемии легкой и средней степеней тяжести, многие (20,1%) больные страдали заболеваниями эндокринной (20,1%) и мочевыделительной систем (10,5%).

С худшим прогнозом у больных ассоциируется анемия при уровне Hb ≤7,5 г/л. Проведение на первом этапе химиотерапии вызывает такие осложнения, как угнетение гемопоэза. Особенно неблагоприятна прогностическая роль лейкопении, которая нередко ассоциируется с иммунодепрессией. Результаты иммунологических исследований у наших пациенток, а также ранее проведенный анализ иммунного статуса больных РШМ убедительно доказали присутствие иммунологических поломок в той или иной степени, независимо от стадии болезни. Показатели иммунитета у исследуемых больных представлены в таблице 2.

У больных РШМ Ib стадии отмечалась недостаточность Т-клеточного иммунитета (CD3+, CD4+, CD16+, CD25) до лечения, что усугубляется в процессе комплексной терапии. Как видно из таблицы 2, отмечается снижение показателей Т-лимфоцитов до 49,12±1,82%, Т-хелперов – до 24,92±2,11%.

Таблица 2

Показатели иммунитета больных РШМ Ib стадии (n=104)

Факторы иммунитета		Показатели иммунитета	
		больные РШМ	норма
Клеточный иммунитет, %	CD3 (Т-лимфоциты)	49,12±1,8	55-69
	CD4 (Т-хелперы)	24,92±2,1	34-44
	CD8 (Т-супрессоры)	21,13±1,4	17-23
	CD20 (В-лимфоциты)	23,35±2,9	18-30
	CD16 (NK-клетки)	18,45±1,9	6-12
	CD95 (апоптоз)	35,44±2,1	25-35
	CD25 (рецептор к IL-2)	18,11±1,5	20-30
Гуморальный иммунитет, г/л	IgA	2,84±25,4	1,97±0,24
	IgM	1,7±0,3	1,05±0,09
	IgG	19,13±1,6	13,20±1,19

При этом показатели В-лимфоцитов остаются в пределах нормы. Увеличение уровня лимфоцитов, находящихся в состоянии готовности к апоптозу (CD95), зарегистрировано у большинства пациенток с РШМIb стадии. Показатели гуморального иммунитета имеют тенденцию к увеличению содержания иммуноглобулинов А, М и G (2,84±25,43; 1,7±0,28; 13,20±1,19 соответственно). Установлено, что иммунодефицитное состояние является обязательным компонентом любой вирусной инфекции. У

больных РШМ Ib стадии с поражением вирусом папилломы человека (ВПЧ) выявлено резкое снижение местного иммунитета в виде снижения в цервикальной слизи IgA и IgG и повышения концентрации IgM.

Наиболее часто у исследованных нами больных РШМ были выявлены 16 и 18 штаммы ВПЧ, которые являются высокоонкогенными и, соответственно, неблагоприятным фактором прогноза заболевания (рис. 1).

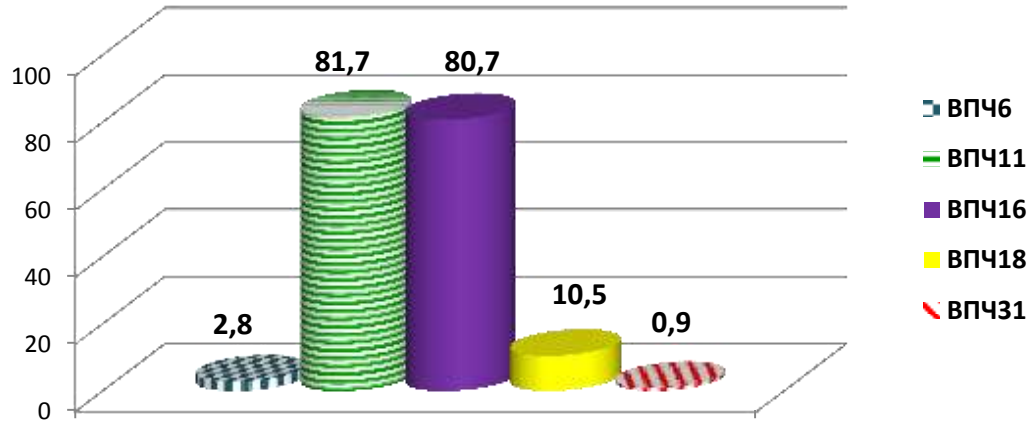

Рис. 1. ВПЧ у больных РШМ Ib стадии (n=104)

Другими немаловажными и значимыми прогностическими факторами считаются размер и объём опухоли шейки матки. В то же время именно стадия заболевания при любой онкологической патологии является основным фактором, позволяющим судить о прогнозе и эффективности лечения той или иной группы больных, в свою очередь, глубина инвазии в строму шейки матки является одним из важнейших факторов прогноза и определения показаний к дальнейшему лечению. Она оказывает влияние как на частоту метастатического поражения регионарных лимфоузлов, так и свидетельствует о степени вовлечения в процесс параметриальной клетчатки. Так, при инвазии опухоли глубиной 10-15 мм поражение лимфоузлов было выявлено у 29% больных.

В контрольной группе рецидивирование опухоли началось с первого года наблюдения. Так, к 12 месяцу контроля у 4 (6,3%) больных диагностированы рецидивы в области культи шейки матки, через 18 месяцев - еще у 7 (11,1%) больных, а к концу второго года рецидивы были обнаружены у 12 (19,0%) больных. Таким образом, в контрольной группе, несмотря на проведение полного курса противоопухолевой терапии, в ближайшие 24 месяца у 23 (36,4%) пациенток появились рецидивы в области культи шейки матки. Из них у 4 женщин рецидивы сопровождались метастазированием опухоли в различные органы и системы (в кости позвоночника – у 2 больных, в забрюшинные лимфоузлы – у 2).

В этой же группе значительно раньше, на шестом месяце после лечения, начался процесс метастазирования у 3 (4,8%) больных, а к 30 месяцу наблюдения уже у 12 (19,4%) женщин были выявлены метастазы в различных анатомических структурах.

Анализ данных рецидивов и метастазов в исследуемой группе свидетельствует о том, что они коренным образом отличаются от таковых в контрольной группе, в частности рецидивы опухоли отсутствовали в течение 36 месяцев (3 лет!). Говоря о метастазах, также

можно отметить, что у 4 (9,7%) больных исследуемой группы метастазы появились в сроках от 48 до 54 месяцев после лечения. В контрольной группе (n=63) значительно раньше, т.е. с шестого месяца после лечения, начался процесс метастазирования у 3 больных, а к 30 месяцу наблюдения количество больных с метастазами в различных органах и тканях достигло 12 (19,4%).

Таким образом, показатели эффективности лечения больных РШМ Ib стадии в исследуемой группе лучше, чем в контрольной: у них рецидивы и метастазы развиваются значительно позже – через 3 года после проведенной терапии. Такая длительная клиническая ремиссия, вероятно, связана с проведением неоадъювантной полихимиотерапии (НАПХТ) в комплексном лечении РШМ Ib стадии.

Данные 5-летней выживаемости не противоречат показателям общей 5-летней выживаемости больных исследованных групп. Но достоверно лучшие результаты безрецидивной выживаемости достигнуты в исследуемой группе после комплексного лечения РШМ Ib стадии (63,4%), по сравнению с контрольной (53,9%) (рис. 2).

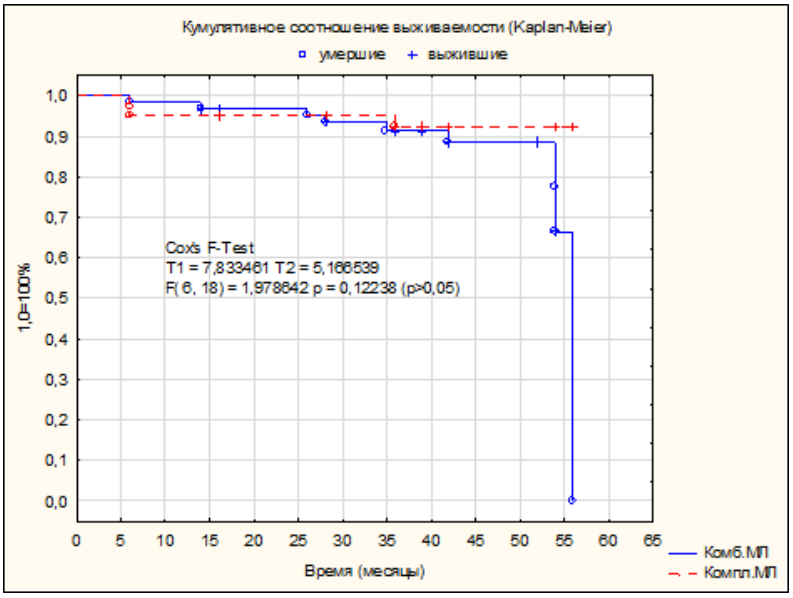

Рис. 2. Общая выживаемость больных РШМ, получивших комбинированное и комплексное лечение (n=104)

Выводы. Таким образом, анализ 1-, 3-, 5-летней безрецидивной выживаемости больных раком шейки матки Ib стадии после комплексной и комбинированной терапии, т.е. в различных режимах, показал:

1. достоверное влияние на выживаемость РШМ Ib стадии после комплексной и комбинированной терапии оказывают: возраст женщин, паритет, сопутствующие заболевания, размеры опухоли, ее морфологическая структура, состояние лимфатических узлов таза;

2. лучшие показатели общей и безрецидивной выживаемости установлены в исследуемой группе (n=41) с применением НАПХТ в комплексе с расширенной экстирпацией матки с придатками в сочетании с лучевой терапией;

3. выявленные осложнения НАПХТ, операции и сочетанной лучевой терапии вполне контролируемые и мало влияют на выживаемость больных. Несмотря на это, при производстве операции Вертгейма, хотя и редко, могут иметь место интраоперационные осложнения, угрожающие жизни пациенток;

4. наличие метастазов в лимфатических узлах таза, подтвержденные морфологических исследованием, достоверно ухудшает выживаемость больных раком шейки матки Ib стадии и исход болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Захирова Н.Н., Каххаров А.Ж., Яхяева В.К. и др. Сравнительная оценка эффективности различных схем неоадъювант-ной ПХТ у больных раком шейки матки I и IIа стадий // Материалы VIII съезда онкологов и радиологов СНГ. - Казань, 2014. - С. 548.

2. Юлдашева Н.Ш., Наврузова В.С. Рак шейки матки. - Ташкент: Главная редакция издательско-полиграфической акционерной компании «Sharq», 2014. - 510 с.

3. Rotman M., Sedlis A., Piedmonte M.R. et al. A phase III randomized trial of pelvic post-operative irradiation in stage IB cervical carcinoma with poor prognostic features: Follow-up of a Gynecologic Oncology Group Study // Int. J. Rad. Oncol. Biol. Phys. - 2006. - Vol. 65. - P. 169-176.

4. Peters W.A., Liu P.Y., Barrett R.J. et al. Concurrent chemotherapy and pelvic radiation therapy compared with pelvic radiation therapy alone as adjuvant therapy after radical surgery in high-risk early-stage cancer of the cervix // J. Clin. Oncol. - 2000. - Vol. 18. - P. 1606-1613.

5. Ohara K., Tsunoda M., Nishida M. et al. Use of small pelvic field instead of whole pelvic field in post operative radiotherapy for node-negative, high-risk stages I and II cervical squamous cell carcinoma // Int. J. Gynecol. Cancer. - 2003. - Vol. 13. - P. 170-176.

6. Умарова С.Г. Злокачественные новообразования органов репродуктивной системы у многорожавших женщин Таджикистана: автореф. дис… д-ра мед. наук . – Душанбе, 2014. - 46 с.

7. Каримова Ф.Н. Возможности низкопольной магнитно-резонансной томографии в диагностике и мониторинге лечения рака шейки матки. // Вестник педагогического университета. - 2015. - №2(63-1). - С.86-91.

САЙФУТДИНОВА М.Б.

ОМИЛҲОИ ПЕШГУИКУНАНДАИ САРАТОНИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН ДАР МАРҲИЛАИ Ib

Калимаҳои асосӣ: дарачаи Ib саратони гарданаки бачадон, омилҳои пешгӯикунанда, зиндамонӣ.

Дар мақола натиҷаи ташхис ва табобати 104 бемор бо сартони гарданаки бачадон, дарачаи Ib, аз рӯи таснифи FIGO оварда шудааст. Миёни омилҳои пешгӯикунанда муҳитаринашон инҳоянд: марҳилаи клиникии омос ва андозаҳои он; варамии илтиҳобдор дар параметрия; решадавонӣ ба гиреҳҳои лимфатикии коси хурд; паҳншавии омос; дарачаи тафриқаи омос; патоморфози дарачаи I-III; натиҷаи табобати кимиёвии гайриадъванти; нишондодҳои ҳолати масунияти беморон. Муқаррар карда шудааст, ки тасири боэътимод ба зиндамонии беморони саратони гарданаки бачадон дар марҳилаи Ib пас аз табобати маҷмуавӣ ва якҷоя вобаста аст: сину соли зан, баробарӣ, бемориҳои ҳамрав, андозаи омос, сохтори морфологии он, ҳолати гиреҳҳои лимфатикии коси хурд. Ҳангоми решадавонӣ ба гиреҳҳои лимфатикии коси хурд, ки тариқи таҳлили морфологӣ тасдиқ мегардад ба таври возеҳ вазъи зиндамонии ин гуруҳи беморон ва оқибати бемориро бад мегардонад.

САФАРОВ А.С., СУЛТОНОВ Ш.Р., САФАРОВ Б.А.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРЁХЛЕТНЕГО РЕБЁНКА С ОБЩИМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ МОЧЕВЫМ ФИБРИНОЗНО-ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ, СОЧЕТАВШИМСЯ С ИНВАГИНАЦИЕЙ КИШЕЧНИКА

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Приводится редкий случай возникновения мочевого перитонита и инвагинации кишечника после операции на почке у трехлетнего ребенка. В ходе обследования выяснилась, что причиной послеоперационных осложнений служили иммунодефицит и дремлющая инфекция кишечника и мочевыводящих путей. Возникший энтероколит при наличии у больного дивертикула Меккеля стал причиной сложной инвагинации кишечника. В данном сообщении приводится хирургическая тактика при мочевом перитоните, который сочетался с инвагинацией кишечника.

Ключевые слова: мочевой перитонит, инвагинация кишечника, дети.

SAFAROV A.S., SULTONOV SH.R., SAFAROV B.A.

SUCCESSFUL TREATMENT OF A THREE-YEARS OLD CHILD WITH COMMON POSTOPERATIVE URIC FIBRINO PURULENT PERITONITIS COMBINED WITH INTUSSUSCEPTION OF BOWEL

We present a rare case of occurrence of urinary peritonitis and intussusception of bowel after the surgery on kidney of three years old child. The examination found that reasons for postoperative complications were immunodeficiency and dormant infection of the intestine and urinary tract. Emerged enterocolitis while the patient has Meckel diverticulum was the reason for complicated intussusception of bowel. This report provides surgical tactics in urinary peritonitis, which was combined with intussusceptionof bowel.

Key words: urinary peritonitis, intussusception of the bowel, children.

Мочевой перитонит у детей встречается довольно редко, и причиной его развития, по данным ряда авторов, в основном становятся внутрибрюшные разрывы мочевого пузыря [1, 2]. По данным ряда авторов, основными причинами мочевого перитонита у больных взрослого контингента в 66,4% случаев являлась бытовая травма и в 20,2% - ятрогенные интраоперационные повреждения мочевого пузыря, при которых летальность составляла 11,5-20,1% случаев [3, 4]. Однако, в литературе данных о лечении детей с послеоперационным мочевым перитонитом, который сочетался с инвагинацией кишечника, нами не найдено. Мы располагаем случаем успешного лечения ребенка с диагнозом: «Общий мочевой фибринозно-гнойный перитонит в сочетании с тонко-толстокишечной инвагинацией, на фоне дивертикула Меккеля, оментита, энтероколита, абдоминального сепсиса, цитомегаловирусной инфекции, вторичного иммунодефицита. Мочекаменная болезнь, Состояние после люмботомии и пиелолитотомии слева».

Больной Дж. 3 года, был госпитализирован 15.11.2011г. в урологический центр РТ с

Сафаров А.С. – к.м.н., доцент кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail: sbakhodur@inbox.ru

диагнозом: «Мочекаменная болезнь, камень левой почки, калькулёзный гидронефроз II степени, хронический двухсторонний пиелонефрит в стадии обострения, гипертрофический фимоз». По поводу этого больному была произведена операция – «Люмботомия, пиелолитотомия с нефростомией слева, циркумцизия». Операция прошла без осложнений. В послеоперационном периоде назначено комплексное антибактериальное и инфузионно-корригирующее лечение, в ходе которого отмечалась положительная динамика. Однако, на 7-ой день после операции отмечались рвота, метеоризм и диарея, которые ухудшили течение послеоперационного периода. Постепенно произошло нагноение послеоперационной раны с последующим полным ее расхождением. С целью исключения острой кишечной непроходимости ребёнок был консультирован детским хирургом, после проведения контрастного исследования желудочно-кишечного тракта нарушений пассажа контрастного вещества не выявлено. Состояние ребенка день за днём стало ухудшаться в основном за счёт диареи, в связи с чем больной переведен в детскую инфекционную больницу. Так как у больного наблюдалось нарастание симптомов пареза кишечника, повторно был консультирован детским хирургом с рекомендацией перевода в реанимационное отделение ГДХБ.

Однако, по настоянию родителей, ребёнок был повторно переведен в урологический центр. Учитывая наличие абдоминального болевого синдрома, больной повторно консультирован детским хирургом.

В момент осмотра состояние крайне тяжелое. Ребёнок вялый, адинамичный, плохо реагирует на раздражение, губы и язык сухие, дыхание поверхностное, имеется заброс по зонду находящегося в желудке застойного кишечного содержимого и кофейной гущей. Стул скудный, зелёный со слизью. Живот чрезмерно вздут, не участвует в акте дыхания, напряжён и болезнен. При УЗИ определяется свободная жидкость в брюшной полости. Гемодинамика нестабильная. Уровень гемоглобина 6,6 г/л, гематокрита – 28 %, эритроцитов - 2,4 млн., общего белка - 48г/л. Коагулограмма (фибрин - 5,0; фибриноген - 111; тромботест - 3 ст.) свидетельствует о развитии ДВС-синдрома. Больному был поставлен диагноз: «Вялотекущий перитонит, терминальной стадии» и начата предоперационная подготовка.

После целенаправленной предоперационной подготовки, переливания крови, плазмы и некоторой стабилизации гемодинамики больному произведена операция под общим эндотрахеальным наркозом. Выполнена срединная лапаротомия из брюшной полости, в большом количестве выпущен жёлтый экссудат с хлопьями толстого фибрина. Большой сальник полностью пропитан экссудатом. Париетальная и висцеральная брюшина отёчна и покрыта слоем фибрина, местами с формировались абсцессы. Произведена полная санация брюшной полости. При ревизии был обнаружен сложный тонко-толстокишечный инвагинат. После дезинвагинирования путём выдаивания кишечник оказался жизнеспособным. Кроме того, на расстоянии 60 см от илеоцекального угла найден дивертикул Меккеля, ставший причиной инвагинации. Учитывая, что дивертикул не имел воспалительных изменений, последний не был удалён.

При поиске источника мочевого затёка явного дефекта париетальной брюшины не найдено. Не исключено, что на фоне запущенного перитонита участок микродефекта брюшины прикрылся плёнками плотного фибрина.

Учитывая тяжесть состояния кишечника, наложена цекостомия и произведена ретроградная интубация тонкой кишки до уровня

связки Трейца. Большой сальник полностью удалён. Операция завершена дренированием брюшной полости через отдельные разрезы, а лапаротомная рана ушита послойно наглухо.

При бактериологическом исследовании содержимого, взятого из брюшной полости во время операции, были высеяны клебсиелла и протей, а из кала и мочи - золотистый стафилококк и Escherichia coli.

В послеоперационном периоде проводилась целенаправленная комбинированная антибактериальная (ципрофлоксацин+метронидазол - в/в), противогрибковая (флюконазол-в/в) терапия и комплекс интенсивно-корригирующего лечения с учётом абдоминального сепсиса, иммунодефицита, энтеральной недостаточности и обострения хронического пиелонефрита.

Интубационная трубка кишечника ежедневно промывалась раствором эубиотиков, облепиховым маслом и удалена на 4-й день после восстановления пассажа кишечника. Зонд из желудка удалён на 3-и сутки. При нормализации температуры тела, гемодинамики и первичного заживления лапаротомной раны назначены физиотерапевтические процедуры (УВЧ, электрофорез с KI). Полное энтеральное питание начато на 8-й день после операции с добавлением в рацион молочной смеси «Нутрилон».

В послеоперационном периоде из дренажных ран вначале отмечалось выделение гнойного экссудата, а затем мутной мочи, которое продолжалось до 22 дней. Выделение мутной мочи также отмечалось из разойдённой люмботомной раны с последующим образованием мочевого свища. Последний закрылся самостоятельно на 53-й день после лапаротомии.

После полного заживления всех ран, улучшения показателей крови и мочи, стихания воспалительных процессов в мочевыделительной системе, нормализации аппетита и работы желудочно-кишечного тракта он выписан домой. В течение 4 месяцев ребёнок находился под наблюдением и получал реабилитационное лечение.

Спустя 4 месяца больной повторно госпитализирован в клинику детской хирургии НМЦРТ. После полного обследования ему проведен полный курс общеукрепляющей терапии и деконтаминация кишечника и мочевыделительной системы. Затем больному произведена операция – закрытие цекостомы внебрюшным способом. Послеоперационый период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 8-й день.

Ребёнок выписан с выздоровлением. Рекомендовано наблюдение детского хирурга.

Необходимо отметить, что, несмотря на позднюю диагностику смешанного послеоперационного перитонита в стадии полиорганной недостаточности, со сложной инвагинацией кишечника, развившихся на фоне пиелонефрита, энтероколита, дивертикула Меккеля, сепсиса, благодаря целенаправленной предоперационной подготовке, широкой лапаротомии, полноценной санации и дренирования брюшной полости, эффективной декомпрессии кишечника, послеоперационной комплексной терапии, удалось достичь выздоровления в лечении столь тяжёлого, сложного в диагностике и лечении больного.

Анализируя данный случай, можно сделать следующие выводы.

1. Хотя во время лапаротомии пути мочевого затека в брюшную полость не найдены, затяжное истечение мочи через послеоперационные раны свидетельствует о наличии микродефекта брюшины, который трудно заметить во время операции.

2. Возникновение энтероколита при наличии дивертикула Меккеля у больного могло спровоцировать развитие рецидивирующей формы инвагинации кишечника, о чём свидетельствует отсутствие некроза кишечника.

3. Одновременно возникшие энтероколит, перитонит и инвагинация кишечника на фоне комплексного послеоперационного лечения явились причиной трудной дифференциации и поздней диагностики.

4. Больные после сложных оперативных вмешательств на почках должны находиться под тщательным наблюдением лечащих врачей, и в случае появления абдоминальных симптомов следует думать о возможности развития мочевого перитонита.

5. Больные перед плановыми операциями должны подвергаться тщательному обследованию с целью выявления скрытых очагов инфекции, а также необходимо проведение развёрнутого иммунологического и биохимического исследования крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голигорский С.Д. Основы детской урологии и нефрологии. - Киев: Здоров'я, 1973. - 386с.

2. Баиров Г.А. Неотложная хирургия. - М: Медицина, 1983. - 406с.

3. Тимраз Х.М. Особенности диагностики и лечения больных с повреждениями мочевого пузыря различного генеза: дисс… к.м.н. – Саратов, 2006. - 123с.

4. Чирков А.Н. Непрямая электрохимическая детоксикация в комплексном лечении мочевого перитонита: дисс… к.м.н. – Ярославль, 2002. - 122с.

САФАРОВ А.С., СУЛТОНОВ Ш.Р., САФАРОВ Б.А.

ЯК ҲОЛАТИ ТАБОБАТИ БОМУВВАФАҚИЯТИ КӮДАКИ 3 СОЛА БО ПЕРИТОНИТИ ПЕШОБИИ ФИБРИНОЗӢ-ФАССОДИИ БАЪДИҶАРРОҲӢ ДАР ЯКҶОЯГӢ БО ИНҒИЛОФИ РӮДА

Калимаҳои асосӣ: перитонити пешобӣ, инғилофи рӯда, кӯдакон.

Як ҳолати пайдоиши перитонити пешобӣ бо инғилофи рӯда дар кӯдаки 3 сола пас аз амалиёт дар гурда оварда шудааст, ки ниҳоят кам ба қайд гирифта мешавад. Дар натиҷаи ташхис муайян карда шуд, ки сабаби оризаҳои баъди ҷарроҳӣ ин ҳолати заифии масунийят ва сирояти рӯдаву роҳҳои пешобгузар ба ҳисоб меравад. Энтероколити ба амаломада, ҳангоми дар бемор ҷой доштани дивертикули Миккел сабаби инғилофи вазнини рӯда гардид. Дар хабари мазкур, тактикаи ҷарроҳии перитонити пешобӣ, ки дар якҷоягӣ бо инғилофи рӯда рух додааст, оварда шудааст.

УМАНОВ И.Г., РАЗЗАКОВ А.А., СОЛИХОВ Д.Н.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ И ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМЫ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урология»
Кафедра урологии и травматологии, ортопедии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 120 больных с повреждениями органов мочеполовой системы. Наиболее частой причиной травмы явились: автодорожная травма - 75, падение с высоты - 16, избиение - 9, спортивная травма - 8, ножевые ранения - 8, бытовые и производственные - 4. Изолированная травма органов мочеполовой системы имелась у 55 пострадавших. У остальных пациентов выявлено повреждение мочеполовой системы в сочетании с повреждениями костей скелета - 46, черепа и головного мозга - 11, органов живота - 8.

Ключевые слова: мочеполовая система, сочетанная травма, изолированная травма.

UMANOV I.G., RAZZAKOV A.A., SOLIKHOV D.N.

ANALYSES OF THE TREATMENT RESULTS OF COMBINED AND ISOLATED TRAUMA OF THE ORGANS OF GENITOURINARY SYSTEM

The retrospective analysis of treatmentresults of 120 patients with genitourinarysystem damages was conducted. The most common reasons of trauma were: road transport trauma-75, falling from the height-16, beating -9, sport trauma -8, stab wounds – 8б, domestic and industrial – 4. Isolated trauma of the genitourinary system had 55 injured. In other patients was found the traumas of genitourinary system combined with the injuries of skeleton bones-46, skull and cerebrum– 11, abdominal organs – 8.

Key words: genitourinary system, combined trauma, isolated trauma.

Актуальность. Ежегодные отчеты отделений сочетанной травмы и урологии свидетельствуют об увеличении за последние 10-15 лет частоты травм органов мочеполовой системы, которые нередко сочетаются с повреждениями печени, селезенки, желудочно-кишечного тракта, скелета, черепно-мозговой травмой [1, 2]. Опыт и результаты лечения этого контингента больных показывают, что исходы травматических повреждений в значительной степени определяются возникшими опасными для жизни осложнениями, к которым, прежде всего, относится травматический и геморрагический шок [3, 4]. Эти осложнения наблюдаются в той или иной степени у каждого больного с сочетанной травмой мочеполовой системы. Поэтому вопросы хирургической тактики, особенно при сочетанной травме, методы реанимации и интенсивной терапии в лечении грозных осложнений приобретают важное практическое значение [5, 6].

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 55 больных с изолированной и

Уманов И.Г. - к.м.н., заведующий отдела науки ГУ «РНКЦ Урология». E-mail: islom 21@ mail.ru

65 больных с сочетанной травмой мочеполовых органов, находившихся в отделениях сочетанной травмы и урологии в ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан» с 2007 по 2014 г. Среди них было 95 мужчин и 25 женщин. Преобладали лица молодого возраста: от 20 до 50 лет - 83, до 20 лет - 24 и старше 50 лет -13 пациентов, в основном лица молодого и работоспособного возраста. При применении рентгенологических и ультразвуковых методов исследования мочеполовой системы резко возросла частота диагностики травмы почек и связанных с ней осложнений. При подозрении на разрыв мочевого пузыря выполняли восходящую уретроцистографию в двух проекциях, реже - цистоскопию. Для исключения внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря мочевой пузырь наполняли антисептической жидкостью. С этой же целью нередко использовали лапароцентез и лапароскопию.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди факторов, обусловивших повреждение органов мочеполовой системы, доминирует автодорожная травма - 75, падение с высоты - 16, избиение - 9, спортивная травма - 8 , ножевые ранения - 8, бытовая и производственная травмы - 4. В связи с травмой органов мочеполовой системы хирургическое лечение было проведено 85 из 120 больных. В это число не включены пострадавшие, которым оказать оперативное пособие было невозможно из-за крайней тяжести состояния, это были больные с тяжелой черепно-мозговой травмой, сопровождавшейся глубокой мозговой комой, с политравмой костей скелета, осложненной необратимым геморрагическим или травматическим шоком. Травматический шок различной степени тяжести был выявлен у 65 из 120 пациентов: I степени - у 35, II степени - у 20 , III и IV степеней - у 10.

Изолированная травма мочеполовой системы имела место у 55 пациентов. У большинства пострадавших выявлены травмы почки - 33 и мошонки – 11, травматические повреждения нижних мочевых путей диагностированы у 7 пациентов. Отмечены различные по характеру повреждения полового члена у 4 пациентов.

Сочетанная травма диагностирована у 65 больных. По частоте и тяжести среди травм других органов, сочетавшихся с повреждениями мочеполовой системы, особо следует выделить травму костей скелета, наблюдавшуюся у 46 больных. У 27 пациентов травма органов мочеполовой системы усугублялась повреждениями скелета, черепа, органов брюшной полости. Разрывы органов брюшной полости были диагностированы у 20 пациентов, у 9 из которых они сопровождались массивным кровотечением из печени 4, селезенки - 2, сосудов брыжейки желудочно-кишечного тракта - 3. При интраоперационной ревизии разрыв почки обнаружен у 12 пациентов, ножевое ранение почки - у 14, внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря - у 11, внебрюшинный разрыв - у 7 пациентов. Ушивание паренхимы почек у 19 пациентов, резекцию сегмента у 5 пациентов удавалось произвести в основном у лиц с ножевыми ранениями почки. В 3 наблюдениях выполнена пластическая операция на почечной лоханке и мочеточнике. У большинства больных операция при травме мочевого пузыря завершалась цистостомией.

Из 120 больных с изолированной и сочетанной травмами органов мочеполовой

системы выздоровление наступило у 94 пострадавших. У 12 больных травмы легкой степени были излечены консервативными методами. В результате хирургического лечения выздоровление наступило у 82 из 85 оперированных. Всего умерли 3 больных, в том числе 2 после оперативных вмешательств. 5 пострадавших, не приходя в сознание, умерли в ближайшие часы (до 6 ч) в реанимационном зале вследствие травмы, не совместимой с жизнью. Среди непосредственных причин смерти следует отметить отек головного мозга - 3, острую дыхательную недостаточность – 2, множественные переломы ребер и пневмонии - 1, послеоперационный перитонит - 1, сепсис и жировую эмболию - 1.

Заключение. Исходы комплексного лечения острых травматических повреждений органов мочеполовой системы, как изолированных, так и сочетанных, непосредственно определяются эффективностью реанимационных мероприятий и анестезиологического обеспечения, а также своевременностью и адекватностью хирургического пособия и интенсивной терапией в послеоперационном периоде. Оперативное вмешательство на поврежденных частях скелета целесообразно выполнять отсроченно, после остановки кровотечения. Исключение составляют повреждения органов мочеполовой системы, сочетающиеся с тяжелой черепно-мозговой и скелетной травмой, при которых допустимо как одномоментное, так и двухэтапное хирургическое лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амосов А.В., Бутрин С.В. Ультразвуковая диагностика травмы почек // Конференция Всероссийского научного общества урологов: тезисы докладов - Ростов-на-Дону, 1993. – С. 5-6.

2. Ильюхин Ю.А., Борисов А.Г., Идашкин Ю.Б., Галямин В.А. Травматические повреждения мочевого пузыря и уретры. В кн.: Ранения и закрытые повреждения органов мочеполовой системы, 2001. – С. 81-83.

3. Мазин В.В. Закрытые повреждения почки (клинико-экспериментальные исследования). – М., 1973.

4. Мунгалов Н.П. Закрытые повреждения почки (симптоматология, диагностика и лечение). - М., 1970.

5. Siemer S., Russ F., Mutschler W., Zwergel T. Injuries of urinary system and management in multiple trauma cases. //Urology-A. – 1997. - Vol. 36. – P. 513-522.

6. Thomae K.R., Kilambi N.K., Poole G.Y. Method of urinary diversion in nonurethral traumatic bladder injuries: retrospektive analies of 70 cases. //An. Surg. – 1998. – Vol. 64. – P. 77-80.

УМАНОВ И.Г., РАЗЗОҚОВ А.А., СОЛИХОВ Д.Н.

ТАҲЛИЛИ НАТИҶАҲОИ ТАБОБАТИ САДАМАИ ПАЙВАСТА ВА АЛОҲИДАИ УЗВҲОИ СИСТЕМАИ БАВЛУ ТАНОСУЛ

Калимаҳои асосӣ: системаи бавлу таносул, садамаи пайваста, садамаи алоҳида.

Таҳлили ретроспективии табобати 120 бемор бо осеби узвҳои системаи бавлу таносул гузаронида шуда, сабабҳои асосии осебҳо бо таври зерин муайян гардид: садамаи нақлиётӣ - 75, афтидан аз баландӣ - 16, лату куб - 9, садамаи варзишӣ - 8, захми кордӣ - 8, садамаҳои маишӣ ва истеҳсолӣ - 4. Садамаи алоҳидаи узвҳои системаи бавлу таносул дар 55 ҳолат ҷой дошт. Дар беморони боқимонда осеби системаи бавлу таносул дар якҷояӣ бо осеби устухонҳои андом – 46, косахона ва майнаи сар – 11, узвҳои ковокии шикам – 8 муайян карда шуд.

ПЕДИАТРИЯ

ИСМОИЛОВ К.И., ДАВЛАТОВ С.Т., ИСМОИЛОВА М.А.

ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Кафедра детских болезней №2. ТГМУ им. Абуали ибн Сино

В данной работе представлены результаты исследования тромбоцитарного звена гемостаза у 51 ребенка раннего возраста при бактериальной пневмонии.

Дети в зависимости от степени тяжести пневмонии были разделены на две группы. Первую группу составила 28 детей с тяжёлой формой, а вторую - 23 больных с очень тяжёлым течением пневмонии.

Всем обследованным детям наряду с общеклиническими, рентгенологическими, коагуляционными и паракоагуляционными исследованиями также определяли параметры тромбоцитарного звена гемостаза (длительность кровотечения по Дьюке, эндотелиальная проба, ретракция кровянного сгустка и общее количество тромбоцитов в крови).

У больных с тяжелой формой пневмонии наблюдается умеренное, а у пациентов с очень тяжелым течением пневмонического процесса - выраженное нарушение тромбоцитарного звена гемостаза.

Ключевые слова: гемостаз, тромбоцитаргное звено, бактериальная пневмония.

ISMAILOV K.I., DAVLATOV S.T., ISMAILOVA M.A.

CHARACTERISTICSOF THROMBOCYTICHEMOSTASIS LINK IN CHILDREN OF EARLY AGE WITH BACTERIAL PNEUMONIA

The given paper presents the research results of thrombocytic hemostasis link in 51 children of early age with bacterial pneumonia. Depending on the degree of severity of pneumonia the children were divided into two groups. First group included 28 children with severe disease, and the second group included 23 patients with very severe pneumonia course.

All examined children were researched by general clinical,radiological, coagulationand paracoagulationresearchesand their parameters of thrombocytic hemostasis link were determined (bleeding time with Duke's method, capillary fragility test, retraction of a blood clot and the total number ofplateletsin the blood).

In patients with severe form of pneumonia observed moderate disorder of thrombocytic hemostasis link, and in patients with very severe course of pneumonia process –acute disorder.

Key words:hemostasis, thrombocyticlink, bacterial pneumonia

Актуальность. В структуре инфекционно–воспалительных заболеваний у детей раннего возраста ведущее место занимает пневмония [1-4]. Фатальные исходы при пневмонии в Среднеазиатском регионе всё ещё остаются на довольно высоком уровне [5-7]. В патогенезе при пневмонии у детей раннего возраста наряду с инфекционно–токсическим фактором имеют существенное значение возникающие при

Исмаилов К.И. − заведующий кафедрой детских болезней №2, ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе.
E-mail:IsmoilovK. I@ mail.ru.

данном патологическом процессе глубокие гомеостатические изменения в анатомофизиологическом относительно недифференцированном детском организме [8-13].

При бактериальной пневмонии у детей раннего возраста выявлены существенные изменения в газовом составе крови, в водно – электролитном балансе внутренней среды, а также в системе перикисного окисления липидов (ПОК) и антиоксидантной защиты (АОЗ) организма.

Однако, некоторые ньюансы различных аспектов гемостаза, в частности особенности его тромбоцитарного звена, все ещё недостаточно изучены.

Цель исследования. Изучить состояние тромбоцитарного звена свёртывающей системы крови у детей первого года жизни при пневмониях.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находился 51 ребёнок с бактериальной пневмонией в возрасте от 14 дней до 12 месяцев (100%). Из них мальчиков было 30, а девочек – 21. Обследованные больные в зависимости от тяжести пневмонии были разделены на две группы. Первую группу составили 28 (53,5%) больных с тяжёлым течением, а вторую группу - 23 (46,5%) ребенка с очень тяжёлым течением бактериальной пневмонии. Наряду с общеклиническими (общий анализ крови), биохимическими анализами крови, коагуляционно - паракоагуляционными тестами, рентгенологическим исследованием грудной клетки также определяли тромбоцитарное звено гемостаза (общее количество тромбоцитов в переферической крови, эндотелиальную пробу «щипка», ретракцию кровянного сгустка, длительность кровотечения по Дьюке).

Результаты исследования и их обсуждение. Состояние всех 28 детей первой группы с бактериальной пневмонией при госпитализации в клинику было тяжёлое. У всех детей данной группы отмечались симптомы интоксикации, сопровождающиеся повышением температуры от 38,6°С до 39°С в сочетании с проявлениями микроциркуляторных нарушений в виде бледности кожных покровов с мраморным оттенком (100%). Интоксикационный синдром сопровождался выраженной дыхательной недостаточностью с нарастанием частоты дыхания в 88% случаях. У ¾ больных наблюдался цианоз носогубного треугольника.

У $^{2}/_{3}$ больных этой группы аускультативно выслушивались мелкопузырчатые влажные хрипы на высоте вдоха.

Изменение со стороны–сердечно сосудистой системы в виде некоторого приглушения тонов сердца наблюдалось у 82% больных, а у 94,5% имело место проявление синусовой тахикардии. Со стороны мочевыделительной системы практически у всех больных (97,4%) отмечались явления олигурии с уменьшением суточного диуреза в пределах от 62% до 74%.

Следует отметить вышеупомянутые симптомы интоксикации, дыхательной недостаточности с проявлениями стаза на коже (мраморный оттенок), в 57,1% случаях отмечалась кровоточивость из мест инъекций. У 44,7% детей наблюдалась кровавая рвота в виде кофейной гущи, у ¼ больных имел место дёгтеобразный стул.

Общее состояние больных второй группы при поступлении в клинику было расцененно как очень тяжёлое. У всех детей этой группы имели место выраженные симптомы интоксикации и дыхательной недостаточности, которые проявились гипертермическим синдромом (t° 39–40,5°С), гипервентиляцией с частотой дыхания от 70 до 84 в мин.

У 85,4% больных наблюдался влажный кашель. У 18 детей (100%) этой группы отмечалась бледность кожных покровов с выраженным мраморным оттенком и цианозом носогубного треугольника. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания с втяжением уступчивых мест грудной клетки имело место у 97,7%. Аускультативно в 78,9% случаях над поражёнными участками лёгких выслушивались сухие мелкопузырчатые влажные хриппы.

Границы относительной сердечной тупости были несколько расширены в 65,6% случаях, проявления синусовой тахикардии имели место у 82,3% больных.

Следует отметить, что у всех 23 детей второй группы, имеющих симптомокомплекс тяжёлой пневмонии с проявлением микроциркуляторных нарушений, все случаи сопровождались кровоточивостью из мест инъекций. У $^{2}/_{3}$ детей обнаружена явная олигурия (62–78,5%), а у $^{1}/_{3}$ больных суточный объём мочи был значительно снижен (менее 50%).

У 9 (39,1%) детей данной группы выявлены экстравазаты геморрагического характера, что, как правило, сочеталось с кровавой рвотой в виде кофейной гущи и дёгтеобразным стулом. У одного ребёнка отмечалось кровоизлияние в коньюктиву, а у двух детей (8,7%) имело место носовое кровотечение.

В общем анализе крови больных первой группы с пневмонией количество эритроцитов находилость в пределах 3,7-4,1x10^{12}/л, гемоглобин (94–121 г/л), лейкоциты (8–12x10^{9}/л) с палочкоядерным сдвигом (6-15%), СОЭ (14–20 мм/ч), что указывает на наличие тенденции к анемии, лейкоцитозу, ускорению скорости оседания эритроцитов у данной категории детей.

В геммограмме у детей второй группы выявленна явная тенденция к анемизации (Эр 2,7–3,6x10^{12}/л; Нв 83–96 г/л), лейкоцитозу (12–18x10^{9}/л) с заметным палочкоядерным сдвигом (19-37%) и к ускорению СОЭ (21–38мм/ч).

Выявленные изменения со стороны периферической крови инфекционно–воспалительного характера у больных с тяжёлым течением пневмонии носили умеренный характер, а у больных с очень тяжёлым течением пневмонического процесса были более значительными.

Рентгенографией грудной клетки у 51 ребёнка (100%) обеих групп верифицировано наличие очагово-воспалительных изменений в лёгких, чаще справа (52,3%), в (29,6%) случаях - с обеих сторон и реже - слева (18,1%).

В коагулограмме больных с пневмонией первой группы время свёртвания крови по Ли-Уайту (7,1±0,14) мин. было заметно продолжительнее ($p<0,05$), а у больных второй группы (11,2±0,21мин.) - значительно длительнее ($p<0,001$), по сравнению с этим же показателем здоровых детей (5,8±0,16мин).

Вместе с тем, содержание фибриногена и протромбинового индекса, степени тромботеста у больных первой группы (1,81±0,03г/л; 61,7±3,7%; 3,3±0,21ст соответственно) и пациентов второй группы с пневмонией (0,96±0,007г/л; 43,1±2,9%; 2,0±0,04ст соответственно) было существенно ниже, по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы (p<0,001). Кроме того, у больных первой группы показатели фибринолитической активности (224,6±4,41мин) не отличаются от аналогичного значения контрольной группы (226,4±8,33мин), тогда как активность фибринолиза у больных второй группы оказалась достоверно выше (167,1±4,9мин), по сравнению с этим же показателем контрольной группы (226,4±8,33мин; p<0,001), также выявлена существенная разница между величиной фибринолитической активностью двух основных групп исследуемых (p<0,001).

Обнаруженные изменения со стороны коагуляционно–антикоагуляционной системы крови детей с пневмонией говорят о наличии умеренной коагулопатии потребления у больных первой группы, тогда как она носит выраженный характер у представителей второй группы с пневмоническим процессом. Следует отметить, что фибринолитическая активность у больных с тяжёлой формой пневмонии остаётся неизменной, в то же время у больных с очень тяжёлым течением пневмонического процесса она подвергается значительной активации, способствуя проявлению универсального геморрагического синдрома.

Показатели тромбоцитарного звена гемостаза представлены в таблице.

Средние величины показателей тромбоцитарного звена гемостаза у детей при пневмонии

Показатели	Контрольная группа	I группа	II группа
Длительность кровотечения (мин).	3,1 ± 0,13	3,9 ± 0,07*	6,3 ± 0,009*,**
Эндотелиальная проба (степень).	0,15 ± 0,003	1,35 ± 0,001*	2,15 ± 0,003*,**
Ретракция кровяного сгустка(%)	55,3 ± 3,81	44,4 ± 3,81*	36,7 ± 4,19*,**
Тромбоциты (x10^9/л)	245,5 ± 7,14	136,8 ± 7, 43*	94,5 ± 5,41*,**

Примечание: *- достоверность разницы по сравнению с контрольной группой;
**- достоверность разницы по сравнению с первой группой.

Как следует из представленных данных в таблице, средняя величина длительности кровотечения у больных первой группы с пневмонией оказалась заметно выше (3,9 ±0,07мин), по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы. Средний показатель эндотелиальной пробы «жгута» был умеренной степени (4,35±0,001ст) выраженности, что в 44,7% случаях сочеталось со рвотой в виде кофейной гущи, а у 25,9% больных - с дёгтеобразным стулом. Наряду с этим средняя величина ретракци

кровянного сгустка (44,4±3,21%) у детей оказалась существенно ниже соответствующего показателя группы здоровых детей (p<0,05).

Кроме того, общее количество тромбоцитов в периферической крови у детей с тяжёлой формой пневмонии (136,8±7,43x10^9л) было достоверно ниже этого же показателя детей контрольной группы (p<0,001).

При индувидуальном анализе у 47,1% больных первой группы имело место укорочение времени кровотечения по Дьюке (менее 2-х мин). Проба «жгута» была отрицательной у 24% детей, лёгкой степени выраженности отмечалась у 27% больных, у 35% пациентов оказалась умеренной, а у 14% наблюдаемых была яркой степени выраженности. Общее количество тромбоцитов у 33,4% детей было в пределах нормальных значений (200– 260x10^9/л), у 26,3% оказалось в рамках от 150–180x10^9/л, 80–144x10^9/л было у 37,3% пациентов, а количество тромбоцитов было ниже 80x10^9/л у 3,1% больных первой группы с пневмонией.

При иследовании тромбоцитарного звена у детей второй группы с бактериальной пневмонией выявлено, что средняя величина длительности кровотечения по Дьюке оказалась значительно больше (p<001), по сравнению с аналогичными данными контрольной группы, кроме того, обнаружена достоверная разница средних значений этого показателя между двумя группами больных с пневмонией. Средний показатель эндотелиальной пробы «щипка» у больных второй группы (2,15±0,003ст) был существенно выше, по сравнению с этим же показателем группы здоровых детей (p<0,001). Позитивность эндотелиальных проб у детей данной группыв 6,6% случаях сочеталась с носовым кровотечением, у 36,4% больных - с экстравазатами на коже петехиально – синячкового характера, у 33,3% пациентов - со рвотой в виде кофейной гущи, в 29,9% случаях дёгтеобразным стулом, а у 13,2% больных - с гематурией (Эр 12-14 в поле зрения). У одного ребёнка имело место кровоизляние в конъюнктиву глаз.

Показатель средней величины ретракции кровянного сгустка (36,7±3,15%) был значительно ниже, по сравнению с таким же показателем контрольной группы (p<0,001). Среднее значение этого показателя у детей данной группы оказалось достоверно ниже, по сравнению с аналогичным показателем больных первой группы с пневмонией (p<0,01).

Среднее значение общего количества тромбоцитов в периферической крови у больных второй группы (94,5±5,41) с пневмонией оказалось с высокой достоверностью меньше, по сравнению с этим же показателем группы здоровых детей.

Средняя величина общего количестве кровянных пластинок у данной группы больных также была значительно меньше, по сравнению с аналогичными показателями детей первой группы с бактериальной пневмонией (p<0,01). Индивидуальный анализ показателей тромбоцитарного гемостаза у детей второй группы с бактериальной пневмонией обнаружил, что у 19,6% больных

длительность кровотечения по Дьюке была в пределах 4–8 мин, у 47,1% колебалась во временных параметрах от 9 до 12 мин и у 33,4% была более 12мин.

Степень выраженности эндотелиальной пробы у 22,9% больных оказалась не больше 0-1ст. У 50,4% пациентов умереной (1–2 ст.), а у 6,9% детей - выраженной (2-3 ст.) .

Значение ретракции кровянного сгустка у больных с очень тжёлой формой колебалось в широких пределах. Так, у 19,8% больных оно находилось от 49% до 40%, у 50,4% больных - от 39% до 30%, а у 29,8% детей - ниже 29%. Это говорит о том, что у большинства больных данной группы ретракция кровяного сгустка была снижена, но в незначительной степени.

Общее количество тромбоцитов у 23,4% больных находилось в пределах 150–207х 10^9/л. У 38,8% детей - 80–149х10^9/л, а у 36,2% пациентов - ниже 80 х 10^9/л. Следует отметить, что у 3-х больных общее количество тромбоцитов было ниже критического уровня Франка (ниже 35х10^9/л).

Заключение. Результаты проведенных нами исследований тромбоцитарного звена гемостаза показали, что у детей с тяжёлой формой пневмонии в 17% случаев имеет место укорочение, а более чем у половины больных (53,9%) - умеренное удлинение длительности кровотечения по Дьюке, тогда как у больных с очень тяжелой формой пневмонии во всех случаях наблюдалось значительное нарастание временни кровотечения. Эндотелиальная проба была положительной в 76% случаях у детей при тяжёлой пневмони, в то же время она оказалась позитивной у всех больных с очень тяжёлым течением процесса. Ретракция кровянного сгустка была умеренно снижена у ¾ больных с тяжёлой пневмонией, тогда как у детей второй группы зафиксировано выраженное уменьшение этого показателя. Общее количество тромбоцитов в периферической крови у больных с тяжёлым течением пневмонии в целом имеет тенденцию к снижению, тогда как у детей с очень тяжёлым течением отмечалось явное уменьшение количества кровяных пластинок, в некоторых случаях даже ниже критического уровня с проявлениями выраженного геморрагического синдрома.

Выявленные изменения у обследованных больных циркуляторно–геморрагического характера, дисбаланс со стороны плазменных факторов свёртывания, нарушения времени кровотечения, эндотелиальные пробы, ретракция кровянного сгустка и уменьшение количества тромбоцитов в периферической крови свидетельствуют о том, что при тяжёлом течении пневмонии наряду с нарушением плазменного звена гемостаза нередко развиваются изменения и тромбоцитарного звена гемостатического процесса, что диктует целесообразность подключения к традиционной терапии данной категории больных детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чупрова А.В. Лоскутова С.А, Аимут С.Я., Стурова В.Г. Геморррагические и тромботические заболевания и синдромы у детей, диагностика и терапия: учеб. пособие. Ростов - на – Дону: Феникс, 2007. - 234с.

2. Баркаган З.С. Патология гемостаза // Руководство по гематологии / Под ред. А. И. Воробьёва. – М, 2004. - 364с.

3. Зиновский Е.П. Тенденции смертности в Казахстане, специфика республик Центрального–азиатского региона // Матер. IX-Международной научно-практической конфренции. – Усть-Коменогорск, 2008. - С. 118–127.

4. Шабалов Н.П. Детские болезни. - СПб.: Питер, 2007. – Т.2.

5. Зеленская Д.И. Динамика смертности от пнемонии детей перого года жизни: автореф. дис..кан.мед.наук. - М., - 1988. - 25с.

6. Маслякова Г.Н. О сущности и значении ДВС-синдрома крови в патологии. //Тромбоз, гемостаз и реология. - 2005. - №1. – С. 8-13.

7. Шевчук В.П. Физиология под ред. В.П. Шевчука. – 2012. – С. 256-287.

8. Папаян Л.П. Новое предсталение процесса сёртыания крови. //Трансузиология. – 2004. – Т. 5, №3. – С. 7-22.

9. Заболотский И.Б., Сиников С.В., Шапоошников И.А. Диагностика и расстройство системы гемостаза. - М.: Практическая медицина, 2008. – 134 с.

10. Баркаган З.С, Мамот А.П. Основы диагностики нарушения гемостаза. – М., Ньюмед, 2005. - 224с

11. Бышевский А.Ш. Роль тромбоцитов в гемостазе. Тюмень, 2003, ntp//www. tmn. rU/tumakad /3/ about. ntm.

12. Кизилова Н.С. Клинико-лабораторное диагностика системы гемостаза, принципы и схемы иследования. - Новосибирск, 2007.

13. Рефат А. Современные особенности внебольничной пневмонии детского возраста, этиологическая характеристика, клиника и состояния функции внешнего дыхания: автореф. дис…кан. мед. наук. – Пермь, 2008 – 21с.

ИСМОИЛОВ К.И., ДАВЛАТОВ С.Т., ИСМОИЛОВА М.А.

ХУСУСИЯТҲОИ ҚИСМИ ТРОМБОТСИТАРИИ ГЕМОСТАЗ ДАР КӮДАКОНИ ХУДСОЛ БО ПНЕВМОНИЯИ БАКТЕРИАЛӢ

Калимаҳои асосӣ: гемостаз, қисми тромботситарӣ, пневмонияи бактериалӣ.

Дар кори мазкур, натиҷаи тадқиқоти қисми тромботситарии гемостази 51 кӯдаки хурдсол бо пневмонияи бактериалӣ оварда шудааст.
Вобаста ба дараҷаи вазнинии пневмония кӯдакон ба ду гуруҳ тақсим карда шуданд. Гуруҳи якумро 28 кӯдак бо пневмонияи дараҷаи вазнин ва гуруҳи дуюмро 23 бемор бо раванди ниҳоят вазнини беморӣ ташкил намуданд.
Ба ҳама кӯдакони санҷидашуда дар баробари тадқиқотҳои умумиклиникӣ, рентгенологӣ, коагулятсионӣ ва паракоагулятсионӣ, ҳамчунин, нишондодҳои қисми тромботситарии гемостаз (муҳлати хунравӣ бо Дьюке, суддаи эндотелиалӣ, ретраксияи хуни суддашуда ва миқдори умумии тромботситҳо) санҷида шуд.
Дар бемороне, ки намуди вазнини пневмония ҷой дорад вайроншавии нисбӣ ва дар бемороне, ки намуди ниҳоят вазнини он ҷой дорад вайроншавии назарраси қисми тромботситарии гемостаз ба қайд гирифта мешавад.

ФТИЗИАТРИЯ

[1]БОБОХОДЖАЕВ О.И., [2]МАХМУДЗОДА И.С., [2] ГАИБОВ А.Г.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

[1]Кафедра фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино
[2]Таджикский НИИ профилактической медицины

До настоящего времени нет научного обоснования значению медико-социальных рисков и причинам распространения туберкулезной инфекции, характерных для Таджикистана. На основании анкетирования 390 здоровых лиц выявлены факторы риска по развитию туберкулеза, основными среди которых являются низкий уровень информированности и высокий уровень стигмы по туберкулёзу, а также не вполне соответствующие условия труда и быта, в основном сельских жителей, относительно низкий их экономический статус и недостаточная доступность к медицинским услугам. С целью предупреждения распространения туберкулезной инфекции рекомендуется пересмотреть подходы по устранению указанных факторов риска.

Ключевые слова: туберкулез, факторы риска, профилактика.

BOBOKHOJAEV O.I., MAHMUDZODA I.S., GAIBOV A.G.

RISK FACTORS FOR TUBERCULOSIS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

So far there is no scientific basis for the values of health and social risks and causes of the spread of tuberculosis infection specific to Tajikistan. Based on the survey of 390 healthy individuals identified risk factors for the development of tuberculosis, the principal of which are the low level of awareness and the high level of stigma tuberculosis, as well as not fully appropriate working and living conditions, mainly villagers, relatively low their economic status and lack of access to to health services. In order to prevent the spread of tuberculosis infection is recommended to reconsider approaches to address these risk factors.

Key words: tuberculosis, risk factors, prevention.

Актуальность. Туберкулез занимает особое место среди так называемых социально-обусловленных болезней [1]. В числе основных причин роста заболеваемости туберкулезом отмечены социально-экономическая нестабильность и усиление миграционных процессов [2].

Таджикистан входит в число 18 стран Европейского Региона Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) с высоким бременем туберкулеза и в число 27 стран с высоким бременем туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) в глобальном масштабе [3].

По данным ВОЗ, основные эпидемиологические показатели по туберкулёзу в Таджикистане за последние 15 лет значительно улучшились. Так, если распространенность и заболеваемость в 2000 году были соответственно 476 и 220 на 100 тыс.нас., то в 2014 году эти показатели составили 120 и 91 на

Бобоходжаев О.И. - д.м.н., доцент кафедры фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail:bobokhojaev@mail.ru,

100 тыс.населения. Одновременно с этим показатель выявляемости случаев туберкулеза с 20% в 2000 году повысился в 2014 году до 76%, а показатель смертности с 18 в 2000 году снизился в 2014 году до 3,4 на 100 тыс.населения [3]. Показатели государственной статистики имеют прямую корреляцию с указанными тенденциями, хотя несколько различаются в значениях. Одновременно с этим бремя развития лекарственно устойчивых форм туберкулеза остается высоким и составляет 13% среди новых случаев и 54% - среди повторных случаев туберкулеза [4].

Несмотря на то, что ранее было проведено фрагментарное изучение причин развития туберкулеза [5, 6], до настоящего времени нет научного обоснования значения медико-социальных рисков и причин распространения туберкулезной инфекции, характерных для Таджикистана.

Цель исследования. Изучить факторы риска развития туберкулеза у здоровых жителей Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Для понимания причин напряжённой ситуации по туберкулёзу среди жителей Республики Таджикистан было проведено комплексное изучение социальных и медицинских факторов у 390 здоровых лиц. Среди исследуемых лиц мужчин было 312 человек (80%), женщин - 78 (20%). Возраст колебался в пределах 18-55 лет, в том числе к возрастной группе 18-24 года отнесены 153 человека (39,2%), 25-34 года - 133 человека (34,1%), 35-44 года - 82 (21%) и 45-55 лет - 22 человека. (5,6%).

Для более детального анализа факторов риска развития туберкулёза среди здоровых лиц разработана специальная анкета, которая содержит более подробные сведения об информированности и стигме по туберкулёзу, а также позволяет оценить социальный статус, условия, в которых проживают анкетируемые лица, и их доступность к медицинским услугам.

Анкета выполнена на бумажном носителе. Ответы, которые заполняются исследователем - оценка в баллах - вводятся в соответствующий квадрат. Рекомендуется регистрировать ответы на все вопросы, полученные при анкетировании. Некоторые вопросы подразумевает несколько вариантов ответа. Подсчет баллов производится на основании суммы баллов ответов на каждый вопрос.

Качественные углубленные опросы проводились для выявления препятствий, с которыми сталкиваются граждане в отношении доступа к медицинским услугам.

По завершении анкетам присваивали коды, и данные были подготовлены посредством введения в программу ввода данных, разработанную для программного обеспечения SPSS. Углубленные опросы больных туберкулезом были анализированы с целью уточнения таких вопросов, как недостаток денежных средств, для оплаты частных консультаций, экономическая необходимость продолжать работать, отсутствие знаний об излечимости туберкулеза или страх перед общественной стигмой и возможностью стать социальными изгоями. В анализе данных использовались термины и понятия из собственной фразеологии участников для того, чтобы добраться до сути вопроса.

Для анализа результатов на основе приложения MS Excel, входящей в состав программного пакета MicrosoftOffice, составлен "Электронный вариант анкеты" для определения социального статуса семей, в которых проживают больные туберкулезом. "Электронный вариант анкеты" содержит краткие анкетные данные, номера вопросов и

ответов на заданные вопросы. Обработка полученных данных осуществлялась на персональном компьютере типа IBM PC в операционной среде MicrosoftWindows XP с помощью приложения MicrosoftExcel 2003. Учитывая, что анализируемое нами количество трудящихся-мигрантов относится к средним и малым величинам, статистическая обработка результатов анализа произведена с расчетом ошибки выборочной средней - т. Ее величина определяется как предел отклонения совокупности выборочной - п от совокупности генеральной - р, с гарантируемой заданной вероятностью (вероятность обычно принимается за 0,954 или 0,997), с использованием коэффициента Стьюдента - t, который при этом соответствует 2 или 3. Различие считалось достоверным при р 0,05, т.е. в тех случаях, когда вероятность различия составляла больше 95%.

Результаты и обсуждение. Опрос здоровых лиц выявил, что лишь 10,8% из них имели высшее образование, 25% - среднее специальное, остальные - среднее и ниже среднего.

Наибольшая доля опрошенных здоровых лиц, т.е. 294 человека (75,3%), работали в строительной отрасли. 38 женщин (9,7%) являлись домохозяйками, 48 человек (12%) работали в сельском хозяйстве, 24 человек (6,2%) - в сфере торговли, остальные - в разных других отраслях (транспорт, питание и пр.). Большинство респондентов, т.е. 237 человек (60,7%), работали за рубежом два года или более.

Уязвимость к туберкулезу среди опрошенных лиц устанавливалась посредством вопросов о питании, жилищных условиях и контактах с больным туберкулёзом в активной фазе.

Большинство лиц, т.е. 342 человека (87,6%), имели возможность хорошо питаться (три раза в день). 33 человека (8,4%) имели двухразовое питание в день, а 15 человек (4,0 %) питались только раз в день.

Опрос жилищных условий показал, что лишь 12% респондентов имели хорошие жилищно-бытовые условия и около 60% жили в скученных, плохих бытовых условиях.

Почти одна пятая часть опрошенных лиц, т.е. 64 человека (16,4%), сообщили о том, что контактировали с человеком, больным туберкулезом.

Только 182 (46,7%) из 390 опрошенных лиц указали, что имели возможность обратиться в лечебно-профилактическое учреждение по месту жительства. 295 человек (75,6%) заявили, что им приходилось оплачивать медицинские услуги, а 25 человек (6,4%), что они получали листок временной нетрудоспособности в связи с болезнью.

Почти половина опрошенных лиц, т.е. 184 человека, заболели каким-либо заболеванием, и характер их обращения за медпомощью был различным.

Большая часть опрошенных - 261 (66,9%) - занимались самолечением, 18,7% обратились за медицинской помощью и 14,4% не лечились.

Из 73 (18,7%) респондентов, обратившихся за медицинской помощью, 56 человек (76%) должны были платить за полученные услуги, 17 человек (23,3%) получили бесплатные услуги. Большинство заболевших каким-либо заболеванием ответили, что стоимость лекарственных препаратов и медицинских услуг была очень высокой.

Среди всех опрошенных 283 человека (72,6%) сообщили о том, что имели ограниченный доступ к медицинским услугам, в основном по экономическим причинам или в

связи с отсутствием специалистов в сельской местности.

На вопрос о том, сдавали ли они когда-либо анализы, перечисленные выше, 170 опрошенных (43,6%) ответили, что проверялись на ВИЧ, 137 человек (35,2%) – на инфекции, передающиеся половым путем, 114 человек (29,3%) – на гепатит С и 22 человека (5,7%) ранее сдавали мазок мокроты на микроскопический анализ на наличие микобактерий туберкулеза.

177 человек (45,4%) указали, что они обратились бы за медицинской помощью, как только осознали, что их симптомы могут быть связаны с туберкулезом. 95 человек (24,4 %) подождали бы продолжения симптомов в течение 3-4 недель до того, как обратиться за медицинской помощью. 54 человека (13,9%) обратились бы за медицинской помощью в связи с симптомами туберкулеза, когда не подействовало бы самолечение. 53 человека (13,6%) обратились бы за медицинской помощью в связи с симптомами туберкулеза, когда не смогли бы продолжать работать или были в очень плохом состоянии. 11 человек (2,8%) указали, что они не обратились бы в медицинское учреждение. Относительно группы из 11 человек, которые указали, что не обратились бы в медицинское учреждение, если бы обнаружились симптомы туберкулеза, для 5 (45,4%), причина состояла в стоимости лечения. 4 (36,3%) не обратились бы в медицинское учреждение, потому что не хотели узнать, что у них обнаружится что-то серьезное. Другие причины решения не обращаться в медучреждение включали в себя незнание, куда идти, транспортные вопросы или невозможность оставить работу.

Всем 390 опрошенным задавали вопросы с несколькими вариантами ответов относительно признаков и симптомов туберкулеза с заранее составленным списком симптомов заболевания. 213 человек в качестве симптома указали кашель, 173 человека указали в качестве симптома «кашель в течение более трех недель», из них 72 респондента указали и «кашель», и «кашель в течение более трех недель», как симптомы туберкулеза. Отсюда следует, что 315 опрошенных (80,7%) знали, что симптомом туберкулеза является кашель.

Знания респондентов относительно путей передачи туберкулеза были сочтены слабыми. 62,7% человек правильно знали, что туберкулез может передаваться воздушным путем, когда больной туберкулезом человек кашляет или чихает. Тем не менее, 70% респондентов ошибочно считали, что общее использование посуды может передать туберкулез. Другие ошибочные убеждения относительно передачи туберкулеза заключались в следующем: 66,4% полагали, что туберкулез может передаться при приеме пищи из одной тарелки; 18,7% считали, что туберкулезом можно заразиться через рукопожатие, а 13,8% полагали, что это может случиться при прикосновениях к предметам в общественных местах, таких как дверные ручки или поручни в транспорте. 8,8% сообщили, что не знают, как может передаваться туберкулез.

69,4% опрошенных полагали, что туберкулезом может заразиться кто угодно. Кроме того, определенные группы населения были названы как группы риска, подверженные туберкулезу. Среди них бедные (46,4%), бездомные (24%), алкоголики (24%), наркоманы (11,8%), ВИЧ-инфицированные (16,7%) и лица, находившиеся в местах заключения (17,8%).

262 человека (67,2%) считали туберкулез очень серьезным заболеванием. 104 че-

ловека (26,7%) считали относительно серьезным. 14 человек (3,7 %) не считали туберкулез очень серьезной инфекцией и 9 человек (2,4 %) не знали ответа на вопрос.

Большинство опрошенных, т.е. 324 человека (83,3%), полагали, что туберкулез можно излечить. Тем не менее, только 270 человек (69,4%) правильно знали, что туберкулез можно излечить специальными лекарственными препаратами, выдаваемыми в центрах здоровья, и только 189 человек (48,5%) правильно указали, что для излечения туберкулеза необходимо полное завершение всех этапов лечения.

Ошибочные убеждения относительно того, как может быть излечен туберкулез, включали в себя применение лечебных средств из трав, покой дома без медикаментов, религиозное лечение, другие, более странные убеждения, такие как употребление мяса собаки. 6,7% не знали, что туберкулез можно излечить.

Большинство опрошенных, т.е. 265 человек (67,9%), в основном узнали о туберкулезе благодаря телевидению. Другими источниками информации по туберкулезу были следующие: 218 человек (55,8%) узнали от медработников, 152 человек (38,9%) узнали в семье, от друзей, соседей или коллег, 191 человек (37,5%) узнали из газет и журналов, 113 человек (28,9%) – из радио, 56 человек (14,5%) прочитали на досках объявлений, 133 человека (34,2 %) узнали из брошюр, плакатов или других печатных материалов и 37 человек (9,6%) – от учителей.

Для 320 человек (85,1%) стоимость лечения была указана как самое большое препятствие, с которым они сталкиваются, желая получить информацию относительно туберкулеза. Страх потери места работы в случае наличия инфекции был указан 36 респондентами (9,2%). Другие препятствия для получения информации о туберкулезе включали в себя языковой барьер (2,1%) и расстояние до медицинского учреждения (3,6%).

Большинство опрошенных, т.е. 276 человек (70,7%), почувствовали бы уныние или безнадежность, если бы у них обнаружился туберкулез. Другой распространенной реакцией было чувство страха, смущения, удивления и стыда.

Большинство опрошенных – 320 человек (82,0%) – обсудили бы свою болезнь с врачом или другим медицинским работником. Только 5 человек (1,2%) указали, что они ни с кем не говорили бы о своей болезни, если бы у них обнаружился туберкулез.

Более половины респондентов – 221 человек (56,6%) – указали, что они знали людей, у которых есть или был туберкулез.

182 человека (46,8%) ответили, что большинство людей в обществе относились бы к больному туберкулезом дружелюбно, но в общем старались бы избегать контакта. 153 респондента (39,3%) указали, что общество, в основном, поддерживает и помогает людям, больным туберкулезом. 47 человек (12%) указали, что большинство людей в общине отвергали бы больных туберкулезом. 5 респондентов (1,2%) были бы безразличны к больному туберкулезу и не помогали и не беспокоились бы о них. 3 (0,8%) не знали, как отнеслось бы их общество к больному туберкулезу. Когда опрашиваемых попросили указать, какое из высказываний наиболее близко отражает их отношение к людям, больным туберкулезом, было получено множество разнообразных ответов.

ВЫВОДЫ

1. Средний уровень информированности жителей Республики Таджикистан относительно путей передачи туберкулеза относительно низок, а уровень стигмы - высокий, что является основными причинами несоблюдения профилактических мер, инфицирования контактных лиц и активации туберкулезного процесса.

2. Доступность к медицинским услугам населения Таджикистана нуждается во внедрении новых подходов. В настоящее время Республика Таджикистан не располагает эффективными механизмами медико-социальной защиты граждан, проживающих в стране, что требует проведения корректировки действующих законодательных актов, связанных с обеспечением хороших условий труда, быта и питания, которые, несомненно, способствуют ликвидации туберкулеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Porto A. Social representations of tuberculosis: stigma and prejudice. / A. Porto. //Rev SaudePublica. – 2007. – Vol. 41. – P. 1-7.

2. Гомбогарам Цогт. Туберкулёз и миграция // Международная конференция в Республиках Центральной Азии «М/ШЛУ-ТБ – призыв к действиям» - Душанбе, 2010. - С. 56-57.

3. Global tuberculosis report. – WHO – Geneva, 2015.

4. Joncevska M., Hoffmann H., Bobokhojaev O. et al. Surveillance of drug resistance in Central Asia. //The international Journal of Tuberculosis and lung disease.-2014.- Vol.18. - №11. – P. 56-57.

5. Закирова К. А. Влияние медико-социальных факторов на заболеваемость туберкулезом в Республике Таджикистан и совершенствование профилактической помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины - 2011. – № 1.- С. 16-19.

6. Сироджидинова У. Ю., Бобоходжаев О.И., Джумаев Р.Р. и др. Проблемы туберкулёза в Республике Таджикистан. //Туберкулез и болезни легких. - Москва. - 2015. - №2. -С. 39-44.

БОБОХОҶАЕВ О.И., МАҲМУДЗОДА И.С., ҒОИБОВ А.Ғ.

ОМИЛҲОИ ХАВФИ ГИРИФТОРШАВӢ БА БЕМОРИИ СИЛ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Калимаҳои асосӣ: беморий сил, омилҳои хавф.

То имрӯз аҳамияти омилҳои хавфи тиббию-иҷтимоӣ ва сабабҳои паҳнгаштани сирояти беморий сил дар Тоҷикистон тасдиқи илмӣ надоранд. Дар асоси пурсиши 390 нафар шахсони солим таъсири омилҳои хавфи тиббию-иҷтимоӣ ва сабабҳои паҳнгаштани сирояти беморий сил, асосан дар байни онҳо сатҳи пасти иттилоотнокӣ ва сатҳи баланди тамгадорӣ оид ба беморий сил, инчунин нокифоя будани шароити зисту кор, асосан дар байни аҳолии деҳот, норасоии сатҳи иқтисодӣ ва нокифояи дастрасӣ ба хизматрасониҳои тиббӣ, таҳлил карда шудааст. Бо мақсади пешгирии паҳнгаштани сирояти силӣ боздиди чораҳои бартарафнамудани омилҳои хавфи зикргардида пешниҳод карда шудааст.

СТОМАТОЛОГИЯ

ТАИРОВ У.Т., КУДРАТОВ А.Р., ДЖУМАЕВ Ш.М., ТОИРОВ М.У.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ВЫСОТЫ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ПРИ ОРОАНТРАЛЬНОЙ ПЕРФОРАЦИИ

Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ и СЗН РТ

Одно из довольно часто встречающихся в хирургической практике осложнений, возникающих непосредственно в ходе операции удаления зубов верхней челюсти, - это перфорация дна верхнечелюстной пазухи. Традиционные методы лечения, как правило, направленны на закрытие образовавшейся перфорации мягкоткаными структурами либо лоскутами на ножке с вестибулярной или нёбной стороны. Восстановление костного дефекта не предусматривается. Рассматривается способ закрытия ороантральной перфорации (ОП) с учетом восстановления высоты и ширины альвеолярного отростка верхней челюсти, что важно в вопросах протезирования.

Ключевые слова: Ороантральная перфорация, регенерация, обогащенная тромбоцитами плазма, КоллапАн-Л, Genesis-BCP.

TAIROV U.T., KUDRATOV A.R., DJUMAEV SH.M., TOIROV M.U.

RESTORATION OF HEIGHT OF THE ALVEOLAR SHOOT AT OROANTRAL PERFORATION

One of quite complications which are often found in surgical practice arising directly during operation of removal of teeth of the top jaw is a perforation of a bottom of a maxillary bosom. At traditional methods of treatment defect of a bone tissue isn't restored that leads to sharp violation of a form of an alveolar shoot. Questions of the bone plasticity the oroantral defects directed on tissue regeneration and compensation of loss of a bone tissue are insufficiently studied.

Key words: Oroantral perforation, platelet rich plasma, regeneration, KollapAn-L, Genesis-BCP.

Актуальность. Одно из довольно часто встречающихся в хирургической практике осложнений, возникающих непосредственно в ходе операции удаления зубов верхней челюсти, - это перфорация дна верхнечелюстной пазухи [1].

При традиционных методах лечения дефект костной ткани не восстанавливается, ушивается только слизистая оболочка, что приводит к резкому нарушению формы альвеолярного отростка, а в некоторых случаях к расхождению краёв раны и формированию стойких свищей [2].

Одним из перспективных достижений в медицине в целом и в стоматологии в частности стало использование факторов роста в сочетании с остеопластическими материалами для ускорения регенеративных процессов в ране. Это относительно новая биотехнология - одно из направлений тканевой инженерии и клеточной терапии, которое привлекает все большее внимание медицинских работников [3-5].

Таиров У.Т. – д.м.н., профессор.
E - mail: stomatologi@mail.ru.

В настоящее время, учитывая большое число операций по закрытию ороантрального сообщения, актуальными являются профилактика рецидивов и одномоментное восстановление высоты альвеолярного отростка. Имеются лишь единичные работы, посвященные изучению эффективности использования остеопластических материалов в сочетании с богатой тромбоцитами плазмой (БоПТ) в лечении больных с перфорациями дна верхнечелюстной пазухи. Задачей является разработка методики закрытия ороантральных дефектов с учетом их размеров путем использования биокомпозиционного материала КоллапАн-Л и синтетического Genesis-BCP в сочетании с БоПТ и мембраны из аутоплазмы.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения и восстановления высоты альвеолярного отростка больных с ОП путем применения биокомпозиционного (КоллапАн-Л) и синтетического (Genesis-BCP) материалов в комбинации с БоПТ.

Материал и методы исследования. В условиях хирургического отделения Научно-клинического института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Республики Таджикистан под наблюдением находились 28 пациентов в возрасте от 20 до 57 лет, 18 мужчин и 10 женщин, с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи без ярко выраженных клинических и рентгенологических признаков воспаления гайморовой пазухи. У больных перфорация дна верхнечелюстной пазухи имела место при удалении чаще первых моляров, реже - вторых моляров, а также проталкивании корня зуба при атипичных удалениях. В зависимости от тактики оперативного лечения пациенты с перфорациями дна верхнечелюстной пазухи были разделены на 2 группы: основная - 21 и контрольная - 7 больных. Сроки поступления больных с момента возникновения ОП в основном составляли первые и вторые сутки после удаления зуба.

При обследовании больных учитывали клинико-анамнестические данные, включающие жалобы, давность образования ороантрального сообщения, его локализацию и размеры. Рентгенологическое исследование включало ортопантомографию с целью исключения воспалительных явлений в верхнечелюстной пазухе, а также определения ориентировочных размеров высоты альвеолярного отростка. В основной группе закрытие перфорационного отверстия осуществляли следующим образом: перед операцией у пациента из локтевой вены производили забор крови в количестве 40 мл для получения плазмы, обогащенной тромбоцитами, кровь центрифугировали в один этап в течение 10 мин. при 3800 об/мин на центрифуге ЕВА-20. Под инфильтрационной анестезией solutionis ubestszini 4% - 2,4 мл производили трапециевидный разрез со стороны преддверия полости рта в области ороантрального сообщения, лоскут отслаивали, скелетировали кость, и в тех случаях, когда было проталкивание корня зуба в верхнечелюстную пазуху, в участке наиболее истонченной костной ткани специальным трепаном диаметром 12 мм вскрывали переднюю стенку пазухи. Затем пациенту предлагали наклонить голову вниз и при закрытом рте, зажимая обе ноздри, сделать попутку выдохнуть. При этом в некоторых случаях корень выходил из трепанационного отверстия или подходил очень близко к трепанационному отверстию и его без особого труда извлекали при помощи специальных эластических зажимов. Затем на конце изогнутого эластического зажима изготавливали небольшого размера тупфер, и вводя его через искусственно созданное отверстие гайморовой пазухи придавливали со стороны

пазухи, к мягким тканям и удерживали его в таком положении. В устье лунки удаленного зуба вводили мембрану, изготовленную из БоПТ, затем лунку удаленного зуба заполняли биокомпозиционным КоллапАн-Л и синтетическим Genesis-BCP материалами, смешанными с БоПТ. Поверх них также помещали мембрану из аутоплазмы обогащенной тромбоцитами. Слизисто-надкостничный лоскут ушивали узловыми швами (рис. 1-4). Снятие швов осуществляли на 7-10 сутки.

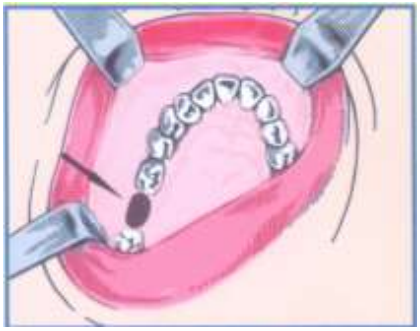

Рис. 1. Схематическое изображение ороантральной перфорации.
Рис.2. Вид изображения ороантральной перфорации на сагиттальном распиле

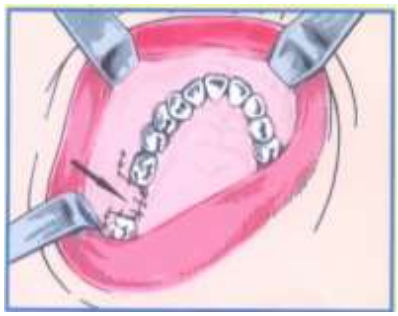

Рис. 3. Заполнение ороантральной перфорации: 1. Плазменная мембрана; 2-3. Комбинация Genesis-BCP и КоллапАн-Л; 4. Плазменная мембрана
Рис. 4. Закрытие ороантральной перфорации трапециевидным слизисто-надкостничным лоскутом

Пластическое закрытие ОП без наличия корней зубов в гайморовой пазухе производилось следующим образом. При помощи специальных глубиномеров из набора имплантации определялась ориентировочная высота перфорационного отверстия. После проведения соответствующей антисептической обработки в лунку удаленного зуба вводили мембрану из аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, затем до уровня края лунку заполняли биокомпозиционным КоллапАн-Л и синтетическим Genesis-BCP материалами, смешанными с БоПТ, поверх них также накладывали аутоплазменную мембрану, обогащенной тромбоцитами, затем выкроенный слизисто-надкостничный лоскут мобилизовали и ушивали узловатыми швами.

Закрытие ОП у пациентов контрольной группы проводилось путем выкраивания трапециевидного лоскута с последующим его подшиванием к краям лунки удаленного зуба.

Результаты исследования и их обсуждение. На основании клинических данных в основной группе отмечался более ранний гемостаз, не отмечалось расхождения швов, воспалительные явления и отёк выражены незначительно. В контрольной группе послеоперационный отёк был несколько более выраженным, отмечались случаи кровотечения из области швов, у двух пациентов

зафиксировано расхождение швов и носовое кровотечение. Рентгенологические данные контрольной группы в сроки 6-12 месяцев показали значительную атрофию костной ткани альвеолярного отростка области удаленного зуба, в основной же группе пациентов на рентгенограмме отмечалась тень костной ткани на всю высоту альвеолярного отростка. Структуру костной ткани лунки удаленного зуба мы также оценивали визуально при проведении операции дентальной имплантации через 6 месяцев, а также при постановке формирователя десневой мембраны перед протезированием через 12 месяцев. Разработанная методика устранения ороантральной перфорации позволяет одновременно закрыть ороантральное сообщение и восстановить высоту альвеолярного отростка верхней челюсти, тем самым создавая благоприятные условия для дентальной имплантации.

Заключение. Сравнительный анализ проведенного лечения 28 больных основной и контрольной групп с ороантральными перфорациями показали высокую эффективность применения биокомпозиционного (КоллапАн-Л) и синтетического (Genesis-BCP) материалов в сочетании с БоПТ, что позволяет устранить перфорацию, восстановить высоту альвеолярного отростка , что в конечном итоге создает благоприятные условия для проведения дентальной имплантации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Щипский А.В. Использование силиконовых мембран для закрытия перфораций верхнечелюстного синуса после удаления зубов //Рос. стомат. журн. - 2005. - №4. - С. 17-25.

2. Лузина В.В. Ошибки в амбулаторной стоматологической практике при диагностике и лечении одонтогенного гайморита //Стоматология. - 1991. - №4. - С. 53-54.

3. Кулаков А.А. Использование богатой тромбоцитами плазмы с целью увеличения объема костной ткани при проведении операции синуслифтинг // Рос. стоматол. журн. - 2004. - №2. - С. 10-14.

4. Anitua E. Plasma rich in growth factors: Preliminary results of use in the preparation of future sites for implant. //J. Oral Maxillofacial Implants. - 1999. - Vol.14. - P. 529-535.

5. Marx R.E. Platelet-Rich Plasma: A Source of Multiple Autologous Growth Factors for Bone Grafts, Tissue Engineering // Applicationsin Maxillofacial Surgery and Periodontics. - 1999. - P. 71-82.

ТАИРОВ У.Т., ҚУДРАТОВ А.Р., ДЖУМАЕВ Ш.М., ТОИРОВ М.У.

БАРҚАРОР НАМУДАНИ БАЛАНДИИ ШОХЧАИ АЛВЕОЛЯРӢ ҲАНГОМИ СУРОХШАВИИ ОРОАНТРАЛӢ

Калимаҳои асосӣ: сурохии ороантралӣ, регенератсия, зардоби хуни бо тромботситҳо сершуда, КоллапАн-Л, Genesis-BCP.

Дар ҷарроҳии амалӣ, яке аз оризаҳои назаррас, ки бевосита ҳангоми ҷарроҳии кандани дандонҳо ба амал меояд, ин сурохшавии қаъри бағали ҷоги боло мебошад. Усулҳои маъмулӣ, чун қоида, бо истифода аз бофтаҳои мулоими коми нарм ё вестибула ба махкам кардани сурохии пайдогашта равона карда шудаанд. Барқарор намудани нуқсони устухон ба назар гирифта нашудааст. Усули махкам намудани сурохии ороантралӣ бо назардошти баландӣ ва паҳнои шохчаи алвеолярии ҷоги боло, ки дар масъалаи гузоштани узви сунъӣ муҳим аст, дида мешавад.

САБУРОВ С.К.

ОЦЕНКА ГИГЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НЕСЪЁМНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ БОЛЬНЫМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Учебно-клинический центр «Стоматология»
Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Автор предлагает при изготовлении несъёмных зубных протезов больным с сопутствующей соматической патологией проводить не только общепринятые методы обследования, но и учитывать состояние микрофлоры полости рта. Для этого предлагается исследовать микрофлору полости рта у данной категории больных до протезирования и учитывать полученные данные при выборе конструкционного материала. Процедура позволит снизить количество осложнений, связанных с действием материалов протезов, и повысить эффективность конструкции.

Ключевые слова: зубной налёт, стальные зубы, заболевания пародонта, жевательный аппарат.

SABUROV S.K.

ASSESSMENTOF HYGIENIC CONDITION OF ORAL CAVITY AFTER DENTAL PROSTHETICS WITN NON-REMOVABLE DENTURES AMONG THE PATIENTS WITH CONCOMINANT SOMATIC PATHOLOGY

The author proposes that not only conventional examination methods has to be applied among patients with concomitant somatic diseases, but the condition of oral microflora should also be taken into account duringmanufacture of non-removable dentures. In order do this, it is proposed to study the microflora of oral cavity in patients with concomitant somatic pathology before dental prosthetics and to consider the obtained data when selecting the construction material. This procedure will reduce the number of complications associated with the effect of prosthetic materials and improve the efficiency of construction.

Key words: plaque, steel teeth, periodontal disease, dental apparatus.

Актуальность. В настоящее время в ортопедической стоматологии для изготовления протезов используются более 20 металлов: золото, платина, серебро и др. Эти сплавы отличаются более выраженным олигодинамическим действием [1].

Определенное значение имеет и материал, из которого изготовляются протезы. Оказалось, что серебряно-палладиевые сплавы подавляют рост дрожжеподобных грибов, стафилококков, стрептококков, лактобацилл, тогда как сплавы из золота и нержавеющей стали не оказывают такого действия [2, 3, 4].

Зубной налёт начинает накапливаться на поверхности зубов в полости рта уже через два часа после чистки зубов. В течение первых суток на поверхности зуба преобладает кокковая флора, после 24 часов - палочковидные бактерии. Через двое суток в зубном налёте обнаруживаются многочисленные палочки и нитевидные бактерии. В формировании зубного налёта

Сабуров С.К. – дотцент кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино; г. Душанбе, пр. Сомони 30/1. Тел.: 985615353, E-mail: saburov_sabur@mail.ru

определенную роль играют клетки слущенного эпителия. Они прикрепляются к поверхности зуба в течение часа после его очищения. К концу суток количество прикрепившихся клеток заметно увеличивается. Установлено, что эпителиальные клетки адсорбируют на своей поверхности микроорганизмы [5]. В составе зубной бляшки обнаруживаются кариесогенные микроорганизмы, из которых наиболее важными являются Streptococcus mutans, Lactobacillus acidophilus, Actinomyces viscosus. Создается впечатление, что существует строгая корреляция между наличием S. mutans и развитием кариеса на определенных участках эмали - в области фиссур, на проксимальных поверхностях зубов. Перед развитием кариозных поражений на этих участках S.mutans составляет 30% от всей микрофлоры [6-8].

Как известно, важнейшим залогом сохранения здоровья любых групп населения и, прежде всего, больных с сопутствующей соматической патологией является сохранение или восстановление их жевательного аппарата, обеспечивающего хорошее пережевывание пищи и отсюда нормальное функционирование всей пищеварительной системы. Это, в свою очередь, является профилактикой серьезных соматических заболеваний и, прежде всего, заболеваний кишечно-желудочного тракта [9].

Роль инфекции в полости рта, как пускового механизма развития системных заболеваний, начала изучаться в 80-90 гг. XX века. Улучшенная лабораторная диагностика, сложные молекулярные и биологические методы позволили исследователям [7, 9, 10] подтвердить, что бактерии, отправляясь из очага инфекции в полость рта, могут распространяться в другие органы и системы.

Цель исследования – выявить взаимосвязь между механической травмой стальными протезами тканей пародонта, микробной флорой и установить их роль в патогенезе заболеваний пародонта у больных с сопутствующей соматической патологией.

Материал и методы исследования. Предложены результаты ортопедического лечения 120 больных в УКЦ «Стоматология» ТГМУ им Абуали ибн Сино с сопутствующей соматической патологией в возрасте от 20 до 60 лет (49 мужчин и 71 женщина). Контрольную группу составили 80 ортопедических пациентов (49 мужчин и 31 женщина) аналогичного возраста без соматической патологии.

Обследованные пациенты были разделены на две группы. Первая группа - больные с сопутствующей соматической патологией и наличием пародонтита легкой степени тяжести, вторая группа - пациенты без общесоматической патологии с наличием протетического гингивита. Распределение больных по возрасту и полу представлено в таблице.

Для оценки состояния тканей пародонта использовали клинико-рентгенологические методы. Гигиеническое состояние полости рта определяли по упрощенному индексу гигиены полости рта УИГР (Green-Vermillion, 1964): окрашивают вестибулярную поверхность 16, 11, 26, 31 и язычную поверхность 46, 36 зубов йодсодержащим раствором; на соответствующих поверхностях исследуемых зубов определяют индекс зубного налёта (Debris-index) и индекс зубного камня (Calcuius-index), выражают в баллах.

Повозрастное распределение обследованных больных

Группа больных	Возраст (в годах)				Всего
	20 – 29	30 - 39	40 - 49	50 – 59	
С соматической патологией и пародонтитом легкой степени тяжести	28	34	37	21	120
Без соматической патологии с наличием протетического гингивита	16	21	24	19	80

С помощью индекса кровоточивости PBI (Papillen-Blutung Index, Saxer, Muhlemann, 1975) определяли интенсивность кровоточивости в каждом из четырех квадрантов челюстей, которую оценивали через 20-30 сек. после зондирования зубодесневой борозды и кармана. Для оценки распространенности и интенсивности заболеваний пародонта использовали комплексный пародонтальный индекс КПИ. Погружение края коронок в зубодесневой карман определяли методом зондирования.

Результаты исследования и их обсуждение. У 81,34% обследованных в основной группе выявлены заболевания пародонта. В 6,10% случаев диагностирован хронический гингивит; в 45,40% – пародонтит легкой степени; в 30,40% – пародонтит средней степени; в 15,71% – пародонтит тяжелой степени. Пародонтоз различной степени тяжести обнаружен у 2,38% обследованных. Гигиеническое состояние полости рта всех пациентов оценено, в основном, как удовлетворительное (25,7%) и неудовлетворительное (58,6%).

Анализ данных индекса PBI позволяет сделать вывод о том, что повышение его значений происходит при наличии воспаления в тканях пародонта. Так, у больных с сопутствующей соматической патологией в возрасте до 30-39 лет показатели достигают 2,120±0,202, 40-49 лет – 2,431±0,206, 50-59 лет – 2,708±0,201.

В 78% случаев установлены неудовлетворительно изготовленные и в 22% – удовлетворительно изготовленные коронки. При этом в 82% случаев коронки были широкие, в 18% – широкие, глубоко продвинутые в зубодесневой карман. Состояние мостовидных протезов в 68% случаев определено как неудовлетворительно изготовленные, и в 32% – удовлетворительно изготовленные. Состояние опорных коронок у неудовлетворительно изготовленных мостовид-ных протезов: широкие опорные коронки (13%), широкие глубоко продвинутые коронки (23%), длинные глубоко продвинутые коронки (64%).

Анализ состояния стальных зубных протезов и осложнений показывает, что чаще развивается пародонтит, локализованный у лиц, длительно пользующихся (9-10 лет) стальными протезами, с неудовлетворительно изготовленными мостовидными протезами и коронками. Гингивит, как начальная стадия пародонтита, чаще развивается в сроки от 4 до 6 лет (39%) пользования стальными протезами.

Установлено, что распространенность различных признаков патологии пародонта у обследованных лиц (основная группа) в возрасте до 40-49 лет составляет 84,36% с интенсивностью поражения 4,27 секстанта на одного человека. Кровоточивость дёсен выявлена у 37,12% лиц с интенсивностью этого признака 3,05±0,21 секстанта, зубной

камень – у 45,22% (3,58±0,18 секстанта), пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм – у 18,63% (2,28±0,07 секстанта).

У лиц 50 – 59 лет распространенность заболеваний пародонта составляет 95,62%. Интенсивность поражения тканей пародонта у лиц в возрасте 30-39 лет равна 4,77 секстанта на человека. Кровоточивость дёсен выявлена у 17,34% обследованных с интенсивностью данного признака 2,86±0,13 секстанта, зубные отложения – у 32,36% (4,19±0,02 секстанта), пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм – в 45,20% случаев (2,83±0,06 секстанта), пародонтальные карманы 6 мм и более – в 16,76% случаев (1,26±0,03 секстанта).

Установлено, что индекс УИГР у лиц с сопутствующей соматической патологией, пользующихся стальными протезами, равен 2,8±0,03 и свидетельствует о том, что металлические протезы из стали аккумулируют зубной налёт. Аккумуляция зубного налёта зависит от шероховатости поверхности коронок после отделочной обработки.

Сопоставление показателей индексов гигиены, кровоточивости и КПИ показывает, что при увеличении значений индекса гигиены отмечается повышение индекса кровоточивости (наблюдается достоверная положительная корреляция, $p < 0,05$), всплеск распространенности и интенсивности признаков поражения пародонта.

Исследование налёта с зубных протезов показало, что на поверхности стальных протезов присутствует кокковая флора в больших количествах. Для сравнения определяли индекс зубного налёта с металлокерамических протезов, в полости рта он был равен 0,68±0,007.

Установлено, что металлические протезы являются источником питательной среды для микробной флоры полости рта. Ингредиентами этой питательной среды становятся микропримеси, перешедшие из материала протеза в слюну в результате электрохимических процессов. При этом изменяется электропроводимость слюны и снижается показатель pH, происходит «закисление» слюны.

Заключение. Таким образом, у больных с сопутствующей соматической патологией при изучении микрофлоры десневых карманов зубов, покрытых коронками из нержавеющей стали, золота и серебряно-палладиевого сплава, было установлено, что анаэробная и смешанная микрофлора наиболее обильна при коронках из нержавеющей стали, отмечена высокая распространенность и интенсивность заболеваний тканей пародонта. Металлические протезы являются травмирующим фактором для тканей пародонта. Длительное пользование стальными протезами (более 10 лет) способствует развитию локализованного пародонтита и гингивита. Электрохимический процесс в полости рта поддерживает и способствует развитию микробной флоры. Увеличение количества кокковой флоры обусловлено несовершенством технологического процесса стального протеза и изменениями кислотно-основного равновесия в полости рта. Процесс улучшения состояния околозубных тканей у обследованных больных с сопутствующей соматической патологией тесно связан с проведением профессиональной гигиены полости рта, а также заменой неудовлетворительно изготовленных стальных зубных протезов и коронок на металлокерамические или безметалловые конструкции.

ВЫВОДЫ

1. При выборе материала при тех или иных вмешательствах в ортопедической стоматологии у больных с сопутствующей

соматической патологией необходимо учитывать степень адгезивной способности резидентной микрофлоры полости рта к стоматологическим материалам.

2. Протезы, изготовленные из нержавеющей стали, являются пусковым механизмом в патогенезе заболеваний пародонта и увеличивают высеваемость стафилококков, стрептококков и грибов, т.е. обуславливают негативные сдвиги в популяции резидентов полости рта.

3. Количественный и качественный состав зубной бляшки на поверхности зубны протезов зависит от характера и качества изготовленного материала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаража Н.Н. Пропедевтика ортопедической стоматологии: практическое руководство / под ред. Н.Н. Гаражи. - Ставрополь: Изд-во Кавказский край, 2006. – С. 85-106

2. Волина Е.Г., Саруханова Л.Е. Основы общей микробиологии иммунологии и вирусологии. - М.: Медицина, 2010. - С.70-73.

3. Беньковская С.Г, Расторгуев Б.Т. Сравнительная оценка тканей пародонта у пациентов с металлическими и металло-керамичес-кими протезами // Новое в стоматологии. - 1996. - № 3. - С. 21-22

4. Абдурахманов А.И., Курбанов О.Р. Материалы и технологии в ортопедической стоматологии: учебник. - М.: Медицина, 2002. - 208 с.

5. Гожая Л.Д. Роль стальных зубных протезов в патогенезе заболевания пародонта // Дентал Ревю. - 2006. - С. 52-53.

6. Кирсанов А.И., Орехова Л.Ю., Горбачева И.А. Изучение взаимосвязи заболеваний пародонта с общим состоянием организма // Пародонтология. - 1996. - № 2. - С. 41-42.

7. Крамарь В.С., Игнатова Г.Н. Микробные ассоциации при частичном отсутствии зубов и после ортопедического лечения несъемными зубными протезами // Всесоюз. съезд стоматологов.- Волгоград, 1987. - С. 187-188.

8. Yasuyuki A. Oral treponemes and their outer membrane extract activate human gingival epithelial cells through Toll-like receptor // Infection and immunity. – 2003. – Vol. 71, № 2. – P. 717-725.

9. Colombo A.V., Silva C.M., Haffajee A. Identification of oral bacteria associated with crevicular epithelial cells from chronic periodontitis lesions // J. Med. Microbiol. – 2006. – Vol. 55. – P. 609-615.

10. Семенюк В.М., Жеребцов В.В., Жеребцова О.Е. Состояние органов, тканей и сред полости рта у лиц, пользующихся длительно несъёмными зубными протезами // Институт стоматологии. – 2008. - №2. - С. 48-49.

САБУРОВ С. К.

БАҲОГУЗОРИИ ҲОЛАТИ ГИГИЕНИИ КОВОКИИ ДАҲОН БАЪДИ ГУЗОШТАНИ ДАНДОНҲОИ СУНЪӢ ДАР ШАХСОНЕ, КИ БА БЕМОРИҲОИ ДИГАРИ СОМАТИКӢ ГИРИФТОРАНД

Калимаҳои асосӣ: карахши дандон, дандонҳои пӯлодӣ, бемории пародонт, дастгоҳи хоянда.

Муаллиф ҳангоми омода намудани дандонҳои сунъии гирифтанашаванда барои шахсони дорои беморихои ҳамрави соматикӣ пешниҳод менамояд, ки дар баробари гузаронидани таҳлилҳои маъмулӣ, ҳолати микрофлораи ковокии даҳон низ ба назар гирифта шавад. Барои ин, тадқиқот намудани микрофлораи ковокии даҳони ин гуруҳи беморон то гузоштани дандонҳои сунъӣ пешниҳод карда мешавад, ки барои интихоби маводи истифодашавандаи сунъӣ аҳамият дорад. Ин усул, имкони кам кардани миқдори оризаҳое, ки аз таъсири маводи сунъии истифодашаванда ба миён меоянд фароҳам меорад ва дар навбати худ сифати корро баланд мебардорад.

[1]АМОНОВА Ш.Ш., [1]РАХИМОВ Н.Г., [2]ДАВЛЯТОВА Г.К., [1]МУРАДОВ А.М., [2]АМОНОВА Ш.Ш., [1]МУРАДОВ А.А.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТРОМБОЭЛАСТОГРАММЫ В ВЕНОЗНОЙ КУБИТАЛЬНОЙ, СМЕШЕННОЙ ВЕНОЗНОЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕ- И ЭКЛАМПСИЕЙ

[1]Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПО в СЗ РТ
[2]ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ и СЗН РТ

Современной наукой доказана мозаичность в показателях, характеризующих состояние сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, свертываемости крови и фибринолиза, взятых из различных бассейнов сосудистого русла. Легкие играют важную роль в регуляции гемостаза, синтезируя факторы свертывающей и антисвертывающей систем крови, поэтому показатели венозной (кубитальной, подключичной) и капиллярной крови не отражают реального состояния системы гемостаза, т.к. показывают лишь регионарный коагуляционный потенциал, не учитывая способность легких к гипокоагуляции притекающей к ним крови.

В работе проанализированы результаты тромбоэластограммы 88 беременных в третьем триместре, разделенных на 3 группы: 1 группа - беременные с умеренной преэклампсией; 2 группа –с тяжёлой преэклампсией; 3 группа – с эклампсией. Исследовалась смешанная венозная, артериальная и кубитальная кровь.

Нарушения гипокоагулирующей функции лёгких имеет 3 стадии нарушения: у беременных 1 группы – компенсированные с начальными нарушениями; 2 группы – у 58,1% компенсированные с выраженными нарушениями, у 41,9% – субкомпенсированные нарушения; в 3 группе у 18,2% - компенсированные с выраженными нарушениями, у 50,0% - субкомпенсированные, у 31,8% – декомпенсированные нарушения.

Методику тромбоэластографии в различных бассейнах сосудистого русла можно использовать для определения степени тяжести, прогнозирования состояния больного и ранней профилактики нарушений.

Ключевые слова: гестоз, преэклампсия, эклампсия, смешанная венозная кровь, оттекающая артериальная кровь, кубитальная кровь, гемостаз, гипокоагулирующая функция лёгких.

AMONOVA SH.SH., RAHIMOV N.G., DAVLYATOVA G.K., MURADOV A.M., AMONOVA SH.SH., MURADOV A.A.

SOME INDICATORS OF TROMBOELASTOGRAMMIN VENOUS CUBITAL, MIXED VENOUS AND ARTERIAL BLOOD IN PREGNANT WOMEN WITH PRE- AND ECLAMPSIA

Modern science proved the mosaic structure in indicators, characterizing the state of the vascular-platelet hemostasis, blood coagulation and fibrinolysis, taken from various pools of a vascular channel.Lungs play an important role in hemostasis regulation by synthesizing of coagulation and anticoagulation blood systems factors, so indicators of venous (cubital, subclavian) and capillary blood does not reflect the real state of hemostatic system,because they show only regional coagulation potential, disregarding the ability of lungs to the hypocoagulationof flowing to them blood.

In the work were analyzed the results ofthromboelastogramm of 88 pregnant women during the third trimester, divided into 3 groups: 1 group - pregnant women with moderate preeclampsia; 2 group - with severe preeclampsia; 3 group - with eclampsia. Investigated the mixed venous, arterial and cubital blood.

Infringements of hypocoagulating lung function has 3 stages of disorders: in pregnant women of 1 group - compensated with the initial disorders; of 2 group - in 58,1% compensated with severe disorders, in 41,9% - subcompensated disorders; at 3 group in 18,2% - compensated with severe disorders, at 50,0% - subcompensated, in 31,8% - decompensated disorders.

Methodology of thromboelastography in various pools of a vascular channelcould be used to determine the degree of severity, predicting the patient state and early prevention of disorders.

Key words: gestosis, preeclampsia, eclampsia, mixed venous blood, flowing arterial blood, cubital blood, hemostasis, hypocoagulatinglungfunction.

Актуальность. Гипертензивные расстройства – одно из наиболее частых и грозных осложнений беременности, встречаются у 10% беременных [1]. Ежегодно во всем мире погибают более 50000 беременных женщин из-за осложнений, связанных с артериальной гипертензией (АГ). В Российской Федерации частота развития АГ среди беременных составляет 5-30%, частота преэклампсии - 2-8% [1]. В Таджикистане материнская смертность при этой патологии составляет за пятилетний период 24% и стоит на втором месте после акушерских кровотечений [2].

При физиологическом течении беременности (ФТБ) и в родах отмечается увеличение концентрации большинства факторов свертывания крови, усиливается адгезивно-агрегационная функция тромбоцитов, происходит снижение содержания ингибиторов коагуляции и фибринолитической активности крови, что является фоном для развития ДВС-синдрома [3]. Тромбообразование в капиллярах приводит к блоку микроциркуляции, нарушению транскапиллярного обмена веществ, гипоксии тканей и развитию органной недостаточности [3, 4]. Современной наукой доказана мозаичность в показателях, характеризующих состояние сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, свертываемости крови и фибринолиза, взятых из различных бассейнов сосудистого русла [5]. Учитывая, что легкие играют важную роль в регуляции гемостаза, синтезируя факторы свертывающей и антисвертывающей систем крови, показатели венозной (кубитальной, подключичной) и капиллярной крови не отражают реального состояния системы гемостаза, т.к. показывают лишь регионарный коагуляционный потенциал, не учитывая регуляторную способность легких. Проведённый в научных работах анализ показателей тромбоэластограммы (ТЭГ) при ФТБ подтверждает данные гемостазиограммы о наличии гипокоагуляционной способности легких в этот период, т.к. притекающая к лёгким смешанная венозная кровь (СВК) гипокоагулируется.

Учитывая возникающую при развитии критических состояний эндотелиальную дисфункцию, а также недостаточность имеющихся данных о нарушениях гипокоагулирующей способности легких в этих условиях, возникает необходимость изучения и определения ключевых показателей гемостаза у беременных с наличием гипертензион-

Мурадов А.М. – зав. кафедрой эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»,д.м.н., профессор.
E-mail:AlisherMuradov@mail.ru

ных нарушений для возможного прогнозирования и ранней диагностики развития осложнений в виде локализованного в легких и общего диссеминированного внутрисосудистого свёртывания (ДВС) крови, синдрома острого легочного повреждения и синдрома полиорганной недостаточности, которые на сегодняшний день являются основными предикторами материнской и перинатальной смертности при гестозах.

Цель исследования. Оценить состояние гипокоагулирующей функции легких у беременных с пре- и эклампсией в III триместре по показателям тромбоэластографии венозной кубитальной, смешанной венозной и артериальной крови.

Материал и методы исследования. Проводились исследования с оценкой результатов 88 беременных в третьем триместре, разделенных на 3 группы: 1 группа - 35 (39,8%) беременных с умеренной преэклампсией (УПЭ); 2 группа – 31 (35,2%) с тяжёлой преэклампсией (ТПЭ); 3 группа – 22 (25,0%) с эклампсией.

При поступлении беременных в клинику для определения степени и тяжести пре- и эклампсии использовали рекомендации ВОЗ и классификацию МКБ 10-го пересмотра (1998), где они занимают место в классификации гипертонической болезни беременных женщин, а также рекомендации Ассоциации акушер-гинекологов Таджикистана и Российской Федерации.

Возраст всех обследованных составил от 18 до 35 лет. Критерием отбора для исследования было: информированное согласие, сравнимый возраст, паритет родов и сопутствующей патологии, которая могла повлиять на систему гемостаза.

Забор крови осуществлялся из разных бассейнов: кубитальной вены для взятия проб венозной крови (ВКК); из правого желудочка сердца - притекающая к легким смешанная венозная кровь (СВК) из катетера, введённого через кубитальную вену под контролем УЗИ; лучевой артерии - артериальная кровь (АК) забиралась путем пункции общепринятой методикой. Тромбоэластограмму (ТЭГ) записывали на гемокоагулографе ГКГМ-4-02 и определяли временные интервалы (R, К, МА, R+К, R/К, t, T, C, $\angle\alpha$, E), где R – скорость образования тромбопластина, или время реакции, характеризует первую фазу свёртывания и соответствует времени рекальцификации плазмы (ВРП); К - время образования сгустка – характеризует превращение тромбина из фибриногена в фибрин с образованием сгустка; МА – тромбоцитарная константа, или максимальная амплитуда, характеризует плотность и эластичность сгустка, которые зависят от содержания тромбоцитов и фибриногена; R+К - неспецифическая константа коагуляции, отражает общую продолжительность гемокоагуляции, соответствует ТПГ; R/К - константа использования протромбина; t - константа специфического свертывания крови; T - константа тотального свертывания крови; C - константа синерезиса (сжатия и уплотнения сгустка) пропорциональна массе фибрина; $\angle\alpha$ - угловая константа; E – эластичность образовавшегося сгустка.

Полученные результаты обработаны разностной, вариационной статистикой (А.И. Ойвин 1966) с вычислением M±m и с определением показателя статистической значимости различий (t). Разница считалась достоверной, если вероятность возможной ошибки (P), определенная по таблице Стьюдента, была меньше 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследований ТЭГ 1

группы 35 (39,8%) больных с УПЭ выявили достоверное увеличение А-В разницы по показателям, характеризующим состояние I фазы свертывания и соответствующих ВСК по Ли-Уайту и ВРП, АЧТВ, R- на 131,3% (P<0,001), К - на 58,1% (P<0,001) и t - на 43,9% (P<0,001), что свидетельствует о процессах гипокоагуляции в АК, по сравнению с СВК (табл. 1). Анализ показателей МА (характеризующих плотность сгустка), Е (эластичность образования сгустка), С (сжатия, уплотнения) указывает на функциональную способность лёгких к гипокоагуляции крови, выражающуюся в достоверном снижении А-В разницы по МА на 16,1% (P<0,001), Е на 33,7% (P<0,001) и увеличении С на 40,7% (P<0,001). При этом выявлено, что значение показателя $\angle\alpha$ снизилось в АК на 37,5%, по сравнению с СВК (P<0,001), что свидетельствует о гипокоагуляции артериальной крови. Показатели R+К и R/К также достоверно увеличились на 155,7% и 36,4% (P<0,001) соответственно (табл. 1). Таким образом, как видно из вышеприведенных данных, у беременных с УЭП данные ТЭГ подтверждают показатели гемостазиограммы о том, что в бассейне венозной кубитальной крови (ВКК) у этих больных отмечается гиперкоагуляция с активизацией антисвертывающей и фибринолитической систем крови. В СВК гемостатический потенциал становится значительно меньше, чем в ВКК. При этом кровь, проходя через лёгкие, статистически достоверно увеличивает свой потенциал и артериальная кровь гипокоагулирована, что указывает на компенсаторное функционирование ГФЛ. Однако, необходимо отметить, что эта функция легких значительно снижена, по сравнению с физиологическим течением беременности и практически здоровыми женщинами. Исследования, проведенные у 31 (35,2%) беременной из 2 группы с ТПЭ, выявили значительные нарушения ТЭГ во всех фазах свёртывания, а также нарушения регуляции легкими этих процессов. У беременных при ТПЭ 2.1. подгруппы - 18 (58,1%) и 2.2. подгруппы- 13 (41,9%) выявлена значительная гиперкоагуляция во всех бассейнах ВКК, СВК и АК (табл. 1), также отмечается статистически достоверный процесс гипокоагуляции в АК, по сравнению с СВК, более выраженный в 2.1. подгруппе, по сравнению с 2.2., но ниже, чем у беременных с умеренной преэклапмсией. Результаты исследований ТЭГ в 2.1. и 2.2. подгруппах выявили достоверное увеличение А-В разницы по показателям, характеризующим состояние I фазы: R- на 131,3% (P<0,001) и на 17,3% (P<0,05), К - на 58,1% (P<0,001) и на 15,4% (P<0,05), t - на 43,9% (P<0,001) и на 12,1% соответственно по подгруппам, что свидетельствует о процессах гипокоагуляции в АК, по сравнениюс СВК, но, как отмечалось выше, в 2.2. подгруппе гипокоагуляция значительно меньше, чем в 2.1. подгруппе (табл. 1). Эти показатели ТЭГ реально отражают аналогичные данныегемостазиограммы 2 группы, определённые в разных бассейнах сосудистого русла, а также состояние ГФЛ у этой категории больных.

Анализ показателей, характеризующих плотность сгустка, его эластичность, процесс сжатия и уплотнения (МА, Е, С) у беременных ТПЭ в 2.1. и 2.2. подгруппах также свидетельствует о функционировании, но снижении ГФЛ в 2.1. подгруппе и значительном снижении ГФЛ в 2.2. подгруппе. Это выражалось в достоверном снижении А-В разницы по МА на 16,6% (P<0,001) и 7,3% (P<0,05), Е на 37,9% (P<0,001) и на 23,1% (P<0,001), увеличении С на 34,7% (P<0,001) и на 25,3% (P<0,01) соответственно по подгруппам.

Таблица 1

Показатели тромбоэластографии ВКК, СВК И ОАК у беременных с умеренной и тяжелой преэклампсией

Показатели	1 группа УПЭ n=35 (39,8%)			2 группа ТПЭ n=31 (35,2%)					
				2.1 подгруппа n=18 (58,1%)			2.2 подгруппа n=13 (41,9%)		
	ВКК	СВК	ОАК	ВКК	СВК	ОАК	ВКК	СВК	ОАК
R, мин	5,1±0,22	3,2±0,16	7,4±0,14 (+131,3%)***	4,3±0,25	3,0±0,26	6,4±0,18 (+113,3%)***	3,8±0,25	2,9±0,24	3,4±0,28 (+17,3%)*
K, мин	4,1±0,18	3,1±0,14	4,9±0,15 (+58,1%)***	3,3±0,22	2,9±0,16	4,2±0,16 (+44,8%)***	2,9±0,22	2,6±0,18	3,0±0,24 (+15,4%)*
t, мин	10,5±0,3	8,2±0,6	11,8±0,4 (+43,9%)***	8,6±0,4	7,2±0,3	10,1±0,5 (+40,3%)***	7,1±0,4	6,6±0,6	7,4±0,4 (+12,1%)
MA, мм	58,8±1,28	64,6±1,26	54,2±1,4 (-16,1%)***	63,5±1,3	67,6±1,6	56,4±1,4 (-16,6%)***	69,8±1,5	73,6±2,1	68,2±1,8 (-7,3%)*
C, мин	14,2±0,2	11,3±0,3	15,9±0,6 (+40,7%)***	13,4±0,2	9,8±0,4	13,2±0,6 (+34,7%)***	9,2±0,2	8,3±0,3	10,4±0,6 (+25,3%)**
T, мин	19,1±0,4	14,5±0,6	22,2±0,7 (+53,1%)***	19,1±0,4	13,3±0,6	20,2±0,7 (+51,8%)***	13,8±0,4	12,1±0,6	13,1±0,7 (+8,3%)
E	130,2±1,5	145,5±1,6	96,5±1,8 (-33,7%)***	173,9±2,1	208,6±1,8	129,4±1,6 (-37,9%)***	231,1±2,0	278,8±2,3	214,5±2,2 (-23,1%)***
∠α	20,1±0,45	24,9±0,38	15,5±0,4 (-37,5%)***	25,5±0,34	28,8±0,36	17,5±0,42 (-39,2%)***	30,1±0,9	34,9±1,3	35,5±1,1 (+1,7%)
R+K, мин	8,8±0,6	5,2±0,8	13,3±1,2 (+155,7%)***	7,5±0,8	5,5±0,7	10,1±0,8 (+83,6%)***	6,7±0,5	5,5±0,6	6,1±0,8 (+10,9%)
R/K, мин	1,24±0,16	1,1±0,26	1,5±0,4 (+36,4%)	1,3±0,18	1,1±0,22	1,5±0,24 (+36,4%)*	1,3±0,18	1,1±0,25	1,13±0,16 (2,7%)

Примечание: * - P< 0,05; ** - P< 0,01; *** - P< 0,001; в скобках - А-В разница в процентах

Таблица 2

Показатели тромбоэластографии ВКК, СВК И ОАК у беременных с эклампсией

Показатели	Всего исследованных 3 группы n=22								
	3.1 подгруппа n= 4 (18,2%)			3.2 подгруппа n=11 (50,0%)			3.3 подгруппа n=7 (31,8%)		
	ВКК	СВК	ОАК	ВКК	СВК	ОАК	ВКК	СВК	ОАК
R, мин	4,1±0,3	3,1±0,25 (+87,1%)***	5,8±0,3	3,8±0,3	3,0±0,4 (+6,7%)	3,2±0,3	3,5±0,2	2,7±0,1 (-18,5%)**	2,2±0,2
K, мин	3,0±0,18	2,5±0,16 (+40,0%)***	3,5±0,16	2,8±0,22	2,5±0,16 (+20,0%)*	3,0±0,24	2,6±0,26	2,3±0,18 (-13,1%)*	2,0±0,12
t, мин	7,8±0,5	7,0±0,4 (+30,0%)***	9,1±0,4	6,7±0,3	5,8±0,2 (+5,2%)	6,1±0,2	6,0±0,3	5,6±0,2 (-17,8%)***	4,6±0,2
MA, мм	66,5±1,2	70,8±1,3 (-17,5%)***	58,4±1,1	72,7±1,3	76,6±1,4 (-1,8%)	75,2±1,2	75,2±1,3	77,5±1,2 (+7,7%)***	83,5±1,1
C, мин	10,4±0,2	9,3±0,3 (+31,2%)***	12,2±0,2	9,2±0,2	8,3±0,3 (+4,8%)	8,7±0,25	8,6±0,16	7,8±0,3 (-15,4%)***	6,6±0,18
T, мин	14,8±0,3	12,3±0,2 (+47,9%)***	18,2±0,4	13,3±0,5	11,0±0,2 (+10,0%)**	12,1±0,4	11,2±0,25	10,0±0,2 (-17,0%)***	8,3±0,2
E	189,8±1,8	242,5±2,0 (-42,1%)***	140,4±1,6	266,3±2,1	327,4±2,2 (-7,4%)***	303,2±2,1	303,3±2,2	344,4±2,0 (-11,9%)***	303,2±2,4
∠α	27,6±0,35	30,2±0,38 (-38,7%)***	18,5±0,28	32,5±1,0	35,9±1,2 (-6,4%)*	33,6±1,2	35,3±1,1	37,9±1,2 (+11,4%)***	42,2±0,8
R+K, мин	7,0±0,6	5,5±0,6 (+65,5%)***	9,1±0,4	6,4±0,6	5,5±0,3 (+10,9%)*	6,1±0,4	6,1±0,3	5,0±0,2 (-18,0%)***	4,1±0,2
R/K, мин	1,3±0,16	1,2±0,18 (+33,3%)*	1,6±0,22	1,3±0,14	1,2±0,15 (-8,3%)	1,1±0,16	1,3±0,16	1,1±0,15 (-)	1,1±0,12

Примечание: * - P< 0,05; ** - P< 0,01; *** - P< 0,001; в скобках - А-В разница в процентах

При этом выявлено, что значение показателя ∠α достоверно снизилось в АК на 39,2% (P<0,001), по сравнению с СВК, в 2.1. подгруппе и недостоверно в 2.2. подгруппе, что свидетельствует о гипокоагуляции артериальной крови в 2.1 подгруппе и о значительном снижении ГФЛ в 2.2. подгруппе. Показатели R+K и R/K также достоверно увеличены на 83,6% (P<0,001) и 36,4% (P<0,001), выявлено их статистически недостоверное увеличение на 10,9% и 2,7% соответственно в 2.1. и 2.2. подгруппах (табл. 1).

Таким образом, у 31 (35,2%) больной из 2 группыс ТПЭ выявлены значительные нарушения во всех фазах свёртывания по ТЭГ, а также нарушения ГФЛ: у 18 (58,1%) беременных с ТПЭ 2.1. подгруппы – компенсированные с выраженными нарушениями и у 13 (41,9%)2.2. подгруппы – субкомпенсированные, что подтверждает показатели гемостазиограммы этих же больных.

Исследования ТЭГ, проведенные у 22 (25,0%) беременных из 3 группы с ЭП, также выявили значительные мозаичные нарушения показателей R, K, MA, E, R+K, R/K, t, T, C и ∠α во всех фазах свёртывания во всех бассейнах забора проб крови. Также выявлены нарушения ГФЛ, влияющие на процессы свертывания, антисвертывания и фибринолиза.

По данным ТЭГ, у беременных с ЭП во всех трех подгруппах выявлены глубокие изменения гемостаза в ВКК, выражающиеся в гиперкоагуляционном синдроме с потреблением факторов свертывания и антисвертывания, с активизацией фибринолиза, которые усугубляются от 3.1 подгруппы к 3.3 подгруппе (табл. 2).

Результаты исследований ТЭГ у 4 (18,2%) беременных в 3.1 подгруппе выявили достоверное увеличение, у 11 (50,0%) в 3.2. подгруппе статистически недостоверное увеличение А-В разницы по показателям, характеризующим состояние I фазы: R- на 87,1% (P<0,001) и на 6,7%, K - на 40,0% (P<0,001) и на 20,0% (P<0,05), t - на 30,0% (P<0,001) и на 5,2% соответственно по подгруппам, что свидетельствует о процессах гипокоагуляции в АК, по сравнению с СВК, в 3.1 подгруппе, их отсутствии в 3.2. подгруппе (табл. 2). При этом необходимо отметить «извращенную» реакцию у 7 (31,8%) больных 3.3. подгруппы: эти показатели статистически достоверно снизились R- на 18,5% (P<0,05), K - на 13,1% (P<0,05), t - на 17,8% (P<0,001), что свидетельствует о гиперкоагуляциив АК, по сравнению с СВК. Данные ТЭГ у беременных женщин с ЭП 3 группы полностью соответствуют показателям гемостазиограммы 3 группы и её подгруппам (табл. 2).

Анализ показателей MA, E, C у беременных с ЭП в 3.1. подгруппе свидетельствует о функциональном снижении ГФЛ, по сравнению с ТПЭ, УПЭ и ФТБ, и отсутствии этой функции в 3.2 подгруппе, как и в 2.2 подгруппе. Выявлено достоверное снижение А-В разницы по MA на 17,5% (P<0,001), по E на 42,1% (P<0,001) и увеличение C на 31,2% (P<0,001), что указывает на гипокоагуляцию АК, по сравнению со СВК, в 3.1. подгруппе. В 3.2. подгруппе отсутствует статистически достоверная А-В разница по показателям MA, E и C, что является доказательством потери гипокоагулирующей способности лёгкими у данной категории больных. Зато в 3.3. подгруппе выявлено достоверное увеличение в АК, по сравнению с СВК, MA на 7,7% (P<0,001), снижение E на 11,9% (P<0,001) и C на 15,4% (P<0,001), что указывает на гиперкоагуляцию АК (табл.2).

При этом выявлено, что значение показателя ∠α достоверно снизилось в АК на 38,7% (P<0,001), по сравнению с СВК, в 3.1. подгруппе, на 6,4% (P<0,05) в 3.2. подгруппе и достоверно увеличилось на 11,4% (P<0,001) в 3.3. подгруппе. Эти данные свидетельствуют о гипокоагуляции артериальной крови в 3.1 подгруппе, значительном снижении ГФЛ в 3.2. подгруппе и гиперкоагуляции в 3.3 подгруппе, по сравнению с СВК.

Анализ показателей R+K и R/K также показал достоверное увеличение их данных в 3.1. подгруппе на 65,5% (P<0,001) и на 33,3% (P<0,05) соответственно. Выявлено статистически достоверное увеличение по показателю R+K на 10,9% (P<0,05) и недостоверное снижение R/K на 8,3% в 3.2. подгруппе. При этом в 3.3. подгруппе выявлено достоверное снижение A-B разницы на 18,0% (P<0,001) (табл. 2).

Таким образом, как видно из вышеприведенных данных анализа показателей ТЭГ по группам, выявлено, что в бассейне ВКК у беременных с пре- и эклампсией выявляется гиперкоагуляционный синдром, усугубляющийся по мере нарастания тяжести состояния больных от умеренной к тяжелой эклампсии с активизацией антисвертывающей и фибринолитических систем крови, с последующим их истощением. Данные ТЭГ подтверждают тот факт, что процессы снижения гемокоагуляционного потенциала СВК в бассейне полости правого желудочка сердца усиливаются, по сравнению с ВКК, во всех группах больных, что зависит от тяжести основного заболевания. Данные ТЭГ подтверждают сведения гемостазиограммы больных всех групп об активном влиянии легких и эндотелия легочных сосудов на все фазы свертывания, антисвертывания и фибринолиза, которые в зависимости от тяжести течения основного заболевания отражаются в артериальной крови, оттекающей от легких, т.е. характеризуют состояние ГФЛ. По данным ТЭГ, гипокоагуляционная функция лёгких имеет 3 стадии нарушения: у беременных 1 группы с УПЭ (35-39,8%) – компенсированная с начальными нарушениями; 2 группы с ТПЭ (31-35,2%) – в 2.1. подгруппе (18-58,1%) – компенсированная с выраженными нарушениями ГФЛ и в 2.2. подгруппе (13-41,9%) – субкомпенсированные нарушения ГФЛ; в 3 группе беременных с ЭП (22-25,0%) – в 3.1 подгруппе (4-18,2%) - компенсированная с выраженными нарушениями, в 3.2. подгруппе (11-50,0%) - субкомпенсированные нарушения ГФЛ, в 3.3. подгруппе (7-31,8%) – декомпенсированные нарушения ГФЛ.

Заключение. Методику тромбоэластографии в различных бассейнах сосудистого русла можно использовать для определения степени тяжести, прогнозирования состояния больного и ранней профилактики нарушений ГФЛ, которые приводят к развитию ДВС-синдрома, плацентарной недостаточности и гипоксии плода, а также синдрома острого легочного повреждения и синдрома полиорганной недостаточности уразличных категорий тяжелых больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сухих Г.Т., Серов В.Н., Адамян Л.В. и др. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия. Клинические рекомендации (протокол).- Москва, 2013

2. Джаборова Н.С. Сравнительная эффективность антагонистов кальция в ведении

преэклампсии: дисс…к.м.н.- Душанбе, 2009.- 99с.

3. Соловьёв В.В. Сравнительная характеристика влияния опиоидной и эпидуральной аналгезии на течение родов, состояние плода и систему гемостаза у рожениц: дисс. к.м.н.- Новосибирск, 2009.- 122с.

4. Макацария А.Д., Бицадзе В.О. Тромбофилитические осложнения а акушерской практике (клинические, молекулярные и генетические аспекты).- М.: РУССО, 2001. – 704 с.

5. Порушничак Д.Е. Состояние системы гемостаза в различных бассейнах сосудистого русла у практически здоровых людей и больных ИБС: дисс..к.м.н. - Чита, 2013. - 125 с.

АМОНОВА Ш.Ш., ДАВЛЯТОВА Г.К., МУРАДОВ А.М.,
АМОНОВА Ш.Ш., МУРАДОВ А.А.

БАЪЗЕ НИШОНДОДҲОИ ТРОМБОЭЛАСТОГРАММА ДАР ХУНИ ВЕНОЗИИ КУБИТАЛӢ, ВЕНОЗИИ ОМЕХТА ВА АРТЕРИЯВӢ ДАР ЗАНҲОИ ҲОМИЛАДОР БО ПРЕ- ВА ЭКЛАМПСИЯ

Калимаҳои асосӣ: гестоз, преэклампсия, эклампсия, хуни венозии омехта, хуни даврзанандаи шараёнӣ, хуни кубиталӣ, гемостаз, вазифаи гипокоагулятсионии шушҳо.

Илми муосир кошинкорона будани нишондодҳои ҳолати гемостази рагиву шараёнӣ, лахтбандии хун ва фибринолиз, ки аз ҳавзаҳои гуногуни маҷроҳои хунгард гирифта мешавад, исбот намудааст. Дар танзими ҳолати гомеостаз шушҳо роли муҳим дошта, омилҳои лахтбандӣ ва зиддилахтбандии системаи хунро ҳосил менамоянд. Аз ин лиҳоз, нишондодҳои хуни венозӣ (кубиталӣ, зери қулфак) ва капилярӣ ҳолати аслии системаи гемостазро инъикос накарда, бидуни қобилияти шушҳо, ки хуни воридшавандаро ба ҳолати гипокоаглятсия меорад, танҳо потенсиали коагулятсионии регионариро нишон медиҳад.

Дар кори пешниҳодшуда натиҷаи тромбоэластограммаи 88 зани ҳомиладори семоҳаи аввал, ки ба 3 гуруҳ тақсим гардиданд, оварда шудааст: гуруҳи якум - ҳомиладорон бо эклампсияи сабук; гуруҳи дуюм – бо эклампсияи вазнин; гуруҳи сеюм – бо эклампсия. Хуни омехтаи венозӣ, артериалӣ ва кубиталӣ таҳлил карда шуд.
Вайроншавии вазифаи гипокоагулятсионии хун дорои 3 дараҷа мебошад: дар ҳомиладорони гуруҳи якум – ҳолати компенсаторӣ бо вайроншавии аввалия; гуруҳи дуюм дар 58,1% ҳолат бо вайроншавии назарраси компенсаторӣ, дар 41,9% – вайроншавии субкомпенсаторӣ; дар гуруҳи 3 дар 18,2% - вайроншавии назарраси компенсаторӣ, дар 50,0% - субкомпенсаторӣ, дар 31,8% – вайроншавии декомпенсаторӣ.

Усули тромбоэластографияро дар ҳавзаҳои гуногуни маҷроҳои рагӣ барои муайян намудани дараҷаи вазнинӣ, пешгӯи намудани ҳолати бемор ва пешгирии саривақтии вайроншавии гемостаз метавон истифода бурд.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

АРАБОВА С.У., МУЛКАМОНОВА Л.Н.

ОСОБЕННОСТИ АПОПТОЗА И ИММУНОЭНДОКРИННЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ

ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ и СЗН Республики Таджикистан

Представлены данные литературы последних лет об особенностях апоптоза и иммунноэндокринных взаимоотношениях у беременных с привычным невынашиванием. Особенностями апоптоза у пациенток с привычным невынашиванием является усиление апоптоза и снижение жизнеспособности клеток трофобласта. Снижение продукции гормонов, являющихся показателями функционирования фето-плацентарного комплекса, приводит к нарушениям иммунной защиты плода и пусковым моментом прерывания беременности.

Ключевые слова: привычное невынашивание, апоптоз, гормоны, иммунные факторы.

ARABOVA S.U., MULKAMONOVA L.N.

FEATURES OF APOPTOSIS AND IMMUNO ENDOCRINE RELATIONSHIP IN PREGNANT WITH RECURRENT PREGNANCY LOSS

The paper presents the data of the literature of recent years about features of apoptosis and immuno endocrinerelationship in pregnant with recurrent pregnancy loss. The features of apoptosis in patients with recurrent pregnancy loss are increased apoptosis and decreased viability of trophoblast's cells. Decreased hormone production indicates the functioning of fetoplacental complex, which leads to the disorders of immune protection of the fetus and causes the interruption of pregnancy.

Key words: recurrent pregnancy loss, apoptosis, hormones, immune factors.

Исследования в области патофизиологии, иммунологии и генетики открывают широкие возможности для предупреждения, прогнозирования и лечения многих до сих пор трудно управляемых состояний, в том числе невынашивания беременности. Установлено, что запуск механизмов прерывания беременности в первом триместре беременности связан со снижением продукции гормонов и белков, являющихся показателями становления и функционирования фето-плацентарного комплекса – β-субъединица хорионического гонадотропина человека, протеина А, трофобластического β-гликопротеина, прогестерона [1, 2]. Показано, что самопроизвольные аборты сопровождаются повышением экспрессии Fas-L в децидуальных лимфоцитах и Fas во вне-ворсинчатом трофобласте [3, 4]. Выявлена отрицательная корреляционная связь между уровнем прогестерона и уровнем апоптоза в трофобласте [2]. Повышенная экспрессия Fas-L также обнаружена в трофобласте при хорионамнионитах [5]. Высокий уровень апопто-

Арабова С.У. – научный сотрудник ГУ НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ.
E-mail:pulatova/55/@mail.ru

тических клеток часто приводит к неспособности макрофагов полностью очистить от клеточного детрита маточно-плацентарное пространство, что приводит к их некрозу и снижению жизнеспособности вновь образованных клеток трофобласта [6]. В результате начинается системный воспалительный ответ и агрессия иммунной системы. Недостаточная инвазия трофобласта приводит к прерыванию беременности [7]. Нарушение гормонального контроля перестройки материнского организма при беременности связано с дисфункцией эндотелия, последствиями которой является нарушение регуляции процессов ангиогенеза [8]. Повышение уровней эндотелиина-1, гомоцистеина, уменьшение метаболитов NO, нарушение высвобождения растворимых форм молекул адгезии являются маркерами дисфункции эндотелия сосудов [9]. Дисбаланс стимуляторов и ингибиторов ангиогенеза характеризуется повышением уровней проангиогенного сосудисто-эндотелиального фактора роста (VEGF) и тромбоцитарного фактора роста (PDGF), понижением противоангиогенного растворимого рецептора, связывающего инсулиноподобного фактора роста протеина-1, плацентарного фактора роста [10]. При этом обнаружена тесная корреляционная связь между содержанием основных гормонов и протеинов фето-плацентарного комплекса (β-ХГЧ, плацентарный лактоген, протеина А, ассоциированного с беременностью, и ТБГ) и содержанием регуляторов ангиогенеза в ранние сроки беременности, прервавшейся в первом триместре [11]. Полученные данные позволили авторам сделать вывод о том, что содержание ряда факторов, вовлеченных в патогенез ранних выкидышей, имеют прогностическое значение в отношении риска невынашивания.

Иммунные факторы привычного невынашивания включают аллоиммунные и аутоиммунные факторы [12]. Причинами невынашивания беременности при воздействии иммунных факторов являются развитие антифосфолипидного синдрома, иммунологической реакции организма, проявляющейся выработкой и воздействием антител к хорионическому гонадотропину человека [13]. Нарушение иммунологических аспектов апоптоза проявляется дисбалансом эффекторныхсубпопуляций Т-клеток, регуляторных лимфоцитов и киллерных (naturalkiller - NK) клеток [14]. Аллоиммунные факторы, приводящие к потере беременности первого триместра, действуют против клеток и тканей наполовину чужеродного плода – иммунные и воспалительные реакции на микробные и отцовские антигены внедряющегося трофобласта [15]. Действие аутоиммунных факторов направлено против собственных клеток и тканей, включает антифосфолипидный синдром, антитела к хорионическому гонадотропину, к прогестерону, к тиреоидным гормонам [16]. При физиологической беременности показано усиление общей и локальной супрессивной активности, направленное на становление и поддержку иммунной толерантности организма матери к плоду [17]. Иммунный статус у женщин с привычным невынашиванием характеризуется снижением Т-лимфоцитов и увеличением NK-клеток, моноцитов, лимфоцитов [18]. Также изменяется их функциональная активность, нарушаются процессы апоптоза, выработка про- и противовоспалительных цитокинов [19]. В норме на ранних сроках беременности в эндометрии преобладает процесс иммуносупрессии, который обеспечивает иммунотолерантность организма матери к плоду [26]. Система врожденного иммунитета способна отличать инфекционное от

неинфекционного [21], поэтому инфекция в децидуальной оболочке способствует активации иммунного ответа и нарушению механизма толерантности к эмбрионным антигенам [22]. Толл-подобные рецепторы системы врожденного иммунитета, экспрессирующиеся на моноцитах, макрофагах, эпителиальных клетках и клетках-киллерах, распознают структуры бактерий и вирусов и запускают воспалительную реакцию активизируя провоспалительные цитокины [23]. В исследованиях О.П. Лебедевой с соавт. [14] показано, что активация толл-подобных рецепторов-3 и экспрессия толл-подобных рецепторов-6 является важным моментом в патогенезе невынашивания беременности ранних сроков. Преобладание провоспалительных цитокинов у женщин с привычным невынашиванием является причиной оксидативного стресса [24], эндотелиальной дисфункции, изменений свертывания крови и неполноценной инвазии и плацентации [25]. Иммунологическая толерантность обеспечивается прежде всего моноцитами и макрофагами, которые свои функции реализуют за счет апоптоза. Индукторами апоптоза являются лиганды из семейства фактора некроза опухоли (TNFα, Fas-L, Trail и др), экспрессируемые трофобластом, стромой, моноцитами, макрофагами и Т-лимфоцитами [26]. Исследованиями показано, что у пациенток с привычным невынашиванием аллоиммунного генеза отмечены достоверные изменения субпопуляций лимфоцитов киллерных клеток и содержания Т-регуляторных клеток и лимфоцитов [27].

Данные о превышении популяционного показателя частоты глютенчувствительнойцелиакии у женщин с привычным невынашиванием позволяют сделать предположение о связи нарушений имплантации эмбриона при этой патологии, сопряженной с аутоиммунными процессами [26].

ХГЧ состоит из двух субъединиц, одна из которых – α-субъединица - является общей для лютенизирующего (ЛГ), фолликулостимулирующего (ФСГ) и тиреотропного (ТТГ) гормонов. β-субъединица ХГЧ гомологична ЛГ. Помимо «классического» ХГЧ у человека обнаружены 4 его молекулы, сходные по аминокислотной последовательности, однако продуцируемые клетками различных популяций и имеющие независимые биологические функции: сульфатированный ХГЧ, гипергликозилированный ХГЧ, свободная β-субъединица ХГЧ и гипергликозилированная свободная β-субъединица ХГЧ [28].

ХГЧ связывается с рецептором трансформирующего фактора роста β, для которого ХГЧ является блокирующим агентом, препятствующим взаимодействию с физиологическим лигандом [29]. ХГЧ регулирует практически все процессы, связанные с возникновением и вынашиванием беременности: продукцию прогестерона желтым телом, васкуляризацию эндометрия, имплантацию бластоцисты, дифференцировку цитотрофобласта, формирование иммунологической толерантности в отношении полуаллогенного плода, рост беременной матки и подавление её сократимости, стимуляцию роста органов плода, рост и развитие пуповины [28].

Показано, что ХГЧ способствует подавлению апоптоза CD56+ NK-клеток и их выживанию при наступлении беременности [30]. Выявленная отрицательная корреляция между концентрацией ХГЧ в сыворотке крови и числом активированных лимфоцитов у женщин с привычным невынашиванием беременности позволяет предположить, что ХГЧ является эндогенным иммуномодулятором, участвующим в индукции механизмов иммунологиче-

ской толерантности к полуаллогенному плоду у женщин с неполноценной репродуктивной функцией [27]. Антагонизм ХГЧ и интерлейкина-2, а также антипролиферативная активность ХГЧ также подтверждают это предположение [29]. В связи с этими данными ХГЧ можно рассматривать в качестве диагностического маркера у женщин с привычным невынашиванием [11]. Экспрессия CD59 в мононуклеарных клетках периферической крови индуцирует иммунологическую активность организма [31]. Дальнейшие исследования связи ХГЧ и состояния иммунной системы женщин с привычным невынашиванием при различных вариантах репродуктивной патологии, возможно, расширят перспективы диагностического и терапевтического использования ХГЧ.

Генетический фактор, как причина привычного невынашивания, подтверждается полиморфизмом генов антиоксидантной системы, генов детоксикации ксенобиотиков, генов репарации ДНК, наследственных дефектов гемостаза у женщин с привычным невынашиванием [32]. По-видимому, полиморфизм генов влияет на формирование предрасположенности к невынашиванию первой половины беременности [33]. Оценка роли полиморфизма гена интерлейкина-2 у женщин с привычным невынашиванием показала, что воздействие генетических факторов во время беременности реализуется через пролиферацию Т-клеток, натуральных киллерных клеток при непосредственном участие системы интерлейкина-2 [34]. Определение полиморфизма гена интерлейкина-2 на этапе планирования беременности позволяет выявить группу риска невынашивания на ранних сроках беременности для проведения качественной прегравидарной подготовки.

Одной из причин невынашивания беременности является инфекционное поражение репродуктивной системы и антифосфолипидный синдром. АФС является результатом воздействия инфекции на эндотелий сосудов, развивающаяся дисфункция эндотелия способствует тромбозу сосудов, активации тромбоцитов [35]. Нарушение целостности сосудистой стенки сопровождается дисбалансом тромбогенных и антитромбогенных факторов, нарушается гемостаз и развивается микротромбозы сосудистого русла [36].

Общеизвестными этиологическими факторами привычных потерь беременности являются генетические, анатомические, гормональные, инфекционные, аутоиммунные. Наряду с установленными причинами привычного невынашивания остаются случаи идиопатического привычного невынашивания. Исследованиями с целью определения иммунологических маркеров последних лет показали, что ключевую роль в случаях идиопатического привычного невынашивания играют аллоиммунные нарушения качества ответа иммунной системы матери на антигены эмбриона отцовского происхождения [37]. Оценка клеточных субпопуляций периферической крови выявила низкое содержание Трег-клеток у женщин с привычным выкидышем [38]. Изучение особенностей врожденного иммунитета при невынашивании беременности инфекционного генеза выявило снижение активности фагоцитарных клеток [39].

На современном этапе исследователи уделяют большое внимание проблеме нарушения антиоксидантной защиты и возникновению оксидантного стресса. При снижении активности антиоксидантов активные формы кислорода разрушают клеточные мембраны, митохондрии, ядра клеток и приводят к гибе-

ли клеток [24]. Оксидативный стресс в децидуальных клетках занимает определенное место в развитии осложнений беременности, в том числе патогенезе ранних самопроизвольных потерь беременности [40]. К основным ферментам антиоксидантной системы относят супероксиддисмутазу, катализирующую дисмутацию супероксида в кислород и пероксид водорода; каталазу, осуществляющую переход перекиси водорода в кислород и воду; глютадионпероксидазу, катализирующую восстановление перекиси водорода до воды [41]. Как недостаток, так и избыток супероксиддисмутазы ведет к снижению защитных функций организма за счет избытка перекиси водорода и токсического воздействия на клетки супероксида [42]. Экспрессия супероксиддисмутазы и уровень этого фермента контролируются определенными генами, полиморфизм которых приводит к дефициту его и способствует повышению риска неразвивающейся беременности [43].

Глютадион S-трансфераза осуществляет детоксикацию повреждающих агентов, в частности ксенобиотиков, и функционирование данного фермента находится под контролем соответствующих генов [44]. Показана предрасположенность к выкидышам при полиморфизме и делеции этих генов [32]. Снижение антиоксидантной емкости глютатионзависимого звена антиоксидантной защиты в плаценте при спонтанном прерывании беременности происходит вследствие нарушения баланса метаболизма глютадиона [45].

ЛИТЕРАТУРА

1. Погорелова Т.Н., Гунько В.О., Друккер Н.А. и др. Белки – маркеры плацентарной недостаточности // Биомедицинская химия. – 2010. – Т.56, Вып. 5. – С. 616-620

2. Liu J. et al. The effects of progesterone on apoptosis in the human trophoblast-derived HTR-8/SV neo cells // Molecular Human Reproduction. – 2007. – Vol.13, №12. – P. 869-874.

3. Тетруашвили Н.К., Кречетова Л.В., Вторушина В.В. и др. Клинико-иммунологическое обоснование кратности проведения иммуноцитотерапии у супружеских пар с привычным выкидышем // Акушерство и гинекология. – М. - 2015. – №10. – С. 62-67.

4. Guven E.S.G., Okur H., Beksac Guven M.S. E.S.G. Placental FAS/FAS Ligand Expression in Early Pregnancy Losses // American Journal of Reproductive Immunology. – 2008. – Vol.60. – P. 1-7.

5. Balkundi D.R., Ziegler J.A., Watchko J.F. et al. Regulation of FASL/FAS in Human Trophoblasts: Possible Implications for Chorioamnionitis // Biology of reproduction. – 2003. – Vol. 69. – P. 718-724.

6. Rose J.A., Rabenold J.J., Parast M.M. et al. Peptidoglycan induces necrosis and regulates cytokine production in murine trophoblast stem cells. // Am. J. Reprod. Immunol. – 2011. – Vol. 66(3). – P. 209-222.

7. Panzan M.Q., Mattar R., Maganhin C.C. et al. Evaluation of FAS and caspase-3 in the endometrial tissue of patients with idiopathic infertility and recurrent pregnancy loss // European Journal and Gynecology and Reproductive Biology. – 2013. – Vol.167. – P.47-52.

8. Zenclussen A.C. Adaptive immune responses during pregnancy // Am. J. Reprod. Immunol. – 2013. – Vol. 69(4). – P. 291-303.

9. Kwak-Kim J., Park J.C., Ahn H.K. et al. Immunological modes of pregnancy loss // Am. J. Reprod. Immunol. – 2010. – Vol. 63(6). – P. 611-623.

10. Степанова О.И. Экспрессия PLGF и MMP клетками плаценты // Медицинская иммунология. – СПб: РО РААКИ. - 2009. – Т.11, №4-5 – С.423.

11. Газиева И.А., Чистякова Г.Н., Ремизова И.И. Роль нарушений гормональной и сосудистой регуляции в генезе ранних репродуктивных потерь // Журнал акушерства и женских болезней. – СПб. - 2014. – T.LXIII, Вып. 4. – С. 22-33.

12. Beaman K.D., Ntrivalas E., Mallers T.M. et al. Immune etiology of recurrent pregnancy loss and its diagnosis. // Am. J. Reprod. Immunol. – 2012. – Vol. 67(4). – P. 319-325.

13. Sater M.S., Finan R.R., Abu-Hijleh F.M. et al. Anti-phosphatidylserine, anti-cardiolipin, anti-β2 glycoprotein I and anti-prothrombin antibodies in recurrent miscarriage at 8-12 gestational weeks. Eur. // J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2012. – Vol. 163(2). – P. 170-174.

14. Лебедева О.П., Пахомов С.П., Ивашова О.Н. и др. Сигнальные рецепторы врожденного иммунитета в индукции апоптоза при невынашивании беременности ранних сроков // Акушерство и гинекология. – М. - 2015. – №2. – С. 39-43.

15. Кречетова Л.В., Хачатрян Н.А., Тетруашвили Н.К. и др. Динамика выработки антилейкоцитарных антител к отцовским антигенам при иммунизации аллогенными клетками женщин с привычным выкидышем // Акушерство и гинекология. – М. - 2015. – №3. – С. 16-20.

16. Селхаджиева М.С. Роль циркулирующих антифосфолипидных антител в развитии синдрома потери плода. // Акушерство, гинекология, репродукция. – 2014. – №1. – С. 31-33.

17. Haller-Kikkatalo K., Altmäe S., Tagoma A. et al. Autoimmune activation toward embryo implantation is rare in immune-privileged human endometrium. // Semin. Reprod. Med. – 2014. – Vol. 32(5). – P. 376-384.

18. Bansal A.S., Bajardeen B., Shehata H. et al. Recurrent miscarriage and autoimmunity. // Expert Rev. Clin. Immunol. – 2011. – Vol. 7(1). – P. 37-44.

19. Кречетова Л.В., Тетруашвили Н.К., Хачатрян Н.А. и др. Диагностическая значимость оценки фенотипа лимфоцитов периферической крови женщин с привычным выкидышем // Акушерство и гинекология. – 2015. – №1. – С.25-31.

20. Кречетова Л.В., Николаева М.А., Ванько Л.В. и др. Блокирующий эффект аутологичной сыворотки женщин с привычным-невынашиванием беременности. // Акушерство и гинекология. – 2013. – №3. – С. 38-42.

21. Freed E.O. Antiviral innate immunity: editorial overview. // J. Mol. Biol. – 2014. – Vol. 426(6). – P. 1129-1132.

22. Воеводин С.М., Шеманаева Т.В. Особенности иммунного ответа плода на внутриутробную инфекцию // Врач-аспирант. – 2011. – №5.3(48). – С.480-484.

23. Sun R., Zhang Y., Lu Q. et al. Toll-like receptor 3 (TLR3) induces apoptosis via death receptors and mitochondria by up-regulating the transactivating p63 isoform alpha (TAP63alpha). // J. Biol. Chem. – 2011. – Vol. 286(18). – P. 15918-15928.

24. Прокопенко В.М. Прооксидантная и антиоксидантная системы в митохондриях плаценты при ее дисфункции // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – T.LIX, Вып. 5. – С. 56-62.

25. Wang W.J., Liu F.J., Qu H.M. et al. Regulation of the expression of Th17 cells and regulatory T- cells by IL-27 in patients with unexplained early recurrent miscarriage. // J. Reprod. Immunol. – 2013. – Vol. 99(1-2). – P. 39-45.

26. Тетруашвили Н.К., Быкова С.В., Агаджанова А.А. и др. Глютенчувствительная целиакия как одна из редких причин привычного выкидыша //Акушерство и гинекология. – 2014. - №11. – С.57-61.

27. Батрак Н.В., Малышкина А.И., Крошкина Н.В. Иммунологические аспекты привычного невынашивания беременности // Акушерство и гинекология. – М. - 2014. – №12. – С. 10-14.

28. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство. Национальное руководство.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. –1200с.

29. Линник А.П., Буянова С.Н., Яздовский В.В. и др. Иммуноэндокринные взаимоотношения у беременных с привычным невынашиванием беременности в анамнезе // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013. – №2. – С. 4-7.

30. Воронин Д.Н., Сотникова Н.Ю., Анциферова Ю.С. и др. Характер экспрессии активирующих и ингибирующих рецепторов на поверхности $CD56^+$ естественных киллеров периферической крови и децидуальной оболочки плаценты при физиологическом течении беременности и при спонтанном аборте на ранних сроках гестации// Медицинская иммунология. – СПб: РО РААКИ - 2009. – Т.11, №4-5 – С.405-406.

31. Krechetova L.V., Ziganshina M.M., Golubeva E.L. et al. Influence of autologous serum on mitogen-induced CD69 expression in mononuclear cells of peripheral blood of women with RSA. In: Abstract of the 13-th International Symposium for Immunology of Reproduction. 22-24 iune 2012, Varna, Bulgaria. // Am. J. Reprod. Immunol. – 2012. – Vol. 67(Suppl.1). – P. 56-60.

32. Куцын К.А., Коваленко К.А., Машкина Е.В., Шкурат Т.П. Молекулярно-генетический анализ полиморфизмов генов системы репарации и контроля клеточного цикла у женщин с невынашиванием беременности. // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – №1. – С. 344-345.

33. Fragouli E., Alfarawati S., Spath K., Wells D. Morphological and cytogenetic assessment of cleavage and blastocyst stage embryos. // Mol. Hum. Reprod. – 2014. – Vol. 20(2). – P. 117-126.

34. Алегина Е.В., Тетруашвили Н.К., Агаджанова А.А. и др. Полиморфизм гена интерлейкина-2 у женщин с привычными поте-

рями беременности // Акушерство и гинекология. – М. - 2015. – №9. – С. 33-37.

35. Макаров И.О., Щеголев А.И., Воеводин С.М. и др. Современные представления о клинико-патогенетических особенностях плацентарной недостаточности инфекционного генеза // Врач-аспирант. – 2012. – №5.3(54). – С.466-472.

36. Зайнулина М.С. Тромбофилия: этиологический фактор или патогенетический аспект осложненного течения беременности? // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – №59(1). – С. 18-30.

37. Lashley E.E., Meuleman T., Claas F.H., Lashley E.E. Beneficial or harmful effect of antipaternal human leukocyte antibodies on pregnancy outcome? A systematic review and meta-analysis. // Am. J. Reprod. Immunol. – 2013. – Vol. 70(2). – P. 87-103.

38. Кречетова Л.В., Хачатрян Н.А., Тетруашвили Н.К. и др. Особенности фенотипа лимфоцитов периферической крови женщин с привычным выкидышем // Акушерство и гинекология. – М. - 2014. - №10. – С. 27-32.

39. Бахарева И.В., Ганковская Л.В., Ковальчук Л.В. и др. Прогностическое значение экспрессии генов молекул врожденного иммунитета (TLR2,TLR4 и HBD1) при невынашивании беременности // Лечащий врач. – 2012. – №9. – С. 84-89.

40. Gao H-J., Zhu Y-M., He W-H. et al. Endoplasmic reticulum stress induced by oxidative stress in decidual cells: a possible mechanism of early pregnancy loss // Molecular Biology Reports. An International Journal on Molecular and Cellular Biology. – 2012. – Vol.39. – P. 1790.

41. Активация липопероксидации как ведущий патогенетический фактор развития типовых патологических процессов и заболеваний / Под ред. В.М. Попкова, Н.П. Чесноковой, М.Ю. Ледванова. – Саратов: Изд-во СГМУ, 2012. – 362 с.

42. Nagiah S., Phulukdaree A., Naidoo D. et al. Oxidative stress and air pollution exposure during pregnancy: A molecular assessment. // Hum. Exp. Toxicol. – 2015. – Vol. 34(8). – P. 838-847.

43. Khadzhieva M.B., Lutcenko N.N., Volodin I.V. et al. Association of oxidative stress-related genes with idiopathic recurrent miscarriage. // Free Radic. Res. – 2014. – Vol. 48(5). – P. 534-541.

44. Polimanti R., Piacentini S., Lazzarin N. et al. Glutathione S-transferase genes and the risk of recurrent miscarriage in Italian women. // Fertil. Steril. – 2012. – Vol. 98(2). – P. 396-400.

45. Прокопенко В.М., Павлова Н.Г. Значение глутадион-зависимых ферментов антиоксидантной защиты в функциональной активности плаценты человека //Акушерство и гинекология. – 2014. - №11. – с. 62-67.

АРАБОВА С.У., МУЛКАМОНОВА Л.Н.

ХУСУСИЯТҲОИ АПОПТОЗ ВА РАВОБИТИ ТАРАФАЙНИ ИММУНОЭНДОКРИНОЛОГИИ ЗАНҲОИ ҲОМИЛА БО ТАВАЛЛУДИ БАРМАҲАЛИ АВВАЛИЯ

Калимаҳои асосӣ: таваллуди бармаҳали аввалия, апоптоз, гормонҳо, омилҳои иммуннлогӣ.

Маълумоти адаиётҳои солҳои охир оиди хусусиятҳои апаптоз ва равобити тарафайни иммуноэндокринологии занҳои ҳомила бо таваллуди бармаҳали аввалия оварда шудааст. Хусусияти апоптоз ва равобити тарафайни иммуноэндокринологии занҳои ҳомила бо таваллуди бармаҳали аввалия аз зиёдшавии апоптоз ва пастшавии қобилиятиҳаётии ҳуҷайраҳои трофобласӣ вобастагӣ дорад. Паст гаштани ҳосилшавии гормонҳо, ки нишондоди фаъолияти маҷмуи фетоплатсентарӣ мебошад, ба заифии ҳимояи масунияти ҷанин оварда, дар навбати худ, ҳамчун механизми асосии таваллуди бармаҳал ба ҳисоб меравад.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, ЭКОНОМИКА, УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

АХМЕДОВ А., АХМЕДОВА М.А., МАСЛОВА Е.В., АХМЕДОВ Ф.А.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАДЖИКИСТАНА В ПЕРИОД ПРИСОЕДИНЕНИЯ СРЕДНЕЙ АЗИИ К ЦАРСКОЙ РОССИИ (до 1917 г.)

Работа основана на обобщении некоторых данных сохранившихся литературных источников и путевых заметок отдельных путешественников и должностных лиц, в том числе и врачей, посещавших в прошлом Среднюю Азию. В те годы больных лечили духовенство, табибы, знахари, шаманы, бабки – повитухи и др., не имевшие специального медицинского образования, которые применяли растительные средства, тем самым продвигали практическую медицину вперед методами проб и ошибок и являлись, по существу, отправным пунктом начала положительного развития новой формы здравоохранения. Поэтому обобщение опыта здравоохранения в том периоде, особенности его развития, а также вскрытие положительных сдвигов, произошедших в состоянии здоровья населения того периода, имеют важное не только экономическое и политическое, но и социально – гигиеническое, воспитательное и международное значение.

Ключевые слова: Туркестанский край, Средняя Азия, Бухарское и Хорезмское ханства, лечебные учреждения, генерал – губернаторства, сельско-врачебные участки.

AHMEDOV A., AHMEDOVA M.A., MASLOVA E.V., AHMEDOV F.A.

PECULIARITIES OF PUBLIC HEALTH DEVELOPMENT OF TAJIKISTAN DURING THE PERIOD OF ANNEXATION OF CENTRAL ASIA TO TSAR RUSSIA (until 1917)

The paper is based on the generalization of some dataof the remained literary sources and the travel notesof individual travelers and officials, including doctors, who had visited Central Asia in the past. In those times, the sick were treated by clergy, tabibs (healers), sorcerers, doulas and ets., who had not special medical education, and used herbal remedies, and were promoting practical medicine by trial and error, and were in fact, the starting point of positive development of the new form of healthcare. That's why the generalization of the healthcare experience of that period, peculiarities of its developments, and discovery of the positive improvements occurred in the health of the population of that period have not only economic and political importance , but also socio-hygienic, educational and international importance.

Key words: Turkestan, Central Asia, Bukhara and Khorezm Khanates, medical institutions, General - governorate, rural - medical units.

За годы обретения Республикой Таджикистан государственной независимости, наряду с успешным развитием экономики и культуры, большое развитие также получило и здравоохранение. Успехи были достигнуты не просто. Поэтому обобщение опыта становления здравоохранения в Таджикистане на ранних этапах, выявление особенностей

Аламхон Ахмедов – заслуженный работник Республики Таджикистан, член-корр. АМН МЗ и СЗН РТ, иностранный член РАЭН РФ, д.м.н., профессор.
г. Душанбе, ул. Маяковского, 2. Телефон: 919936622

его развития, а также вскрытие положительных сдвигов, произошедших за этот период в состоянии здоровья населения, имеют важное не только экономическое, политическое, социально-гигиеническое, воспитательное, но и международное значение. Однако до настоящего времени в республике имеются лишь единичные исследования, освещающие состояние медицинской помощи населению Таджикистана, проведенные в период присоединения Средней Азии к царской России (до 1917 г.). Имеющиеся брошюры и статьи, выполненные некоторыми организаторами здравоохранения, не дают полного представления о сложных путях становления и развития здравоохранения в прошлом на территории современного Таджикистана. Поэтому на основании имеющихся архивных материалов, сохранившихся некоторых литературных источников, путевых заметок отдельных путешественников и должностных лиц, в том числе и врачей, посещавших в прошлом Среднюю Азию и обративших внимание на наличие множества разнообразных тяжелых заболеваний, в данной статье изложены некоторые медицинские аспекты периода становления и развития здравоохранения в дореволюционное время (с момента присоединения Средней Азии к России до 1917 г.), а также некоторые материалы, характеризующие санитарное состояние, внебольничное и стационарное обслуживание населения, людские ресурсы, а также формы и методы работы медицинских учреждений республики того периода. Народы Средней Азии жили в сходных климато-географических и социально-экономических условиях, их объединяла общность условий труда и быта [7, 31].

После завоевания Средней Азии Царской Россией был образован Туркестанский край, а Бухарское и Хорезмское ханства стали зависимыми от России государствами [7, 16, 17, 31].

По состоянию на 1913 год современный Таджикистан был распределен между несколькими административными территориями. Центральная и южная части республики, расположенные к югу от Гиссарского хребта, включая нынешние районы Гармской группы и Западный Памир, входили в состав Бухарского ханства, а районы Северного Таджикистана (Зеравшанская и Ферганская долины) входили в состав Туркестанского края, причем Канибадам и Исфара с примыкающими к ним сельскими местностями и Восточный Памир относились к Ферганской области, а остальная часть Северного Таджикистана - к Самаркандской области [7, 16, 17, 31].

До присоединения Средней Азии к России не было ни лечебных и фармацевтических учреждений, ни медицинских и фармацевтических работников [31]. Отсутствие какой-либо системы профилактических и противоэпидемических мероприятий служили причиной широкого распространения различных заболеваний, особенно инфекционных и социальных [31].

О заболеваемости населения Средней Азии до её присоединения к России можно судить лишь по некоторым сохранившимся литературным источникам, путевым заметкам отдельных путешественников и должностных лиц, в том числе и врачей, посещавших в прошлом Среднюю Азию и обращавших внимание на наличие множества разнообразных тяжелых заболеваний [31]. По данным Л.Ф. Костенко (1880), в Турке-

станском крае было множество тяжелых заболеваний, таких как: лихорадка (малярия), желудочно-кишечные заболевания, пендинка (кожный лейшманиоз), холера, проказа, оспа, ришта и зоб [11], а в Бухарском ханстве, по данным Д.Н. Логофета (1909, 1911), – лихорадка, желудочно-кишечные болезни, пендинка, ришта, проказа, зоб, сифилис, глазные болезни, туберкулёз [16, 17]. Они поражали не толко коренное население, но и царских чиновников, офицеров и солдат [31, 40].

Положение дел в области здравоохранения несколько изменилось только после присоединения Средней Азии к России. В качестве одной из неотложных оздоровительных мер военная администрация края начала строительство новых «русских» городов рядом со старыми «туземными» в городах Ташкенте, Самарканде, Ходженте, Джизаке, Катта-Кургане и Ура-тюбе [40].

Согласно «Положению об управлении Туркестанским краем» (1886), вся медицинская служба в крае находилась в ведении окружного военно-медицинского инспектора, подчиненного генерал-губернатору. Надзор за медицинской частью в областях был возложен на областных врачей, а в уездах и в некоторых крупных городах края - на уездных врачей и повивальных бабок [26]. В соответствии с решением Совета генерал-губернаторства (1897) местные жители городов и уездов Туркестанского края за установленную плату имели право поступать во все лечебные заведения гражданского и военного ведомств. Женщины принимались строго в те лечебные заведения, которые имели особо устроенные женские отделения [31, 47].

В крае сеть гражданских лечебных учреждений росла очень медленно. Первое в крае лечебное учреждение - военный лазарет - было создано в столице Туркестанского края в г. Ташкенте в 1868 г.,которое в 1870 г. было преобразовано в военный госпиталь (415 коек). Военная администрация в исключительных случаях допускала прием тяжелобольных из числа гражданских лиц [31].

К 1913 г. (за 50 лет существования генерал-губернаторства), по данным Атабекова Ю.А. (1959), для обслуживания гражданского населения была создана всего лишь одна городская больница и 4 амбулаторных лечебницы на 163 койки, а также несколько благотворительных и частных лечебных учреждений [3].

С целью подразделения областей края на врачебные участки Совет генерал-губернаторства в 1905 г. утвердил Положение «Об устройстве сельско-врачебной части» [44]. В соответствие с принятым новым положением в Сырдарьинской области организовано 18, в Самаркандской - 10 и в Ферганской – 16 врачебных участков. Кроме этих участков, в крае имелисьмедицинские учреждения таких типов, как: фельдшерские пункты (5); больницы (60) на 797 коек; приемные покои (7) на 34 койки; дома для умалишенных (1) на 42 койки и роддома (2) на 30 коек [25, 44].

В лечебных учреждениях Туркестанского края в 1911 г. работало всего 125 врачей, 184 фельдшера, 74 акушерки, 35 дантистов и зубных врачей и 62 фармацевта [31]. В крае в среднем одна больница имела 13 коек, а обслуживаемая ею территория составляла 29800 км^2 с населением 76600 человек; одна сельская участковая лечебница приходилась более чем на 100 тыс. человек, а один фельдшерский пункт - на 1 млн. 100 тыс. человек. В тот период на каждого врача

в среднем приходилось 44 тыс. жителей, на одного фельдшера - более 27 тыс., на одну акушерку - 70 тыс., на одного зубного врача-дантиста - 143 тыс. и на одного фармацевта - 80 тыс. населения [31].

Таблица 1

Число лечебных учреждение в основных областях Туркестанского края в 1910 г.

Область	Врач. участок	Фельд-шерский пункт	Боль-ница	Чис-ло коек	Прием-ный покой	Чис-ло коек	Дом для умали-шенных	Чис-ло коек	Род-дом	Чис ло коек
Самарканд-ская	10	1	15	181	-	-	-	-	-	-
Сыр-дарьинская	18	4	32	389	6	29	1	42	2	30
Ферганская	16	-	13	227	1	5	-	-	-	-
Всего	44	5	60	797	7	34	1	42	2	30

На содержание всех сельских врачебных участков трех областей края ежегодно выделялись незначительные ассигнования. Например, в 1906 г. на нужды всех сельских врачебных участков было выделено 279,1 тыс. руб., а на отпуск медикаментов - 5,6 тыс. рублей (по Сыр-Дарьинской области - 2,3 тыс. руб., Самаркандской 1,5 тыс. руб. и Ферганской области - 1,8 тыс. руб.) [45]. На содержание одной сельской участковой лечебницы в год выделялось 1,6 тыс. руб., которые распределялись следующим образом: на приобретение медикаментов и перевязочных средств - 300 руб; на содержание одного больного в сутки - 30 коп. (за счет этих средств проводились отопление, освещение, ремонт, покупка посуды, белья и пр.); на канцелярские расходы и библиотеку - 70 руб; на наем квартиры с помещением для фельдшера - 300 руб. и на наем прислуги - 240 руб. [31, 41].

Ввиду слабого развития в крае сети сельских врачебных участков и разбросанности населенных пунктов медицинские работники физически были не в состоянии охватить обслуживанием население своего участка (на одну лечебницу приходилось от 50 до 142 тыс. человек) [31].

По свидетельству современников, площадь Ура-Тюбинского и Ходжентского приставств с густо населенными предгорьями обслуживалась одной Науской лечебницей, а Ура-Тюбинская городская больница на 5 коек обслуживала почти 200 тыс. населения [49]. Уезды в то время были немаленькие: диаметром 400 и более вёрст. «И вот уездный врач то и дело рыскает из одного конца в другой на судебно-медицинские вскрытия и исследования. Не успевает уездный врач вернутся домой с севера, как ему приносят предписание отправиться на юг, и ничего ему не остается, как на минутку только забежать в приемный покой, чтобы справиться, все ли благополучно… и опять на один - три дня проститься с городом. А за это время в приемном покое орудует один фельдшер» [6].

Совет губернаторства в 1906 г. принял решение «О преобразовании медицинской части в городах Сыр-Дарьинской, Ферганской и Самаркандской областей», где было указано, что в городах вышеуказанных областей управление лечебными заведениями возлагается на заведующих указанными заведениями и комитетов больниц. А в тех городах, которые не в состоянии выделить необходимые средства для строительства и со-

держания лечебного учреждения, выполнение медицинских обязанностей временно возлагалось на персонал ближайшей сельской участковой лечебницы [56]. Такая «реорганизация» не предусматривала ни роста числа лечебных учреждений и медицинских работников, ни выделения дополнительных ассигнований, что могло бы изменить неудовлетворительное состояние медицинской помощи городскому населению. На городских врачей возлагалось оказание медицинской помощи населению, проведение оспопрививания и обучение учеников из числа коренных жителей, производство судебно-медицинской и судебно-полицейской экспертиз [31].

В соответствии с «Инструкцией о порядке исполнения обязанностей участковыми врачами» (1907) каждая сельская участковая лечебница состояла из стационара на 6 коек и амбулаторного пункта. Штат сельской участковой лечебницы состоял из участкового врача, фельдшерицы и фельдшера. Получаемые жителями медикаменты и перевязочные средства оплачивались по утвержденной таксе. А стационарное лечение допускалось за установленную плату. От оплаты за стационарное лечение освобождались лишь лица, «несостоятельность которых установлена надлежащим образом» [31, 48].

По этому поводу окружной военно-медицинский инспектор, ознакомившись в 1910г. с состоянием работы лечебных учреждений края, сообщил генерал-губернатерству о том, что «… требование от больного удостоверения о бедности перед поступлением в лечебницу для стационарного пользования, благодаря затруднениям в получении этого удостоверения из волости, значительно сокращает стационарное лечение даже в пунктах при серьезном и желающем работать враче» [50].

В лечебницах не предусматривалось специальных коек для акушерско-гинекологического обслуживания женщин, но при необходимости рожениц и родильниц принимали в лечебницах в случаях патологии, где была необходимость в стационарной или оперативной помощи [48]. «При сравнительной бедности главной массы сельского населения, - писал в 1909г, губернатор Ферганской области, - всякая плата за лекарства, даже очень небольшая, служит побуждением к избеганию этой помощи, в особенности для женщин и детей» [43]. В действительности, введение платы служило большим препятствием для получения населением медицинской помощи и приобретения медикаментов, что вызывало недовольство не только населения, но даже и некоторых представителей официальной власти [31, 43].

Существующие лечебные учреждения края не имели необходимого оборудования и инвентаря, были размещены в зданиях, не отвечающих элементарным санитарно-гигиеническим требованиям [31].

Из-за того, что на содержание стационарных больных отпускались ничтожные средства (30 коп. на содержание одного больного в сутки), лечебница пустовала или имела всего одного-двух больных [31]. Об этом писал Ура-Тюбинский сельский врач (1911): “...лечебница или пустует, или в ней имеется один-два больных, и врач должен ухитриться или обеспечить питанием, или отапливать и освещать здание, но во всяком случае, ни то и ни другое вместе”. Что должен был делать врач? «Очевидно, одно из трех: или, не допуская начета на себя перерасходов сумм, принять часть рас-

ходов на свои средства, или допустить недостаточное питание больных и содержание их в холодном помещении», или, наконец, не принимать больных в лечебницу» [55]. Или другой пример: пенджикентский участковый врач (1911) писал, что ввиду большой дороговизны основных продуктов питания «30-копеечный посуточный оклад на содержание больного, обремененный к тому же побочными расходами, является весьма недостаточным» [55]. Ходженский уездный врач (1911) в своих сообщениях писал, что при госпитализации «…пищу и белье должен каждый больной иметь собственные. Конечно, подобного рода больных почти никогда не бывает и приемный покой по большей части оставался пустым» [52].

В крае постоянно ощущался острый недостаток медицинских кадров. Об этом в свое время так написали “Туркестанские ведемости” (1911): “О врачах нечего и говорить, их совершенно нет...” В некоторых уездах (Джизакском, Катта-Курганском Самаркандской области и многих других) врачей вообще нет, их заменяют фельдшеры – люди в большинстве случаев невежественные, грубые, неграмотные [32]. Такое же положение было и со средними медицинскими кадрами. Большинство участковых фельдшеров в Туркестане были бывшие ротные фельдшеры (из солдат), не окончившие даже фельдшерские школы [10].

Оказание медицинской помощи населению не было основной обязанностью врачей. Главными для них были административные и судебно-медицинские функции [31]. Об этом генерал-губернатор Туркестанского края сообщал военному министру (1898): «Уездные врачи обременены судебно-медицинскими и медико-полицейскими делами и вследствие этого лишены возможности оказывать медицинскую помощь населению, тем более, что губернаторство разбросано на обширных пространствах уездов, которые нередко отделены один от другого большими труднопроходимыми горными местностями или пустынными безводными пространствами» [46].

Непосредственно на территории нынешнего Таджикистана в 1913г. было всего 13 врачей и 38 лиц среднего медицинского персонала, в том числе 6 зубных врачей (на 10 тыс. населения приходилось 0,13 врача и 3,8 лиц среднего мед. персонала). Функционировали городские больницы в гг. Ходженте (на 15 коек) и Ура-Тюбе (на 5 коек), сельские лечебницы в Нау (с. Гулякандоз) на 6 коек, Ура-Тюбе (с. Надеждино) на 6 коек и в Пенджикенте на 6 коек, а также несколько амбулаторных пунктов (на 10 тыс. жителей приходилось около 0,4 больничных коек). В некоторых источниках говорится о наличии в г. Ура-Тюбе приемного покоя [31]. Все медицинские учреждения были сосредоточены в основном на территории нынешнего Северного Таджикистана. Несмотря на то, что самыми распространенными заболеваниями среди сельского населения были малярия, туберкулёз, венерические и глазные болезни, многие больные, прежде всего с инфекционными заболеваниями, нуждавшиеся в обязательном лечении и наблюдении по вышеуказанным причинам, не госпитализировались, хотя койки лечебницы пустовали.

Например, в Науской сельской лечебнице (с амбулаторией и стационаром на 6 коек) за 8 месяцев 1914 г. стационарную помощь получили всего 38 больных, которые провели 342 койко-дня, т.е., другими словами, даже имевшиеся небольшие возможности были ис-

пользованы лишь на 1/6 часть [42]. «…Прием женщины-врача в туземных семьях всегда был почтительным и приветливым». Русские женщины-врачи своим бескорыстным и упорным трудом, своим чутким отношением к больным завоевали большое доверие и уважение среди местных женщин и детей. Об этом свидетельствует большое число больных женщин и детей, посещавших Ташкентскую амбулаторную лечебницу за период 1883-1885 гг. [51].

Таблица 2

Число больных женщин и детей, зарегистрированных в Ташкентской амбулаторной лечебнице за период 1883-1885 гг., с распределением их по группам болезней
(заболеваемость приведена по существующей номенклатуре болезней)

Болезни	Женщины	% к числу больных	Дети	% к числу больных	Всего	% к числу больных
Пищеварительного аппарата	448	19,42	161	12,6	609	16,98
Женские	404	17,52	-	-	404	11,27
Кожи	328	14,22	504	39,40	832	23,20
Мышц, суставов, сухожилий	264	11,45	84	6,60	348	9,70
Общего расстройства питания	164	7,11	187	14,60	351	9,79
Сифилис	145	6,29	74	6,0	219	6,11
Дыхательных органов	135	5,85	54	4,20	189	5,27
Зоб	105	4,55	18	1,42	123	3,43
Глазные	75	3,25	64	5,0	139	3,88
Нервные	91	3,95	5	0,40	96	2,60
Новообразования	56	2,42	8	0,63	64	1,90
Ушибы, ожоги, переломы	25	1,08	16	1,25	41	1,14
Инфекционные	23	0,99	20	1,56	43	1,20
Язвы	11	0,48	18	1,42	29	0,81
Рожистый процесс	9	0,39	3	0,20	12	0,34
Сердца	8	0,34	1	0,07	9	0,20
Мочеполовых органов	8	0,34	16	1,20	24	0,67
Ушные	5	0,22	29	2,25	34	0,94
Грыжи	3	0,13	10	0,70	13	0,36
Прочие	-	-	7	0,50	7	0,21

Данная таблица составлена в соответствии с архивными материалами ЦГА Узб. ССР, п. 1. оп. 16., ед. хр. 1845-а, - 1-9 листов и не отражает истинных размеров заболеваемости, так как она составлена только по обращаемости населения. Тем не менее, можно сказать, что наиболее распространенными заболеваниями были болезни органов пищеварения и расстройства питания, гинекологические заболевания, болезни кожи и болезни органов дыхания, а среди детей - болезни кожи, расстройства питания и органов пищеварения, болезни мышц, суставов и сочленений, болезни органов дыхания и глазные болезни [51].

Врачи Гиндиус Н. и Пославская А. (1894) в своем труде указывали, что дети страдали преимущественно наследственными формами сифилиса, а взрослые - приобретенными, притом более поздними формами (вы-

сыпи, язвы, периоститы, дефекты полости носа, твердого и мягкого нёба, глотки и др.) [27].

Впоследствии такие лечебницы были открыты в Беш-Агачской части Ташкента, в гг. Коканде, Самарканде, Ходженте, Андижане, Намангане и Маргелане. Таким образом, создание в крае амбулаторных лечебниц привело к определенной работе по обеспечению местных женщин и детей медицинской помощью [31].

В Туркестанском крае не было специальных детских лечебных учреждений, за исключением 5 детских приютов (в Ташкенте - 4 и в Самарканде - 1) на 98 - 155 мест, соответственно, созданных для детей пришлого населения Туркестанским благотворительным обществом. Ввиду отсутствия надлежащих условий для ухода и лечения в этих приютах была очень высокая заболеваемость и смертность среди детей.

Туркестанским благотворительным обществом, сначала в г. Самарканде (1894), а затем в г. Ташкенте (1900), были организованы детские ясли (в г. Самарканде на 20-25 мест и в г. Ташкенте на 40 мест) с недостаточным количеством персонала (надзирательница и её помощница, няня). Вскоре из-за отсутствия необходимых условий для ухода и воспитания детей эти детские ясли приобрели основные черты детских приютов [21].

На территории современного Таджикистана в г. Ходженте 29.09.1886 г. была открыта первая амбулаторная лечебница для лечения местных женщин и детей. Значительный удельный вес в общей структуре заболеваемости женщин и детей г. Ходжента занимали малярия (13,4%), болезни кожи (13,9%), чесотка (11,0%), зоб (10,25%), сифилис (5,7%) и трахома (4,9%) [53, 30]. Деятельность лечебницы сводилась в основном к оказанию амбулаторной помощи, так как при ней не было стационара. З. Розалиева - заведующая Ходжентской амбулаторной лечебницей в своем письме (1913) Самаркандскому областному врачу писала: «… работая в тяжелой обстановке, не имея элементарных условий для настоящего лечения, видишь, как падает доверие больных к врачебной помощи. Для проведения самой небольшой операции приходится направлять больных в соседние города…» [59].

Родовспоможение находилось также на очень низком уровне. В 1913 г. на территории современного Узбекистана было 62 родильные койки, Киргизии - 12, Туркмении - 13, Казахстана - 29, Таджикистана - ни одной койки [23].

Первое родовспомогательное учреждение в крае - родильный покой на 4 койки - было открыто в г. Ташкенте в 1880 г. и содержалось в основном за счет средств благотворительного общества. За 12 лет (1880-1891) у 1072 женщин были приняты роды (1040 (97%) у русских, 32 (3%) у местных женщин). Местные женщины относились исключительно к женам местных жителей, служивших у русских чиновников ямщиками, сторожами и пр. [53]. К 1882 г. в родильном покое число коек возросло до 8, а в 1885 г. там же было организовано гинекологическое отделение (за 7 лет обслужено 24 женщины). Также низка была и амбулаторная деятельность родильного покоя (в среднем было одно посещение в день) [31]. В городах и сельских местностях края медицинскую помощь при родах в основном должны были оказывать повивальные бабки, но их количество было мало. Например, в Самаркандской области в 1913 г. имелось всего 18 акушерок и пови-

вальных бабок (15 для г. Самарканда, одна для уезда и 2 акушерки (бабки) для Ходжентского уезда). Одна акушерка (повивальная бабка) приходилась, в среднем, на каждые 56 тыс. жителей области. С целью улучшения медицинского обслуживания местных женщин и детей Ферганской и Сыр-Дарьинской областей военные губернаторы в своих письмах в адрес генерал-губернатору (1895) писали и просили выделить дополнительные средства повивальным бабкам на разъезды, связанные с оказанием родильной помощи местным женщинам, а также учитывая, что деятельность повивальных бабок в большинстве случаев ограничивалась оказанием акушерской помощи только русскому населению, также было предложено для обеспечения местных женщин помощью при родах в каждом большом кишлаке или в несколько мелких, расположенных недалеко друг от друга, иметь одну повивальную бабку или повитуху, имеющих специальную подготовку [31]. А также рекомендовали открыть при одной из женских лечебниц школу для подготовки повивальных бабок из числа коренных жителей, которые после ее окончания «… могли бы приносить местному населению своими знаниями существенную пользу» [58].

Самаркандский военный губернатор в 1895 г. писал в адрес военному губернатору, что за последние 3 года повивальными бабками в городах Самаркандской области были приняты роды лишь у десяти местных женщин [58].

Несмотря на положительно принятое решение Окружного военно-медицинского инспектора о расширении деятельности женщин-врачей путем развертывания при лечебницах постоянных коек для госпитализации родильниц, больных из числа женщин и детей и налаживание обучения при этих лечебницах повивальному искусству местных женщин, которое привело бы к улучшению дела родильной помощи местным женщинам, к сожалению, весьма скромное пожелание Окружного военно-медицинского инспектора оставалось лишь на бумаге [58]. А в Бухарском и Хорезмском ханствах не было вообще никаких детских и родовспомогательных учреждений [31].

После присоединения Средней Азии к России в Туркестанском крае и ханствах появились первые аптечные учреждения. Первая аптека была открыта в Ташкенте (1874), вторая - в Самарканде (1890). С 1895 по 1899 гг. возникли аптеки в гг. Маргелане, Коканде, Андижане, Аулие-Ате, Чимкенте, Самарканде (вторая), в 1897 г. - в Намангане и Казалинске, в 1914 г. - в Ходженте, в 1915 г. - в Хиве и т.д. В крае одна аптека приходилась в среднем на 58 тыс. жителей. В 1914 г. в Ташкенте на душу населения приходилось всего 0,6 рецепта, а на одного фармацевта в среднем - 300 рецептов [22]. В крае медицинской промышленности не было, если не считать сантонинового завода, построенного в 1882 г. в Чимкенте и двух небольших кустарных заводов в Ташкенте [5].

В городах Бухарского и Хорезмского ханств (в Бухаре, Когане, Ургенче, Термезе, Карши и тд.) первые аптеки (частные) появились только в начале XX столетия.

Изучение богатой лекарственной флоры Средней Азии началось с прибытием русских медицинских и фармацевтических работников.

Какая-либо статистика рождаемости, смертности и заболеваемости населения на территории нынешнего Таджикистана, как и во всей Средней Азии, в дореволюционной время отсутствовала. Немногочисленные

данные, встречающиеся в отдельных источниках, разрозненны и не всегда точны. По оценке Костенко А.Ф., приходился один случай рождения на 20 жителей, и один случай смерти в год на 21 жителя. Если считать рождаемость, то она соответствует 50 рождений на 1000 жителей, а смертность - порядка 48 на 1000 жителей (естественный прирост было более 2 на 10 000 населения) [11].

По данным Яворского И., ежегодно естественный прирост населения в Средней Азии равен 1%. Он в своих исследованиях писал, что у матерей в живых оставалось 42%, а разновременно умирало 58% детей. Большая часть детей умирали в возрасте от 2 до 5 лет [27]. По сведениям, собранным Гершеновичем Р.С., в Туркестанском крае в 1913 г на 100 детей до 1 года умирало 30-33, а до 4 лет – 50-55 [8].

По материалам Первой Всероссийской переписи населения 1897 года, относящейся к сельскому населению Ферганской области (территория Бухарского ханства переписью не охватывалась), удельный вес лиц 60 лет и старше составлял всего 6,5%. По данным Панкова А., доля лиц старше 60 лет, проживающих на территории Восточной Бухары, составляла всего 5%, что свидетельствует о высокой смертности и низкой продолжительности жизни [24].

О структуре заболеваемости населения, проживающего на терриитории современного Таджикистана в дореволюционном периоде, можно судить по некоторым дошедшим до нас материалам Бухарской русско-туземной больницы (1910), г. Ходжента и Ходжентского уезда (1916) и Науского района Ходжентского уезда (1909-1910 гг.). Наиболее высок был удельный вес инфекционных болезней (в Бухаре их доля составляла 43% по группе стационарных больных). В г. Ходженте и Ходжентском уезде их удельный вес был ещё выше - соответственно 80% и 70%, а в Науском всего 8,5% - в 1909 г. и 7% - в 1910 г. Далее была травма, болезни органов пищеварения и органов дыхания. Такие распространенные в настоящее время болезни, как новообразования и болезни сердечно - сосудистой системы, были зарегистрированы в незначительном количестве [31].

В структуре заболеваемости населения Памира, в отличие от остальных территорий Средней Азии, не преобладали инфекционные болезни. Из заразных заболеваний наиболее распространенным был сифилис, составляющий 31,91% к числу инфекционных болезней [31].

В дореволюционное время на территории современного Таджикистана не было ни научно-исследовательских учреждений, ни специалистов какого-либо профиля, подготовленных для проведения научных исследований. Русская общественность практически не была знакома с Восточной Бухарой, поэтому до присоединения Средней Азии к России в Восточную Бухару удалось проникнуть лишь незначительному числу лиц, сумевших в последующем снабдить читательской толковой и правдивой информацией об этом крае. Усилились связи России с Бухарским ханством только после присоединения Средней Азии к России. Стал расширяться поток информации в виде разного рода путевых заметок, медико-географических очерков, научных статей (по вопросам этнографии, антропологии, медицины). В работах Российских унтер-офицеров, в последующем коллежских асессоров (десятилетия странствовавших в Бухаре, Хиве, Персии и Индии), Ефремова Ф.С., Ханыкова Н.В.,

Костенко Л.Ф., Яворского И., Радлова В.В., Арандаренко Г.А., Линского В.И., Шишова А., Бобринского А.А., Логофета Д.Н. подробно описаны быт таджиков, их жилища, обычаи, одежда, питание, данные по антропологии, распространенные заболевания, народная медицина и др. [1-2, 4, 9, 11, 15, 18-20, 28, 39, 60-63].

Более подробно Краузе И. и Симонов Л. охарактеризовали народную медицину и местных лекарственных растениях. В своих статьях и заметках сообщается об имеющихся на территории Восточной Бухары термальных минеральных источниках, а в Ходжентском уезде - лечебных грязях [12, 13, 14, 29, 30, 33]. В работах Федченко А.П. даны первые сведения по паразитологии человека в Средней Азии (Ришта). Выполнен ряд ценных работ по паразитологии края (малярия, кожный лейшманиоз), в газетных заметках упоминались холера и чума, опубликованные Якимовым В.Л. [35-38, 64].

В 1899 г. в г. Ташкенте в центре Туркестанского края начало работать научное общество врачей. На базе данного военного госпиталя функционировала бактериологическая лаборатория, что позволило ординатору данного госпиталя Боровскому П.Ф. (1898г.) открыть возбудителя кожного лейшманиоза [31].

На территории нынешнего Таджикистана в распоряжении врача, желающего посвятить себя науке, не было ни лаборатории, ни возможности. В основном, в работах был использован описательный метод и значительная часть работ не принадлежала специалистам - медикам. Они имели познавательное значение и помогали составить впечатление о Туркестанском крае и Восточной Бухаре.

ВЫВОДЫ

1. До присоединения Средней Азии к России не было ни лечебных, профилактических и фармацевтических учреждений, ни медицинских, профилактических и фармацевтических работников.

2. Было крайне неудовлетворительным санитарное состояние, отмечался высокий уровень заболеваемости, общей и детской смертности и была низкая продолжительность жизни населения.

3. После присоединения Средней Азии к России появились русские ученые, учителя и врачи, лечебные учреждения и медицинские работники, что внесло существенный вклад в развитие здравоохранения, но, несмотря на это, их количество и объем оказываемой помощи, были очень незначительными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арандаренко Г.А. Дарваз и Каратегин. // Военный сб. - 1883. - №11-12.
2. Арандаренко Г.А. Досуги в Туркестане. СПб, 1889.
3. Атабеков Ю.А. История, состояние и перспективы развития здравоохранения города Ташкента. - Ташкент, 1959. - С. 61-62.
4. Бобринский А.А. Горцы верховьев Пянджа. - М., 1908.
5. Вопросы организации здравоохранения и истории медицины Узб. ССР. - Ташкент, 1964. - С. 161-162.
6. Врач. – 1890. - №36. – С. 828.
7. Гафуров Б.Г. История Таджикского народа. - М,1955. – С. 6.
8. Гершенович Р.С. За социалистическое здравоохранение Узбекистана. 1954. - №6. – С. 44.
9. Ефремов Ф.С. Десятилетнее странствование (1774-1782 гг.) и приключения в Бухари, Хиве, Персии и Индии и возвращение через Англию в Россию. - СПб, 1786.
10. Колосов Г.А. О народном врачевании сартов и киргизов Туркестана и медицинская помощь иногородцам Туркестана и их отношение к русским врачам. - СПб., 1903. - С. 100.

11. Костенко Л.Ф. Туркестанский край. Опыт военно-статистического обозрения Туркестанского ВО – СПб., 1880. – Т. 4. – С. 334-335.

12. Краузе И. О косметических средствах туземцев Турккрая. //Туркестанские ведомости. – 1871.- № 47.

13. Краузе И. О способах врачевания у туземцев Турккрая. //Туркестанские ведомости. – 1871. - №34.

14. Краузе И. Материалы для статистики Турккрая. СПб, 1873.

15. Линский В.И. Горная Бухара. СПб, 1902-1905.- Ч. 1-3.

16. Логофет Д.Н. На границах Средней Азии. СПб., 1909. – С. 78.

17. Логофет Д.Н. Бухарское ханство под русским протекторатом. СПб., 1911. – С. 152.

18. Логофет Д.Н. Страна бесправия. - СПб, 1909.

19. Логофет Д.Н. Бухарское ханство под русским протекторатом. - СПб, 1910-1911.

20. Логофет Д.Н. В горах и равнинах Бухары. - СПб, 1912.

21. Медицинский журнал Узбекистана, 1961. - №2. - С. 27-29.

22. Медицинский журнал Узбекистана, 1967. - №1. - С. 67-71.

23. Митерев Г.А. Народное здравоохранение за 25 лет Советской власти. М., 1942. - С. 91.

24. Панков А. Таджикистан. //Сб. статей. - Ташкент, 1925. – С. 88.

25. Погосянц А.И. Военно- народная медицина Турк.края в 1867 – 1917 гг. и организация здравоохранения в первые годы Советской власти в Турк. Республике (за 1917-1920 гг.). - Ташкент, 1950. – С. 94-95.

26. Положение об управлении Туркестанского края. - Ташкент, 1903. – С. 13.

27. Пославская А., Мендельштамм Е. Обзор десятилетней деятельности амбулаторной лечебницы для туземных женщин и детей. - Ташкент, 1894. – С. 3-30.

28. Радлов В.В. Средняя Зеравшанская долина - СПб,. 1880 – Т. 6.

29. Симонова Л. Чародейство, гадание и лечение сартянок в Самарканде. Справочная книжка Самаркандские новости на 1894 г. - Самарканд, 1894.

30. Симонова Л. Справочная книжка Самаркандской области на 1895 г. - Самарканд, 1895. - С. 58-60.

31. Таджиев Я. Здравоохранение Таджикистана. - Душанбе: Ирфон, 1974. - 240с.

32. Туркестанские ведомости. – 1911. - №76.

33. Туркестанские ведомости. – 1911. - №80.

34. Федченко А.П. Заметки о сумбуле (близ Пенджикента и Магианских горах) и сведения о естественно-исторических коллекциях, собранных Федченко А.П. в Турккрае. СПб, 1870.

35. Федченко А.П. Заметки о паразитах человека, водящихся в Турккрае. //Туркестанские ведомости. – 1872. - №1-2.

36. Федченко А.П. Зоологические заметки (о риште). //Изв. общества любителей естествознания, антропологии и этнографии. - М., 1872. – Вып. 1.

37. Федченко А.П. От чего человек заболевает риштой. - Ташкент, 1882.

38. Федченко А.П. О струнде (анатомическое описание ришты). //Изв. общества любителей естествознания, антропологии и этнографии. - 1890. – Т. 59.

39. Ханыкова Н.В. Описание Бухарского ханства. - СПб, 1843.

40. ЦГА Тадж. ССР, ф. 1, оп. 1, ед. хр. 272, л. 5.

41. ЦГА Тадж. ССР, ф. 1, оп. 2, ед. хр. 208, л. 10.

42. ЦГА Тадж. ССР, ф. 1, оп. 2, ед. хр. 278, лл. 49, 85, 114, 151, 174, 187,189, 200.

43. ЦГА Узб. ССР, ф. 1, оп. 1, ед. хр. 393, л. 6.

44. ЦГА Узб. ССР, ф. 1, оп. 5, ед. хр. 849, лл. 6 – 7.

45. ЦГА Узб. ССР, ф. 1, оп. 5, ед. хр. 849, лл. 116 - 117.

46. ЦГА Узб. ССР, ф. 1, оп. 5, ед. хр. 850, л. 123.

47. ЦГА Узб. ССР, ф. 1, оп. 5, ед. хр. 909, л. 1.

48. ЦГА Узб. ССР, ф. 1, оп. 7, ед. хр. 379, лл. 7-8.

49. ЦГА Узб. ССР, ф. 1, оп. 7, ед. хр. 521, лл. 15-16.

50. ЦГА Узб. ССР, ф. 1, оп. 7, ед. хр. 379, л. 53.

51. ЦГА Узб. ССР, ф. 1. оп, 16, ед. хр. 1845 –а, лл. 1-9.

52. ЦГА Узб. ССР, ф. 17, оп. 1, ед. хр. 28922, л. 20.

53. ЦГА Узб. ССР, ф. 17, оп. 1, ед. хр. 2962, лл. 377-384

54. ЦГА Узб. ССР, ф. 17, оп. 1, ед. хр. 29962, лл. 377-384.

55. ЦГА Узб. ССР, ф. 18, оп. 1, ед. хр. 11303, л. 92.

56. ЦГА Узб. ССР, ф. 18, оп. 1, ед. хр. 11245, лл. 10-11.

57. ЦГА Узб. ССР, ф. 18, оп. 1, ед. хр. 11303, л. 78.

58. ЦГА Узб. ССР, ф. 18, оп. 1, ед. хр. 7890, лл. 2-3.

59. ЦГА Узб. ССР, ф. 18, оп. 1, ед. хр. 11333, л 5.

60. Шишов А. Сарты. Этнографическое и антропологическое наблюдение. - Ташкент, 1904-1905.

61. Шишов А. Таджики. Этнографическое и антропологическое наблюдение. - Ташкент, 1910.

62. Яворский И. Долина Аму-Дарьи в её верхнем течении. Медико-географический очерк. //Туркестанские ведомости. – 1879. - №1-2.

63. Яворский И. Опыт медицинской географии и статистики Туркестана. - СПб, 1889.

64. Якимов В.Л. Краткие сведения о деятельности экспедиции по изучению тропических болезней людей и животных в Турккрае в 1913 г. //Вестник общественной ветеринарии. - 1914. - №1.

АХМЕДОВ А., АХМЕДОВА М.А., МАСЛОВА Е.В., АХМЕДОВ Ф.А.

ХУСУСИЯТХОИ РУШДИ ТАНДУРУСТИИ ТОЧИКИСТОН ДАР ДАВРАИ ВОРИД ГАРДИДАНИ ОСИЁИ МИЁНА БА РОССИЯИ ПОДШОХИ (ТО СОЛИ 1917).

Калимаҳои асосӣ: Туркистон, Осиёи Миёна, хонигарии Бухоро ва Хоразм, муассисаҳои табобатӣ, қисмҳои табибии хоҷагӣ.

Кори пешниҳодшуда дар асоси ҷамъоварии баъзе маълумотҳое, ки дар сарчашмаҳои адабиётҳои боқимонда ва қайдҳои махсуси саёҳҳони алоҳида ва шахсони хизматӣ, аз ҷумла табибон, ки дар гузашта Осиёи Миёнаро дидан намудаанд, асоснок карда шудааст. Дар он солҳо, беморонро руҳониён, табибон, дуохонҳо, азоимхонҳо, занҳои момодоя ва гайраҳо, ки маълумоти махсуси тиббӣ надошта маводҳои растанигиро истифода мебурданд ва ба ҳамин тавр тиби амалиро бо усули санҷиш пеш мебурданд ва дар асл нуқтаи огози рушди мусбии тарзи нави тандурустӣ ба ҳисоб мерафт. Аз ин лиҳоз, таҷрибаи тандурустии ҳамон давра, хусусиятҳои ташакулли он, инчунин пешравиҳои мусбие ки дар ҳолати тандурустии аҳолии ҳамон давра ба амал омадаанд, на танҳо аҳамияти иқтисодӣ ва сиёсӣ, балки аҳамияти иҷтимоӣ-гигиенӣ, тарбиявӣ ва байналмиллалӣ низ дорад.

ГИГИЕНА И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

[1]БАБАЕВ А.Б., [2]ЮСУПОВ З.Я., [1]ИБРАГИМОВ И.У.

ОСОБЕННОСТИ УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОТНИЦ КАРАМЕЛЬНЫХ И КОНФЕТНО-ШОКОЛАДНЫХ ЦЕХОВ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА

[1] Кафедра гигиены и экологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино
[2]Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

В статье проведены результаты исследований условий труда работниц карамельных и конфетно-шоколадных цехов в условиях жаркого климата. Установлено, что работницы подвергаются влиянию комплекса неблагоприятных производственных факторов, что может служить причиной повышения уровня производственно-обусловленных заболеваний.

Ключевые слова: условия труда, неблагоприятные производственные факторы, карамельные и конфетно-шоколадные цеха

BABAEV A.B, YUSUPOV Z.Y., IBRAGIMOV I.U.

PECULIARITIES OF WORKING CONDITIONS IN THE CARAMEL AND CANDY-CHOCOLATES WORKSHOPS IN THE CONDITIONS OF HOT CLIMATE

The article presets the results of the researches about working conditions in the caramel and candy-chocolates workshops in the conditions of hot climate. It was found that workers are under influence of complex negative production factors, which may be the reason of increasing production –related diseases.

Key words: working conditions, caramel and candy-chocolates workshops, negative production factors.

Актуальность. В современном быстро развивающемся мире проблемы здоровья общества становятся всё более актуальными в связи с проблемой перенаселённости, нехваткой питания, некачественной питьевой водой и, как следствие, экологическим загрязнением на предприятиях. Поэтому вопросы сохранения здоровья народонаселения, профилактика заболеваний являются актуальнейшей задачей. Среди значительного числа врачебных специальностей особая роль отведена врачам гигиенистам и стоматологам.

Наблюдающийся в последние годы рост пищевой промышленности, предприятий торговли и общественного питания привел к увеличению числа работающих и, соответственно, интересу к изучению вопросов гигиены труда на этих предприятиях. Ведущими отраслями как по значению, так и по числу занятых в них рабочих в пищевой

Юсупов З.Я. - кандидат медицинских наук, НКИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
E-mail:zarif-75@mail.ru

промышленности являются хлебопечение и кондитерское производство.

Материалы многочисленных исследований свидетельствуют о том, что работники пищевой промышленности подвергаются воздействию профессионально-производственных, экологических и бытовых факторов, которые могут оказывать негативное влияние на состояние их здоровья [1, 2]. Одними из ведущих факторов производственной среды, неблагоприятно воздействующими на организм работниц, являются дискомфортные микроклиматические условия рабочих мест, которые имеют определенную зависимость от сезона года и особенностей технологического процесса.

Наряду с указанным на работниц кондитерских фабрик в процессе производственной деятельности, в зависимости от характера выполняемых рабочих операций также воздействуют загрязнение воздуха рабочей зоны вредными химическими веществами (пыль сырья, акролеин, продукты неполного сгорания топлива), шум (85-90 дБ), вибрация и недостаточная освещенность рабочих мест [3]. На рабочих местах отмечается превышение допустимых концентраций сахарной и мучной пыли [4]. В то же время до настоящего времени недостаточно изучены особенности условий труда и заболеваемости работников кондитерского производства в зависимости от продолжительности воздействия факторов производственной среды [5]. Это положение диктует необходимость изучения условий труда и влияния вредных производственных факторов на состояние здоровья работников кондитерских фабрик, разработки и совершенствования программ профилактики заболеваний среди данной категории работников.

Цель исследования. Дать научное обоснование и разработать комплекс мероприятий по оздоровлению условий труда и профилактике общей заболеваемости среди работников кондитерских фабрик при работе в условиях жаркого климата.

Материал и методы исследования. С целью оценки факторов производственной среды на кондитерских фабриках нами проведено изучение температуры, относительный влажности, скорости движения воздуха, охлаждающей способности воздуха и эффективной температуры рабочих мест при работе в разные сезона года в динамике рабочей смены. Всего нами было проведено более 1200 измерений показателей микроклимата. Наряду с указанным нами были изучены концентрации пыли в воздухе рабочих мест (97 проб), интенсивность шума (80 измерений), уровень общей освещенности рабочих мест (60 измерений).

Результаты исследования и их обсуждение. Одним из ведущих неблагоприятных факторов при производстве конфет и карамелей являются микроклиматические условия, которые определяются климатом региона, сезоном года и особенностями технологического процесса. Полученные нами результаты показывают, что температура наружного воздуха в летний период в начале рабочей смены в среднем составляла 28-30°С, к обеденному перерыву - 38- 42°С, а к концу работы - 41-42,5^{o}С. При этом температура воздуха на постоянных рабочих местах варщиков карамельных цехов до начала смены была в пределах 35-39°С, к обеденному перерыву она повышалась до 39-40°С, к кон-

цу смены до 40-42°С. При этом температура воздуха на рабочих местах фасовщиков и машинистов заверточных машин в начале смены составляла 36-38°С, в конце первой половины смены повышалась до 38-40°С, в конце рабочего дня достигала 39-41°С. В конфетно-шоколадных цехах температура воздуха была заметно ниже, чем в карамельных, и составляла в начале смены 27-29°С, к перерыву увеличивалась до 33-39°С, что связано с особенностями технологического процесса.

Таким образом, температура воздуха на рабочих местах в летний период была выше допустимой на 6-12°С при температуре наружного воздуха 28-42°С.

Следует отметить, что температура наружного воздуха в июле повышается до 42°С и выше, что приводит к значительному повышению температуры воздуха на рабочих местах.

В зимний период на постоянных рабочих местах варщиков, фасовщиков и машинистов заверточных машин температура воздуха рабочих мест карамельных и конфетно-шоколадных цехов превышала допустимые нормы на 1-4°С при температуре наружного воздуха от 0,1° до 5,5°С.

Полученные данные показывают, что летом работницы, особенно карамельных цехов, в процессе своей производственной деятельности подвергались влиянию значительного теплового напряжения.

Относительная влажность в карамельных цехах в летний период находилась в пределах 51,3-77,8%, в конфетно-шоколадных - 56-66% при относительной влажности наружного воздуха 38,4-63,0%.

В зимний период этот же показатель в карамельных цехах составил 56-84,1%, в конфетно-шоколадных 54,3-73,8% при относительной влажности наружного воздуха 42,8-100%. Особенно высокие показатели относительной влажности воздуха наблюдались на рабочих местах варщиков карамельных цехов (до 100%) при норме 40-60%.

Скорость движения воздуха летом в карамельных цехах составляла 0,07-0,61 м/с, в конфетно-шоколадных - 0,05-0,11 м/с. В зимний период воздух в карамельных цехах был практически неподвижен, лишь на рабочих местах варщиков его скорость составляла 0,17-0,30 м/с, в конфетно-шоколадных - 0,06-0,22 м/с при норме 0,3-0,4 м/с.

С целью комплексной оценки микроклимата рабочих мест в карамельных и конфетно-шоколадных цехах определялись охлаждающая способность воздуха и эффективная температура.

Известно, что наилучшее самочувствие рабочих, выполняющих работу средней тяжести, отмечается при охлаждающей силе воздуха в пределах 5,5-7мкал/с·см^2. Указанный показатель при работе в летний периодв карамельных цехах составлял в среднем 1,4мкал/с·см^2, в конфетно-шоколадных - 3,2мкал/с·см^2, что свидетельствует о значительным тепловом напряжении, которое особенно выражено на рабочих местах варщиков, слесарей, фасовщиков и машинистов,заверточных машин.

В зимний период охлаждающая сила воздуха в карамельных цехах в среднем составляла 3,6 мкал/с·см^2, в конфетно-шоколадных - 3,7мкал/с·см^2, что также свидетельствует о дискомфортных микроклиматических условиях.

Наилучшее самочувствие людей, выполняющих работу среднейтяжести, наблюдается при величине эффективной температуры (ЭТ) в16,2-20,7°С. Результаты определения ЭТ также свидетельствуют о дискомфортных условиях как при работе летом, так и зимой.

ЭТ в летний период в карамельных цехах в среднем составляла 25,9-30,0°С, в конфетно-шоколадных - 23,5-25°С зимой соответственно 21,3-27,1 и 15,5-18°С. Особенно высокие показатели эффективной температуры наблюдались на рабочих местах варщиков (30,0°С).

Работа в летний период протекает в условиях повышенных температуры воздуха (40-42°С) и влажности (70-100%). Дополнительными источниками тепла являются нагретые поверхности конвейеров, завёрточных машин и котлов. Кроме того, работницам приходится выполнять многочисленные ручные операции. Исследования выявили у работниц карамельных цехов учащение пульса к концу дня, по сравнению с исходным, в среднем на 14-22% летом и на 12-33% зимой. В отдельных случаях в зависимости от микроклиматических условий интенсивности и тяжести выполняемых операций, сердечные сокращения учащались на 50-60%. В зимний период систолическое давление уменьшалось в среднем на 1-13% у работниц карамельных и конфетно-шоколадных цехов, диастолическое - на 4-9% в карамельных и на 6-15% - в конфетно-шоколадных. В летний период систолическое давление имело тенденцию к некоторому повышению, что обусловлено увеличением нагрузки. Некоторое повышение систолического и диастолического давления при значительном увеличении частоты пульса свидетельствует об адекватной реакции сердечно-сосудистой системы работниц на выполняемую работу.

В летний период температура тела работниц обоих цехов в динамике смены имела тенденцию к повышению, но оставалась в пределах физиологической нормы, и лишь у варщиц, намотчиц, машинисток штамповочных и заверточных машин к концу смены она увеличивалась до 37,1-37,2°С, что свидетельствует о заметном напряжении механизмов теплорегуляции. В зимний период эти величины находились в пределах физиологической нормы.

О состоянии процессов теплорегуляции в организме работниц свидетельствуют данные субъективного теплоощущения в динамике рабочей смены и в разные сезоны. В зимний период в конце первой половины рабочего дня работницы карамельных цехов определяли микроклимат как «хороший» в 67%, «душный» - в 7% и «холодный» - в26%, в конце смены - соответственно в 67%, 13% и 20%. Примерно такие же данные получены при обследовании работниц конфетно-шоколадных цехов.

В летний период данные субъективного теплоощущения у работниц обоих цехов были аналогичными. Почти во всех случаях они оценивали микроклимат отрицательно.

В зимний период исследования зрительно-моторной реакции на свет и звук показали, что скрытое время в конце рабочей смены у работниц в карамельных цехах возросло на 5-36%, в конфетно-шоколадных - на 6-69%, в летний период скрытое время реакции на звук и свет у работниц обоих цехов также увеличивалось на 17-46%. Это свиде-

тельствует о преобладании в коре головного мозга процессов торможения над процессами возбуждения, что, в свою очередь, характеризует развитие утомления в динамике рабочей смены.

Таким образом, работники карамельных и конфетно-шоколадных цехов в процессе своей производственной деятельности выполняют достаточно напряженную работу, особенно в теплый период, что в свою очередь вызывает напряжение функций организма и диктует необходимость разработки рационального режима труда и отдыха, питьевого режима и других мероприятий, направленных на оптимизацию условий труда.

Наряду с дискомфортными микроклиматическими условиями при работе в карамельных и конфетно-шоколадных цехах рабочие подвергаются влиянию различных неблагоприятных факторов производственной среды.

На рабочих местах машинистов заверточных машин карамельных цехов содержание пыли составляло в начале конвейера 8,3-64,2 мг/м^3, в середине - 20,8-110,5 мг/м^3 в конце-16,6-89,8 мг/м^3, в конфетно-шоколадных цехах в начале конвейера - 8,3-833,3 мг/м^3, в конце-260,8 мг/м^3, на рабочих местах варщиц - 193,3 мг/м^3.

Содержание пыли на рабочих местах отливщиц и формовщиц конфетных цехов составляло 104,2-306,2 мг/м^3, глазировщиц - 24,9-95,8 мг/м^3, машинистов заверточных машин-41,1-46,2 мг/м^3, фасовщиц - 21,8 мг/м^3, что значительно превышает предельно допустимую концентрацию (ПДК)

Более высокие концентрации сахарной пыли наблюдались при производстве сахарной пудры (150-400 мг/м^3), что также значительно выше ПДК.

Исследование общего уровня шума и вибрации на рабочих местах работниц карамельных и конфетно-шоколадных цехов выявило, что источником шума являются двигатели, компрессоры, соприкасающиеся металлические части механизмов и др. Уровни звука и звукового давления в карамельных цехах превышают предельно допустимый уровень на 1-6 дБ. Особенно высокие показатели уровня шума наблюдались в начале конвейера. При производстве сахарной пудры уровень шума превышал ПДУ на 3 дБ, при самораскладке конфет и глазировке - на 2 дБ. У смесителя массы батончиков уровень шума превышает допустимые величины на 12 дБ, у заверточных машин - на 4 дБ.

На конвейерной линии общий уровень звука и звукового давленияпревышал ПДУ у шоколадно-отливочной машины на 1 дБ, у вибрационного стола - на 3 дБ, в охлаждающей камере - на 8 дБ, на выборке шоколада - на 3 дБ и у оберточной машины - на 1-2 дБ, преимущественно на средних и высоких среднегеометрических частотах. Следует отметить, что увеличению общего шума на основных рабочих местах в карамельном и конфетно-шоколадном цехах способствует недостаточная звукоизоляция двигателей и механизмов и неудовлетворительное техническое состояние (отсутствие смазки, недостаточное крепление деталей, неудовлетворительное регулирование работы двигателей и др.).

Общая освещенность на рабочих местах в карамельном и конфетно-шоколадном цехах в основном соответствовала нормативным данным СНИП.

Таким образом, при работе в кондитерских и карамельных цехах в условиях жаркого климата работницы подвергаются влиянию дискомфортных микроклиматических условий, значительной концентрации органической пыли, интенсивного шума и значительному напряжению отдельных органов и систем, что может служить причиной повышения уровня производственно обусловленной заболеваемости.

На основании полученных результатов нами разработаны и изданы методические рекомендации, направленные на оптимизацию микроклимата рабочих мест, снижение шума и вибрации, запыленности воздуха на основных рабочих местах и другие мероприятия по оздоровлению условий труда работниц кондитерских фабрик в условиях жаркого климата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные вопросы промышленного микроклимата / под ред. Н.Ф. Измерова // Сб. науч. тр. НИИ гигиены труда и профзаболеваний АМН СССР – М., 1978. – 127 с.

2. Вульфович В.О. Профессиональные и производственно обусловленные заболевания на предприятиях пищевых отраслей промышленности. – М., 1982. – 52 с.

3. Мишкич И.А., Белова Л.В., Кресова Г.А. и др. Гигиенические вопросы в нормах проектирования пищевых предприятий малой мощности. Пособие для санитарных врачей / под ред. М.Т. Ромашкиной. – СПб., 1998. – 134 с.

4. Белова Л.В. Научные основы питания работниц пищевой промышленности: автореф. дис. … д-ра мед.наук. – СПб., 2000. – 43 с.

5. Biswas R., Samanta A., Saha P. Cardiac strain of confectionery worker in relation to heat exposure during regular work shift // Indian. J. Occup. Environ Med. – 2011. – Vol. 3., № 15. – P. 120–126.

БАБАЕВ А.Б., ЮСУПОВ З.Я., ИБРАГИМОВ И.У.

ХУСУСИЯТҲОИ ШАРОИТИ КОРИИ КОРМАНДОНИ СЕХҲОИ КАРАМЕЛ ВА ҚАННОДИӢ ДАР ШАРОИТИ ИҚЛИМИ ГАРМ

Калимаҳои асосӣ: шароити корӣ, сехҳои карамел ва қаннодӣ, омилҳои истеҳсолии номусоид.

Дар мақола натиҷаҳои шароити кории кормандони сехҳои карамел ва қаннодӣ, ки дар шароити иқлими гарм фаъолият мебаранд, оварда шудааст. Муайян карда шудааст, ки омилҳои номусоид ба кормандон таъсири манфӣ расонида, метавонад боиси баланд гаштани сатҳи бемориҳои истеҳсолӣ гардад.

[1]СУЛЕЙМАНОВА Ф.А., [2]БАБАЕВ А.Б., [1]МАХМАДОВ Ш.К., [2]ОДИНАЕВА Л.Э.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА И СОСТОЯНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У РАБОТНИКОВ ЦЕХА ОБОЖЖЕННЫХ АНОДОВ АЛЮМИНИЕВОГО ПРОИЗВОДСТВА

[1] Кафедра офтальмологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино
[2] Кафедра гигиены и экологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Одним из наиболее неблагоприятных в гигиеническом отношении при производстве алюминия является цех по производству обожжённых анодов, где на организм работников воздействуют значительные концентрации смолистых веществ, пыли, окиси углерода, фтористых соединений и высокая температура. Исследования органа зрения работников показывают, что с увеличением возраста наблюдается постепенное увеличение глазных заболеваний, что, очевидно, обусловлено длительным воздействием вредных производственных факторов, что имеет достоверную тенденцию к повышению в зависимости от стажа работы.

Ключевые слова: вредные производственные факторы, цех обожжённых анодов, глазные заболевания.

SULAIMANOVA F.A., BABAEV A.B., MAHMADOV SH.K., ODINAEVA L.E.

HYGIENIC ESTIMATION OF WORKING CONDITIONS AND THE STATE OF THE VISION ORGAN OF WORKERS OF THE BAKED ANODE ALUMINUM PRODUCTION WORKSHOP

In the production of aluminum one of the most negative in terms of hygiene is the baked anode production workshop, where organism of workers are influenced by considerable concentration of the resinous substances, dust, carbon monoxide, fluoride compounds and high temperature. The research of the vision organs of workers shows, that with increasing age there is a gradual increase in ocular diseases, which is obviously due to prolonged exposure of harmful production factors, and has a clear tendency of increasing,depending on the length of service.

Key words: harmful production factors, workshop of baked anodes, ocular diseases.

Актуальность. Таджикский алюминиевый завод (ТадАз) был построен с учётом последних достижений науки и техники, оснащен современным технологическим оборудованием. Однако в процессе своей производственной деятельности работники основных и вспомогательных цехов алюминиевого производства могут подвергаться влиянию различных неблагоприятных факторов производственной среды, что может стать причиной возникновения различных заболеваний, в том числе и заболеваний органа зрения [1-6].

Одним из наиболее неблагоприятных в гигиеническом отношении факторов алюминиевого производства является цех по производству обожжённых анодов (ЦОА), где на организм работников воздействуют значительные концентрации смолистых веществ, пыли, окиси углерода, фтористых соединений

Сулейманова Ф.А. – аспирант кафедры гигиены и экологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
E-mail:Firuza-laziza1088@mail.ru

и высокая температура [1, 7].

Целью исследования явилась гигиеническая оценка неблагоприятных факторов производственной среды цеха обжига анодов и их влияния на орган зрения.

Материал и методы исследования. С 2015 по 2016 годы нами было проведено исследование по выявлению вредных факторов цеха обожженных анодов алюминиевого производства с целью определения их влияния на орган зрения рабочих в летние и зимние периоды года.

Для гигиенической оценки условий труда работников цеха обожжённых анодов нами проведено 120 проб по определению фтористого водорода, 136 проб солей фтористоводородной кислоты, 105 проб смолистых веществ, 129 проб пыли и 142 проб окиси углерода.

Измерение микроклимата рабочий зоны производилось при работе в разные сезоны года в динамике рабочей смены с использованием аспирационного психрометра Ассмана и термоанимометра типа ЭА-2М. Полученные результаты были подвергнуты статической обработке с использованием стандартных методов вариационной статистики. Расчёты осуществляли с использованием прикладных программ Microsoft Ofiss для персональных компьютеров.

С целью выявления воздействия вредных факторов производственной среды на орган зрения нами было проведено офтальмологические исследование 135 работников цеха обожжённых анодов. Все работники были мужского пола в возрасте старше 20 лет и со стажем работы от 1 года до 42 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. На ТадАЗе производство обожжённых анодов осуществляется в трех цехах: смесительно-прессовый цех (СПЦ), цех обжига (ЦО) и цех по производству электродов (ЦППЭ).

Хронометражным наблюдением была изучена степень физических и нервно-психических нагрузок на организм работников, выполняющих монтаж анододержателей и переработку криолита, заливку анодов, дробление и переработку огарков.

Продолжительность основных элементов трудового процесса, позволяющая судить о производственной загруженности работников цеха обожжённых анодов, имела определенную зависимость от сезона года. Так, полученные материалы свидетельствуют о том, что работники при монтаже анододержателей 76,6-82,3%, при переработке и дроблении огарков 87,4-89,2% времени смены расходуют на выполнение основных рабочих операций. На выполнение статической работы при монтаже анододержателей расходуется 61,7-98,1% времени смены, а при дроблении и переработке огарков - 67,2-68,4%. При этом динамическая работа при монтаже анододержателей составляла - 15,3-16,8%, а при переработке и дроблении огарков 16,5-16,9% времени смены. Практически весь объем монтажа анододержателей, дробления и переработки огарков выполняются работниками цеха обожжённых анодов в вынужденной рабочей позе. Продолжительность такой работы при монтаже анододержателей составляет 72,6-78,1%, а при переработке и дроблении огарков - 76,9-80,2% времени смены.

Таким образом, в процессе своей производственной деятельности работники цехов по производству обожжённых анодов подвергаются сочетанному влиянию различных по характеру и концентрации в воздухе рабочих зон вредных химических соединений и пыли. Концентрация вредных химических соединений и пыли в большинстве случаев наблюдения превышает ПДК, что может быть причиной различных заболеваний, в том числе пато-

логии органа зрения.

В летний период средняя температура воздуха на рабочих местах заливщиков ЦП ПЭ постепенно возрастала в динамике рабочей смены с 24,7±0,2°С в начале до 42,1±0,8°С в конце смены. При этом температура наружного воздуха колебалась от 25,0±0,5°С до 41,2±0,6°С. Относительная влажность воздуха в цехе составляла 40,9±0,5% в начале смены и 22,1±1,3% в конце рабочей смены, т.е. в наиболее жаркие часы во второй половине смены с повышением температуры воздуха она имела некоторую тенденцию к снижению.

В цехе обжига температура воздуха при работе в летний период года достигала уже в начале смены в среднем 31,9±0,3°С и в отдельных случаях наблюдения повышалась до 34,4-35,3°С. Во второй половине рабочей смены величина данного показателя в цехе возрастала в среднем до 37,1±0,3-42,6±0,3°С, что в целом может характеризовать микроклимат цеха, как нагревающий (СанПиН 2.2.4.548-96). Относительная влажность воздуха при этом составляла 29,6±0,8-30,7±0,8%, снижаясь в наиболее жаркие часы в среднем до 19,9±3,0-20,9±3,0%, что значительно ниже гигиенических норм.

Температура воздуха на рабочих местах заливщиков цеха по производству обожжённых анодов в зимний период находилась в пределах 2,6±0,8 – 12,5±1,0°С и её динамика зависела от климатических и погодных условий на открытой территории завода. Относительная влажность воздуха в цехе колебалась от 61,2±3,2% до 65,7±2,1%, в то время как влажность наружного воздуха составляла 60,1±1,2-78,1±2,5%.

Таким образом, работники цеха обожжённых анодов в течение всей рабочей смены при работе в летний период подвергались влиянию нагревающего микроклимата, особенно при работе во второй половине рабочей смены. Работники цеха по производству промышленных электродов при выполнении аналогичных работ в зимний период подвергаются влиянию субнормальных микроклиматических условий, которое особенно выражено при работе в первой половине рабочей смены и в ночное время.

При исследовании органа зрения работников были выявлены заболевания век: блефарит у 5,9±0,83% работников со стажем работы 1-5 лет, у 13,3±0,80% работников со стажем работы 6-10 лет, у 14,8±0,79% у работников со стажем 11-15 лет, а у работников со стажем работы 16 лет и выше патология возросла до 24,4±0,74% обследованных. Мейбомиты встречались у работников со стажем работы 1-5 лет в 0,74±0,85% случаев наблюдений, у работников со стажем работы более 16 лет у 2,22±0,85% обследованных. Что касается халязиона, у работников с трудовым стажем от 1 до 5 лет его не было выявлено, а с увеличением стажа до 6-10 лет нами было обнаружено у 0,74±0,85% и со стажем 16 лет и более - у 2,22±0,85% обследованных.

В ходе биомикроскопического обследования также были выявлены конъюнктивиты у 17,0±0,78% обследованных со стажем работы 1-5 лет, а с увеличением стажа до 6-10 лет - у 25,1±0,74%, у 36,2±0,68% - со стажем 11-15 лет и у 37,7±0,67% - со стажем работы более 16 лет. У всех работников были выявлены как расширение, так и сужение сосудов, их извитость и спазм.

Частота роста крыловидной плевы составила всего лишь у 2,96±0,84% обследованных со стажем работы 1-5 лет, 5,1±0,83% - у работников со стажем работы 6-10 лет и 9,6±0,81% - со стажем работы 11-15 лет, а у работников со стажем работы более 16 лет крыловидная плева составляла 14,0±0,67%.

Также обнаружены дистрофические изменения роговицы и помутнения в виде кольца по периферии: у работников со стажем работы 1-5 лет (3,7±0,84%), 6-10 лет (5,92±0,83%) случаев, 11-15 лет (11,8±0,80%) случаев и 16 лет и более (23,7±0,75%) случаев.

Изменения в роговой и радужной оболочках глаз рабочих в зависимости от стажа работы

Как видно из рисунка, дистрофические изменения радужки по всей её поверхности и деколорация встречались у работников со стажем 1-5 лет и составляли 0,74±0,85%, 6-10 лет - 7,4±0,82%, 11-15 лет - 9,6±0,81% и 16 лет и более - 22,2±0,75% обследованных.

Были выявлены изменения в хрусталике в виде помутнения. Обнаружены мелкие, иногда слившиеся, располагавшиеся субкапсулярно, в передних, задних, а также и в корковых и ядерных его слоях у работников со стажем 1-5 лет у 0,74±0,85% обследованных. При возрастании стажа работы до 6-10 лет изменения в хрусталике отмечались у 2,9±0,84% обследованных, а с возрастанием стажа более 16 лет этот показатель составлял 16,99±1,08% обследованных.

Материалы, приведенные в таблице, показывают, что офтальмоскопическая картина глазного дна работников выглядела в виде побледнения диска зрительного нерва, сужения или расширения сосудов сетчатки, их извитости и плазморрагий. Указанные изменения с увеличением стажа достоверно возрастали (P<0,001-0,05).

Патология органа зрения у работников цеха обожжённых анодов в зависимости от стажа работы

Глазные патологии	Стаж работы, лет				
	1-5	6-10	11-15	16 лет и выше	P<
Заболевания конъюнктивы					
Конъюнктивит	17,0±0,78	25,1±0,74	36,2±0,68	37,7±0,67	<0,001
Птеригиум	2,96±0,84	5,1±0,83	9,6±0,81	14,0±0,67	<0,01
Пингвикула	0,74±0,85	0,74±0,85	1,48±0,85	3,7±0,84	<0,5
Заболевания век					
Халязион	-	0,74±0,85	1,48±0,85	2,22±0,85	-
Блефарит	5,9±0,83	13,3±0,80	14,8±0,79	24,4±0,74	<0,01
Мейбомит	0,74±0,85	0,74±0,85	0,74±0,85	2,22±0,85	-

Полученные результаты исследования органа зрения работников цеха обожжённых анодов показывают, что с увеличением возраста наблюдается постепенное увеличение глаз-

ных заболеваний (P<0,01), что, очевидно, обусловлено длительным воздействием вредных производственных факторов цеха обожжённых анодов на организм работников. Это подтверждается именно с возрастанием стажа работы указанных работников в цехе обожжённых анодов.

ВЫВОДЫ

1. При работе в цехе обожжённых анодов работники подвергаются влиянию значительных концентраций смолистых веществ, пыли, окиси углерода, фтористого водорода, соли фтористоводородной кислоты и дискомфортных микроклиматических условий, что может служить причинами заболевания органа зрения.

2. Заболеваемость органа зрения работников цеха обожжённых анодов имела достоверную тенденцию к повышению в зависимости от стажа работы. Самый высокий уровень заболеваемости органа зрения наблюдался у работников со стажем работы 16 лет и более.

3. Выявленные неблагоприятные факторы трудового процесса и изменения со стороны органа зрения диктуют необходимость разработки мероприятий, направленных на оздоровление условий труда и профилактику глазных заболеваний работников цеха обожжённых анодов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Солиев Ф.Г., Асадуллаев С.Х., Раджабов Н. Показатели профессиональной заболеваемости рабочих Таджикского алюминиевого завода // Сборник науч. трудов Таджикского НИИ проф. мед. - Душанбе, 2000. - С.165-168.

2. Сулейманова М.А. Репродуктивное здоровье работниц Таджикского алюминиевого завода и женщин, проживающих в регионе его влияния: автореф. дис …. к.м.н. - Душанбе, 2000. - 23с.

3. Тохтаходжаева С.Т. Влияние вредных производственных факторов вспомогательных цехов алюминиевого производства на органы полости рта: дисс. … канд. мед. наук. - Душанбе, 2003. - 125с.

4. Хайруллоев П.Д., Ходжаев М. Функциональное состояние организма обжигальщиков. // Сб. науч. трудов Таджикской НИИ проф. медицины. – Душанбе, 2000. - С.75-77.

5. Хайруллоев П.Д. Особенности клинических проявлений хронического бронхита у рабочих алюминиевого производства. // Сб. науч. трудов. Таджикской НИИ проф. медицины. - Душанбе, 2001. - С.372-376.

СУЛЕЙМАНОВА Ф.А., БАБАЕВ А.Б.,
МАҲМАДОВ Ш.К., ОДИНАЕВА Л.Э.

БАҲОГУЗОРИИ ГИГИЕНИИ ШАРОИТИ КОРӢ ВА ҲОЛАТИ УЗВИ БОСИРАИ КОРМАНДОНИ СЕХИ АНОДҲОИ СУХТАШУДАИ ИСТЕҲСОЛИ АЛЮМИНӢ

Калимаҳои асосӣ: омилҳои истеҳсолии зараррасон, сехи анодҳои сухташуда, бемориҳои чашм.

Аз нуқтаи назари гигиенӣ, яке аз омили номусоид ҳангоми истеҳсоли алюминий ин сехи истеҳсоли анодҳои сухташуда ба ҳисоб меравад, ки дар организми кормандон шумораи зиёди маводҳои қатронӣ, чангу губор, окиси углерод, пайвастагиҳои фторӣ ва ҳарорати баланд таъсири манфӣ мерасонад. Тадқиқоти узви босираи кормандон нишон, ки бо гузаштани сину сол бемориҳои чашм тадричан зиёд мегардад ва ин ҳам бошад, аз таъсири тулонии омилҳои истеҳсолӣ вобастагӣ дошта, дар навбати худ аз собиқаи корӣ низ вобаста мебошад.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

В ежеквартальном журнале «Вестник Академии медицинских наук Таджикистана», издаваемом на русском языке, публикуются теоретические и обзорные статьи, отражающие важнейшие достижения медицинской науки, результаты завершенных оригинальных клинических и экспериментальных исследований, а также информация о работе Президиума академии медицинских наук и мемориальные материалы.

Статьи представляются в редакцию в двух печатных копиях в формате текстового редактора Microsoft Word for Windows и на дискете вместе с сопроводительным письмом направляющей организации или организаций. Текст статей печатается на одной стороне листа А4 шрифтом Times New Roman 12 кегля, с полуторным интервалом между строками и полями не менее 2 см. Таблицы и рисунки, а также подписи к рисункам предоставляются на отдельных страницах. На оборотах рисунков карандашом указываются название статьи и фамилии авторов, а стрелками - верх и низ рисунка. Все страницы нумеруются внизу справа. На подписях к микрофотографиям указываются увеличение объектива и окуляра, метод окраски и импрегнации. Место размещения рисунка или таблицы в тексте помечается квадратом на левом поле, в котором указывается номер рисунка или таблицы. Использование аббревиатур допускается только после первоначального указания полного названия.

Общий объем рукописи, включая аннотацию, литературу, таблицы и рисунки, не должен превышать 10 страниц для экспериментальных работ и 15 страниц для теоретических и обзорных статей. Число таблиц или рисунков не должно быть более пяти, общий объем рисунков не должен превышать двух страниц формата А4. Не допускается дублирование информации в тексте, таблицах и рисунках.

Предусматривается следующая структура статьи: (1) Фамилия (фамилии) автора (авторов) и инициалы; (2) Название статьи, напечатанное строчными буквами без разрядки и выделения; (3) Полное название учреждения (учреждений) и его (их) адрес, включая факс и адрес электронной почты для корреспонденции. Надстрочными арабскими цифрами отмечают соответствие учреждений, в которых работают авторы; (4) Аннотация на русском и английском языках (каждая не более 0,5 стр., аннотация на английском языке, помимо текста, включает перевод названия статьи, учреждения и фамилии авторов в английской транскрипции); (5) Ключевые слова (не более 5); (6) Текст статьи.

Все статьи начинаются введением, содержащим четкую формулировку цели работы. Экспериментальные и клинические оригинальные статьи включают также разделы: экспериментальная часть, результаты и обсуждение. Два последних раздела могут быть объединены. Теоретические и обзорные статьи могут быть разбиты на подразделы в соответствии с замыслом авторов. В конце текста могут быть приведены благодарности отдельным лицам и научным фондам и организациям.

За текстом статьи следует список литературы, не более 15 источников для оригинальных статей и не более 70 для теоретических и обзорных работ. Список литературы формируется в порядке упоминания источников в тексте, номера ссылок в тексте выделяются квадратными скобками.

Примеры оформления ссылок на разные источники: Иванов И.И. Название статьи. Название журнала 1994, №26 (1). – С. 15-24. Иванова И.И. Название книги. М.:Наука,1990. Общее число страниц в книге (например, 230 с.)

Если источник имеет до четырех авторов, в списке литературы указываются все фамилии, если авторов более четырех - только первые три фамилии, далее указывается "и др.".

На отдельной странице помещают следующие сведения о каждом авторе: (1) фамилия, имя, отчество; (2) полное название учреждения и подразделения, в котором выполнена работа; (3) должность, ученая степень и звание; (4) полный почтовый и электронный адреса автора, телефон и факс.

Статья должна быть подписана всеми авторами, что дает право на ее публикации в журнале и на сайте АМН МЗ РТ. Кроме того, подписи авторов гарантируют, что экспериментальные и клинические исследования были выполнены в соответствии с международными этическими нормами научных исследований.

Статьи подвергаются научному рецензированию, по результатам которого принимается решение о целесообразности опубликования работы, отклоненные статьи не возвращаются и повторно не рассматриваются, корректуры не высылаются. Не допускается параллельное представление статей в иные журналы или направление в журнал уже опубликованных работ.

Редакция имеет право на научное и литературное редактирование статьи и/или возвращение статьи автору для исправления выявленных дефектов. Датой поступления статьи в журнал считается день получения редакцией окончательного варианта текста. Статьи, не отвечающие изложенным требованиям, не рассматриваются.

Статьи направляются по адресу: 734064, Душанбе, ул. Маяковского 2, Академия медицинских наук Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, редакция журнала «Вестник АМН Республики Таджикистан». Электронный адрес редакции: amnmztj@gmail.com

Порядок рецензирования статей

Статьи, поступающие в редакцию, проходят предварительную экспертизу (проводится членами редколлегии - специалистами по соответствующей отрасли науки) и принимаются в установленном порядке. Требования к оформлению оригинала статей приводятся в «Правилах для авторов», публикуемых в каждом номере журнала.

Если рукопись принята, то редакция сообщает автору замечания по содержанию и оформлению статьи, которые необходимо устранить до передачи текста на рецензирование.

Затем статьи рецензируются в обязательном порядке членами редколлегии журнала или экспертами соответствующей специальности (кандидатами и докторами наук).

Рецензия должна содержать обоснованное перечисление качеств статьи, в том числе научную новизну проблемы, её актуальность, фактологическую и историческую ценность, точность цитирования, стиль изложения, использование современных источников, а также мотивированное перечисление её недостатков. В заключении дается общая оценка статьи и рекомендации для редколлегии - опубликовать статью, опубликовать её после доработки, направить на дополнительную рецензию специалисту по определенной тематике, отклонить.

Статья, принятая к публикации, но нуждающаяся в доработке, направляется авторам с замечаниями рецензента и редактора. Авторы должны внести все необходимые исправления в окончатёльный вариант рукописи и вернуть в редакцию исправленный текст, а также его идентичный электронный вариант вместе с первоначальным вариантом рукописи. После доработки статья повторно рецензируется, и редколлегия принимает решение о её публикации.

Статья считается принятой к публикации при наличии положительной рецензии и если её поддержали члены редколлегии. Порядок и очередность публикации статьи определяется в зависимости от даты поступления её окончательного варианта.

СОДЕРЖАНИЕ

Хирургия

Назаров Ш.К., Ризоев В.С. – Роль современных технологий в диагностике и хирургическом лечении эхинококкоза печени. 3

Сайфутдинова М.Б. – Факторы прогноза у больных раком шейки матки Ib стадии. … 10

Сафаров А.С., Султонов Ш.Р., Сафаров Б.А. – Случаи успешного лечения трёхлетнего ребёнка с общим послеоперационным мочевым фибринозно-гнойным перитонитом, сочетавшимся с инвагинацией кишечника. ……... 16

Уманов И.Г., Раззаков А.А., Солихов Д.Н. - Анализ результатов лечения сочетанной и изолированной травмы органов мочеполовой системы. …… 20

Педиатрия

Исмоилов К.И., Давлатов С.Т., Исмоилова М.А. – Особенности тромбоцитарного звена гемостаза у детей раннего возраста с бактериальной пневмонией. …….. 23

Фтизиатрия

Бобоходжаев О.И., Махмудзода И.С., Гаибов А.Г. – Факторы риска развития туберкулёза в Республике Таджикистан. ….. 30

Стоматология

Таиров У.Т., Кудратов А.Р., Джумаев Ш.М., Тоиров М.У. – Восстановление высоты альвеолярного отростка при ороантральной перфорации. ……. 36

Сабуров С.К. – Оценка гигиенического состояния полости рта после протезирования несъёмными зубными протезами больным с сопутствующей соматической патологией. ……. 40

CONTENTS

Surgery

Nazarov SH.K., Ryzoev V.S. – The role of modern technologies in diagnostics and surgical treatments of hepatic ecchinococ cyst. ……..….

Saifutdinova M.B. – Factors of prognosis for the patients with cervical cancer of Ib stage. ..…

Safarov A.S., Sultonov Sh.R., Safarov B.A. - Successful treatment of a three-years old child with common postoperative uric fibrino purulent peritonitis combined with intussusception of bowel. ……..

Umanov I.G., Razzakov A.A., Solikhov D.N. - Analyses of the treatment results of combined and isolated trauma of the organs of genitourinary System. ……...……..

Pediatrics

Ismailov K.I., Davlatov S.T., Ismailova M.A. - Characteristicsof thrombocytichemostasis link in children of early age with bacterial pneumonia. ……..

Phthisiatry

Bobokhojaev O.I., Mahmudzoda I.S., Gaibov A.G. - Risk factors for tuberculosis in the Republic of Tajikistan. …….

Dentistry

Tairov U.T., Kudratov A.R., Djumaev Sh.M., Toirov M.U. – Restoration of height of the alveolar shootat at oroantral perforation. ..

Saburov S.K. – Assessmentof hygienic condition of oral cavity after dental prosthetics with non-removable dentures among the patients with concominant somatic pathology. ……

Акушерство и гинекология

Амонова Ш.Ш., Рахимов Н.Г., Давлятова Г.К., Мурадов А.М., Амонова Ш.Ш., Мурадов А.А. – Некоторые показатели тромбоэластограммы в венозной кубитальной, смешанной венозной и артериальной крови у беременных с пре- и эклампсией. ……..... 45

Арабова С.У., Мулкамонова Л.Н. – Особенности апоптоза и иммуноэндокринные взаимоотношения у беременных с превычным невынашиванием. ……. 54

Общественное здоровье, экономика, управление здравоохранения

Ахмедов А., Ахмедова М.А., Маслова Е.В., Ахмедов Ф.А. – Особенности развития здравоохранения Таджикистана в период присоединения Средней Азии к царской России. …… 61

Гигиена и общественное здравоохранение

Бабаев А.Б., Юсупов З.Я., Ибрагимов И.У. Особенности условий труда работниц карамельных и конфетно-шоколадных цехов в условиях жаркого климата. ……. 74

Сулейманова Ф.А., Бабаев А.Б., Махмадов Ш.К., Одинаева Л.Э. – Гигиеническая оценка условий труда и состояния органа зрения у работников цеха обожжённых анодов алюминиевого производства…… 80

Gynecology and obstetrics

Amonova Sh.Sh., Rahimov N.G., Davlyatova G.K., Muradov A.M., Amonova Sh.Sh., Muradov A.A. – Some indicators of tromboelastogrammin venous cubital, mixed venous and arterial blood in pregnant women with pre- and eclamsia. ……..

Arabova S.U., Mulkamonova L.N. - Features of apoptosis and immuno endocrine relationship in pregnant with recurrent pregnancy loss. …….

Public health, the economy, health department

Ahmedov A., Ahmedova M.A., Maslova E.V., Ahmedov F.A. - Peculiarities of public health development of Tajikistan during the period of annexation of Central Asia to Tsar Russia (until 1917). ……

Hygiene and Public Health

Babaev A.B, Yusupov Z.Y., Ibragimov I.U. - Peculiarities of working conditions in the caramel and candy-chocolates workshops in the conditions of hot climate. ……...

Sulaimanova F.A., Babaev A.B., Mahmadov Sh.K., Odinaeva L.E. - Hygienic estimation of working conditions and the state of the vision organ of workers of the baked anode aluminum production workshop. …….

Ба матбаа 16.06.2016 супорида шуд.
Ба чопаш 28.06.2016 имзо шуд. Андозаи 60х84 1/8 .
11,25 чузъи чопӣ. Коғази офсетии №1.
Адади нашр 100 нусха.
КВД «Матбаа»-и МДС "Тоҷикобдеҳот"