НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
Основан в 2012 году

Зарегистрирован в Министерстве культуры Республики Таджикистан №0130/МҶ

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

Адрес редакции:
734064, г. Душанбе, ул. Маяковского 2, Академия медицинских наук Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ
E-mail: amnmztj@gmail.com

Web страница: www.medacad.tj

Редактор:
Ахмедов С.М.

Зав. редакцией:
Шумилина О.В.
тел.: +992 - 900002345
e-mail: oshumilina2008@yandex.ru

Переводчики:
Шукуров И.Б.
Табаров З.В.

Ответственность за достоверность информации, седержащейся в рекламных материалах, несут рекламодатели

С 3 июня 2016 г. журнал включен в перечень рецензируемых научных изданий ВАК Министерства образования и науки РФ

Сдано в набор 20.03.2017 г.
Подписано в печать 03.04.2017 г.
Формат 60x84 1/8
Печать офсетная
Усл.печ.л. 7,5 (1+1) + 1 у.п.л. (4+4)
Уч. изд. л. 9,85
Заказ № 7\03

Отпечатано в ООО «Азия-Принт»

ISSN 2221-7355
ДУШАНБЕ

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

№1 (21)
ЯНВАРЬ-МАРТ 2017

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); ГУЛЬМУРАДОВ 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; 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); ОЛИМЗОДА Н.Х. – д.м.н.; РАХМОНОВ Р.А. – д.м.н.; РУСТАМОВА М.С. – д.м.н.; ФАЙЗУЛЛОЕВ Н.Ф. – академик АМН и СЗН РТ, д.м.н., профессор; ЮСУФИ С.Дж. – академик АМН МЗ и СЗН РТ, доктор фармацевтических наук, профессор (зам. главного редактора).

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), МУРАДОВ А.М. (Душанбе), САДРИЕВ О.Н. (Душанбе), HUBERT E. BLUM (Freiburg, Germany), ШЕПТУЛИН А.А. (Москва), ШУКУРОВА С.М. (Душанбе).

© Президиум Академии медицинских наук

SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL
Founded in 2012

Bulletin of the Academy of medical sciences of Tajikistan is registered in the Ministry of culture of the Republic of Tajikistan №0130/МЧ

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

Editorial office:
734064, Dushanbe, Mayakovskogo 2 str. Academy of Medical Sciences of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan
E-mail: amnmztj@gmail.com

www.medacad.tj

State registration number in the National patent and licensing center of the Republic of Tajikistan №1761200239 of 25 october, 2012

The bulletin is included in the list of peer-reviewed scientific publications, which should publish the main scientific results of dissertations for obtaining the scientific degree of candidate of sciences, for obtaining the scientific degree of doctor of sciences

The decision of the Presidium of the Higher Attestation Commission of the Ministry of Education and Science of Russian Federation from June 03, 2016

PR «Азия-Принт»

ISSN 2221-7355
DUSHANBE

THE MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL PROTECTION OF THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN
ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES

BULLETIN OF THE ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES OF TAJIKISTAN

№1 (21)

JANUARY-MARCH 2017

EDITORIAL TEAM:

Gaibov A.D. (Chief Editor) Corresponding Member of Academy of Medical Sciences of the Ministry of Health and social Protection of the population of the Republic of Tajikistan

Avezov S.A. – doctor of medical sciences (executive Secretary); Ahmedov A. – Corresponding Member of AMS MoH and SPP RT, doctor of medical sciences, professor; Ahmedov S.M. – Corresponding Member of AMS MoH and SPP RT, Doctor of medical sciences, prof. (deputy of chief editor); Gulmurodov T.G. – Corresponding Member of AMS MoH and SPP RT, Doctor of medical sciences , prof.; Dodkhoeva M.F. – academician of AMS MoH and SPP RT, Doctor of medical sciences, prof.; Zoirov P.T. – Corresponding Member of AMS MoH and SPP RT, Doctor of medical sciences , prof.; Ibodov Kh. – Doctor of medical sciences, prof.; Kurbonov K.M. – academician of AMS MoH and SPP RT, Doctor of medical sciences, prof.; Kurbanov U.A. – Corresponding Member of AMS MoH and SPP RT, Doctor of medical sciences, prof.; Mirojov G.K. – academician of AMS MoH and SPP RT, Doctor of medical sciences, prof. (deputy of chief editor); Rakhmonov R.A. – Doctor of Medical Sciences; Rustamova M.S. – doctor of medical sciences; Olimzoda N.Kh. – Doctor of Medical Sciences; Fayzulloev N.F. – academician of AMS MoH and SPP RT Doctor of medical sciences, prof.; Yusufi S.J. – academician of AMS MoH and SPP RT, Doctor of Pharmacy, Professor (Deputy of Chief Editor).

EDITORIAL COUNCIL:

Belov Y.V. (Moscow), Vishnevskiy V.A. (Moscow), Gavrilenko A.V. (Moscow), Gulov M.K. (Dushanbe), Davidov M.I. (Moscow), Ivashkin V.T. (Moscow), Kurbanov S.Kh. (Dushanbe), Zikriekhojaev D.Z. (Dushanbe), Mahmadov F.I. (Dushanbe), Mirshohi Masud (France), Muradov A.M. (Dushnabe), Sadriev O.N. (Dushanbe), HUBERT E. BLUM (Freiburg, Germany), Sheptulin A.A. (Moscow), Shukurova S.M (Dushanbe).

© The Presidium of Academy of Medical Sciences

СОДЕРЖАНИЕ

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

Гаибов А.Д.
Главный редактор, Член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор 5

ОРИГИНАЛЬНЫЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Азизов А.А., Займудинов Б.М., Султонов Ш.Р.
К вопросу хирургической тактики лечения эписпадии у детей 6

Амонова Ш.Ш., Рахимов Н.Г., Давлятова Г.К., Мурадов А.М., Амонова Ш.Ш., Мурадов А.А.
Кислородотранспортная функция крови у беременных с преэклампсией и эклампсией в зависимости от режима кровообращения 12

Гаибов А.Д., Садриев О.Н., Абдусамадов К.А., Султанов Д.Д., Зугуров А.Х.
Диагностические и тактические ошибки при острой артериальной непроходимости 20

Икромова З.М., Хушвахтова Э.Х., Курбанова М.Х., Холова С.Х.
Современные методы исследования в диагностике доброкачественных опухолей яичников и опухолевидных образований у женщин репродуктивного возраста 25

Исмоилов К.И., Шарипова М.М.
Особенности морфометрических и функциональных параметров сердца у детей с бронхиальной астмой 31

Кадыров Д.М., Восиев А.С.
Значение предварительной чрескожной чреспеченочной декомпрессии желчных протоков при механической желтухе 36

Камилова М.Я., Касымова Ш.С.
Перинатальные исходы у беременных с различными проявлениями варикозной болезни 43

Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Содиков Я.С.
Диагностика и хирургическая коррекция недостаточности баугиниевой заслонки при калькулёзном холецистите 47

Мухаббатов Д.К., Каримов Ш.А., Нозимов Ф.Х., Хамроев Б.М.
Оптимизация предоперационной подготовки больных со сложными формами свищей прямой кишки 52

Назаров Х.Н., Гаибов А.Д.
Диагностика, профилактика и лечение тромбоэмболических осложнений при сочетанных и множественных травмах нижних конечностей 57

CONTENTS

EDITOR

Gaibov A.D.
Chief Editor, Corresponding Member of Academy of Medical Sciences of the Ministry of Health and social Protection of the population of the Republic of Tajikistan

ORIGINAL RESEARCH

Azizov A.A., Zaymudinov B.M., Sultonov SH.R.
The surgical tactics of treatment of epispadia in children

Amonova SH.SH., Rakhimov N.G., Davlatova G.K., Muradov A.M., Amonova SH.SH., Muradov A.A.
Oxygen transport function of blood in pregnant with pre-eclampsia and eclampsia depending on the regime of blood circulation

Gaibov A.D., Sadriev O.N, Abdusamadov K.A., Sultanov D.D., Zugurov A.Kh.
Diagnostic and tactical mistakes in acute arterial obstruction

Ikromova Z.M., Kholova S.H., Khushvakhtova E.H., Kurbanova M.Kh.
Modern research methods in the diagnosis of benign tumors of the ovaries in women of reproductive age

Ismoilov K.I., Sharipova M.M.
Peculiarities of morphometric and functional parameters of heart in children with bronchial asthma

Kadyrov D.M., Vosiev A.S.
Significance of the preliminary percutaneous transhepatic decompression of bile duct in mechanical jaundice

Kamilova M.Y., Kasymova Sh.S.
Perinatal outcomes in pregnant with various forms of aricose disease

Kurbonov K.M., Nazirboev K.P, Sodikov Y.S.
Diagnosis and surgical correction of insufficiency of ileocecal valve during calculous cholecystitis

Mukhabbatov D.K., Karimov Sh.A., Nozimov F.Kh., Khamroev B.M.
Optimization of preoperative preparation for patients with complex forms of rectum fistula

Nazarov Kh.N., Gaibov A.D.
Diagnosis, prevention and treatment of thromboembolic complications in combined and multiple injuries of the lower extremities (camile)

Одинаев А.А., Саидов Дж.С.
Реабилитация и диспансеризация детей, перенесших гемолитико-уремический синдром и острую почечную недостаточность 65

Пирматова М.А., Анварова Ш.С., Авезов С.А.
Гиперпролактинемия и неалкогольная жировая болезнь печени 68

Рахимов Н.Г., Давлятова Г.К., Олимзода Н.Х., Мурадов А.М., Мурадов А.А.
Спектральный анализ вариации кардиоинтервала в диагностике вегетативного статуса у беременных с тяжёлой преэклампсией и эклампсией в третьем триместре 72

Рахматуллаев Р.Р., Рахматуллаев А.Р., Хасанов С.М., Ибрагимов Ш.Б.
Симультанные операции из единого лапароскопического доступа 77

Рахмонов Р.А., Исоева М.Б.
Модифицируемые факторы риска инсульта среди населения города Душанбе 80

Сабуров С.К., Абдуллоев Б.А.
Тактика врача-стоматолога при обследовании и протезировании больных с полиорганной патологией в ортопедической стоматологии 85

Сангинов А.Б., Латифов М.Дж., Али-заде С.Г., Киевмиддинов Х.Х.
Частота выявления туберкулеза у детей и подростков в Республике Таджикистан 88

Табаров А.Ю., Гоибова З.В., Бекова Ш.Х., Файзалиева Г.С., Урунбоева Д.С.
Липидный обмен и свертывающая система крови у больных с острым инфарктом миокарда и метаболическим синдромом 92

Хабибулаев Ш.З., Сангинов Д.Р., Баротов З.З., Махмудова Н.М.
Предварительные результаты применения рандомизации для определения роли и места хирургического лечения рака органов полости рта 96

Хамроева З.Д., Шукурова С.М., Ахунова Н.Т.
Оценка эффективности и безопасности локальной терапии при синовитах у больных остеоартрозом пожилого возраста 100

ОБЗОР

Шукурова С.М., Каримова Г.Н., Курбонова Ф.У., Ахунова Н..
Остеоартроз в ассоциации с кардиоваскулярной и метаболической патологией 107

ПРЕЗЕНТАЦИЯ КНИГИ

Загребельный И.А.
Деградация лесов в Таджикистане: причины и климатические следствия, предложения по восстановлению: аналитический обзор 114

Odinaev A.A., Saidov J.S.
Rehabilitation and clinical examination of children who had hemolytic uremic syndrome, acute renal failure

Pirmatova M.A., Anvarova S.S., Avezov S.A.
Hyperprolactinemia and nonalcoholic hepatic steatosis

Rakhimov N.G., Davlatova G.K., Olimzoda N.Kh., Muradov A.M., Muradov A.A.
Spectral analysis of cardiointerval variation in the diagnosis of vegetative status in pregnant with severe preeclampsia and eclampsia in the third trimester

Rakhmatullaev R.R., Rakhmatullaev A.R., Khasanov S.M., Ibragimov Sh.B.
Simultaneous surgeries from single laparoscopic access

Rakhmonov R.A., Isoeva M.B.
Modifiable risk factors of the stroke among population of Dushanbe

Saburov S.K., Abdulloev B.A.
Dentist's approach at diagnostic and prosthetics of patients with multiple organ pathology in prosthetic dentistry

Sanginov A.B., Latiphov M.J., Ali-zade S.G., Kievmiddinov Kh.Kh.
Prevalence of tuberculosis in children and adolescents

Tabarov A.Yu., Goibova Z.V., Bekova Sh.Kh., Fayzalieva G.S., Urunboeva D.S.
Lipid metabolism and blood coagulation system in patients with acute myocardial infarction and metabolic syndrome

Khabibulaev Sh.Z., Sanginov J.R., Barotov Z.Z., Makhmudova N.M.
Preliminary results of randomization for the determination of the role and place of surgical treatment of oral cavity cancer

Khamroeva Z.D., Shukurova S.M., Akhunova N.T.
Assessing effectiveness and safety of local therapy in elderly osteoarthritis patients with synovitis

REVIEWS

Shukurova S.M., Karimova G.N., Kurbonova F.U., Akhunova N.T.
Osteoartrithis associated with cardiovascular and metabolic pathology 107

A BOOK PRESENTATION

Zagrebelnyy I.A.
Degradation of forests in Tajikistan: causes and climatic consequences, recommendations for recovery: analytical review 114

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

Глубокоуважаемые коллеги!

Сегодня исполнилось 5 лет со дня основании и выпуска первого номера журнала «Вестник Академии медицинских наук Таджикистана».

За этот период было опубликовано более 150 статьей отечественных авторов и исследователей зарубежных государств. Расширился круг читателей журнала и учреждений подписчиков. В редколлегию и редсовет журнала были приглашены ведущие ученые как из нашей республики, так и ряда стран СНГ и дальнего зарубежья.

Одним из знаменательных дней для редколлегии журнала является включение его в перечень рецензируемых изданий Высшей аттестационной комиссией Министерства образования и науки Российской Федерации.

Основной целью журнала является публикация результатов научных исследований ученых-медиков по специальностям физиология и медицинские науки. Редколлегия журнала в этом направлении делает все возможное, чтобы повысить качество печатаемой продукции.

Значительное место в журнале отведено описанию и демонстрации сложных и необычных клинических случаев, позволяющих ознакомить широкий круг врачей с относительно редкими и сложными заболеваниями. Вместе с тем, в этом номере представлены различные оригинальные исследования отечественных авторов, позволяющие ознакомить читателей с достижениями отечественной медицины. Думаю, что каждый из Вас найдет интересную для себя информацию.

Впервые редакция журнала в нашей Республике начала широко внедрять программу «антиплагиат», позволяющую более качественно и на высоком уровне публиковать научные статьи.

При издании данного номера редакция старалась подобрать новый более подходящий дизайн и формат журнала, чтобы читателям было максимально удобно знакомиться со статьями.

Редакция журнала приглашает всех Вас к сотрудничеству и желает новых творческих успехов.

Главный редактор
Член-корр. АМН МЗиСЗН РТ,
д.м.н., профессор **Гаибов А.Д.**

ОРИГИНАЛЬНЫЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616-053.2; 617-089

АЗИЗОВ А.А., ЗАЙМУДИНОВ Б.М., СУЛТОНОВ Ш.Р.

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Приведены результаты лечения 25 пациентов с эписпадией. Больные в зависимости от проведённого метода оперативного вмешательства разделены на две группы: контрольная – 11 (произведена сфинктеропластика по В.М. Державину и урертропластика по Дюплею); основная – 14 больных (сфинктеропластика по В.М. Державину и урертропластика по принципу Кетвела-Ренсли).

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения отмечались у 6 (54,4%) больных контрольной группы, у 5 (35,5%) основной. В отдалённом периоде среди детей контрольной группы хорошие результаты получены у 6 (54,4%), удовлетворительные – у 3 (27,3%), неудовлетворительные – у 2 (18,2%), в основной группе – соответственно у 9 (64,0%), 3 (21,3%) и 2 (14,2%).

Применение предложенного способа перемещения передней стенки мочевого пузыря у девочек и внедрение способа уретропластики по Кетвелу-Ренсли с применением хорошего шовного материала позволило снизить число послеоперационных осложнений при хороших результатах лечения.

Ключевые слова: эписпадия, сфинктеро-уретропластика.

AZIZOV A.A., ZAYMUDINOV B.M., SULTONOV SH.R.

TO QUESTION TO THE SURGICAL TACTICS OF TREATMENT OF EPISPADIA IN CHILDREN

Results of treatment of 25 patients from the period of 1995-2015 with epispadia are presented. Patients depending on performed method of operative intervention were divided into two groups. Control – 11 (sphincteroplasty made by V.M. Derzhavin and urethroplasty by Dypleya); the main –14 patients (sphincteroplasty made by V.M. Derzhavin and urethroplasty according to the Ketwell-Rensley principle

In the nearest postoperative period complications noted in 6 (54,4%) patients of control group, in 5 (35,5%) patients of the main group. In the long-term period among children of control group good results were obtained in 6 (54,4%), satisfactory results – in 3 (27,3%), unsatisfactory – in 2 (18,2%), in the main group accordingly in 9(64,0%), 3 (21,3%) and 2 (14,2%).

Application of the proposed method of moving the front wall of the bladder in girls and introduction of the method of urethroplasty according to Catwell-Rensley with the use of good suture material allowed to reduce the number of postoperative complications with good treatment results.

Key words: Epispadia, sphincter-urethroplasty.

Актуальность. По данным Gearhart J.P. (2002), Cuckow P. (2008), эписпадию выявляют у 1 из 120000 новорождённых, её частота среди урологических больных составляет 0,27%; соотношение мальчиков и девочек – 5:1 [1-3].

Хирургическое лечение эписпадии у детей является предметом постоянного изучения, а наиболее дискутабельными вопросами считаются способы и сроки коррекции порока.

Несмотря на постоянные поиски новых методов лечения, частота послеоперационных осложнений продолжает оставаться высокой. Так, ближайшие послеоперационные осложнения ва-

Займудинов Б.М. – асс. кафедры детской хирургии ТГМУ; Таджикистан, Душанбе, ул. Маяковского – 33, кв. 57; тел.: +992918-77-46-34

рьируют от 10% до 60%, а в отдалённом периоде неудовлетворительные результаты составляют более 20% [4-7].

Вышеизложенные факты свидетельствуют об актуальности дальнейшей разработки и совершенствования способов хирургического лечения рассматриваемой патологии.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения эписпадии у детей.

Материал и методы исследования. В основу настоящей работы положены результаты обследования и лечения 25 больных детей с эписпадией, которые были прооперированы в течение 1995-2015 гг. в клинике детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино на базе Национального медицинского центра Республики Таджикистан.

Возраст пациентов к моменту хирургического вмешательства колебался от нескольких часов от рождения до 14 лет: от 0 до 1 года было 4 (4%); от 2 до 4 лет – 11 (52%); от 5 до 7 лет – 4 (16%); от 8 до 10 лет – 3 (12%); от 11 до 14 лет – 3 (12%) больных. Мальчиков было 22 (88%), девочек – 3 (12%). Чаще наблюдались больные в возрасте от 2 до 4 лет.

Всем пациентам произведены клинико-лабораторные, УЗ и рентгено-урологические исследования.

Больные в зависимости от метода оперативного вмешательства были разделены на две группы – контрольную и основную.

Первую (контрольную) группу составили 11 (44%) детей, получивших лечение до 2005 года.

Во вторую (основную) группу вошли 14 (56%) детей, которые находились на лечении с 2005 по 2015 год.

Среди мальчиков при поступлении у 5 (20%) выявлена эписпадия головки полового члена, у 9 (36%) – эписпадия полового члена, у 8 (32%) – тотальная эписпадия, среди девочек – у одной субсимфизарная, у двоих – тотальная формы эписпадии (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по группам в зависимости от формы порока

Формы порока	**Контрольная группа (n=11) 100%**	**Основная группа (n=14) 100%**	**P**
Эписпадия головки	18,2 (2)	21,3 (3)	>0,05
Эписпадия субтотальная	36,4 (4)	35,5 (5)	>0,05
Эписпадия тотальная	45,5 (5)	42,6 (6)	>0,05
Всего	100 (11)	100 (14)	

Примечание: P – статистическая значимость различий показателей между контрольной и основной группами (критерий χ^2 с поправкой Йетса).

Из таблицы видно, что частота эписпадии тотальной формы занимает первое место, второе – субтотальная форма, последнее – эписпадия головки.

Статистическая обработка произведена с использованием критерия χ^2 с поправкой Йетса.

Результаты и их обсуждение. При проведении оперативного вмешательства больным контрольной группы (11) сфинктеропластика выполнена по В.М. Державину, урертропластика - по Дюплею.

При эписпадии головки параллельными разрезами на границе уретральной дорожки выделена уретра, произведено отведение мочи из мочевого пузыря уретральным полиэтиленовом катетером, на фоне которого сформирована уретра.

У больных с субтотальной и тотальной формами эписпадии операция произведена в два этапа: сначала сфинктеропластика, затем уретропластика.

У 14 больных основной группы оперативные вмешательства заключались в сфинктеропластике по В.М. Державину и урертропластике по принципу Кетвела-Ренсли.

При эписпадии головки в полость мочевого пузыря устанавливали полиэтиленовый катетер, затем параллельными разрезами на границе уретральной дорожки выделяли уретру, после чего круговым разрезом по вентральной поверхности полового члена выделяли кожу до его корня. После этого восстановили уретру узловыми швами, PDS или викрилом 5/0 и 6/0.

У одной девочки из контрольной группы была выполнена двухэтапная операция: над лонным доступом с рассечением лонных костей послойно выделена передняя стенка мочевого пузыря до его шейки и частично боковые стенки. После этого в мочевой пузырь вставлен катетер и, начиная от дна пузыря, двухрядным гофрированным швом произведена сфинктеропластика по В.М. Державину. Лонные кости сближали викриловыми швами или с использованием PDS 0-0. После этого дренировали околопузырное пространство,

послойно ушивали рану с наложением асептической повязки.

У больных основной группы с субтотальной и тотальной формами эписпадии проведено одноэтапное лечение: разрезом в надлобковый области обнажена передняя стенка мочевого пузыря, рассечен симфиз лонных костей, в мочевой пузырь проведен катетер, после чего, начиная от дна пузыря, двухрядными гофрированными швами произведена сфинктеропластика. В последующем выделена уретральная дорожка, параллельными разрезами на её границе обнажена уретра, затем круговыми разрезами по вентральной поверхности полового члена отделена кожа до его корня. Уретра ушита узловыми швами PDS или викрилом 5/0 и 6/0.

У двоих девочек были произведены одноэтапные операции, которые выполнялись субсимфизарным доступом в модификации клиники. В мочевой пузырь вставляется катетер Фоле, баллончик катетера заполнялся физиологическим раствором, затем сначала вертикальным разрезом над лонной костью, далее продолжали Y-образно к 9-3 часам, отделяя истончённую полоску кожи, переходящую дистально в слизистую уретру. Освобождали шейку мочевого пузыря, далее, натягивая катетер и перемещая переднюю стенку мочевого пузыря, начиная от дна пузыря, двухрядными гофрированными швами производили сфинктеропластику и уретропластику.

Преимущество описанного способа заключается в том, что с применением катетера Фоле имеется возможность перемещения передней стенки мочевого пузыря, что обеспечивает хороший доступ для сфинктеро-уретропластики по принципу Державина

Рис. 1. Общий вид субтотальной эписпадии у девочек

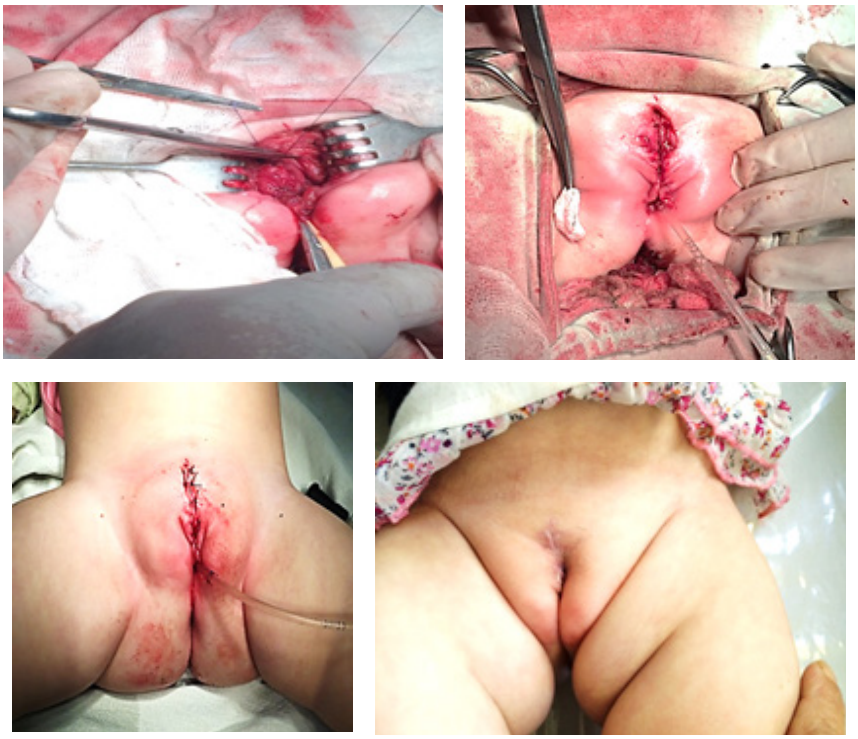


Рис. 2. Этапы операции и вид послеоперационной рвны

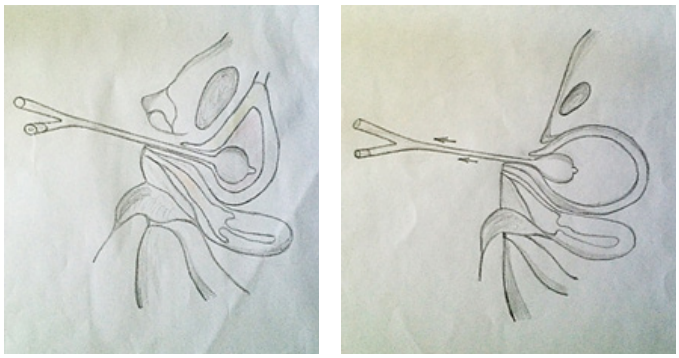


Рис. 3. Схема операции на сагиттальном срезе мочевого пузыря

В ближайшем послеоперационном периоде у 10 (42,2%) из 25 больных отмечались разные виды осложнений (табл. 2).

Осложнения в контрольной группе в основном связаны с тем, что для сшивания уретры использован шовный материал из кетгута, шелка, а также больным не выполнено освобождение полового члена от его кожи, что спровоцировало спайкообразование с последующей деформацией.

Учитывая причины вышеуказанных осложнений, оптимизирован способ и сроки хирургической коррекции эписпадии с применением качественного шовного материала, после чего у 64,5% больных осложнений уже не наблюдалось.

Отдалённые результаты хирургического лечения эписпадии изучены у 25 (100%) больных в сроки от одного года до 7 лет после операции (табл. 3).

Таблица 2

Виды и количество осложнений в ближайшем послеоперационном периоде

Виды осложнений	**Контрольная группа (n=11) 100%**	**Основная группа (n=14) 100%**	**P**
Нагноение раны и частичное расхождение кожных и швов уретры	27,3 (3)	14,2 (2)	>0,05
Полное расхождение	18,2 (2)	7,1 (1)	>0,05
Мочевой свищ	9,1 (1)	14,2 (2)	>0,05
Всего	54,6 (6)	35,5 (5)	>0,05

Примечание: P – статистическая значимость различий показателей между контрольной и основной группами (критерий χ^2 с поправкой Йетса).

Таблица 3

Распределение больных в зависимости от характера поздних послеоперационных осложнений у детей с эписпадией

Характер поздних послеоперационных осложнений	**Недержание мочи, %**	**Пузырно-почечный рефлюкс с обострением пиелонефрита, %**	**Деформация половых органов и грубые рубцы, %**	**Всего, %**
Контрольная группа больных n=11	(2) 18,2	9,1 (3)	(4) 36,4	(7) 63,7
Основная группа больных n=14	(2) 14,2	(2) 14,2	(3) 21,3	(7) 49,7
P	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Примечание: P – статистическая значимость различий показателей между контрольной и основной группами (критерий χ^2 с поправкой Йетса).

Недержание мочи отмечено у 4 (16%) из 25 пациентов, причиной чего явилась недостаточность произведенной пластики или расхождение швов на шейке мочевого пузыря, обусловленные техническими погрешностями во время оперативного вмешательства.

При контрольном обследовании пузырно-почечный рефлюкс и обострение пиелонефрита были выявлены у 5 детей (20%), что не являлось осложнением операции.

Деформация половых органов и образование грубых рубцов отмечались у 7 (21%) пациентов. Из них у 4-х произведены операции традиционным методом и у 3 – по внедрённой методике.

Оценка результатов в отдалённом периоде проводилась по трехбалльной системе: хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные (табл. 4).

Критериями оценки результатов лечения эписпадии являлись следующие параметры:

– общее физическое и умственное развитие детей после операции (соответствие возрасту, наличие жалоб, посещение общественных мест и др.);

– функциональное состояние почек после операции по биохимическим анализам крови, клиренсу эндогенного креатинина;

– признаки нарушений уродинамики (расширение ЧЛС почек и мочеточников) по данным УЗИ и в/в урографии;

– частота эпизодов обострения пиелонефрита, подтвержденного УЗИ, признаки воспалительных изменений по анализам крови и мочи;

– образование вторичных камней в мочевом пузыре и почках;

– наличие недержания мочи;

– косметические результаты операций (наличие послеоперационного рубца, внешний вид половых органов).

Хорошими считали результаты лечения эписпадии для обеих групп, если больные (или их родители) не предъявляли жалоб, умственное и физическое развитие соответствовало возрасту, ребёнок удерживает мочу днем и ночью, выделительная способность почек не нарушена, отсутствуют нарушения уродинамики (расширение ЧЛС почек и мочеточников) по данным УЗИ и в/в урографии. В биохимическом анализе крови, по клиренсу эндогенного креатинина изменений не наблюдается. На цистограмме объём мочевого пузыря соответствует возрасту, отсутствует пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Отмечается возможность порционного мочеиспускания.

Критериями удовлетворительного результата лечения эписпадии для обеих групп считали: хорошее развитие ребенка, возможность посещать детское учреждение, периодические жалобы, связанные с основным заболеванием (боли в животе или пояснице, повышение температуры тела, частичное недержание мочи); отсутствие нарушений уродинамики по данным УЗИ и в/в урографии; функция верхних мочевых путей удовлетворительная, выраженного расширения чашечно-лоханочной системы не имеется; отклонений со стороны биохимического анализа крови, клиренса эндогенного креатинина, электролитного баланса крови не отмечается. На цистограмме объём мочевого пузыря 80,0-100,0 мл, отмечается пузырно-мочеточниковый рефлюкс I-II степеней. Допустимо наличие послеоперационных рубцов и незначительная деформация наружных половых органов.

Критериями неудовлетворительных результатов лечения эписпадии для обеих групп считали: отставание в физическом и умственном развитии; наличие жалоб, связанных с основным заболеванием (боли в животе или пояснице, частое повышение температуры тела), обострения пиелонефрита не чаще 2-3 раз в год. Имеются нарушения уродинамики по данным УЗИ и в/в урографии, снижение функции почек и гидронефроз вследствие стеноза шейки мочевого пузыря. Отмечается недержание мочи, деформация наружных половых органов, грубые послеоперационные рубцы и уретральные свищи. На цистограмме объём мочевого пузыря до 80,0 мл, двухсторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс II-III степеней. Эти больные нуждались в повторном оперативном вмешательстве.

Таблица 4

Отдалённые результаты хирургической коррекции эписпадии

Результаты	**Контрольная n=11**	**Основная (n=14)**	**P**
Хорошие	54,4 (6)	64 (9)	>0,05
Удовлетворительные	27,3 (3)	21,3 (3)	>0,05
Неудовлетворительные	18,2 (2)	14,2 (2)	>0,05
Всего	100% (11)	100% (14)	>0,05

Примечание: P – статистическая значимость различий показателей между контрольной и основной группами (критерий χ^2 с поправкой Йетса).

Из таблицы видно, что в отдалённом периоде после операции среди 11 детей контрольной группы у 6 (54,4%) отмечен хороший результат, у 3 (27,3%) – удовлетворительный и у 2 (18,2%) – неудовлетворительный; среди 14 детей основной группы хороший результат наблюдали у 9 (64%), удовлетворительный – у 3 (21,3%) и неудовлетворительный – у 2 (14,2 %).

Наиболее частыми осложнениями в отдалённые сроки после реконструктивно-пластических операций являются недержание мочи и деформации наружных половых органов.

Заключение. Таким образом, лучшие непосредственные и отдалённые результаты получены у детей, которым хирургическая коррекция производилась оптимизированным способом с использованием современного шовного материала, а также осуществлялся целенаправленный подход к выбору патогенетически обоснованного способа сфинктеро-уретропластики, которые избавляют детей от различных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ширяев Н.Д., Коганцов И.М. Очерки реконструктивной хирургии наружных половых органов у детей.- Сыктывкар, 2012.- Ч. 2.- 110 с.

2. Gearhart J.P., Walsh P.C., Retik A.B., Vauqhan E.D., Wien A.J. Cambell. Uroloqu, Extrophy epispadias and ather bleder anomalies.- Philadelphia: W.B. Saunders Co., 2002.- Vol. 3, Ch. 61.- P. 3325-3378.

3. Cuckow P. Bledder exstrophy and epispadias. / Thoma D., Duffy P. G., Rickwood A. (eds.).- London: Informa healthcare, 2008.- Ch. 15.- P. 199-211.

4. Рудин Ю.Э. и др. Выполнение пластики шейки мочевого пузыря при первичном и вторичном закрытии мочевого пузыря у больных с экстрофией мочевого пузыря // Здравоохранение Таджикистана. – 2011.- № 3. С. 588-589.

5. Салимов Ш.Т., Худойназаров Х.Х., Факиров А.З. Модификация сфинктеропластики Державина и методы устранения диастазы лонной кости при тяжелых степенях эписпадии // Урология. -2009.- № 5. -С. 59-61.

6. Пури П., Гольварт М. Экстрофия мочевого пузыря и эписпадия. Атлас детской оперативной хирургии; пер. с. англ.- М., 2009.- С. 605-648.

7. Худойназаров Х.Х. Анализ результатов традиционной цистопластики и сфинктеропластики при пороках развития органов мочеполовий системы, сопровождающихся недержанием мочи // Здравоохранение Таджикистана. – 2008.- № 3.- С. 238-240.

АЗИЗОВ А.А., ЗАЙМУДИНОВ Б.М., СУЛТОНОВ Ш.Р.

ОИД БА МАСЪАЛАИ ТАКТИКАИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ ЭПИСПАДИЯИ КӮДАКОН

Кафедраи ҷарроҳии кӯдаконаи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои асосӣ: эписпадия, сфинктеро-уретропластика.

Дар мақола натиҷаи табобати 25 бемор бо эписпадия оварда шудааст. Вобаста аз усулҳои гузаронидаи амалиётҳои ҷарроҳӣ беморон ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи санҷишӣ – 11 бемор (сфинктеропластика бо усули В.М. Державин ва урертропластика бо усули Дюпле гузаронида шудааст); гурӯҳи асосӣ – 14 бемор (сфинктеропластика бо усули В.М. Державин ва урертропластика бо усули Кетвел-Ренсли).

Дар марҳилаи бармаҳали баъдиҷарроҳӣ, дар 6 бемори гурӯҳи санҷишӣ (54,4%) ва 5 бемори гурӯҳи асосӣ (35,5%) оризаҳо ба қайд гирифта шуданд. Дар марҳилаи баъдӣ, миёни кӯдакони гурӯҳи санҷишӣ натиҷаҳои хуб дар 6 (54,4%), қаноатбахш - дар 3 (27,3%), ғайриқаноатбахш – дар 2 бемор (18,2%) ба қайд гирифта шуда, дар гурӯҳи асосӣ бошад нишондодҳои мазкур муттаносибан чунин буданд: 9 (64,0%), 3 (21,3%) ва 2 (14,2%).

Истифода бурдани усули пешниҳодшудаи дигаргун кардани мавзеи деворaи пеши шошадони духтарон ва ворид намудани усули уретропластика бо тарзи Кетвел-Ренсли ва истифодаи маводҳои хуби дарзӣ имкон медиҳад, ки миқдори оризаҳои баъдиҷарроҳӣ кам карда шавад.

УДК 616.23-25

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

КИСЛОРОДОТРАНСПОРТНАЯ ФУНКЦИЯ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И ЭКЛАМПСИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЖИМА КРОВООБРАЩЕНИЯ

[1]Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗиСЗ РТ»

В статье приводятся данные об изучении состояния кислородотранспортной функции крови (КТФ) у беременных с гипертензивными нарушениями: умеренной, тяжёлой преэклампсией и эклампсией. Выявлено, что она зависит от глубины развития патологии и возникшего типа нарушения гемодинамики: наиболее выраженные нарушения КТФ крови отмечены у больных с эклампсией и гипокинетическим типом кровообращения. При умеренной и тяжелой эклампсии соответственно определяются гипер- и эукинетический типы гемодинамики. Изменения вызывают гипоксическое повреждение тканей, переход к анаэробному метаболизму, что особенно выражено при гипокинетическом режиме кровообращения. Все вышеуказанные нарушения КТФ крови требуют ранней диагностики и своевременной коррекции регуляторных механизмов для профилактики развития тяжёлых осложнений.

Ключевые слова: преэклампсия, эклампсия, кислородотранспортная функция крови, гемодинамика, тип кровообращения, гипоксия.

AMONOVA SH.SH., RAKHIMOV N.G., DAVLATOVA G.K., MURADOV A.M., AMONOVA SH.SH., MURADOV A.A.

OXYGEN TRANSPORT FUNCTION OF BLOOD IN PREGNANT WITH PRE-ECLAMPSIA AND ECLAMPSIA DEPENDING ON THE REGIME OF BLOOD CIRCULATION

The article presents data about research on conditions of oxygen transport function of blood in pregnant with hypertensive disorders: moderate, severe preeclampsia and eclampsia. It was found that it depends on the depth of pathology development and emerged type of hemodynamic disorders: the most marked disorders of oxygen transport function of blood noted in patients with eclampsia and hypokinetic type of blood circulation.

In moderate and severe eclampsia accordingly determined hyper- and eukinetic types of hemodynamics. Changes cause hypoxic tissue damages, transition to anaerobic metabolism, which is especially marked in hypokinetic blood circulation regime. All mentioned oxygen transport function of blood disorders require early diagnosis and timely correction of regulatory mechanisms for the prevention of development of serious complications.

Key words: pre-eclampsia, eclampsia, oxygen transport function of blood, hemodynamic, blood circulation type, hypoxia.

Актуальность. Непреходящий интерес практической медицины к профилактике и лечению гипертензивных состояний при беременности связан, прежде всего, в большой частотой их возникновения (4-8%) и развития тяжелых осложнений, обусловливающих, прежде всего, стабильно высокие показатели материнской (11-30%) и перинатальной (18-30%) смертности [1, 2, 3]. Эклампсия при этом осложнении развивается в 2-8% случаев [2].

Мурадов Алишер Мухтарович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; 734026, Таджикистан, Душанбе, ул. И Сомони, 59; E-mail:AlisherMuradov@mail.ru

Необходимым условием функционирования организма как при физиологическом течении беременности, так и в случаях возникновения пре- и эклампсии является адекватное кровообращение, которое регулирует доставку и потребление кислорода матерью и плодом. Важную функцию в управлении параметрами центральной, легочной и регионарной гемодинамики, маточно-плацентарного кровотока играет сосудистый тонус, регулируемый центральными и периферическими механизмами: автономной нервной системой, гуморальными биологически активными веществами и медиаторами (катехоламины, вазоконстрикторы), а также эндокринной системой (АДГ); на местном уровне включается ауторегуляция сосудистого тонуса [4, 5].

В развитии гестоза выделяют несколько последовательных механизмов патогенеза: во-первых, нарушения сосудистого тонуса с соответственным повышением параметров систолического, диастолического, среднединамического артериального давления, общего периферического сосудистого сопротивления, снижения сердечного выброса, сердечного индекса и ударного объёма сердца с увеличением параметров пред- и постнагрузки сердца, вплоть до развития недостаточности; во-вторых, анемия разной степени выраженности; в-третьих, нарушение гипокоагуляционной функции лёгких с развитием микротромбозов в его сосудах, преципитацией легкими фибриногена и возникновением интерстициального отека; в-четвертых, нарушение коллоидно-онкотического давления, осмолярности крови, водно-электролитного и кислотно-основного состояния крови; в-пятых, другие причины - повышенный обмен и катаболизм, соматические нагрузки, сопутствующие заболевания и осложнения и др. [6-10]. Все вышеуказанные причины являются прямыми факторами, нарушающими кислородотранспортную функцию крови (КТФ), что в конечном итоге приводит к гипоксии матери и плода, СЗРП, различным осложнениям до, во время и после родов.

Изучая показатели кровообращения, сатурацию крови, содержание гемоглобина, его напряжение, параметрическим расчетным путем можно выяснить состояние процессов доставки и потребления кислорода организмом беременной, что имеет важное научно-клиническое и практическое значение для диагностики, выбора тактики лечения и профилактики осложнений у беременных с пре- и эклампсией.

Цель исследования. Изучить состояние кислородотранспортной функции крови в зависимости от типа гемодинамических нарушений у беременных с пре- и эклампсией.

Материал и методы исследования

Проанализированы результаты комплексного клинико-лабораторного и инструментального исследования 98 беременных, подразделённых на группы: 1 группа – 10 (9,8%) женщин с физиологическим течением беременности (ФТБ); 2 группа – 35 (35,7%) беременных с умеренной преэклампсией (УПЭ); 3 группа – 31 (31,7%) с тяжёлой преэклампсией (ТПЭ); 4 группа – 22 (22,8%) с эклампсией. Все пациентки были в третьем триместре беременности.

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.

Кислородотранспортная функция крови изучалась определением концентрации гемоглобина и его насыщения кислородом в артериальной и смешанной венозной крови осуществляли. Расчёты производились по формулам:

объемный транспорт кислорода организма:

$$Ca0_2=Hb\ (г\%) \times 1{,}39^{\times}Sa0_2/100+0{,}0031\times Pa02$$
$$Cv0_2=Hb\ (г\%) \times 1{,}39^{\times}Sv0_2/100+0{,}0031\times Pv02$$

где: Hb – гемоглобин; 0,0031 – коэффициент Бунзена, отражающий растворимость кислорода в плазме при стандартных условиях; 1,39 – константа Хюфнера – максимальное количество кислорода, способное соединяться с наличием гемоглобина;

артерио-венозная разница по кислороду:

$$C=a0_2–v0_2$$

реальный транспорт кислорода:

$$РТ0_2=СИ\times(Ca–v0_2)$$

индекс кислородного потока:

$$ИКП=СИ\times Sta0_2$$

потребление кислорода:

$$П0_2=(Sta–v0_2)\times СВ$$

индекс потребления кислорода

$$ИП0_2=П0_2/S$$

периферическое шунтирование кислорода:

$$ПШК=ОПСС/П0_2$$

интенсивность сосудисто-тканевого транспорта кислорода:

$$ИСТТ0_2=(Sta0_2-Stv0_2)/Ht$$

где: PaO_2, PvO_2 – напряжение кислорода в артериальной и смешанной венозной крови; $Sta0_2$, $Stv0_2$ – насыщение кислородом артериальной и

смешанной венозной крови; S – площадь поверхности тела; СИ – сердечный индекс, СВ – сердечный выброс; ОППС – общее периферическое сопротивление сосудов; Ht – гематокрит крови.

Критерии гемодинамических профилей беременных определены тремя типами: гиперкинетический тип кровообращения (ГиперКК) - СИ свыше 4,2 л/мин/м^2 и ОПСС менее 2500 дин•см•сек$^{-5}$; эукинетический (ЭуКК) – СИ 2,5-4,2 л/мин/м^2 и ОПСС в пределах 1500-2000 дин•см•сек$^{-5}$; гипокинетический (ГипоКК) – СИ до 2,0 л/мин/м^2 и менее, ОПСС до 5000 дин•см•сек$^{-5}$.

КОС определяли микрометодом Аструпа на аппарате pH/Blood Gas/Electrolytes 1650 фирмы Dreger.

Забор смешанной венозной крови, притекающей к легким, осуществлялся из правого желудочка сердца, артериальной крови - из лучевой артерии, одновременно из установленных ранее рентгеноконтрастных катетеров в правом желудочке сердца, магистральной артерии. На все исследования было получено письменное информированное согласие пациентов.

Гемодинамику «мать-плацента-плод», сердечную, центральную гемодинамику (ЦГ) изучали эхокардиографическим методом [Шиллер Н., Осипов М.А., 1993; Feigenbaum H., 1996]. Показатели сердечного индекса (СИ), сердечного выброса (СВ), общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС), площадь тела и др. рассчитывались по общепринятым формулам.

Полученные данные обрабатывали методами описательной статистики с вычислением средних величин (M) и ошибки средней (±m), а также с вычислением относительных величин. Средние значения сравнивали по t – критерию Стьюдента, а относительные величины – по X^2 (x^4 – квадрат). Различия считались достоверными при p<0,05.

Результаты и их обсуждение. При сопоставлении результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований у беременных с пре- и эклампсией выявлена разнонаправленность изменений КТФ крови – содержания O_2, доставки O_2 к тканям, потребления и степени утилизации O_2 в зависимости от вида гемодинамических нарушений, тяжести основного заболевания и развития его осложнений (табл. 1, 2).

Исследования КТФ крови у беременных 2 группы с УПЭ 35 (53,1%) показали, что в зависимости от нарушения гемодинамики, которые протекают в основном в виде гиперкинетического типа (ГиперКК) – у 25 (71,4%) и эукинетического типа (ЭуКК) кровообращения – у 10 (28,6%) больных, отмечается достоверное снижение содержания Hв на 12,2% (P<0,01) и 19,1% (P<0,05) соответственно типам нарушения кровообращения, PaO_2 – на 10,2% (P<0,01) и 23,4% (P<0,001), по сравнению с ФТБ, что снизило $StaO_2$ на 2,4% (P<0,01) и 5,3% (P<0,001) соответственно. При этом отмечалось статистически недостоверное снижение насыщения гемоглобина O_2 в венозной крови. А-В разница Ca-vO_2 при ГиперКК достоверно увеличилась на 9,9% (P<0,01), при ЭуКК снизилась на 14,2% (P<0,01).

Так как реальный транспорт кислорода зависит от сердечного индекса и артерио-венозной разницы по кислороду, также выявлено, что PTO_2 при ГиперКК выше, чем при ЭуКК. Так, при первом виде нарушения СИ выше, чем при втором типе, поэтому при ЭуКК PTO_2 достоверно снизился на 18,7% (P<0,001) и статистически достоверно повышен на 32,6% (P<0,001) при ГиперКК, по сравнению с ФТБ (табл. 1). В связи с этим индекс кислородного потока, также зависящий от СИ и сатурации кислорода, при ГиперКК повысился на 20,7% (P<0,001), при ЭуКК отмечалась тенденция к его снижению на 5,4%.

Исследования параметров потребления кислорода у беременных с умеренной преэклапмсией показали, что они зависят от СВ и разницы содержания кислорода в артериальной и венозной крови. При ЭуКК оно достоверно снизилось на 19,2% (P<0,001) и достоверно увеличилось у беременных с гиперкинетическим режимом кровообращения на 5,6% (P<0,05), по сравнению с ФТБ. Эти данные подтверждаются показателями $ИПО_2$, который также достоверно снизился на 19,3% (P<0,01) при ЭуКК и недостоверно на 1,0% – при ГиперКК, по сравнению с ФТБ.

В связи с тем, что у беременных с УПЭ нарушения гемодинамики связаны с повышением ОППС, то периферическое шунтирование кислорода увеличилось при ГиперКК на 44,2% (P<0,001), а при ЭуКК – на 64,9% (P<0,001). Усиление ПШК приводит к нарушению тканевой экстракции кислорода ($ИТЭО_2$) и достоверному увеличению индекса $ИСТТО_2$ на 22,4% (P<0,001) при ГиперКК и на 12,4% – при ЭуКК (P<0,001) (табл. 1).

Таким образом, у беременных с УПЭ выявлены нарушения всех звеньев КТФ крови: насыщения гемоглобина кислородом, транспорта, экстракции и утилизации, одной из причин которого являются гемодинамические нарушения. Однако, независимо от причин, при снижении содержания кислорода в артериальной крови важное значение имеет не только его количество, но и состоятельность компенсаторных механизмов, при декомпенсации последних отмечаются признаки гипоксии тканей, степень выраженности которых зависит от тяжести основного патологического процесса. Нарушения режимов кровообращения (ГиперКК, ЭуКК), приводящие к патологическим изменениям КТФ, являются патогенетическими звеньями в утяжелении состояния беременных с УПЭ и перехода их в тяжелую эклампсию и развития осложнений при несвоевременной диагностике и коррекции этих нарушений.

Таблица 1

Кислородотранспортная функция крови у беременных с умеренной и тяжелой преэклампсией в зависимости от типа гемодинамики

Показатели	1 группа ФТБ n=10	2 группа УПЭ n=35 (53,1%)		3 группа ТПЭ n=31 (46,9%)		
		ЭРК n = 10 (28,6%)	ГиперРК n = 25 (71,4%)	ГипоРК n =20 (64,5%)	ЭРК n =7 (22,6%)	ГиперРК n =4 (12,9%)
Hb, г/л	118,2±3,6	102,6±5,2 (-19,1%)*	103,8±4,3 (-12,2%)**	82,5±4,5 (-30,2%)***	84,4±3,8 (-28,6%)***	86,6±3,1 (-26,7%)***
PaO_2, мм рт.ст	89,3±2,6	68,4±2,8 (-23,4%)***	80,2±2,6 (-10,2%)**	56,3 ±3,2 (-36,9%)***	62,2±2,8 (-30,3%)***	75,4±2,5 (-15,6%)**
PvO_2, мм рт.ст	46,6±1,2	44,3±0,6 (-4,9%)	48,4±0,7 (+3,8%)	43,2±0,7 (-7,3%)***	43,8±0,6 (-6,0%)*	48,3±0,8 (+3,6%)
$StaO_2$, %	96,3±0,6	91,2±0,7 (-5,3%)***	94,0±0,6 (-2,4%)**	84,6±0,8 (-12,2%)***	87,3±0,7 (-9,3%)***	92,6±0,8 (-3,8%)**
$StvO_2$, %	74,0±0,7	68,8±0,5 (-7,0%)***	69,7±0,7 (-5,8%)***	63,4±0,6 (-14,3%)***	65,7±0,5 (-11,2%)***	70,7±0,6 (-4,5%)**
CaO_2, мл/л	157,8±6,4	130,3±6,6 (-17,4%)**	135,3±7,2 (-14,3%)*	97,2±5,6 (-38,4%)***	102,6±6,5 (-35,2%)***	111,7±7,3 (-29,2%)***
CvO_2, мл/л	121,3±7,3	98,2±5,6 (-19,0%)*	94,2±6,4 (-22,3%)**	72,8±5,7 (-40,0%)***	77,2±6,1 (-36,3%)***	85,2±6,4 (-29,8%)**
$Ca\text{-}vO_2$, мл/л	37,4±1,2	32,1±1,1 (-14,2%)**	41,1±0,7 (+9,9%)**	24,4±0,6 (-34,8%)***	25,4±0,5 (-32,1%)***	26,5±0,7 (-29,1%)***
PTO_2, мл/мин$^{-1}$/м^2	130,2±3,1	105,9 ±3,3 (-18,7%)***	172,6±2,6 (+32,6%)***	46,4±3,2 (-64,4%)***	68,6±2,1 (-47,3%)***	108,6±4,1 (-16,6%)***
ИКП, мл/мин$^{-1}$/м^2	327,1±10,2	309,4±12,2 (-5,4%)	394,8±12,6 (+20,7%)***	160,7±13,4 (-50,9%)***	235,7±10,8 (-27,9%)***	379,7±15,1 (+16,1%)***
$ПО_2$ мл/мин. м^2	140,4±3,3	120,9±2,6 (-19,2%)***	148,2±3,2 (+5,6%)*	89,0±4,1 (-36,6%)***	95,0±3,1 (-41,4%)***	118,8±4,2 (-32,3%)***
ИП O_2 усл. ед.	93,6±4,3	75,6±3,8 (-19,3%)**	92,6±4,2 (-1,0%)	55,6±4,8 (-40,6%)***	59,4±3,8 (-36,5%)***	74,3±4,3 (-20,6%)**
ПШК	7,7±0,14	12,7±0,16 (+64,9%)***	11,1±0,12 (+44,2%)***	29,9±0,14 (+288,3%)***	21,9±0,12 (+184,4%)***	16,5±0,16 (+114,3%)***
$ИТЭО_2$, усл. ед.	0,23±0,014	0,24±0,012 (+4,3%)	0,30±0,013 (+30,4%)***	0,25±0,015 (+8,7%)	0,25±0,012 (+8,7%)	0,24±0,014 (+4,3%)
$ИСТТО_2$, усл. ед	0,58±0,012	0,65±0,014 (+12,1%)***	0,71±0,016 (+22,4%)***	0,77±0,014 (+32,8%)***	0,77±0,017 (+32,8%)***	0,76±0,015 (+31,1%)***

Примечание: ** – P< 0,05; ** – P< 0,01; *** – P< 0,001; проценты группы ФТБ к группам больных*

Исследования, проведенные в 3 группе беременных с ТПЭ – 31 (46,9%), выявили значительные нарушения центральной и легочной гемодинамики: ГипоКК выявлен у 20 (64,5%) пациенток; ЭуКК – у 7 (22,6%); ГиперКК – у 4 (12,9%) с повышением внутрилегочного давления и усилением работы левого и правого желудочка сердца. У беременных с ТПЭ отмечаются тяжелые и выраженные сдвиги многих параметров гомеостаза: анемия тяжелой степени, нарушения гипокоагулирующей функции лёгких (ГФЛ) компенсированного с выраженными проявлениями и субкомпенсированного характера с развитием ДВС и микротромбообразования в легких, повышение внутрилегочного давления и усиление работы левых и правых отделов сердца с клиническими проявлениями их недостаточности. Поэтому становятся клинически значимыми видимые нарушения КТФ, приводящие к более тяжелым осложнениям течения беременных и родов у больных с ТПЭ. Наиболее тяжело протекают нарушения при ГипоКК, так как при этом нарушения КТФ более глубокие, по сравнению с ЭуКК и ГиперКК.

Таблица 2

Кислородотранспортная функция крови у беременных с эклампсией в зависимости типа гемодинамики

Показатели	**ФТБ n=10**	**4 группа ЭП n=22 (25,0%)**		
		ГипоРК n=13 (59,1%)	**ЭРК n=5 (22,7%)**	**ГиперРК n=4 (18,2%)**
Hb, г/л	118,2±3,6	72,4±3,8 (-38,7%)***	80,5±5,2 (-31,9%)***	90,3±4,5 (-23,6%)***
PaO_2, мм рт. ст.	89,3±2,6	52,3±2,6 (-41,4%)***	61,1±2,4 (-31,6%)***	70,4 ±2,2 (-21,2%)***
PvO_2, мм рт. ст.	46,6±1,2	39,1±0,7 (-16,1%)***	40,7±0,8 (-12,7%)***	47,2±0,6 (+7,7%)
$StaO_2$, %	96,3±0,6	80,6±0,8 (-16,3%)***	85,5±0,7 (-11,2%)***	90,4±0,8 (-6,1%)***
$StvO_2$, %	74,0±0,7	57,4±0,6 (-22,4%)***	63,6±0,6 (-14,1%)***	67,4±0,7 (-8,9%)***
CaO_2, мл/л	157,8±6,4	81,2±5,6 (-48,7%)***	95,8±6,1 (-39,3%)***	113,7±7,2 (-27,9%)***
CvO_2, мл/л	121,3±7,3	57,9±5,3 (-52,3%)***	71,3±4,8 (-41,2%)***	84,6±5,2 (-30,2%)***
$Ca\text{-}vO_2$, мл/л	37,4±1,2	23,3±0,6 (-37,7%)***	24,5±0,5 (-34,5%)***	29,1±0,7 (-22,2%)***
PTO_2, мл/мин$^{-1}$/м^2	130,2±3,1	46,6±3,2 (-64,2%)***	61,3±2,9 (-52,9%)***	116,4±2,8 (-10,6%)**
ИКП, мл/мин$^{-1}$/м^2	327,1±10,2	161,2±14,2 (-50,7%)***	213,8±12,5 (-34,6%)***	361,6±15,3 (+10,5%)*
$ПО_2$, мл/мин. м^2	140,4±3,3	88,2±3,4 (-37,2%)***	91,0±2,6 (-35,1%)***	112,7±3,6 (-19,7%)***
ИП O_2, усл. ед.	93,6±4,3	55,1±3,8 (-41,1%)***	56,9±4,2 (-39,2%)***	70,4±4,5 (-24,8%)**
ПШК	7,7±0,14	30,5±1,2 (+296,1%)***	26,9±1,1 (+249,3%)***	18,4±0,85 (+138,9%)***
$ИТЭО_2$, усл. ед.	0,23±0,014	0,29±0,016 (+26,1%)**	0,26±0,014 (+13,0%)	0,26±0,016 (+13,0%)
$ИСТТО_2$, усл.ед	0,58±0,012	0,96±0,014 (+65,5%)***	0,81±0,012 (+39,7%)***	0,77±0,013 (+32,7%)***

Примечание: ** – P< 0,05; ** – P< 0,01; *** – P< 0,001; проценты группы ФТБ к группам больных*

Как видно из таблицы 1, $StaO_2$ снижена на 12,2% (P<0,001), на 9,3% (P<0,001) и на 3,8% (P<0,01), при этом парциальное напряжение кислорода также достоверно снижено на 36,9% (P<0,001), 30,3% (P<0,001) и на 15,6% (P<0,01) – соответственно по подгруппам при ГипоКК, с ЭуКК и ГиперКК, по сравнению с ФТБ. Также падает содержание O_2 в артериальной и венозной крови, по сравнению с ФТБ, CaO_2 – на 38,4% (P<0,001), 35,2% (P<0,001) и 29,2% (P<0,001); CvO_2 – на 40,0% (P<0,001), 36,3% (P<0,01) и 29,8% (P<0,01) соответственно по подгруппам.

В связи с этим у беременных с ТПЭ значительно снизился PTO_2: при ГипоКК на 64,4% (P<0,001), ЭуКК на 47,3% (P<0,001) и ГиперКК на 16,6% (P<0,001), по сравнению с ФТБ. Связано это, в первую очередь, с тем, что СИ при ГипоКК равен 1,9±0,26 л/мин/м^2 (снизился на 45,7%, по сравнению с ФТБ), при ЭуКК – 2,7±0,14 л/мин/м^2 (снизился на 22,8%, по сравнению с ФТБ) и ГиперКК – 4,1±0,16 л/мин/м2 (увеличился на 17,2%, по сравнению с ФТБ), а также со значительным снижением А-В разницы по кислороду во всех подгруппах. Соответственно этому ИКП, также зависящий от СИ и сатурации кислорода, при ГипоКК достоверно снизился на 50,9% (P<0,001), ЭуКК – на 27,9% (P<0,001), а при ГиперКК имело место достоверное его повышение на 16,1% (P<0,001).

Исходя из снижения реального транспорта и артерио-венозной разницы содержания кислорода, выявлено статистически достоверное снижение показателей $ПО_2$ и $ИПО_2$: при ГипоРК на 36,6% (P<0,001) и 40,6% (P<0,001), ЭуКК – на 41,4% (P<0,001) и 36,5% (P<0,001) и при ГиперКК – на 32,3% (P<0,001) и на 20,6% (P<0,01) соответственно, по сравнению с ФТБ.

Значительное повышение ОПСС при ГипоКК и снижение потребления кислорода у этих беременных достоверно увеличило ПШК на 288,3% (P<0,001), при ЭуКК – на 184,4% (P<0,001), при ГиперКК – на 114,3% (P<0,001) соответственно, по сравнению с ФТБ. Выявлены нарушения тканевой экстракции кислорода и сосудисто-тканевого транспорта по показателям $ИТЭО_2$ и $ИСТТО_2$, которые значительно увеличились по сравнению с ФТБ: при ГипоКК на 8,7% (P<0,05) и 32,8% (P<0,001), ЭуКК на 8,7% и 32,8% (P<0,001), ГиперКК на 4,3% и 31,1% (P<0,001). Необходимо отметить, что утилизация и усвояемость тканями кислорода снизилась в связи с внутриклеточным нарушением метаболизма, развитием синдрома больной клетки и трансминерализации, нарушением калий-натриевого насоса, внутриклеточными отеком органелл и ацидозом, а также другими причинами, связанными с нарушением микроциркуляции, реологии и развитием порочного круга шунтирования и сбросом крови в микроциркуляторное русло. Полученные данные позволили заключить, что низкие величины доставки и потребления кислорода у беременных во всех подгруппах с ТПЭ, особенно выраженные при ГипоКК, свидетельствуют о гипоксическом повреждений тканей и переходе к анаэробному метаболизму.

Таким образом, у беременных с ТПЭ выявлены более глубокие нарушения КТФ крови, которые напрямую зависят от типа гемодинамических нарушений, требуют ранней диагностики и своевременной коррекции у этого тяжелого контингента больных.

Исследования, проведенные в 4 группе беременных с ЭП – 22 (25,0%), вскрыли глубокие нарушения центральной и легочной гемодинамики: ГипоКК выявлен у 13 (59,1%); ЭуКК – у 5 (22,7%); ГиперКК – у 4 (18,2%), что сопровождалось повышением внутрилегочного давления и усилением работы левого и правого желудочков сердца, а при ГипоКК – их недостаточностью.

Также как и у беременных с ТПЭ, при ЭП отмечается выраженная анемия тяжелой степени, нарушения ГФЛ, в основном протекающие в виде субкомпенсированного и декомпенсированного характера нарушения с локальным микротромбообразованием, преципитацией фибриногена и интерстициальным отеком в легких, приводящих к легочной гипертензии и усилению работы левых и правых отделов сердца с клиническими проявлениями их недостаточности. Поэтому нарушения КТФ крови становятся неизбежными и приводят к более тяжелым осложнениям течения беременности и родов у этого контингента больных женщин. Клинически выраженные тяжелые нарушения гомеостаза протекают при всех видах патологического кровообращения, но наиболее ярко при ГипоКК, так как нарушения КТФ при этом наиболее глубокие.

Как показано в таблице 2, по подгруппам при ГипоКК, ЭуКК и ГиперКК $StaO_2$ снижена на 16,3% (P<0,001), на 11,3% (P<0,001) и на 6,1% (P<0,001), при этом PaO_2 также достоверно снижено на 41,4% (P<0,001), на 31,6% (P<0,001) и на 21,2 % (P<0,001) соответственно при сравнении с показателям при ФТБ. Также статистически достоверно падает содержание O_2 в артериальной и венозной крови, по сравнению с ФТБ (табл. 2.): CaO_2 на 48,7% (P<0,001), 39,3% (P<0,001) и 27,9% (P<0,001); CvO_2 – на 52,3% (P<0,001), 41,2% (P<0,001) и 30,2% (P<0,01) соответственно по подгруппам, по сравнению с ФТБ. Вследствие этого достоверно снизились

показатели А-В разницы по кислороду во всех подгруппах (табл. 2).

Следствием данных процессов является то, что у беременных с ЭП значительно снизился PTO_2: при ГипоКК на 64,2% (P<0,001), ЭуКК на 52,9% (P<0,001) и ГиперКК на 10,6% (P<0,01), по сравнению с ФТБ. Падение реального транспорта кислорода связано со значительным снижением CaO_2, CvO_2 и СИ, составляющего при ГипоКК 2,0±0,18 л/мин/м^2 (снизился на 42,8%, по сравнению с ФТБ), при ЭуКК 2,5±0,16 л/мин/м^2 (снизился на 28,6%, по сравнению с ФТБ) и ГиперКК 4,0±0,22 л/мин/м^2 (увеличился на 14,3%, по сравнению с ФТБ). Поэтому ИКП, также зависящий от СИ и StO_2, при ГипоКК достоверно снизился на 50,7% (P<0,001), ЭуКК на 34,6% (P<0,001), при ГиперКК достоверному повышен на 10,5% (P<0,05). Вследствие снижения показателей реального транспорта O_2 и содержания артерио-венозной разницы по кислороду выявлено статистически достоверное снижение показателей $ПО_2$ и $ИПО_2$: при ГипоКК на 37,2% (P<0,001) и на 41,1% (P<0,001), ЭКК на 35,1% (P<0,001) и на 39,2% (P<0,001), при ГиперКК на 19,7% и на 24,8% (P<0,01) соответственно к показателям при ФТБ. Полученные данные связаны с изменениями СВ, который при ГипоКК снизился на 42,8% (P<0,001), при ЭуКК – на 35,9% (P<0,001), при ГиперКК – на 23,4% (P<0,001), по сравнению с ФТБ, и большой разницей сатурации кислорода по артериальной и венозной крови, которая также достоверно снижается по подгруппам в зависимости от типа гемодинамики (табл. 2).

Повышение ОПСС и снижение потребления кислорода у беременных с ПЭ достоверно увеличило ПШК при ГипоКК на 296,1% (P<0,001), при ЭуКК на 249,3% (P<0,001), при ГиперКК на 138,9% (P<0,001), по сравнению с ФТБ. Выявлены нарушения тканевой экстракции кислорода и сосудисто-тканевого транспорта, которые значительно увеличились по показателям $ИТЭО_2$ на 26,1% (P<0,001), 13,0% и 13,3%; $ИСТТО_2$ – на 65,5% (P<0,001), 39,7% (P<0,001) и 32,7% (P<0,001) соответственно при ГипоКК, ЭуКК и ГиперКК, по сравнению с ФТБ.

Заключение. Таким образом, состояние кислородотранспортной функции крови у беременных с гипертензивными нарушениями зависит от глубины развития патологии и возникшего типа нарушения гемодинамики. Самые глубокие нарушения КТФ крови выявлены у больных с эклампсией и гипокинетическим типом кровообращения, по сравнению с умеренной и тяжелой эклампсией (соответственно гипер- и эукинетический типы гемодинамики). При этом отмечается гипоксическое повреждение тканей с переходом к анаэробному метаболизму, что особенно выражено при гипокинетическом режиме кровообращения. Все вышеуказанные нарушения КТФ крови требуют ранней диагностики и своевременной коррекции регуляторных механизмов у этого тяжелого контингента больных с целью предупреждения развития жизнеугрожающих состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верткин А.Л., Ткачева О.Н., Мурашко Л.Е., Мишина И.Е., Тумбаев И.В. Артериальная гипертония беременных: диагностика, тактика ведения и подходы к лечению // Лечащий врач.- 2006.- №3

2. 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

3. The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During regnancy on the European Society of Cardiology. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy//Eur. Heart. J.- 2003.- Vol. 24.- P. 761–781.

4. Carroli G., Cuesta C., Abalos E., Gulmezoglu A.M. Epidemiology of post-partum haemorrhage: a systematic review. Best Pract. Res. //Clin. Obstet. Gynaecol.- 2008. Vol. 22 (6).- P. 999–1012.

5. Шмаков Р.Г., Сидельникова В.М. Механизмы адаптации и дизадаптации гемостаза при беременности.- М.: Триада-Х, 2004.- 191с.

6. Critchley H., Poston A., Walker J. Pre-eclampsia. London: RCOG Press, 2003.- P. 189-207

7. Федорова Т.А., Рогачевский О.В. Кровесберегающие технологии в акушерской практике //Современные медицинские технологии.- 2009.- № 2.- С. 59–62.

8. Сокологорский С.В. Экспресс-диагностика гемодинамических и кислородтранспортных нарушений. В кн.: Критические состояния в акушерстве, гинекологии и неонатологии.- М., 2002.- С. 45–47.

9. Alanis M.C., Johnson D.D. Early initiation of severe preeclampsia induction of labor is versus elected cesarean delivery and newborn//American Journal of Obstetrics and Gynecology.- 2008.- Vol. 199 (3).- P. 262-268

10. Аккер Л.В., Варшавский Б.Я. и др. Показатели оксидантного и антиоксидантного статуса у беременных с гестозом// Акушерство и гинекология.- 2000.- № 4.- С. 17-20.

АМОНОВА Ш.Ш., РАҲИМОВ Н.Г., ДАВЛАТОВА Г.К., МУРОДОВ А.М., АМОНОВА Ш.Ш., МУРОДОВ А.А.

ВАЗИФАИ ОКСИГЕНКАШОНИИ ХУН ДАР ҲОМИЛАДОРОНИ ДОРОИ ПРЕЭКЛАМПСИЯ ВА ЭКЛАМПСИЯ ВОБАСТА АЗ РЕҶАИ ГАРДИШИ ХУН

Кафедраи тибби эфферентӣ ва табобати интенсивии МД ДТБКСТ ВТ ва ҲИА ҶТ
МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии ВТ ва ҲИА ҶТ»

Калимаҳои асосӣ: преэклампсия, эклампсия, вазифаи оксигенкашонии хун, гемодинамика, тархи хунгардиш, гипоксия.

Дар мақола маълумот оиди омӯзиши ҳолати вазифаи оксигенкашонии хуни ҳомиладорон бо тағиротҳои фишорбаландӣ оварда шудааст: преэклампсияи нисбӣ, вазнин ва эклампсия. Муайян карда шуд, ки ин ҳолат аз амиқии пайдоиши беморӣ ва тарзи вайроншавии гардиши хун вобастагӣ дорад: дигаргуниҳои нисбатан ифодаёбандаи вазифаи оксигенкашонии хун дар беморони дорои эклампсия ва намуди гипокинетикии хунгардиш ба қайд гирифта мешавад. Ҳангоми эклампсияи нисбӣ ва вазнин муттаносибан намудҳои гипер – ва эукинетикии хунгардиш ба қайд гирифта мешавад. Дигаргуниҳои камоксигении бофтаҳо ва гузариш ба мубодилаи анаэробӣ тағиротҳоро ба миён меорад, ки одатан ҳангоми реҷаи гипокинетикии хунгардиш ба назар мерасад. Ҳамаи дигаргуниҳои қайдкардашудаи вазифаи оксигенкашонии хун ташхиси бармаҳал ва коррексияи саривақтии механизмҳои батанзимдарорандаро талаб менамояд, ки ин боиси пешгирии пайдоиши оризаҳои вазнин мегардад.

УДК 616-01;616-005.6;616-005.7

[1,2]ГАИБОВ А.Д., [2]САДРИЕВ О.Н., [2]АБДУСАМАДОВ К.А., [1,2]СУЛТАНОВ Д.Д., [1]ЗУГУРОВ А.Х.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТАКТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

[1]Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино
[2]ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

В статье изучены основные причины диагностических и тактических ошибок, допущенных при распознавании и лечении больных с острой артериальной непроходимостью периферических сосудов. Анализ выявленных ошибок, которые имели место на разных этапах оказания медицинской помощи, по мнению авторов, позволяет выработать рекомендации для врачей первичного медицинского звена (хирургов, терапевтов, кардиологов, неврологов, семейных врачей) по правильному ведению подобных пациентов.

Ключевые слова: артериальная непроходимость, тромбоз, эмболия, ампутация, диагностические ошибки.

[1,2]GAIBOV A.D., [2]SADRIEV O.N, [2]ABDUSAMADOV K.A., [1,2]SULTANOV D.D., [1]ZUGUROV A.H.

DIAGNOSTIC AND TACTICAL MISTAKES IN ACUTE ARTERIAL OBSTRUCTION

The main reasons of diagnostic and tactical mistakes made during recognizing and treating patients with acute arterial obstruction of peripheral vessels are studied. An analysis of revealed mistakes, which occurred on the different stages of providing medical care, according to the authors' opinions, allows develop recommendations for doctors of primary medical chain (surgeons, therapists, cardiologists, neurologists, family doctors) for correct treatment of such patients.

Key words: pre-eclampsia, eclampsia, oxygen transport function of blood, hemodynamic, blood circulation type, hypoxia.

Актуальность. Острая артериальная непроходимость (ОАН) магистральных артерий конечностей продолжает оставаться самой часто встречающейся ургентной патологией сердечно-сосудистой системы, которая, по разным данным, занимает от 43% до 60% случаев в структуре экстренной сосудистой патологией [1, 2].

Наиболее грозными осложнениями ОАН являются: развитие необратимых некробиотических изменений в мягких тканях, острая почечная недостаточность и синдром реваскуляризации, возникших на почве включения в кровоток длительно ишемизированной конечности.

Несмотря на разработку и внедрение самых современных диагностических технологий, новых методов операций и лекарственных препаратов, частота ампутаций при ОАН на сегодняшний день остается на высоком уровне – 30% [3]. Причинами ампутации, как правило, являются поздняя и нерадикально выполненная тромбэктомия, тактические ошибки при оценке степени ишемии, недостаточная коррекция последствий восстановительных операций и тяжесть состояния больных, обусловленные как основными заболеваниями, так и ишемическим синдромом.

Несвоевременная диагностика, длительное и необоснованное консервативное лечение, неправильный выбор объёма и характера оперативного вмешательства, а также нерациональное ведение послеоперационного периода во многом определяют не только судьбу конечности, но и самого больного.

По некоторым данным, частота поздней диагностики ОАН составляет 30,2% [3], при этом количество ампутаций конечности увеличивается в 2,2 раза, а смертность достигает 21% [4].

Гаибов А.Д. – профессор кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ; Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139; E-mail: gaibov_a.d@mail.ru

Другим немаловажным фактором, влияющим на успех лечения при ОАН, является уровень организации оказания специализированной помощи: готовность хирургического отделения к оказанию экстренной помощи сосудистым больным; наличие у операционной бригады необходимого инструментария и шовного материала; бесперебойное круглосуточное функционирование службы санитарной авиации.

Вышеперечисленные ошибки встречаются повсеместно, и Республика Таджикистан не является исключением. Согласно собственному опыту, в последние годы отмечается увеличение частоты поздней диагностики наиболее распространенных экстренных сосудистых заболеваний, в частности ОАН. Вследствие поздней диагностики ОАН перед хирургом стоит проблема решения очень ответственной задачи: восстановить тромбированный сосуд или выполнить первичную ампутацию? Принятие решения по этому вопросу требует от хирурга глубоких знаний не только по практической медицине, но также физиологии, патофизиологии и морфологии.

Цель исследования. Анализ причин диагностических и тактических ошибок, имеющихся при распознавании и лечении больных с тромбозами и эмболиями артерий конечностей и разработка комплекса мероприятий, направленных на уменьшение число ампутаций.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты диагностики и лечения 65 больных с ОАН, находившихся на лечении в период 2008-2013 гг. в отделении хирургии сосудов Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии (РНЦССХ). Данная группа больных составила 38% от общего количество пациентов с экстренной сосудистой патологией, которым при оказании медицинской помощи были допущены различные диагностические и тактические ошибки.

Возраст больных варьировал от 12 до 83 лет (средний возраст – 58,4±7,2 лет), мужчин было 28 (43,1%), женщин – 37 (56,9%). Этиологическим фактором ОАН у 47 (72,3%) больных явился тромбоз магистральных артерий, эмболия отмечалась у 18 (27,7%) пациентов. ОАН верхней конечности имела место у 13 (20%) больных, нижних – у 52 (80%), при этом у 3 (5,8%) отмечалась двухсторонняя ишемия.

Абсолютное большинство пациентов (78,5%) обратились за специализированной помощью в сроки свыше 24 часов. Больше 15% больных госпитализированы на 3-7 сутки от начала заболевания.

В зависимости от степени ишемии (по И.И. Затевахину, А.И. Кириенко, 2009) больные были распределены следующим образом: ишемия IIА степени отмечалась у 13 (20%), IIБ – у 25 (38,5%), IIВ – у 17 (26,2%), IIIА – у 3 (4,6%) и ишемия IIIБ степени у 7 (10,7%) больных.

Проводился всесторонний анализ всех причин, приводящих к поздней госпитализации больных в специализированное сосудистое отделение, а также факторов, влияющих на неблагоприятный исход патологии. В частности, уточнялись такие моменты, как время появления острых болей, в какое лечебное учреждение обращались первично, место жительства пациентов. Обращали внимание на профиль врача, оказывающего первую помощь, диагноз, по поводу которого пациент лечился в стационаре, и объем проведенного консервативного лечения. Также были детально анализированы результаты лечения больных в специализированном сосудистом центре (объём операции, выполненной в зависимости от степени и сроков ишемии, профилактика и лечение постишемического синдрома, послеоперационные осложнения, летальность и др.).

Результаты и их обсуждение. В первые 12 часов от момента заболевания поступили в стационар 14 (21,5%) больных, 51 обратились в сроки от 24 часов до 28 дней от начало заболевания. Лишь 15 (23,1%) пациентов получили квалифицированную помощь в первые часы от момента заболевания и были направлены в сосудистый центр. Остальные 50 (76,9%) больных были лечены по поводу других несосудистых заболеваний, однако, прогрессирование ишемии и значительные изменения, возникшие в конечности, насторожили врачей о возможном сосудистом генезе болевого синдрома, в связи с чем на консультацию был приглашен сосудистый хирург.

На лечении в отделениях травматологии в острой стадии заболевания находились 14 больных, в неврологии – 23, ревматологии – 7 и терапии – 3. Перечень заболеваний, по поводу которых пациенты были госпитализированы в неспециализированные отделения, приведен в таблице.

Характеристика заболеваний, по поводу которых больные лечились в непрофильных отделениях (n=50)

Диагноз	N	%
Острый ревматоидный артрит	15	30
Ишиорадикулит, невралгия седалищного нерва	15	30
Обострение болевого синдрома при грыже межпозвоночного диска	6	12
Фасциомиозит голени, ушиб мягких тканей	5	10
Тромбофлебит конечности	6	12
Брахиоплексит	3	6

Среди больных, обратившихся в поздние сроки ишемии, 5 (7,7%) пациентов первоначально самостоятельно лечились у народных лекарей, в результате чего потеряно ценное время. Среди пациентов, проживающих в отдаленных горных местностях, при отсутствии возможности добраться до районной больницы (закрытие перевалов в зимний период, отсутствие воздушного транспорта), трое (4,6%) не смогли вовремя обратиться за медицинской помощью и занимались самолечением, которое заключалось в прикладывании на конечность горячего кирпича, растирание кожи конечности жиром животного, приеме обезболивающих препаратов и т.п. Дальнейшее прогрессирование ишемии – изменение цвета кожных покровов, снижение чувствительности и активных движений – стало основанием для обращения пациентов к врачу.

Другой серьезной ошибкой при лечении ОАН явилось необоснованное и неправильное оказание первой помощи при эмболии и тромбозе в амбулаторных условиях (9 больные). Часть из этих больных (n=3) получали лечение по поводу полиартрита, неврита, радикулита, другая часть (n=6), у которых диагностирована ОАН, не получали антикоагулянтной терапии. Дальнейшее прогрессирование ишемии (изменение цвета кожных покровов, снижение чувствительности и ограничение движения конечности) насторожило врачей о серьезности патологии, в связи с чем пациенты были направлены в городские и областные хирургические стационары.

Все больные поступали в тяжелом состоянии, что было обусловлено как основным, так и сопутствующими заболеваниями.

Анализ собственного клинического материала показал, что врачебные ошибки были допущены одинаково на всех этапах оказания медицинской помощи – от региональной участковой больницы и скорой помощи до специализированного отделения сосудистой хирургии.

Наиболее частыми ошибками, которые допускались на этапе оказания медико-санитарной помощи, явились: поздняя диагностика ОАН из-за незнания особенностей клинических симптомов заболевания, непрофильная госпитализация и лечение пациентов, проведение патогенетически необоснованной консервативной терапии в амбулаторных условиях. Самым трагичным явился тот факт, что у больного с ОАН врач либо находил пульсацию на периферических артериях, либо вообще не обращал внимания на этот очень важный признак.

Таким образом, ошибки, в основном, были связаны с низкой квалификацией врача, неосведомлённостью врачей о характере и течении острой артериальной непроходимости или атипичным проявлением признаков заболевания.

В регионах, обеспеченных подготовленными по сосудистой хирургии специалистами, диагностические ошибки практически не встречались.

Ошибки, допущенные в стационарах общего профиля

Объём помощи, оказываемой в лечебных учреждениях общего профиля, заключается в уточнение диагноза ОАН и направлении больного к специалисту при его транспортабельности либо же вызове специалиста к пациенту.

Анализ настоящего материала позволил нам у 8 (12,8%) пациентов выявить серьезные врачебные ошибки, которых возможно было избежать: госпитализация больных в терапевтические отделения; отсутствие ангиологического исследования (определение чувствительности, активных движений и пульсации на периферических артериях); неполноценное лечение при правильно установленном диагнозе (назначение обезболивающих препаратов и спазмолитиков), отсутствие назначений, направленных на предотвращение прогрессирования тромбоза; ошибочное местное применение тепловых процедур; игнорирование помощи и консультации других специалистов, включая сосудистого хирурга.

Ошибки в специализированном сосудистом отделении

Объём и качество помощи, оказываемой в лечебных учреждениях специального назначения, в значительной степени определяет исход заболевания. Наиболее часто в специализированном отделении отмечалось ошибочное расширение показаний к операции, а также попытки реваскулязирузации без учёта срока ишемии.

Так, из 65 больных у 3, несмотря на ишемию IIIA ст., проводилась тромбэктомия, которая в последующем стала причиной тяжелого синдрома реваскуляризации. Необходимо подчеркнуть, что эти операции были выполнены в ночное время начинающими хирургами, которые недооценивали степень функциональных нарушений в конечности при различных степенях ишемии. Несвоевременное восстановление кровотока в конечности у 3 больных привело к развитию синдрома «водопроводной трубы», т.е., несмотря на наличие пульсации на магистральных артериях, ишемия конечности прогрессировала. Ампутация этим больным проводилась спустя 36-48 часов от момента восстановления кровотока, что привело к летальному исходу.

По нашему мнению, отсутствие эффекта от восстановительной операции и сохранение тяжелой ишемии конечности является прямым показанием к экстренной ампутации конечности до начала развития гангрены, что не выполнилось этим больным.

В связи с этим улучшения исходов лечения больных с декомпенсированным кровообращением можно достичь путем проведения мероприятий, направленных на профилактику развития синдрома включения: дезинтоксикационной терапии, плазмотрансфузии, фасциотомии, некрэктомии, гипербарической оксигенации и плазмофереза.

Изучение неблагоприятных исходов лечения ОАН показало, что у 5 больных в поздние сроки ишемии, даже при оказании специализированной помощи, профилактика синдрома включения не производилась (n=2) или же она была неэффективной вследствие применения только одного из известных методов (n=3).

Выявленные ошибки свидетельствует о том, что использование интенсивного медикаментозного лечения после восстановительной операции не было оптимальным и не могло в полной мере предупредить развитие синдрома включения.

Таким образом, диагностические и тактические ошибки, допущенные в распознавании и лечении ОАН, были выявлены у 78,5% пациентов, что стало причинами ампутаций конечности у 13,8% больных и летальных исходов в 7,7% случаев.

Улучшению результатов лечения ангиохирургических больных, требующих экстренной помощи, способствует активная пропаганда различных аспектов заболевания среди семейных врачей, общих хирургов, травматологов, врачей общего профиля, в частности ревматологов и невропатологов, первично сталкивающихся с пациентами с острой артериальной патологией, обучение врачей разных специальностей особенностям оказания неотложной помощи при острых заболеваниях кровеносных сосудов.

Однако, без углубленного анализа ошибок, допущенных на разных этапах лечения, невозможно установить причины неудовлетворительных результатов, а, следовательно, невозможно разработать мероприятия по их предупреждению. Это подтверждают замечательные слова великого хирурга Н.И. Пирогова: *«Честный анализ ошибок в хирургии – это единственный путь к совершенствованию специальности и предотвращение их повторения»*.

Одна из наиболее частых ошибок, допускаемых в лечебных учреждениях специализированного профиля, – попытка произвести эмбол(тромб)эктомию при поздних стадиях ишемии. Грубейшей тактической ошибкой хирурга, которая, к сожалению, стала часто встречаться, являются попытки катетерной тромбэктомии при остром тромбозе, возникшем на почве органического поражения сосудов – атеросклерозе, артериите, диабетической ангиопатии, считающиеся совершенно не допустимыми. В руководствах по сосудистой хирургии и другой специальной литературе достаточно ясно отмечена необходимость реконструктивных операций с применением сосудистых трансплантатов, выключающих из кровотока измененные сосуды. Атеросклеротические бляшки и гипертрофированная интима, которые никогда невозможно радикально устранить, являются основными условиями для развития повторного тромбоза. Такие попытки, как правило, заканчиваются ампутацией конечности или летальным исходом, независимо от знаний и опыта оперирующего хирурга.

На данный момент в арсенале сосудистых хирургов имеются методики экстренной оценки жизнеспособности тканей с помощью патоморфологических и биохимических тестов, радиоизотопного исследования, а также определения функционального состояния нервно-мышечного комплекса по ответной реакции на электрическое раздражение, которые позволяют правильно выбрать показания к оперативным вмешательствам [5, 6].

Как известно, острая ишемия IIIб-IV степеней является прямым показанием к выполнению ампутации конечности с целью сохранения жизни больного. Выполнение реваскуляризирующих операций при поздних сроках ишемии до 87% заканчивается летальным исходом вследствие развития острой почечной недостаточности [4, 7].

Наш анализ неблагоприятных исходов лечения ОАН показал, что ампутация конечности, выполненная через 2-3 суток и более, после первичной реконструктивной операции на кровеносных сосудах в случаях возникновения синдрома включения в конечном итоге заканчивается летальным исходом.

Эффективными методами борьбы с последствиями ишемии конечности при ОАН являются гипербарическая оксигенация и гемосорбция [4]. Наиболее перспективным, на наш взгляд, является использование комплекса этих методов, когда при восстановлении магистрального кровотока в поздние сроки ишемии аппаратную или ручную перфузию дополняют интраоперационной гемосорбцией с последующим проведением в послеоперационном периоде гипербаротерапии и форсированного диуреза.

Заключение. Таким образом, анализ результатов лечения больных с острой артериальной непроходимостью магистральных артерий конечностей показал, что еще довольно часто на разных этапах оказания врачебной помощи допускаются различные врачебные ошибки. Критический анализ выявленных ошибок, допущенных на различных этапах оказания помощи больным с острой артериальной непроходимостью, позволяет предотвратить их на этапах оказания помощи, тем самым улучшить результаты ранней диагностики и лечения данного контингента больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Antuševas A., Aleksynas N.The surgical treatment of the lower limb acute ischemia // MEDICINA. – 2003. – Vol. 39, N 7. – P. 646-653.
2. Aune S., Trippestad A. Operative mortality and long-term survival of patients operated on for acute lower limb ischemia // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 1998. – Vol. 15. – P. 143-146.
3. Haskal Z. Mechanical thrombectomy devices for the treatment of peripheral arterial occlusions // Rev. cardiovasc. Med. – 2002. – N 3. 45-52.
4. Dimitris Karnabatidis et al. Quality improvement Guidelines for percutaneous catheter-directed intra-arterial thrombolysis and mechanical thrombectomy for acute lower-limb ischemia // Cardiovascular & Interventional Radiology. – 2011. – Vol. 34. – P. 1123-1136.
5. Naidoo N.G., Rautenbach P.S., Kahn D. Acute lower extremity ischemia // CME. – 2013. – Vol. 31, N 6. – P. 201-205.
6. Mozafar M. et al. Embolectomy for acute lower limb ischemia / // MJIRI. – 2004. – Vol. 18, N 2. – P. 131-134.
7. Creager M.A. Kaufman J.A., Conte M.S. Acute limb ischemia // N. Engl. J. Med. – 2012. – Vol. 366. – P. 2198-2206.

ҒОИБОВ А.Ҷ., САДРИЕВ О.Н., АБДУСАМАДОВ К.А., СУЛТОНОВ Ҷ.Д., ЗУГУРОВ А.Ҳ.

ХАТОГИҲОИ ТАШХИСӢ ВА ТАКТИКӢ ҲАНГОМИ НОГУЗАРОГИИ ШАДИДИ ШАРАЁНӢ

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино
МД «Маркази илмии ҷумҳуриявии ҷарроҳии дилу рагҳо»

Калимаҳои асосӣ: ногузарогии шараёнӣ, тромбоз, эмболия, ампутатсия, хатогиҳои ташхисӣ.

Дар мақола сабабҳои асосии хатогиҳои ташхисӣ ва тактикие, ки ҳангоми ташхис ва табобати беморони ногузарогии шадиди рагҳои хунгарди канорӣ роҳ дода шудааст, мавриди омӯзиш қарор гирифтааст. Таҳлили хатогиҳои муйяннамудае, ки дар марҳилаҳои гуногуни ёрии аввалияи тиббӣ ҷой дошт, аз рӯи ақидаи муаалифон имкон медиҳад, то барои табибони давраи аввалияи ёрии тиббӣ (ҷарроҳон, табибони муолиҷавӣ, кардиологҳо, асабшиносон, духтурони оилавӣ) дастурамал оиди тарзи дурусти табобати чунин беморон омода карда шавад.

УДК 61.618.11-006.2

ИКРОМОВА З.М., ХОЛОВА С.Х., ХУШВАХТОВА Э.Х., КУРБАНОВА М.Х.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

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

Проведенные исследования свидетельствуют о высокой информативности применения трансабдоминального и трансвагинального ультразвуковых исследований, цветового допплеровского картирования сосудов опухоли, определения онкомаркеров в диагностике доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников. Определение онкомаркеров СА-125 у женщин с наличием опухолевых образований яичников должно входить в обязательный мониторинг обследования с целью уточнения возможности малигнизации образований.

Ключевые слова: доброкачественные опухоли яичников, опухолевидные образования яичников, цветовое допплеровское картирование, онкомаркер Са-125.

IKROMOVA Z.M., KHOLOVA S.H., KHUSHVAKHTOVA E.KH., KURBANOVA M.KH.

MODERN RESEARCH METHODS IN THE DIAGNOSIS OF BENIGN TUMORS OF THE OVARIES IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Conducting researches are certified about high informativity of transabdominal and transvaginal ultrasonography, color flow Doppler ultrasound mapping of tumors vessels, determination of oncomarkers in diagnostics of ovarian benign tumors and tumorous formation.

This, the definition of CA-125 tumor markers in woman with ovarian tumor formations should be included in mandatory monitoring survey in gynecological hospital in order to clarify the possibility of malignancy formations.

Key words: benign tumor of ovarii, Onkomarker Ca-125, Tumor-like tissue.

Актуальность. Опухоли яичников являются часто встречающейся гинекологической патологией, занимающей второе место среди опухолей женских половых органов. По данным различных авторов, частота опухолей яичников возросла за последние 10 лет и увеличилась с 6-11% до 19-25% среди других опухолей половых органов. Доброкачественные новообразования встречаются в 75-82% случаев. Они могут возникать у женщин любого возраста, однако чаще всего в репродуктивном периоде. Почти у 60% пациенток данная группа заболеваний возникает в активном репродуктивном возрасте [1, 2, 5].

Доброкачественные опухоли яичников являются довольно распространенной патологией среди женщин, и до 11-12% чревосечений в гинекологических отделениях выполняются по поводу доброкачественных новообразований яичников или их осложнений [1, 5].

Большинство опухолей яичников доброкачественные, на их долю приходится 75-87% всех истинных опухолей яичников. Опухолевидные ретенционные образования составляют 70,9%. При этом у лиц с патологией менструальной функции риск возникновения опухолевидных образований яичников (ООЯ) возрастает в 3,4 раза, доброкачественных опухолей яичников (ДОЯ) – в 2,8 раз [2, 5, 7, 9].

Проблема диагностики и лечения опухолей и опухолевидных образований яичников сложна и чрезвычайно актуальна не только в связи с ростом частоты заболевания, но и тяжестью вызываемых ими нарушений репродуктивной и других систем организма. Эти изменения являются причиной

Икромова З.М. – ГУ ИАГиП МЗиСЗН РТ; тел.: +992988136793; e-mail: applebunafsha@mail.ru

утраты трудоспособности, что обусловливает социальный и экономический аспекты данной патологии [1, 3, 5]. Необходимость пристального внимания врачей к вопросам своевременной диагностики и лечения доброкачественных новообразований яичников обусловлена большой вероятностью их злокачественного перерождения.

Цель работы. Оптимизация методов диагностики доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования. Для реализации цели исследования проведен перспективный анализ клинико-анамнестических данных 314 пациенток репродуктивного возраста (19-45 лет, средний возраст 36,6±0,5 лет) с доброкачественными опухолями яичников (ДОЯ) и опухолевидными образованиями яичников (ООЯ), находившихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении НИИ АГиП.

Критериями включения в исследования являлись: возраст 19-45 лет; наличие клинических, эхографических и морфологических признаков доброкачественных новообразований яичников, информированное согласие женщин на участие в исследовании.

Критериями исключения из исследования являлись: наличие подозрения или подтверждения злокачественных процессов; беременность и послеродовый период; лактация; использование гормональной контрацепции и заместительной гормональной терапии в течение последних 6 месяцев.

Контрольную группу составили 24 практически здоровые женщины. Из них 9 женщинам проведено цветовое допплеровское картирование маточных и яичниковых артерий и 15 – определение концентрации онкомаркера СА -125 в крови.

В комплекс обследования включены традиционные методы клинического и лабораторного исследований: биохимические анализы крови, исследование системы гемостаза, ультразвуковое исследование органов малого таза, цветовое допплеровское картирование (ультразвуковой аппарат «LOGIK-3» (США), имеющий цветной и энергетический допплер одновременно в В-режиме и реальном масштабе времени) и определение концентрации онкомаркера СА-125 в крови. Исследования опухолевых маркеров были выполнены иммуноферментным методом с использованием иммуноферментного анализатора «Униплан-2000» и диагностических КИТ-наборов фирмы «Хема-медика» (Россия) в НИИ АГиП МЗиСЗН РТ.

Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием программы «Statistica 6.0» с определением средних значений (M), ошибки средней (m), критерия достоверности Стьюдента (t), уровня значимости (p).

Результаты и их обсуждение. В экстренном порядке госпитализировано 69 (21,9%) больных, из них 58 и 11 пациенток с диагнозом соответственно ДОЯ и ООЯ. Основными жалобами у пациенток были острые боли в животе с иррадиацией в поясницу. Боли носили приступообразный характер из-за перекрута ножки опухоли (частичного или полного) у 51 (73,9%) и разрыва капсулы опухоли – 18 (26,1%), что послужило причиной экстренной госпитализации больных. При выполнении влагалищного исследования отмечалось резко болезненное опухолевидное образование со стороны поражения придатков матки. В некоторых случаях из-за резкой болезненности в малом тазу контуры образования четко определить не удалось.

При плановой госпитализации в 95 (30,2%) случаях больные жаловались на различные типы нарушения менструального цикла. Нерезкие боли внизу живота или в пояснице отмечали 98 (31,2%) пациенток. У 52 (16,6%) женщин образования яичников обнаружены при УЗ исследовании.

В настоящее время стандартом обследования пациентов является: 1) ультразвуковое обследование трансабдоминальное и трансвагинальное с цветным допплеровским картированием; 2) определение уровня онкомаркёра СА-125 в периферической крови пациенток. Диагностика опухолей яичников с помощью цветного картирования основана на оценке визуальной картины опухолей в цвете, а также регистрация кривых скоростей кровотока в новообразованных сосудах. Ценность ЦДК в дифференциальной диагностики гинекологических заболеваний не вызывает сомнений [3, 4, 6, 8, 9].

Всем пациенткам произведено ультразвуковое исследование. Характерными двухмерными эхографческими критериями муцинозных цистаденом были большие размеры, по сравнению с другими доброкачественными новообразованиями яичников (9-20 см), наличие множественных внутренних перегородок и плотной капсулы на фоне высокой звукопроводимости мелкоточечных эхо-сигналов.

Серозные цистаденомы имели вид однокамерных образований округлой формы также высоким уровнем звукопроводимости. В отличие от ретенционных кист, характерным было наличие плотной капсулы (до 7-8 мм).

На УЗИ папиллярные цистаденомы определялись в виде одно- или многокамерных образований округлой формы с плотной капсулой и наличия пристеночных уплотнений, отражающих сосочковые разрастания.

При двухмерном сканировании зрелые тератомы имели разнообразное эхографическое строение. Акустический полиморфизм этих образований был обусловлен неодинаковым соотношением плотного и кистозного компонента опухоли. При

преобладании кистозного компонента внутренняя структура опухоли характеризовалась наличием множественных мелкоклеточных эхопозитивных сигналов на фоне высокой звукопроводимости, отражающих скопление волос и жира. Плотный компонент был представлен разрозненными эхопозитивными образованиями неправильной формы сравнительно малых размеров. Диаметр зрелых тератом колебался от 40 до 90 мм.

Эндометриоидные кисты яичников на УЗИ установлены в тех наблюдениях, когда внутри опухоли с плотной капсулой и пониженной звукопроводимости визуализировалась мелкоточечная эхопозитивная взвесь. Размеры образований колебались от 45 до 85 мм, были округлой формы и однокамерными.

Диагностика фолликулярных кист основывалась на визуализации в проекции яичника образования округлой формы с тонкими стенками (до 2 мм) и высокой звукопроводимости. Диаметр колебался от 40 до 100 мм.

По сравнению с фолликулярными, кисты желтого тела имели более плотную капсулу (4-7 мм, стенки кисты желтого тела имеют схожие эхографческие признаки со стромой яичников), также внутри образования появлялись множественные эхопозитивные сигналы различной конфигурации, отражающие геморрагическое содержимое кисты. Размеры варьировали от 30 до 80 мм.

Параовариальные кисты имели тонкие стенки и высокий уровень звукопроводимости, идентичные акустическим признакам фолликулярных кист. Яичники выявлялись в виде отдельных анатомических образований. Размеры их колебались в пределах 30-100 мм.

УЗ исследование опухолей яичников показало, что основными эхографическими признаками являются: форма образования, топография, размеры, контуры, состояние капсулы (табл. 1).

У больных в большинстве случаев доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников имели правильную форму. Неправильность контуров, ДОЯ были обусловлены наличием множественных камер у больных с муцинозными опухолями.

Таблица 1

Эхографические признаки доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников у женщин

Эхографические признаки	ДОЯ (n=155)		ООЯ (n=159)	
	абс.	%	абс.	%
Форма образования				
Правильная	128	82,6±3,04	151	94,9±1,7
Неправильная	27	17,4±3,04	8	5,03±1,7
Топография яичников				
Нарушена	87	56,1±3,9	19	11,9±2,6
Не нарушена	68	43,9±3,9	140	88,05±2,6
Размеры образования				
До 5 см	6	3,9±1,5	88	55,3±3,9
5-10 см	76	49,03±4,01	71	44,7±3,9
11-15 см	69	44,5±3,9	–	–
16 и более	4	2,6±1,8	–	–
Капсула яичника				
Не нарушена	132	85,2±2,8	153	96,2±1,5
Нарушена	23	14,8±2,8	6	3,8±1,5

Топография яичников была нарушена более чем у половины (56,1%) пациенток с доброкачественными опухолями яичников и у 43,9% женщин с опухолевидными образованиями яичников за счет наличия длинной ножки, а также спаечного процесса в малом тазу. Размеры доброкачественных опухолей яичников в 44,5% случаев колебались от 11 до 15 см. Опухолевидные образования яичников в большинство случаев (55,3%) имели размеры от 6 до 10 см.

Нарушение целостности капсулы обнаружено при ДОЯ в 14,8% и в 3,8 % при ООЯ.

Результаты эхографического, клинического обследований сопоставлялись с данными оперативного лечения. Случаи совпадения оценивались как правильные. Случаи несовпадения диагнозов делили на ложно-положительные и ложно-отрицательные. К ложно-положительным результатам относили те случаи, когда диагноз

не подтверждался при операции. К ложноотрицательным относились те случаи, когда опухоли яичников обнаруживали только во время лапаротомии или лапароскопии.

Анализируя ошибки УЗ исследования, в 5 (1,6%) случаях установлен ложно-положительный результат (табл. 2). За опухоль яичника приняты: 1 (20,0%) случай – киста сальника, эхинококк забрюшинного пространства – 1 (20,0%), субсерозный миоматозный узел – 1 (20,0%), внематочная беременность – 2 (40,0%).

Таблица 3

Ошибки при ультразвуковой диагностике опухолей яичников

Нозологии	N	M±m%
Ложно-положительный диагноз	5	1,6±0,7
Субсерозный миоматозный узел	1	20,0±17,88
Киста сальника	1	20,0±17,88
Эхинококк забрюшинного пространства	1	20,0±17,88
Старая внематочная беременность	2	40,0±21,9
Ложноотрицательный диагноз	12	3,8±1,08
Субсерозный миоматозный узел	8	66,6±13,6
Аномалия развития матки	2	16,7±0,75
Пиосальпинкс	2	16,7±0,75

Из общего числа обследованных в 12 (3,8%) случаях установлен ложноотрицательный диагноз. При этом в 8 (66,6%) случаях опухоли яичников были ошибочно приняты за субсерозную миому матки, в 2 (16,7%) случаях – за аномалию развития матки и в 2 (16,7%) за гидросальпинкс (табл. 2).

Гиперплазия эндометрия на УЗИ выявлена у 22 (7,01%) больных. Сочетание доброкачественных новообразование яичников с миомой матки и аденомиозом установлено у 42 (13,4%) и 22 (7,01%) пациенток соответственно. При трансвагинальном УЗИ в двухмерном режиме сканирования объемные образования яичников диагностированы у 297 пациенток из 314. Следовательно, чувствительность ультразвуковой диагностики патологических образований, локализованных в малом тазу, составила 94,6%.

Сопоставлением данных УЗ исследования с заключением гистологии удаленного макропрепарата установлено, что наиболее высокий процент совпадения наблюдается при зрелых тератомах – 86,4%.

Таким образом, проведенные исследования показали высокую информативность эхографии в двухмерном режиме. В последние годы с целью диагностики опухолей широко используется ультразвуковой допплеровский метод цветного картирования, позволяющий одновременно оценить направление, скорость и характер кровотока в сосудах органов малого таза.

Как известно, кровоток в доброкачественных опухолях матки и яичников представлен ветвями маточных и яичниковых артерий. Допплерометрическими характеристиками кровотока в этих сосудах являются его низкая скорость и высокие значения индекса резистентности. В настоящих исследованиях проанализированы данные допплерометрического исследования кровотока, полученные у 36 пациенток репродуктивного возраста. Из них у 18 больных были установлены доброкачественные опухоли и у 9 – опухолевидные образования яичников.

Таблица 3

Данные цветового допплеровского картирования доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников

Характер образования	n	Наличие васкуляризации		Маточная артерия		Яичниковая артерия	
		абс.	%	СДО±m	ИР±m	СДО±m	ИР±m
Контрольная группа	9	–	–	4,19±0,09**	1,93±0,09**	3,71±0,57	1,91±0,04**
ДОЯ	18	3	16,6	4,11±0,08	2,02±0,08	3,55±0,24	1,48±0,06
ООЯ	9	-	-	4,79±0,16*	2,16±0,04*	3,81±0,05	1,88±0,02*

Примечание: достоверность (p<0,01)* между показателями обследованных групп

Исследования показали, что из 18 наблюдений доброкачественных опухолей яичников в 3 (16,6%) случаях отмечались признаки васкуляризации, о чем свидетельствует обнаружение цветовых сигналов в ткани опухолей. В опухолевидных образованиях яичников признаков васкуляризации не выявлено.

У пациенток с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников показатель систоло-диастолического отношения (СДО) в маточных артериях (МА) был выше 4,0 (в контроле 4,19), в яичниковых артериях (ЯА) СДО выше 3,5 (контрольная группа – 3,71). Индекс резистентности (ИР) в МА у обеих групп больных был не ниже 1,93 (контрольная группа), в яичниковой артерии (ЯА) – не ниже 1,45. В показателях СДО маточной артерии у пациенток с ДОЯ и женщин контрольной группы статистически значимых изменений не выявлено. Однако, у женщин с ООЯ имеется достоверно высокие (p<0,01) показатели СДО, по сравнению с женщинами контрольной группы. Достоверных отличий в показателях ИР маточной артерии женщин группы контроля и пациенток с ДОЯ не установлено. При этом ИР у пациенток с ООЯ достоверно выше (p<0,01), чем у женщин контрольной группы. Достоверных изменений в показателях СДО яичниковой артерии не выявлено среди всех исследуемых групп. Показатели ИР яичниковой артерии достоверно были выше (p<0,01) у пациенток ООЯ и женщин группы контроля, в сравнении с показателями при ДОЯ. Несмотря на статистически значимые изменения в показателях СДО и ИР между группами, эти данные находились в пределах нормативных данных.

В последнее десятилетие в лабораторную практику прочно вошли методы иммуноанализа, позволяющие определить специфические белки, синтезируемые опухолями различного генеза, так называемые опухолевые маркеры. При сравнительном исследовании трех маркеров рака яичников – СА-125, СА 19-9 и СЕА – наилучшим оказался СА 125 [6, 8,10].

Проведено исследование опухолевого маркёра СА-125 в сыворотке крови у 32 женщин репродуктивного возраста с различными гистотипами опухолей, поступивших в гинекологическое отделение ТНИИ АГиП на обследование перед оперативным лечением. Из 32 женщин основной группы у 21 были доброкачественные опухолии в 11 случаях – опухолевидные образования яичников (табл. 4).

Таблица 4

Средняя концентрация антигена СА-125 в сыворотке крови у больных с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников

Характер образования	СА-125, МЕ/мл
Контрольная группа (n =15)	9,7±0,91*
ДОЯ (n =21)	15,45±1,97*
ООЯ (n =11)	13,01±1,05

Примечание: достоверность (p<0,01)* между показателями обследованных групп

Установлено, что у практически здоровых женщин содержание СА-125 в сыворотке крови определялось в пределах 9,7±0,91 МЕ/мл, причем у большинства обследуемых концентрация Са-125 не превышала 10 МЕ/мл. Увеличение концентрации выше 35 МЕ/мл в контрольной группе не отмечалось.

В группе больных с ДОЯ концентрация СА-125 в сыворотке крови колебалась от 3,0 МЕ/мл до 44,906 МЕ/мл (1 случай), в среднем этот показатель составил 15,45±1,97 МЕ/мл и был достоверно (p<0,01) выше, чем в контрольной группе. Только в 1 случае имело место СА-125 больше 35 МЕ/мл. У этой пациентки сопутствующей патологией была гиперплазия эндометрия и дисгормональное заболевание молочных желёз.

Концентрация СА-125 в группе обследованных опухолевидными образованиями яичников колебалась от 5,9 МЕ/мл до 34,2 МЕ/мл, в среднем составляя 13,01±1,05 МЕ/мл.

Результаты исследования показали отсутствие злокачественного процесса в яичниках при сопоставлении показателей концентрации онкомаркера СА-125 в крови у пациенток с данными патоморфологического заключения операционного материала.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о высокой информативности ультразвукового исследования органов малого таза в двухмерном режиме, цветового допплеровского картирования сосудов органов гениталий, определения онкомаркеров в диагностике доброкачественных новообразовании яичников. Определение онкомаркеров СА-125 в крови у женщин с наличием опухолевых образований яичников должно входить в обязательный мониторинг обследования в гинекологическом стационаре с целью уточнения возможности малигнизации образований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований женской половой сферы // Онкогинекология.- 2012.-№ 1.-С. 18–24.
2. Борисова Е.А., Пашов А.И., Буланов М.Н. Современное состояние проблемы дифференциальной диагностики опухолей яичников // Сибирское медицинское обозрение. – 2014.- № 6.- С. 17
3. Буланов М.Н. Ультразвуковая гинекология.– М.: Видар, 2010. – Т. 2. – 306 с.
4. Шевченко В.Е., Арноцкая Н.Е., Погосян Н.Р., Иоселиани О.Г. Диагностика низкомолекулярный протеом плазмы крови - источник биомаркеров для дифференциальной диагностики рака яичников // Женская репродуктивная система.- 2014. - №3.- С. 55
5. Гатаулина Р.Г., Терёшин А.Т., Сосновский И.Б. Добракачественные опухоли и опухолевидные образование / под ред. Г.М. Савельевой.- Краснодар, 2013.- 46 с.
6. Камышников В.С. Онкомаркеры: методы определения, референтные значения, интерпретация тестов: справочник. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 120 с.
7. Ergun B. et al. Changes in Markers of Ovarian Reserve After Laparoscopic Ovarian Cystectomy //J. Minim Invasive Gynecol. 2015. - № 6. – P. 20
8. Fischerova D. Ultrasound scanning of the and abdomen for staging of gynecological tumors: a review // Ultrasound Obstetrics Gynecol. – 2011. –Vol. 38. – P. 246-266.
9. Pervyi V.S., Sukhoy V.F. Tumor markers. Clinical Diagnostic Handbook. – Rostov on D: Phoenix, 2012. – 126 p.

ИКРОМОВА З.М., ХОЛОВАС.Х., ХУШВАХТОВА Э.Х., ҚУРБОНОВА М.Х.

УСУЛҲОИ МУОСИРИ ТАДҚИҚОТӢ ДАР ТАШХИСИ ОМОСҲОИ ХУШСИФАТИ ТУХМДОНИ ЗАНОНИ СИНИ РЕПРОДУКТИВӢ

МД Пажӯҳишгоҳи акушерї, гинекологї ва перинатологии Тоҷикистон

Калимаҳои калидӣ: омосҳои хушсифати тухмдонҳо, бемориҳои омосмонанди тухмдонҳо, онкомаркёри Са-125.

Бо мақсади муайян намудани имконияти малегнизитсияшавии бемориҳои омосмонанди тухмдонҳо, муайян намудани маркёри СА-125 дар занҳои дорои бемориҳои омосмонанди тухмдонҳо, бояд ба муоинаи ҳатмӣ дар табобатгоҳи гинекологӣ дохил шавад.

Тадқиқотҳои гузаронидашуда аз маълумотдиҳии баланди муоинаи трансабдоминалӣ ва трансвагиналӣ, доплерометрияи рагҳои омос,муайян намудани онкомаркёрҳо ва дар ташхис намудани бемориҳои омосмонанди тухмдон шаҳодат медиҳад.

УДК 616.248-053.2

ИСМОИЛОВ К.И., ШАРИПОВА М.М.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

В работе представлены результаты исследования 43 детей с бронхиальной астмой (БА). Нарушение систолической функции желудочков у детей с БА в период обострения характеризуется формированием гиперкинетического синдрома (56,7%) с различными вариантами клапанной дисфункции (23,2%). У детей, страдающих БА более 6 лет, в 12% случаев выявляются изменения диастолической функции левого и правого желудочков по типу «замедленной релаксации».

Толерантность к физической нагрузке у больных старшего возраста (12-14 лет) оказалась существенно ниже, чем у детей дошкольного и младшего школьного возрастов.

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, сердце, физическая работоспособность, систолическая и диастолическая функция.

ISMOILOV K.I., SHARIPOVA M.M.

PECULIARITIES OF MORPHOMETRIC AND FUNCTIONAL PARAMETERS OF HEART IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA

This paper presents the results of a study of 43 children with bronchial asthma. Systolic ventricular function disorders in children with bronchial asthma during the period of exacerbation is characterized by the formation of hyperkinetic syndrome (56,7%) with different variations of valve dysfunction (23,2%). In children suffering from bronchial asthma for over 6 years, in 12 % of cases was found changes in diastolic function of the left and right ventricles of "delayed relaxation» type.

Exercise capacity in patients of older age (12-14 years old) was significally lower, than in children of preschool and primary school age.

Key words: bronchial asthma, children, heart, physical performance, systolic and diastolic function.

Актуальность. Одним из наиболее распространённых заболеваний лёгких, представляющим значительную проблему, является бронхиальная астма (БА). Обращает на себя внимание наметившаяся неблагоприятная тенденция: рост заболеваемости бронхиальной астмой, в том числе и в детской популяции. Социальная значимость бронхиальной астмы (БА) определяется не только её лидирующей позицией среди хронической бронхолёгочной патологии, но и тенденцией к увеличению распространенности в детском и подростковом возрастах. Распространённость БА среди детей в разных странах варьирует от 1,5% до 10% [1-3]. Расхождения с данными официальной статистики по обращаемости и результатами эпидемиологических исследований связаны с гиподиагностикой БА в различных возрастных группах. Болезнь может начаться в любом возрасте. У 50% больных детей симптомы развиваются к 2 годам, у 80% – к школьному возрасту [4-6]. Вовлечение сердечно-сосудистой системы в патологический процесс при бронхиальной обструкции является патогенетически обусловленным и во многом определяющим тяжесть течения и прогноз заболевания [7, 8]. В то же время, несмотря на очевидную значимость, данный аспект проблемы не подвергался специальному скрупулезному изучению.

Исмаилов К.И. – зав. кафедрой детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино; e-mail: IsmoilovK.I@mail.ru

Цель исследования. Изучение морфометрических и функциональных параметров сердечно-сосудистой системы у детей с бронхиальной астмой.

Материал и методы исследования. В настоящей работе представлены результаты исследования 43 детей с БА в возрасте от 5 до 14 лет. Из них мальчиков – 23 (53,5%), девочек – 20 (46,5%). Обследуемые проходили лечение в пульмонологическом отделении НМЦ РТ. В зависимости от возраста дети были разделены на 2 группы: 1 – дети от 5 до 10 лет (всего 29), 2 – дети 11-14 лет (всего 14). Контролем служили 30 здоровых детей соответствующего возраста, из них 18 – от 5 до 10 лет и 12 детей 11-14 лет.

Ультразвуковое исследование сердца проводилось на приборе Vivad 3 (General Electric, США), с секторным датчиком 2,5-5,0 МГц в двумерном М-режиме, импульсноволновом и цветовом вариантах допплерометрии, с применением стандартных трансторакальных доступов по общепринятым методикам. Все планиметрические измерения производили по общепринятым методикам с последующей интерпретаций по центильным нормативным таблицам.

Определяли конечный систолический и диастолический размеры левого желудочка (КСР, КДР), толщину межжелудочковой перегородки, задней стенки левого желудочка в диастолу (МЖП, ЗСЛЖ), толщину передней стенки правого желудочка (ТПЖ), размеры левого и правого предсердий (ЛП, ПП), диаметры корня аорты и легочного ствола (Ао, ЛА). Для оценки общей сократимости миокарда желудочков использовали расчет фракции выброса (ФВ) по формуле Teichgolz в М-режиме:

$$ФВ = (КДО-КСО)/КДО$$

где: КДО - конечный диастолический объём, КСО - конечный систолический объём.

Оценка диастолической функции (ДД) желудочков производилась при частоте синусового ритма, позволяющей идентифицировать два пика движения клапанных створок. Контрольный объём (PW) устанавливался последовательно на уровень концов створок митрального и трикуспидального клапанов в апикальной четырехкамерной позиции, измеряя следующие показатели: максимальную скорость раннего диастолического наполнения (пик Е), скорость предсердного наполнения (пик А), соотношение величин Е/А, время замедления раннего диастолического наполнения (DT), время изоволюметрического расслабления (IWRT). В зависимости от полученных результатов изучали варианты диастолической дисфункции (ДД). В качестве критерии ДД типа «замедленная релаксация» использовали величину соотношения Е/А меньше 1, удлинение IWRT более 110 мс. Переходный – «псевдонормальный» – тип ДД определяли по увеличению значений скорости пика Е, уменьшению показателя пика А, увеличению соотношение Е/А больше 1,6, укорочению IWRT меньше 70 мс и время DT меньше 150 мс. Второй – «рестриктивный» – тип ДД устанавливали при сокращении показателя IWRT меньше 60 мс, повышении пика Е и снижении А, увеличении соотношения Е/А больше 2, сокращении времени DT меньше 150 мс. Для оценки уровня физической работоспособности, как интегрального показателя функциональных возможностей организма и, в первую очередь, сердечно-сосудистой системы обследовали детей с БА в постприступном и в межприступном периодах, с использованием теста PWC 170.

Полученные результаты обработаны с помощью программы Statistica 6.0. При нормальном распределении достоверность различий вычисляли по критерию Стъюдента ($p<0,05$), в остальных случаях использовали непараметрический метод Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение Анализ показателей систолической функции левого желудочка показал, что на фоне обострения БА у детей 5-10 лет регистрируется увеличение показателей сердечного выброса (табл. 1). Однако, эти изменения не были достоверными в сравнении с группой контроля ($p>0,05$), за исключением ЧСС ($P<0,05$). У детей в период обострения заболевание сопровождается отчетливым формированием гиперкинетического синдрома в виде достоверно значимого прироста МОК, ЧСС, ФВ, что подтверждает известный факт симпатической активации в приступном периоде БА [6]. Исследование внутрисердечной гемодинамики выявило наличие клапанной дисфункции преимущественно в группе 11-14 лет. Регургитация 1-2 степеней на трикуспидальном и легочном клапанах регистрировалась в 20 случаях (46,5%), что достоверно чаще ($P<0,05$), чем в младшей группе.

Показатели диастолической функции характеризовались значительным диапазоном колебаний значений скорости кровотока на створчатых и полулунных клапанах у всех пациентов в периоде обострения БА. Сравнительный анализ показателей трансмитрального потока достоверных различий в группах здоровых и больных детей не выявил, что свидетельствует о сохранении «активных» и «пассивных» эластических свойств миокарда, обеспечивающих адекватную релаксацию ПЖ в периоде обострения заболевания. Обращало на себя внимание то, что при обострении БА отношение допплерометрических скоростей Е/А на МК превышало 1,0, достигая в ряде случаев величины 1,4. У четырех детей 11-14 лет, стаж заболевания которых варьировал в пределах 6-9 лет, выявили

формирование ДД левого желудочка по типу «замедления релаксации». Оценка показателей транстрикуспидального потока показала достоверное повышение скорости позднего диастолического потока на ТК у пациентов с БА (ТК А=0,59±0,02 м/с), по сравнению с контрольной группой (ТК А=0,49±0,02 м/с, р<0,001), что говорит о значительном увеличении нагрузки на ПЖ в приступном периоде заболевания, предрасполагающей к снижению эластических свойств миокарда ПЖ. У 18 пациентов коэффициент ТК Е/А не превышал 0,9, причем большинство из них испытывали тяжелое удушье (46,0%) или приступ средней степени тяжести (23,0%). Подтверждением этому является достоверно значимое отличие значений Е/А на ТК в группах больных и контрольной группе (р<0,001), причем выявлена тенденция к снижению этого показателя при увеличении тяжести состояния больного [ТК Е/А в первой группе – 1,30±0,35, тогда как в контрольной группе – 1,56±0,27 (р<0,001) и ТК Е/А во второй группе – 1,39±0,4, а в контрольной группе – 1,65±0,35 (р=0,018)].

Таблица 1

Функциональное состояние желудочков сердца у детей с бронхиальной астмой (M±Std.Err.)

Параметры	Контрольная, 1-группа	Больные 1-группа	P	Контрольная, 2-группа	больные 2-группа	P
УО, мл	43,59±2,59	47,60±4,29	0,416	57,80±2,67	61,97±2,92	0,336
ЧСС	86,12±5,87	114,94±6,4	0,038	75,04±5,87	96,45±3,46	0,041
МОК, л/мин	4,12±0,38	4,19±0,26	0,869	4,32±0,17	7,72±0,71	0,036
ФВ,%	70,80±1,89	72,67±1,28	0,426	65,21±1,12	69,10±1,55	0,044
ФУ,%	40,05±1,60	41,73±1,20	0,435	38,80±1,29	35,85±0,99	0,075
ЛА, м/с	0,78±0,02	0,79±0,01	0,122	0,86±0,02	0,89±0,02	0,122
МК Е, м/с	0,82±0,02	0,86±0,03	0,056	0,92±0,02	0,97±0,02	0,056
МК А, м/с	0,52±0,02	0,51±0,01	0,169	0,53±0,02	0,55±0,01	0,169
МК Е/А	1,31±0,05	1,35±0,04	0,701	1,33±0,05	1,31±0,04	0,701
ТК А, м/с	0,38±0,02	0,48±0,02	0,001	0,49±0,02	0,59±0,02	0,001
ТК Е/А	1,42±0,05	1,22±0,03	0,001	1,59±0,06	1,31±0,04	0,001

Примечание: Р – статическая значимость различий, оцененная с помощью U критерия Манна-Уитни

Показатели диастолической функции характеризовались значительным диапазоном колебаний значений скорости кровотока на створчатых и полулунных клапанах у всех пациентов в периоде обострения БА. Сравнительный анализ показателей трансмитрального потока достоверных различий в группах здоровых и больных детей не выявил, что свидетельствует о сохранении «активных» и «пассивных» эластических свойств миокарда, обеспечивающих адекватную релаксацию ПЖ в периоде обострения заболевания. Обращало на себя внимание то, что при обострении БА отношение допплерометрических скоростей Е/А на МК превышало 1,0, достигая в ряде случаев величины 1,4. У четырех детей 11-14 лет, стаж заболевания которых варьировал в пределах 6-9 лет, выявили формирование ДД левого желудочка по типу «замедления релаксации». Оценка показателей транстрикуспидального потока показала достоверное повышение скорости позднего диастолического потока на ТК у пациентов с БА (ТК А=0,59±0,02 м/с), по сравнению с контрольной группой (ТК А=0,49±0,02 м/с, р<0,001), что говорит о значительном увеличении нагрузки на ПЖ в приступном периоде заболевания, предрасполагающей к снижению эластических свойств миокарда ПЖ. У 18 пациентов коэффициент ТК Е/А не превышал 0,9, причем большинство из них испытывали тяжелое удушье (46,0%) или приступ средней степени тяжести (23,0%). Подтверждением этому является достоверно значимое отличие значений Е/А на ТК в группах больных и контрольной группе (р<0,001), причем выявлена тенденция к снижению этого показателя при увеличении тяжести состояния больного [ТК Е/А в первой группе – 1,30±0,35, тогда как в контрольной группе – 1,56±0,27 (р<0,001) и ТК Е/А во второй группе – 1,39±0,4, а в контрольной группе – 1,65±0,35 (р=0,018)].

При оценке состояния малого круга кровообращения немаловажное значение имеет определение скорости кровотока и давление в ЛА. Диагностически значимым гемодинамическим признаком легочной гипертензии является повышение среднего давления в ЛА свыше 25 мм рт.ст.

[6]. У больных в периоде обострения заболевания этот показатель не имел достоверных отличий от контрольной группы, и их средние значения составили 6,246±2,95 мм рт.ст. В то же время у 14 пациентов в возрасте 11-14 лет скорости максимального кровотока на ЛА превышали таковые в контрольной группе. Это имело патогенетическое обоснование: у пациентов с бронхообструкцией в гиповентилируемых участках легких возникает гипоксическая вазоконстрикция, которая приводит к повышению сопротивления в легочных сосудах. Гипертонус легочных сосудов является главным фактором, определяющим развитие легочной гипертензии. Повышение скорости кровотока, а, соответственно, и давления в ЛА приводят к систолической перегрузке и нарушению диастолической функции ПЖ.

При исследовании физической работоспособности по тесту PWC 170 обнаружено значительное снижение как абсолютных, так и относительных величин PWC 170 у всех больных, по сравнению с контрольной группой (табл. 2).

Таблица 2

Физическая работоспособность у детей с бронхиальной астмой

Группы	**PWC 170 кгм/мин**	**PWC 170 кгм/мин/кг**	**PWC 170 кгм/мин/м²**
Контрольная группа	565,3±36,0	15,45±0,47	450±17,91
I-группа (Постприступный период)	208,83±24,58*	6,61±0,49*	180,6±13,66*
I-группа (межприступный период)	286,29±39,93*'**	9,01±0,81*'**	248,37±23,83*'**
II-группа (постприступный период)	175,8±10,83*	6,71±0,82*	170,5±14,68*
II-группа (межприступный период)	241,0±37,19*'**	7,75±0,59*'**	208,9±19,68*'**

Примечание: * – достоверность разницы по сравнению с контрольной группой;
**– достоверность разницы в зависимости от периода заболевания.

Дети в приступном периоде при всех формах БА не смогли выполнять нагрузочную пробу. Сопоставление показателей у детей I группы в постприступном и межприступном периодах выявило статистически достоверную разницу относительных величин PWC 170 между ними (P<0,05).

При сравнении показателей PWC 170 у детей II группы в постприступном и межприступном периодах отмечено существенное снижение абсолютных и относительных величин PWC 170 у первых, а сравнение изучаемых параметров физической работоспособности в межприступном и постприступном периодах обнаружило достоверную разницу абсолютной величины PWC 170 между ними (P<0,01).

Таким образом, проведенные нами эхокардиографические исследования показали, что у детей в различные периоды бронхиальной астмы, особенно в приступном периоде, наблюдается тенденция к изменению морфометрических и функциональных параметров сердца. Интенсивность и частота этих нарушений более выражены у детей второй группы, т.е., в возрасте от 11 до 14 лет. Кроме того, установлено снижение толерантности к физической нагрузке у детей при БА по тесту PWC 170. Корреляционный анализ обнаружил существенную корреляционную связь абсолютных и относительных значений PWC 170 с показателями гемодинамики. Так, коэффициент корреляции между PWC 170 и МОК равнялся 0,52. Также выявлена высокая положительная корреляционная связь PWC 170 с СОК (r=0,56).

Выводы

1. Нарушение систолической функции желудочков у детей с БА в период обострения характеризуется формированием гиперкинетического синдрома (56,7%) с различными вариантами клапанной дисфункции (23,2%).

2. У детей, страдающих БА более 6 лет, в 12% случаев выявляются изменения диастолической функции ЛЖ и ПЖ по типу «замедленной релаксации», которые выражаются в постепенном перераспределении трансмитрального и транстрикуспидального потоков в пользу фазы систолы предсердий, увеличении времени изометрического расслабления.

3. Тестом PWC 170 обнаружено резкое снижение физической работоспособности у всех обследованных больных с БА. Толерантность к физической нагрузке у больных старшего возраста оказалась существенно ниже, чем у детей дошкольного и младшего школьного возрастов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». -М.: Оригинал-макет, 2012.- 184 с.

2. Баранов А.А. Детские болезни.- М., 2009.- 1080 с.

3. Баранов В.Л., Харитонов М.А., Хрусталева М.И. Сравнительная характеристика допплерографических исследований в оценке диастолической функции больных бронхиальной астмой // Пульмонология.-2008.- № 2.- С.20-24.

4. Ультразвуковое исследование сердца и сосудов/под ред. О.Ю. Атьюкова.- М.:Эксмо, 2009.- 398 с.

5. Воробьев А.С. Амбулаторная эхокардиография у детей: руководство для врачей.– СПб.: СпецЛит, 2010.– 543 с.

6. Лебеденко А.А., Семерник О.Е. Нейрогуморальные аспекты обострения бронхиальной астмы у детей //Пульмонология.- 2013.- №5.- С. 36-39.

7. Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика: национальная программа; 4-е изд., испр. и доп.- М.: Атмосфера, 2012.- 108 с.

8. Вишнева Е.А., Намазова-Баранова Л.С., Алексеева А.А. Детская астма: ключевые принципы достижения контроля на современном этапе // Педиатр. фармакология.- 2013.- Т. 10, № 4.- С. 1-12.

ИСМОИЛОВ К.И., ШАРИПОВА М.М.

ХУСУСИЯТҲОИ МОРФОМЕТРӢ ВА ФУНКСИОНАЛИИ ПАРАМЕТРҲОИ ДИЛИ КӮДАКОНИ ГИРИФТОРИ АСТМАИ БРОНХИАЛӢ

Кафедраи беморихои кӯдаконаи №2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: астмаи бронхиалӣ, кӯдакон, дил, қобилияти кори ҷисонӣ, вазифаи систоликӣ ва диастолкӣ.

Дар кори пешниҳодгашта натиҷаи таҳлили 43 кӯдаки дорои астмаи бронхиалӣ оварда шудааст. Вайроншавии вазифаи систоликии меъдачаҳои дили кӯдакони мубталои ин беморӣ, дар марҳилаи хуруҷ ба намуди синдроми гиперкинетикӣ (56,7%) ва бо намудҳои гуногуни дисфунксияии дарғотӣ (23,2%) ифода меёбад. Кӯдаконе, ки зиёда аз 6 сол ба астмаи бронхиалӣ гирифторанд, дар 12% ҳолатҳо тағйиротҳои диастоликии вазифаи меъдачаи чап ва рост ба намуди "релаксатсияи суст" ба қайд гирифта мешавад.

Устуворӣ ба сарбории ҷисмонӣ дар наврасон (12-14 сола) нисбат ба кӯдакони сини то мактабӣ ва аввали мактабӣ нисбатан кам ба қайд гирифта шуд.

УДК 616.36-008.5:591.4:616-092.4

КАДЫРОВ Д.М., ВОСИЕВ А.С.

ЗНАЧЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ЧРЕСКОЖНОЙ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» АМН МЗиСЗН РТ
Отделение печеночной хирургии ГКБ СМП, Душанбе

Представлен сравнительный анализ результатов традиционных одноэтапных и двухэтапных операций с применением чрескожного билиарного дренирования под контролем УЗИ при механической желтухе. Традиционные операции сопровождались высокой частотой послеоперационных осложнений (30,0%) и летальности (8,0%), основной причиной которых являлась гепатоцеребральная недостаточность. Двухэтапные операции применялись при механической желтухе B и C. Предварительное чрескожное билиарное дренирование способствовало регрессии гепатодепрессии, позволяя снизить риск второго этапа операции, что привело к снижению частоты послеоперационных осложнений (11,3%) и летальности (1,6%).

Ключевые слова: механическая желтуха, хирургическое лечение, миниинвазивная технология, чрескожное биллиарное дренирование, двухэтапная хирургическая тактика.

KADYROV D.M., VOSIEV A.S.

SIGNIFICANCE OF THE PRELIMINARY PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC DECOMPRESSION OF BILE DUCTS IN MECHANICAL JAUNDICE

The paper presents comparative analysis of the results of traditional single-stage and two-stage operations with the application of percutaneous biliary drainage under control of Ultrasound in mechanical jaundice. Traditional surgeries were accompanying by a high rate of postoperative complications (30,0%) and mortality (8,0%), the main reason of which was hepatocerebrae insufficiency. Two-stage surgeries were conducted in mechanical jaundice of B and C. Preliminary percutaneous biliary drainage caused decrease of hepatodepression, allowing to reduce risk of the second stage of surgery, which decreased the rate of postoperative complications (11,3%) and mortality (1,6%).

Key words: mechanical jaundice, surgical treatment, minimally invasive technology, percutaneous biliary drainage, two-stage surgical tactics.

Актуальность. Диагностика и лечение больных с механической желтухой (МЖ) является актуальной проблемой билиарной хирургии. Развитие механической желтухи как при желчнокаменной болезни, так и опухолевых поражениях билиарно-панкреато-дуоденальной зоны значительно повышает риск операции и делает её результаты непредсказуемыми [1].

Механическая желтуха вызывает грубые функциональные изменения в печени, почках, способствует снижению барьерной функции желудочно-кишечного тракта, вызывает подавление иммунной функции и механизмов гемостаза, угнетение метаболической активности печени [1, 2]. Выполнение оперативных вмешательств на высоте желтухи увеличивает риск послеоперационных осложнений и сопровождается высокой послеоперационной летальностью [1, 2].

Кадыров Д.М. – зав. отделом желудочно-кишечной патологии и абдоминальной хирургии ГУ «Институт гастроэнтерологии» АМН МЗ Республики Таджикистан, д.м.н.; 734064, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Маяковского – 2; e-mail: gastrotj@yandex.ru

В настоящее время общепризнана целесообразность двухэтапного хирургического лечения МЖ, на первом этапе которого выполняется разрешение МЖ миниинвазивными способами. Такая тактика лечения позволяет добиться уменьшения количества послеоперационных осложнений и снижения уровня общей летальности. При этом основная цель стартовых минимально инвазивных вмешательств – подготовить пациента к основному этапу – радикальному устранению причины МЖ.

Однако, на периферии основным методом лечения больных механической желтухой, как доброкачественного, так и опухолевого генеза, остаётся традиционное хирургическое вмешательство. При этом послеоперационная летальность среди больных с неопухолевой желтухой составляет 5,6-10,3%, а у больных опухолевой желтухой – 10,6-25,7% [2, 3, 4].

Цель исследования. Сравнительное изучение непосредственных результатов традиционных одноэтапных и двухэтапных операций с применением предварительного чрескожного билиарного дренирования при механической желтухе.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах изучения клинико-лабораторных данных, полученных при обследовании и лечении 178 больных с механической желтухой доброкачественной и опухолевой природы в хирургическом отделении клиники Института гастроэнтерологии АМН и отделении печеночной хирургии ГКБ СМП г. Душанбе с 2010 по 2016 г.

В зависимости от этапности хирургического лечения все пациенты были распределены на три группы. В основную группу (в дальнейшем первая группа) включены 62 больных, у которых применялась двухэтапная тактика хирургического лечения, на первом этапе проводилось чрескожное чреспеченочное дренирование билиарного тракта под контролем УЗИ, а на втором – радикальное устранение причины механической желтухи путём лапаротомии. Средний возраст больных составил 59,4±2,1 лет. Билирубинемия – от 243 до 389 ммоль/л.

В группу сравнения (в дальнейшем вторая группа) включены 100 больных МЖ, у которых после установления причины механической желтухи тем или иным путём выполнялись традиционные одноэтапные операции. Средний возраст больных составил 57,6±19 лет. Билирубинемия – от 60 до 375 ммоль/л.

Сопутствующие заболевания, отягощающие тяжесть состояния больных и влияющие на исход операции, имели место у 29 (46,9%) больных первой и 36 (36%) больных второй группы.

Отдельную группу составили 16 больных с МЖ классов В и С, имеющих крайне высокий операционно-анестезиологический риск из-за сопутствующих заболеваний или неоперабельности опухоли, у которых чрескожное билиарное дренирование явилось окончательным способом устранения механической желтухи. Средний возраст больных составил 67,6±21 лет. Билирубинемия – от 200 до 375 ммоль/л. Сопутствующие заболевания, делающие крайне рискованными выполнение какого-либо оперативного вмешательства, имели место у всех больных этой группы.

После декомпрессии желчевыводящих путей динамику восстановления функциональной активности печени и почек оценивали по биохимическим показателям крови: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, остаточный азот, креатинин, общий белок. Снижение уровня билиарной гипертензии контролировалось с помощью холангиоманометрии, проводимой водяным манометром Вальдмана.

Оценка степени тяжести МЖ проводилась по классификации Э.И.Гальперина (2012) [3], согласно которой изменения по каждому признаку оцениваются в баллах от одного до трёх (табл. 1). По тяжести механической желтухи больные первой группы превосходили больных второй группы.

Таблица 1

Распределение больных по степени тяжести механической желтухи

Тяжесть МЖ	I группа	II группа	III группа
Класс А	–	18(18,0%)	1(6,2%)
Класс В	16 (25,8%)	54(54,0%)	3 (18,8%)
Класс С	46 (74,2%)	28(28,0%)	12(75%)
Всего	62	100	16

Показаниями к чрескожным чреспечёночным декомпрессивным вмешательствам считали: обтурационную желтуху опухолевого генеза независимо от уровня блокады, холедохолитиаз (не устраненный эндоскопически) и доброкачественные стриктуры жёлчных протоков в области ворот печени.

Чрескожную холецисто- или холангиостомию выполняли под ультразвуковым контролем и флюороскопией по модифицированной методике Сельдин-

гера или с помощью стилет-катетера. Ультразвуковое исследование позволяет определить уровень, а нередко и причину окклюзии, выбрать метод чрескожного дренирования и безопасную траекторию пункции.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 6,0. Полученные результаты считались статистически значимыми при значениях $p < 0,05$ [1].

Результаты и их обсуждение. Причинами развития механической желтухи у рассматриваемых групп больных были следующие заболевания (табл. 2).

Таблица 2

Причины механической желтухи

Название заболевания	I группа	II группа	III группа
Холедохолитиаз	11	21	2
Холедохолитиаз + стеноз БДС	6	16	–
Стеноз БДС	–	9	–
Киста холедоха	–	2	–
Рубцовая стриктура гепатикохоледоха	3	1	–
Рак головки поджелудочной железы	26	30	5
Рак большого дуоденального сосочка	9	17	2
Опухоль Клацкина	7	4	7
Всего	62	100	16

Больным второй группы были выполнены следующие одномоментные традиционные операции (табл. 3).

После традиционных операций осложнения наблюдались у 30 (30,0%) больных, в том числе печеночная дисфункция – у 9, печёночно-почечная недостаточность – у 11 из них. Осложнения технического характера отмечены у 10 больных. В связи с осложнениями релапаротомия выполнена у 5 больных. Летальные исходы наблюдались у 8 (8,0%) оперированных. Причиной летальных исходов у 6 больных явилась печеночная кома и полиорганная недостаточность.

Таблица 3

Методы традиционных операций, выполненных у больных второй группы

Метод операции	Число набл.	Осложнения	Летальность
ХЭ+ХЛТ+НД	30	7	2
ХЭ+ХЛТ+ХДА	11	4	–
ХЭ+ХТ+ХДА	9	2	1
ХЭ+ХЛТ+ТПСТ	2	1	–
ГЕС по Ру	4	3	1
Хц ЕС	40	13	4
Бужирование опухоли с НД	4	1	–
Всего	100	30 (30,0%)	8 (8,0%)

Примечание: ХЭ – холецистэктомия, ХЛТ – холедохолитотомия, ХТ – холедохотомия, НД – наружное дренирование, ХДА – холедоходуоденостомия, ТПСТ – трансдуоденальная папиллотомия, ГЕС – гепатикоеюностомия, ХцЕС – холецистоеюностомия

Изучена связь летальных исходов после традиционных операций с тяжестью МЖ (табл. 4). Как следует из таблицы, послеоперационная летальность наблюдалась у больных МЖ классов В и С, и она возрастала в последующем классе тяжести почти в 3 раза.

Таблица 4

Летальность больных после традиционных операций в зависимости от класса тяжести МЖ

Класс тяжести МЖ	Число больных	Летальность	p
A	18	-	–
B	54	3 (5,6%)	< 0,05
C	28	5 (14,3%)	< 0,05
Всего	100	8 (8,0%)	

У больных первой группы на первом этапе проводилось чрескожно-чреспеченочное дренирование билиарного тракта под контролем УЗИ, а на втором - радикальное устранение причины МЖ путем лапаротомии.

У 16 больных третьей группы с механической желтухой классов B и C, имеющих крайне высокий операционно-анестезиологический риск из-за сопутствующих заболеваний или неоперабельности опухоли, чрескожное билиарное дренирование явилось окончательным способом устаранения механической желтухи. Они были выписаны домой после снижения желтухи и устранения интоксикации с функционирующей наружной холангиостомией.

Выбор способа декомпрессии зависит от уровня блока жёлчных протоков, степени их расширения, размеров и положения жёлчного пузыря, наличия или отсутствия безопасного доступа к внутрипечёночным протокам. У 23 больных была применена холангиостомия (ЧЧХС) (рис. 1), у 55 – холецистостомия (ЧЧХцС) (рис. 2). При функционирующем жёлчном пузыре, как правило, выполняли холецистостомию, а при блокаде выше пузырного протока или отсутствии (или нефункционирующем) желчного пузыря – холангиостомию.

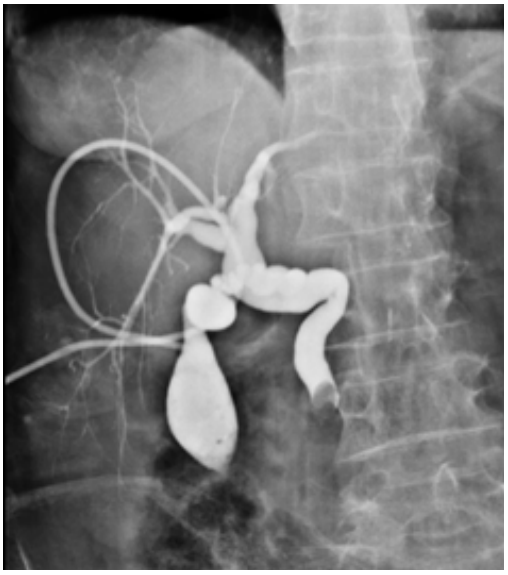


Рис. 1. Холецистохолангиография через дренаж после ЧЧХцС. Вклинившийся камень дистального отдела холедоха

Рис. 2. Холангиография через дренаж после ЧЧХС (катетер в леводолевом протоке). Холедохолитиаз

После декомпрессии жёлчных путей содержание билирубина, активности трансаминаз и щелочной фосфатазы плавно снижались, причём после ЧЧХС темпы снижения билиарной гипетензии и билирубина были выше, чем после ЧЧХцС.

С целью профилактики прогрессирования печёночной недостаточности у больных с длительной и интенсивной желтухой выполняли дозированную декомпрессию в течение 24-72 ч в зависимости от длительности желтухи, уровня начальной гипертензии и билирубинемии, под контролем манометрии. Давление в жёлчных протоках снижали равномерно во времени с одномоментными перепадами не более 10 мм водн.ст. (рис. 3).

После ЧЧХцС темпы снижения билиарной гипертензии и механической желтухи зависят

от диаметра пузырного протока. Поскольку он у подавляющего большинства больных недостаточно широк, поэтому при ЧЧХцС, как правило, происходит дозированная декомпрессия билиарного тракта, поэтому риск возникновения печёночной недостаточности минимален. Однако этот фактор в ряде случаев может быть причиной недостаточной декомпрессии билиарного тракта с прогрессированием печёночной недостаточности.

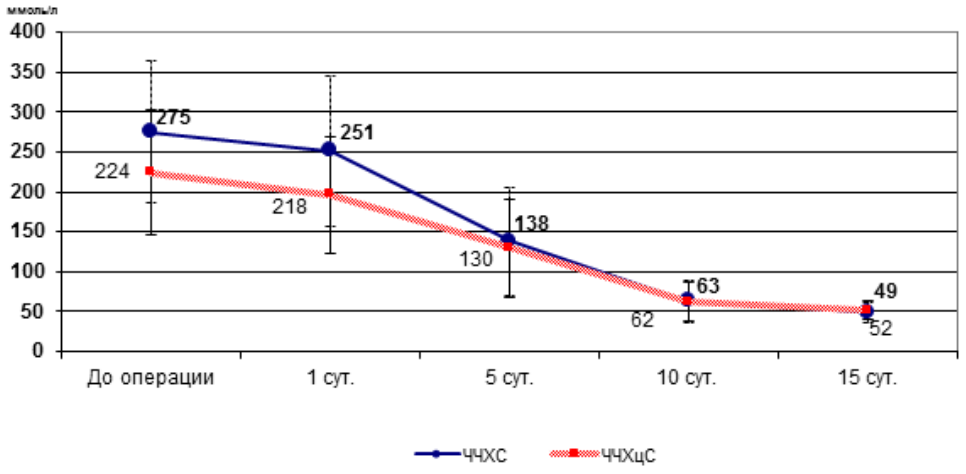


Рис 3. Динамика изменений уровня общего билирубина при использовании ЧЧХС и ЧЧХцС (разница между группами достоверна – p < 0,05)

Применение предварительной билиарной декомпрессии у больных с МЖ классов В и С приводит к компенсации их состояния. Это происходит вследствие трансформации более тяжёлой формы МЖ в менее тяжелую (табл. 5).

Таблица 5

Трансформация тяжести МЖ после чрескожного билиарного дренирования у больных первой группы

Класс МЖ	до ЧЧХС	после ЧЧХС	p
Класс А	–	56 (90,3%)	< 0,05
Класс В	16 (25,8%)	6 (9,7%)	< 0,05
Класс С	46 (74,2%)	–	

Нарушение функции почек перед началом желчеотведения было умеренным. Это выражалось небольшим повышением уровня мочевины и креатинина крови. После билиарной декомпрессии функция почек восстанавливалась в течение 5,0±1,1 дней (p<0,05) .

У 7 (11,5%) больных после декомпрессивных вмешательств развились осложнения легкой степени, в том числе выпадение дренажа – у 2, желчные затеки – у 2, нефункционирование дренажа – у 3. Эти осложнения купированы с помощью консервативного лечения или повторных эндобилиарных вмешательств (повторное дренирование, коррекция положения катетера, чрескожное дренирование жёлчных затёков, установка катетера по свищевому ходу).

Сроки выполнения второго этапа операции зависели от исходной тяжести механической желтухи и сроков нормализации показателей холестаза и гепатодепрессии. Они составили при МЖ класса В – 16±1,7 дней (p<0,05), класса С – 21±2,7 дней (p<0,05) .

Перед выполнением второго этапа операции всем больным выполнялась холангиография через наружный дренаж с целью уточнения причины и уровня билиарной обструкции.

Критериями перехода ко второму этапу операции считали: отсутствие энцефалопатии, восстановление диуреза, стабильную гемодинамику, билирубин ниже 60 мкмоль/л, нормализацию показателей аминотрансфераз, ЩФ, мочевины, креатинина, общий белок более 65 г/л, альбумин/глобулиновый коэффициент более 1,2.

После успешного предварительного дренирования всем пациентам был осуществлён второй этап операции (табл. 6).

В основной группе различные послеоперационные осложнения наблюдались у 7 (11,3%) больных с летальным исходом у одного (1,6%) из них. Причиной летального исхода явилась несостоятельность швов панкреатико-энтероанастомоза с развитием перитонита и абдоминального сепсиса у больного, перенесшего панкреатодуоденальную резекцию.

Таблица 6

Характер и результаты второго этапа операции после предварительной билиарной декомпрессии

Метод операции	Число наблюдений	Осложнения	Летальность
ХЭ+ХЛТ+НД	12	1	–
ХЭ+ХЛТ+ХДА	6	1	–
ГЕС	10	2	–
ХцЕС	21	1	–
ПДР	6	1	1
Резекция опухоли+ГЕС	7	1	–
Всего	62	7 (11,3%)	1 (1,6%)

Примечание: ХЭ – холецистэктомия, ХЛТ – холедохолитотомия, НД – наружное дренирование, ХДА – холедоходуоденоанастомоз, ТПСТ – трансдуоденальная папиллотомия, ГЕС – гепатикоеюностомия, ХЕС – холдохоеюностомия, ХцЕС – холецистоеюностомия, ПДР – панкреатодуоденальная резекция

Характер послеоперационных осложнений и их частота в зависимости от этапности операции представлены в табл. 7.

Предварительная билиарная декомпрессия обеспечивает лучшие условия в технике выполнения операций, повышении их радикальности при опухолевых обструкциях и достижении лучших непосредственных результатов, что способствует снижению частоты послеоперационных осложнений и летальности. Больные значительно легче переносят второй этап операции.

Таблица 7

Частота послеоперационных осложнений и летальности в зависимости от этапности операции

Послеоперационные осложнения	1 группа (n = 62)	2 группа (n = 100)
Печеночно-почечная недостаточность	–	11(11%)
Печеночная дисфункция	2 (3,2%)	9 (9%)
Несостоятельность билиодигестивного анастомоза	2 (3,2%)	2 (2%)
Выпадение наружного дренажа	–	1 (1%)
Кровотечение в брюшную полость	–	1 (1%)
Кровотечение из острой язвы	–	1 (1%)
Холангитические абсцессы печени	–	1 (1%)
Нагноение раны	2 (3,2%)	2 (2%)
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	–	1(1%)
Всего	7 (11,3%)*	30 (30,0%)*
Летальность	1 (1,6%)*	8 (8,0%)*

Примечание: * – достоверность разницы между группами – $p<0,05$

Заключение. При МЖ традиционную операцию производят на фоне гепатодепрессии и имеющихся значительных изменений в организме, и она представляет опасность как дополнительный стрессорный «второй удар» [1, 5], выводящий организм из состояния дооперационной зыбкой стабильности. Летальность и осложнения, наблюдающиеся после операции, во многом зависят от тяжести МЖ [1, 4]. Поэтому прогноз операции зависит от её объёма и степени тяжести МЖ.

Основной причиной летальности после традиционных операций является гепатоцеребральная недостаточность вследствие механической

желтухи тяжелой степени, холангита, опухолевой интоксикации [2, 5]. В наших наблюдениях частота осложнений после традиционных операций составила 30,0%, летальности – 8,0%. В 6 из 8 случаев причиной летального исхода явилась гепатоцеребральная недостаточность.

Применение предварительной билиарной декомпрессии у больных с МЖ классов В и С приводит к компенсации их состояния и трансформации МЖ из тяжелого в менее тяжелый класс [5]. Такие больные вторым этапом могут быть оперированы радикально с более благоприятным прогнозом [2, 3,]. Двухэтапная тактика лечения способствовала снижению частоты послеоперационных осложнений с 30% до 11,6% ($p<0,05$), летальности – с 8,0% до 1,6% ($p<0,05$).

Чрескожное чреспеченочное билиарное дренирование является относительно безопасным и может рассматриваться как метод выбора у больных МЖ классов В и С, имеющих высокий риск развития печеночной недостаточности. У ряда больных с крайне высоким операционно-анестезиологическим риском оно может быть применено в качестве окончательного метода устранения механической желтухи.

Предварительное билиарное дренирование способствует восстановлению экскреторной функции печени и регрессии гепатодепрессии, позволяя снизить риск второго этапа операции. Снижение класса тяжести механической желтухи обеспечивает лучшие условия в технике выполнения операций, повышении их радикальности при опухолевых обструкциях и достижении лучших непосредственных их результатов.

Таким образом, двухэтапные операции с применением предварительного чрескожного дренирования желчных путей при механической желтухе класса В и С способствуют значительному снижению частоты послеоперационных осложнений и летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин Э.И. Механическая желтуха: состояние «мнимой стабильности», последствия «второго удара», принципы лечения//Анналы хир. гепатол.- 2011.- Т. 16, № 3. – С. 16-25.

2. Шевченко Ю.Л., Ветшев П.С., Стойко О.М. и др. Хирургическая тактика при синдроме механической желтухи//Вест. нац. мед.-хир. центра им. Н.И. Пирогова.- 2009.- Т. 4, №1. – С. 10-13.

3. Mansfield S.D., Sen G., Oppong K. et al. Increase in serum bilirubin kevels in obstructive jaundice secondary to pancreatic and periampullary malignancy – implicacions for timing of resectional surgery and use of biliary drainage // HPB.- 2006.- V.8.- P. 442-448.

4. Li Zh., Zhang Zh., Hu W. et al. Pancreaticoduodenectomy with preoperative obstructive jaundice: drainage or not // Pancreas.- 2009.- V.38, № 4.- P. 379-386.

5. Гальперин Э.И. Классификация тяжести механической желтухи //Анналы хир. гепатол. – 2012.- Т.17, №2. – С. 26–33.

6. Земляной В.П., Непомнящая С.Л., Рыбкин А.К. Билиарная декомпрессия при механической желтухе опухолевого генеза // Практическая онкология. – 2004. – Т.5, № 2. – С. 85-93.

ҚОДИРОВ Д.М., ВОСИЕВ А.С.

АҲАМИЯТИ ДЕКОМПРЕССИЯИ ПЕШАКИИ РОҲҲОИ ТАЛХАБАРОР БО УБУРИ ПӮСТУ ҶИГАР ҲАНГОМИ ЗАРДШАВИИ МЕХАНИКӢ

МД Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерологияи АИТ ВТ ва ҲИА ҶТ
Шуъбаи ҷарроҳии ҷигари БКШ ЁТТ ш. Душанбе

Калимаҳои калидӣ: зардшавии механикӣ, табобати ҷарроҳӣ, технологияи миниинвазивӣ, обияткашии роҳҳои талхабарор бо убури пӯсту ҷигар, тактикаи ҷарроҳии дудавравӣ.

Таҳлили муқоисавии натиҷаи амалиётҳои ҷарроҳии маъмулии якдавравӣ ва дудавравӣ бо истифода аз обияткашии роҳҳои талхабарор зери назорати ултрасадо ҳангоми зардшавии механикӣ оварда шудааст. Ҷарроҳиҳои маъмулӣ бо басомади баланди оризаҳои баъдиҷарроҳӣ (30,0%) ва фавт (8,0%) хотима ёфтаанд, ки сабаби асосии он норасогии гепатосеребралӣ ба ҳисоб меравад. Амалиётҳои ҷарроҳии дудавравӣ ҳангоми зардшавии механикии В ва С истифода бурда шудааст. Қаблан обияткаш намудани роҳҳои талхабарор зери назорати ултрасадо боиси паст гардидани норасогии гепатосеребралӣ гардида, дар навбати худ ба пастшавии оризаҳои баъдиҷарроҳӣ (11,3%) ва фавт (1,6%) оварда расонид.

УДК 576.344:618.3(584.3)

КАМИЛОВА М.Я., КАСЫМОВА Ш.С.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

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

Проанализированы результаты обследования и лечения 29 беременных женщин с варикозной болезнью без симптомов хронической венозной недостаточности и 30 - с симптомами хронической венозной недостаточности при помощи допплерометрии сосудов ног, органов малого таза и маточно-плодово-плацентарного кровотока, дуплексного ангиосканирования. установлены значимые различия частоты плацентарной недостаточности, достоверное снижение средних значений антропометрических показателей новорожденных, оценки по шкале Апгар в сравниваемых группах пациенток. Необходима разработка дифференцированных подходов ведения беременных с варикозной болезнью.

Ключевые слова: варикозная болезнь, беременность, перинатальные исходы.

KAMILOVA M.Y., KASYMOVA SH.S.

PERINATAL OUTCOMES IN PREGNANT WITH VARIOUS FORMS OF VARICOSE DISEASE

Paper analyses the research and treat results of 29 pregnant with varicose disease without symptoms of chronic venous insufficiency and 30 – with symptoms of chronic venous insufficiency were done. Bu using dopplerometry of the extremities vessels, pelvic organs and utero-fetus-placental blood flow, duplex angioscanning, significant difference of the frequency of placental insufficiency, authentic decrease of average values of anthropometric parameters in newborn, evaluation on the Apgar scale in the comparing groups of patients were determined. Development of differentiated approaches for care of pregnant with varicose disease is necessary.

Key words: varicose disease, pregnancy, perinatal outcomes.

Актуальность. Варикозная болезнь является частой экстрагенитальной патологией сердечно-сосудистой системы у беременных женщин [1]. Особенностями течения беременности, родов и послеродового периода у пациенток с варикозной болезнью являются достаточно высокая частота развития раннего и позднего гестоза, патологии пуповины, хронической гипоксии плода, несвоевременного излития околоплодных вод, слабости родовой деятельности, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде, послеродового эндометрита, тромбоэмболии [1, 2, 3, 4].

Камилова М.Я. – д.м.н., доцент, зав. акушерским отделом ГУ научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ; e-mail marhabo1958@mail.ru

Варикозное расширение вен может существовать как с хронической венозной недостаточностью (ХВН), так и без неё [5]. Согласно современным представлениям, ХВН - это не нозологическая форма, а патологическое состояние, одной из причин которой является варикозная болезнь. Одним из факторов риска ХВН следует считать именно беременность и роды [6]. Хроническая венозная недостаточность является относительно самостоятельным патологическим состоянием, первопричиной которого является венозный застой, вызывающий каскад патологических изменений на молекулярном, клеточном и тканевом уровнях, наблюдается генерализованное нарушение всех функций эндотелия, что сопровождается нарушением регуляции сосудистого тонуса и проницаемости, увеличением прокоагулянтной,

проагрегантной, антифибринолитической и противовоспалительной активности эндотелия [1]. Изменения состояния гемостаза приводят к венозной недостаточности за счет развивающихся гиперкоагуляции и дисфункции эндотелия, характеризующейся снижением синтеза оксида азота [7]. Вышеописанные изменения являются характерными этапами развития также и плацентарной недостаточности, приводящей к задержке развития плода.

В других случаях при варикозно расширенных венах ног полностью отсутствуют симптомы венозной недостаточности [5]. Как правило, в этих случаях беременность является пусковым фактором варикозной болезни, характеризуется быстрым появлением симптомов и регрессией их после родов.

Варикозное расширение вен малого таз, являющееся актуальной проблемой в акушерстве и гинекологии, требует дифференцированных подходов в ведении этих беременных [8].

В настоящее время в Республике Таджикистан не разработаны стандарты ведения беременных с различными проявлениями варикозной болезни, которые предусматривают дифференцированные подходы. Для разработки стандартов ведения беременных с варикозной болезнью, предусматривающих дифференцированные подходы у женщин с различными проявлениями заболевания, необходима оценка особенностей течения беременности, родов и послеродового периода, а также перинатальных исходов у таких больных. В связи с этим весьма актуально изучение перинатальных исходов у беременных с различными проявлениями варикозной болезни.

Цель исследования. Изучить перинатальные исходы у беременных с различными проявлениями варикозной болезни.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели обследованы 59 беременных с варикозной болезнью (ВБ). Среди обследованных 29 беременных с I и II степенями хронической венозной недостаточности (ХВН) и 30 беременных – с 0 степенью ХВН. К 0 степени ХВН относили случаи, когда при достаточно выраженных варикозных венах полностью отсутствовали симптомы венозной недостаточности. За 0 степень ХВН (СО, С1, С2 по СЕАР) принимали наличие «сосудистых звездочек», телеангиэктазий либо ретикулярных вен в типичных местах (бедро, голень). К I степени ХВН (С1, С2, С3 по СЕАР) относили беременных с ВБ и наличием отеков голени лодыжек, а также атипичной локализацией варикозных вен (промежность, паховые области, малый таз). ХВН II степени соответствовала 4 клиническому классу по СЕАР: гиперпигментация, экзема и выраженная клиника прогрессирования процесса.

Критериям включения в 1-ю группу явились репродуктивный возраст, беременность, наличие варикозной болезни, 0 степень ХВН. Критериями включения во 2-ю группу явились репродуктивный возраст, беременность, I и II степени ХВН. Критерии исключения из обследованных групп женщин – хронические заболевания вен нижних конечностей, относящихся по клинической классификации СЕАР к стадиям 5 и 6.

Нарушения маточно-плодово-плацентарного кровотока устанавливали по данным допплерометрии сосудов матки, плаценты и плода. При допплерометрическом исследовании измеряли углнезависимые параметры кровотока – систоло-диастолическое отношение (СДО), индекс резистентности (ИР), пульсационный индекс (ПИ). Использовали классификацию степени тяжести нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока, согласно которой выделяли 3 степени тяжести гемодинамических нарушений (по М.В. Медведеву, 1996 г.):

1-я степень (А и Б) – нарушение маточно-плацентарного при сохраненном плодово-плацентарном кровотоке и нарушение плодово-плацентарного кровотока при сохраненном маточно-плацентарном кровотоке;

2-я степень – одновременное нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, не достигающее критических нарушений;

3-я степень – критические нарушения плодово-плацентарного кровотока при неизмененном или измененном маточно-плацентарном кровотоке.

Методами диагностики ВБ и ХВН служили: клиническое обследование (осмотр, пальпация, сбор жалоб, анамнеза), ультразвуковая допплерография, дуплексное ангиосканирование.

Полученные данные обработаны на компьютере с использованием программы Statistica 6/0. Средние значения количественных признаков приведены в тексте в виде M±m. Критический уровень значимости p принимался равным 0,05 и ранжирован по уровням достигнутых статистически значимых различий. Оценка факторов риска проведена с помощью вычисления относительного риска (RR) и доверительных интервалов (DI), показывающих с какой вероятностью величина RR лежит в пределах рассчитанного интервала.

Результаты и их обсуждение

Возраст обследованных женщин колебался от 19 до 38 лет. Среди женщин 1-й группы первобеременных было 4 (13,2%), среди женщин 2-й группы – 5 (15%), повторнобеременных – 18 (62%) и 19 (64%), многорожавших – 7 (25,2%) и 6 (20,8%) пациенток соответственно. Гинекологические заболевания в анамнезе имели: 1 (3,2%) женщина 1-й группы и 1 (2,4%) женщина 2-й группы. Отягощенный аку-

шерский анамнез отмечен у 9 (29,6%) женщин 1-й и 6 (21%) женщин 2-й групп. Течение беременности осложнилось преэклампсией у 3 (10,3±3,45%) женщин 1-й группы и у 5 (16,7±6,8%) женщин 2-й группы, дородовым разрывом плодных оболочек – у 13,3±6,2% и 27,6±8,3%, многоводием – у 6 (16,7±6,8%) и 10 (34,5±8,8%), маловодием – у 1 (3,3±3,3%) и 5 (16,7±6,8%) женщин соответственно. Отмечена более высокая частота осложнений беременности в группе женщин с ВБ и ХВН, по сравнению с соответствующими показателями в группе женщин с ВБ без ХВН. Нарушения кровотока в системе мать-плацента-плод среди женщин 2-й группы диагностированы у 19 (65,5±8,8%), что было достоверно (p<0,05) чаще, чем среди женщин 1-й группы (8 – 27,3±6,2%). Относительный риск развития плацентарной недостаточности у беременных женщин с хронической венозной недостаточностью составил 1,8 (DI от 1,2 и до 2,7) .

Распределение пациенток обследованных групп женщин по степени тяжести нарушений кровотока представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение пациенток обследованных групп женщин по степени тяжести нарушений кровотока

Группы	Степень тяжести нарушений кровотока		
	1	2	3
1-я (п=19)	3 (37,5%)	5 (62,5%)	0
2-я (п=8)	4 (21,1%)	14 (73,7%)	1 (5,3%)

Как видно из представленных данных, процентное соотношение компенсированной и субкомпенсированной форм нарушений кровотока в системе мать-плацента-плод в группе пациенток с ХВН I-II степеней составило 1:3, в группе беременных без ХВН – 1:2. У всех пациенток с декомпенсированной формой плацентарной недостаточности диагностирована ХВН С-2 степень варикозной болезни.

Каждая 2-я пациентка (57%) в группе женщин с ВБ и ХВН родоразрешена абдоминальным путем. Показаниями к операции послужили в основном акушерские осложнения, в 3 случаях – варикозно расширенные вены шейки матки (по данным кольпоскопии диаметр сосудов больше 7 мм). Преждевременные роды зарегистрированы у 6 (20,7%) женщин с ХВН. Средние показатели массы тел, роста плодов и оценки по шкале Апгар при рождении сравнивали у женщин со срочными родами.

Как видно из приведенных данных в таблице 2, антропометрические показатели и средние баллы оценки новорожденных по шкале Апгар у пациенток с ХВН были достоверно ниже соответствующих показателей в группе женщин без ХВН.

Таблица 2

Средние показатели антропометрии и оценки по шкале Апгар у доношенных новорожденных обследованных групп женщин

Параметры	1-я группа (n=30)	2-я группа (n=23)
Средняя масса (г)	3395,3±47,4	3047,1±173,1*
Средний рост (см)	50,1±0,3	49,7±0,6
Оценка по шкале Апгар (1-я мин.) – в баллах	7,6±0,10	7,0±0,17**
Оценка по шкале Апгар (5-я мин.) – в баллах	7,9±0,03	7,8±0,11

Примечание: * P<0,005, ** P<0,001 – достоверное отличие показателей в сравниваемых группах

Перинатальная смертность зарегистрирована в 2 случаях у женщин 2-й группы. Причиной смерти в одном случае явился врожденный порок развития, несовместимый с жизнью. Во втором случае – болезнь гиалиновых мембран у недоношенного новорожденного с асимметричной формой внутриутробной задержки развития плода.

Заключение. ХВН сопровождается изменениями реологических свойств крови, тока крови, венозным застой в нижних конечностях, трофическими изменениями венозной стенки и активацией гемостаза. По-видимому, различные проявления ХВН определяют различную частоту осложнений беременности, развития плацентарной недостаточности, оказывающих

влияние на внутриутробное развитие плода. В нашем исследовании показано, что варикозная болезнь с проявлениями венозной недостаточности является фактором риска плацентарной недостаточности. При этом степень тяжести плацентарной недостаточности определяется степенью тяжести варикозной болезни и венозной недостаточности. Результатом отличий особенностей течения беременности у женщин с различными проявлениями варикозной болезни являются статистически достоверные отличия антропометрических показателей новорожденных матерей с венозной недостаточностью и без венозной недостаточности. Новорожденные матерей с венозной недостаточностью чаще рождаются в состоянии асфиксии. Случаи перинатальной смертности имели место у пациенток с ХВН, что также подтверждает более неблагоприятное влияние венозной недостаточности на исходы родов.

Проведенные исследования диктуют необходимость разработки дифференцированных подходов ведения беременных с варикозной болезнью, использование которых в практической деятельности врачей будет способствовать улучшению перинатальных исходов у беременных с различными проявлениями варикозной болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / под ред. В.И. Кулакова. М.: ГЭОТАР- Медиа., 2008. – 212 с.

2. Зильбер М.Ю., Кротова А.А. Проблема тромбоэмболических осложнений в акушерстве как следствие недифференцированного подхода к диагностике и терапии хронической венозной недостаточности у беременных// Уральский медицинский журнал. 2011. - №4. - С. 5-10.

3. Щетникова Л.Н., Анастасьева В.Г. Акушерские осложнения и патология новорожденных у пациенток с варикозной болезнью нижних конечностей // Бюллетень ВСНЦСО РАМН. 2009. - №4. (68). – С.45-50.

4. Miti G. Treatment of pregnancy related venous thromboembolism. //Med. Pregl.- 2009.- № 7-8.- P. 346-351.

5. Савельев В.С., Покровский А.В., Затевахин И.И. и др. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен // Флебология. – 2013. – Т. 7, Вып. 2. – С. 8-42.

6. Прасол В.А., Тарабан И.А., Мишенина Е.В. и др. Особенности хронической венозной недостаточности у беременных // KHARKIV SURGICAL SCHOOL. – 2012. – № 4 (55). – С. 103-108

7. Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М. Плацентарная недостаточность. Современная терапия. Особенности течения плацентарной недостаточности при варикозной болезни. – М.: Адамант Ъ, 2011. – 32 с.

8. Цуканов Ю.Т., Цуканов А.Ю., Левданский Е.Г. Поражение тазовых органов при вторичном варикозном расширении вен малого таза. // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2015.- №2. - С.94-100

КОМИЛОВА М.Я., ҚОСИМОВА Ш.С.

ОҚИБАТҲОИ ПЕРИНАТАЛИИ ҲОМИЛАДОРОН БО НИШОНАҲОИ ГУНОГУНИ БЕМОРИИ ВАСЕЪШАВИИ ВАРИДҲО

МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинотолгии АИТ ВТ ва ҲИА ҶТ»

Калимаҳои калидӣ: бемории васеъшавии варидҳо, ҳомиладорӣ, оқибатҳои перинаталӣ.

Натиҷаи ташхис ва табобати 29 зани ҳомила бо бемории васеъшавии варидҳои пой бе аломтҳои норасогии музмини варидӣ ва 30 ҳомилаи дигар бо нишонаҳои норасогии музмини варидҳо, ки бо усули доплерометрияи рагҳои пой, узвҳои коси хурд ва гардиши хуни бачадон, ҷанин ва ҳамроҳак санҷида шуданд, омӯхта шуд. Тағйиротҳои назарраси басомади норасогии ҳамроҳак, пастшавии дақиқи нишондодҳои миёнаи антропометрии навзадон, баҳодиҳии аз рӯи ҷадвали Апгар дар гурӯҳҳои муқоисавии беморон муайян карда шуд. Коркарди усулҳои тафриқавии табобати ҳомиладорони дорои бемории васеъшавии варидҳои пой зарурат дорад.

УДК 617.55-007.43-055.2-089.844-036.8

КУРБОНОВ К.М., НАЗИРБОЕВ К.Р., СОДИКОВ Я.С.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БАУГИНИЕВОЙ ЗАСЛОНКИ ПРИ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

В статье проанализированы результаты диагностики и лечения 130 больных с недостаточностью баугиниевой заслонки, сочетающейся с калькулёзным холециститом. Высокоинформативным методом диагностики является комплексное ультразвуковое исследование с ультразвуковой ирригоскопией и видеолапароскопией. Оптимальным вариантом коррекции служит разработанная и усовершенствованная методика баугиниопластики и формирование илеотрансверзоанастомоза, позволяющие в значительной степени снизить частоту послеоперационных осложнений и постхолецистэктомического рефлюкс-энтерита.

Ключевые слова: недостаточность баугиниевой заслонки, калькулёзный холецистит, баугиниопластика.

KURBONOV K.M., NAZIRBOEV K.P, SODIKOV Ya.S.

DIAGNOSIS AND SURGICAL CORRECTION OF INSUFFICIENCY OF ILEOCECAL VALVE IN CALCULOUS CHOLECYSTITIS

The article analysed the results of diagnosis and treatment of 130 patients with insufficiency of Ileocecal valve combined with calculous cholecystitis. Comprehensive ultrasound examination with Ultrasonic irrigoscopy and Video laparoscopy is highly informative method of diagnosis. Developed and improved technique of bauhinioplasty and formation of ileotransversoanastomosis is optimal variant of correction, which significantly decreases the rate of postoperative complications and postcholecystectomyc reflux enteritis.

Key words: insufficiency of Ileocecal valve, calculous cholecystitis, bauhinioplasty.

Актуальность. Среди хирургических заболеваний органов брюшной полости, наиболее часто сочетающихся с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), наряду с язвенной болезнью, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, дивертикулеза толстой кишки и хронического аппендицита, нередко наблюдаются и пациенты с недостаточностью баугиниевой заслонки (НБЗ), проявляющейся рефлюкс-энтеритом (РЭ) [1]. Литературные данные свидетельствуют о том, что при заболеваниях терминального отдела тонкой, слепой кишки наблюдается нарушение энтерогепатической циркуляции желчных кислот, что является одной из причин ЖКБ [1, 2].

Назирбоев К.Р. – ассистент кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: +992 93-405-44-04; e-mail: dr.hero85@mail.ru

Необходимо отметить, что причины развития РЭ многообразны, начиная от врожденных до многочисленных приобретенных [3, 7]. РЭ развивается вследствие воспалительных и органических заболеваний сфинктерного аппарата тонко-толстокишечного перехода, а также вследствие нарушения нервной и гуморальной регуляции баугиниевой заслонки. В настоящее время многие авторы [2, 4, 7] различают первичный РЭ, обусловленный нарушением иннервации баугиниевой заслонки, и вторичный, обусловленный воспалительными заболеваниями сфинктерного аппарата. Большую группу составляют больные, у которых РЭ диагностируют в различные сроки после операции по поводу острого аппендицита, резекции тонкой и толстой кишок. Среди этиологических заболеваний, приводящих к недостаточности и дисфункции илеоцекального

клапана, следует отметить спаечную болезнь брюшной полости с локализацией в правой подвздошной области, правостороннюю паховую и пахомошоночную грыжу, а также синдром натянутого сальника и грыжи слепой кишки [5, 6]. Нередко причиной неудовлетворительных результатов хирургического лечения калькулезного холецистита является недиагностированный и некорригированный до и после операции РЭ, что обуславливает необходимость разработки новых современных методов диагностики и патогенетически обоснованной коррекции.

Цель исследования. Разработать и оценить результаты диагностики и хирургической коррекции недостаточности баугиниевой заслонки у больных с калькулёзным холециститом.

Материал и методы исследования. Располагаем опытом диагностики и лечения 130 пациентов, находившихся в клинике хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино на базе ГКБ СМП с недостаточностью баугиниевой заслонки, сочетающейся с калькулёзным холециститом. Мужчин было 35 (27%), женщин – 95 (73%). Возраст пациентов составил от 18 до 52 лет.

При интерпретации данных выявлено, что у 73 (56%) пациентов с НБЗ, сочетающейся с ЖКБ, в 48 (37%) случаях наблюдался РЭ II степени, в 18 (14%) – РЭ I степени и в 7 (5%) – РЭ III ст. У больных с ЖКБ и холедохолитиазом без явлений желтухи (n=26) в 14 (11%) случаях имел место РЭ II степени, в 8 (6%) – РЭ I степени и в 4 (3%) – РЭ III степени. При ЖКБ, осложненной механической желтухой (n=15), наличие РЭ II степени имело место у 10 (7,6%) пациентов и РЭ I степени – у 5 (3,8%), ЖКБ в 10 случаях сопровождалась стенозом БДС, у которых в 6 (4,6%) наблюдениях диагностирован РЭ II степени, в 3 (2,3%) – РЭ I степени и в 1 (0,7%) – РЭ III степени. Небольшую группу составили больные с острым калькулезным холециститом (n=6), у которых в 4 (3%) случаях выявлен РЭ I степени и в 2-х (1,5%) – РЭ II степени. В целом при ЖКБ у наблюдавшихся больных наличие РЭ I степени имело место у 38 (29,3%) больных, РЭ II степени – у 80 (61,5%) и у 12 (9,2%) наблюдался РЭ III степени. Необходимо подчеркнуть, что у 12 этих пациентов ещё имелись паховые (n=4) и пахомошоночные (n=8) грыжи.

Всесторонний анализ причин развития РЭ показал, что в основе его возникновения лежит множество врождённых и приобретенных факторов (табл. 1).

Таблица 1

Причины возникновения рефлюкс-энтерита у больных с ЖКБ

Характер патологии	Количество	%
Врожденные дефекты при формировании илеоцекального клапана	47	36
Воспалительное и опухолевое поражение в илеоцекальном отделе кишки и паховой области	63	48,5
Послеоперационная недостаточность илеоцекального клапана	20	15,5
Всего	130	100

Для диагностики ЖКБ, сочетающейся с НБЗ, больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные исследования: биохимический анализ крови, колоноскопия, ирригография, УЗИ, КТ и МРТ.

Степень достоверности различий полученных значений для парных групп оценивалась с помощью U-критерия Манна-Уитни. Для определения достоверности различий множественных сравнений использовали критерий ANOVA по Крускала-Уоллесу. Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. Необходимо подчеркнуть, что клинические и биохимические показатели крови были значительно изменены при ЖКБ и РЭ, осложненных механической желтухой (15) и стенозом БДС (n=10) (табл. 2).

Вследствие нарушения проходимости желчных протоков отмечалось повышение уровня билирубина крови, а также снижение количества общего белка.

Для диагностики выраженности и распространенности РЭ, а также причин его возникновения в 52 наблюдениях больным с РЭ и недостаточностью баугиниевой заслонки проведена видеоколоноскопия. При эндоскопическом исследовании баугиниевой заслонки в 16 наблюдениях из 52 диагностировали недостаточность баугиниевой заслонки I степени. При этом визуализировалась полуокруглой формы баугиниевая щель, попытка ввести кончик эндоскопа значительно затруднена. В 26 случаях расценена недостаточность баугиневой заслонки

II степени, при которой баугиневая щель была раскрытой и имела округлую форму, содержимое слепой кишки и кончик эндоскопа без препятствия проникает в просвет баугиневой заслонки и подвздошную кишку. В 10 случаях выявлена недостаточность баугиниевой заслонки III степени, при которой отмечали зияние баугиниевой заслонки, расширение ее щели и пролабирование слизистой, кончик эндоскопа без особых усилий свободно проходит в подвздошную кишку

Таблица 2

Биохимические показатели крови у больных с осложненными формами ЖКБ в сочетании с РЭ (n=25)

Показатель	Норма	Стеноз БДС (n=10)	МЖ (n=15)	P
Общий белок, г/л	64,1±8,3	61,09±0,9 p_1>0,05	55,4±1,2 p_1<0,05 p_2<0,05	<0,05
Альбумин, %	49,2±6,1	47,1±3,4 p_1>0,05	43,8±2,2 p_1<0,05 p_2<0,05	<0,05
А/Г коэффициент	0,7±0,3	0,7±0,3 p_1>0,05	0,7±0,9 p_1>0,05 p_2>0,05	>0,05
Общий билирубин, ммоль/л	19,5±2,3	56,7±2,4 p_1>0,01	135,2±3,2 p_1<0,001 p_2<0,05	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между всеми группами (по критерию ANOVA Крускала-Уоллеса); p_1 - статистическая значимость различий показателей по сравнению с нормой; p_2 - статистическая значимость различий показателей по сравнению со стенозом БДС (по U-критерию Манна-Уитни)

Вследствие нарушения проходимости желчных протоков отмечалось повышение уровня билирубина крови, а также снижение количества общего белка.

Для диагностики выраженности и распространенности РЭ, а также причин его возникновения в 52 наблюдениях больным с РЭ и недостаточностью баугиниевой заслонки проведена видеоколоноскопия. При эндоскопическом исследовании баугиниевой заслонки в 16 наблюдениях из 52 диагностировали недостаточность баугиниевой заслонки I степени. При этом визуализировалась полуокруглой формы баугиниевая щель, попытка ввести кончик эндоскопа значительно затруднена. В 26 случаях расценена недостаточность баугиневой заслонки II степени, при которой баугиневая щель была раскрытой и имела округлую форму, содержимое слепой кишки и кончик эндоскопа без препятствия проникает в просвет баугиневой заслонки и подвздошную кишку. В 10 случаях выявлена недостаточность баугиниевой заслонки III степени, при которой отмечали зияние баугиниевой заслонки, расширение ее щели и пролабирование слизистой, кончик эндоскопа без особых усилий свободно проходит в подвздошную кишку.

Проведенное комплексное рентгенологическое исследование ирригографии позволило выявить ряд специфических признаков присущих РЭ, а именно недостаточность илиеоцекального запирательного аппарата, характеризующаяся рефлюксом бария в подвздошную кишку при тугом наполнении (абсолютная недостаточность), что наблюдали у 63 (48,5%) пациентов. В зависимости от протяжённости проникновения бария в подвздошную кишку различали 3 степени выраженности: I степени РЭ – протяженность проникновения бария достигала 5-10 см, что имело место у 28 (21,5%) пациентов; II степень, которая характеризовалась забросом и заполнением контрастным веществом 2-3-петель (20-50 см) – в 47 (36%) наблюдениях и рефлюкс-энтерит III степени наблюдали у 10 пациентов. Он характеризовался забросом контрастной взвеси в подвздошную кишку на значительном протяжении – более 50 см.

Хирургическая коррекция недостаточности баугиниевой заслонки имеет важное значение в лечении РЭ. Существующие методы чаще сопровождаются рецидивами заболевания, что обусловлено, прежде всего, прорезыванием швов и не выполняют предназначенную им роль – удерживание кишечника в природном положении.

В этой связи нами усовершенствована методика баугиниопластики, предложенная В.Л. Мартыновым (2006) [4]. По предложенной методике после выделения илеоцекального соустья рассекают plica ileo-cecalis для создания направления угла впадения подвздошной кишки в толстую. Далее терминальный отдел подвздошной кишки инвагинируют на 4,0 см в просвет толстой кишки 8-образными проленовыми швами. После чего подвздошную кишку 3-4 серозно-мышечными швами фиксируют к восходящей ободочной кишке к tenie libera для закрепления воссозданного угла впадения (рис. 1).

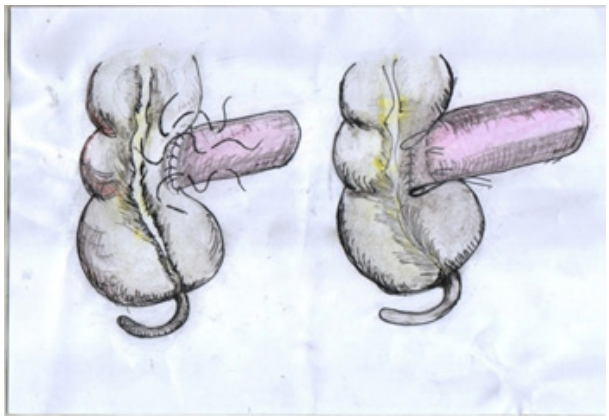


Рис. 1. Подшивание подвздошной кишки к восходящей ободочной кишке

После этого вокруг сшитых между собой терминального отдела подвздошной кишки и восходящей ободочной на уровне сфинктеров Варолия и Бузи выполняют их протезирование (рис. 2).

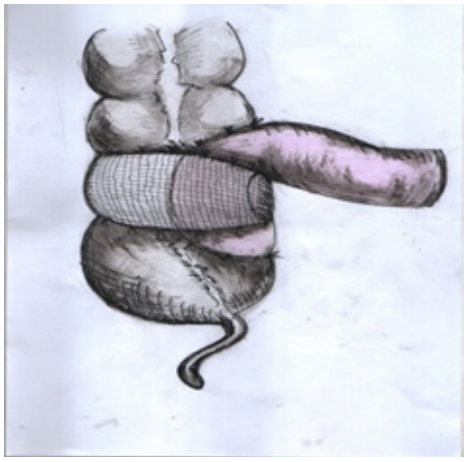


Рис. 2. Протезирование сфинктеров слепой кишки

Необходимо также отметить, что на выбор метода и способа коррекции РЭ влияет также характер выполняемых холецистэктомий – традиционной или миниинвазивной с эндовидеохирургической технологией (табл. 3).

Таблица 3

Характер оперативных вмешательств при ЖКБ, сочетающейся с НБЗ

Название операции	Кол.	%
Видеолапароскопическая холецистэктомия. Баугиниопластика.	18	14
Видеолапароскопическая холецистэктомия. Баугиниопластика. Грыжесечение по Лихтенштейну.	12	9,2
Видеолапароскопическая холецистэктомия. Баугиниопластика. ЭПСТ	10	7,7
Видеолапароскопическая холецистэктомия. Баугиниопластика из мини–доступа	12	9,2
Холецистэктомия. Адгезиолизис. Баугиниопластика.	15	11,5
Холецистэктомия. Холедохолитотомия с ХДА по Юрашу- Виноградову. Баугиниопластика по методике клиники	12	9,2
Холецистэктомия. Правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом	15	11,5
Холецистэктомия. Холедохолитотомия. буаугиниопластика	10	7,5
Холецистэктомия. Холедохолитотомия. Правосторонннняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом.	7	5,4
Холецистэктомия. Холедохолитотомия. Резекция слепой кишки с илеоасцендоанастомозом	7	5,4
Холецистэктомия. Холедохолитотомия с ХДА по Флеркен. Резекция мегадолихосигма. Баугенопластика.	5	3,8
Холецистэктомия. Удаление липомы слепой кишки с баугенопластикой	4	3
Холецистэктомия. Резекция мегадолихосигмы. Баугиниопластика.	3	2,3
Всего	130	100

Как видно из представленной таблицы, видеолапароскопическая холецистэктомия с одновременной коррекцией РЭ выполнена 30 больным. В 22 наблюдениях видеолапароскопическая холецистэктомия сочеталась с эндоскопической папиллотомией (n=10) и коррекцией РЭ из мини-доступа в правой подвздошной области (n=12). Традиционная открытая холецистэктомия с коррекцией РЭ выполнялась в 78 наблюдениях. При выполнении холецистэктомии и корригирующих вмешательств эффективно были использованы разработанные в клинике методики.

В раннем послеоперационном периоде в 21 наблюдении отмечали осложнения. Летальных исходов не наблюдали. В 8 наблюдениях после видеолапароскопической холецистэктомии (n=5) и корригирующих вмешательств на баугиниевой заслонке и традиционной открытой (n=3) отмечали желчеистечение легкой (n=3) и средней (n=2) тяжестей и кровотечение (n=3). Во всех случаях консервативная терапия была эффективной. После различных вариантов баугиниопластики в 4 наблюдениях отмечали анастомозиты, которые после проведения комплексной консервативной терапии ликвидированы. Кроме этого, в 6 случаях отмечали нагноения лапаротомной раны, которые после местного лечения очистились и зажили вторичным натяжением.

Изучение отдаленных результатов холецистэктомии и корригирующих вмешательств показало, что у 56 (43%) обследованных результаты оказались хорошими, при ирригоскопии, УЗИ и колоноскопии наличия РЭ не отмечали. Сравнение отдаленных результатов корригирующих вмешательств при РЭ у больных с ЖКБ показали, что количество хороших результатов после традиционных и видеолапароскопических баугиниопластика составило 37 (28,4%), удовлетворительных - 12 (9,2%) и неудовлетворительных - 3 (2,3%). После выполнения резекционных вмешательств на илеоцекальном отделе кишечника хорошие результаты были отмечены у 19 (14,6%) обследованных, удовлетворительных у 7 и неудовлетворительных у 6 обследованных.

Выводы.

1. Комплексное исследование с применением современных инструментальных методов исследования является скрининговым методом диагностики НБЗ и его причин при сочетании с ЖКБ.
2. Разработанная и усовершенствованная методика баугиниопластики и формирования илеотрансверзоанастомоза позволяет в значительной степени снизить частоту послеоперационных осложнений и постхолецистэктомического рефлюкс-энтерита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петров А.В. и др. К вопросу диагностики и патогентической терапии энтеропатии у больных с желчнокаменной болезни // Архив внутренней медицины.- №5.- 2016.- С.38-44.
2. Мартынов В.Л., Хайрдинов А.Х. Недостаточность баугиниевой заслонки, как причина синдрома избыточного бактериального роста тонкой кишки // Гастроэнтерология.- 2015.- №1 (36).- С. 46-50.
3. Мартынов В.Л., Хайрдинов А.Х. Синдром избыточного бактериального роста тонкой кишки у пациентов с недостаточностью баугиниевой заслонки и после её хирургической коррекции // Бюллетень сибирской медицины.- 2015.- Т. 14, № 2.- С. 12-19.
4. Мартынов В.Л. Хирургическая коррекция рефлюксной болезни у пациентов с язвенной болезни //Вестник хирургической гастроэнтерологии.- 2009.- №1.- С.83-87.
5. Савин Д.В., Строков А.В. Случай сочетания ворсинчатого полипа червеобразного отростка, и недостаточности илеоцекального клапана // Вестник хирургической гастроэнтерологии.- 2009.- № 4.- С. 121-122.
6. Третьяков А.А., Каган И.И., Савин Д.В. Анатомо-экспериментальное обоснование восстановительной микрохирургии илеоцекального клапана при его недостаточности // Клиническая анатомия и экспериментальная хирургия.- 2011.- №11.- С. 67-71.
7. Перегоедова В.Н., Богомола И.К. Частота врожденных аномалий кишечника и сопутствующих заболеваний органов пищеварений при хронических запорах у детей, ассоциированных с дисплазией соединительной ткани // Национальная Ассоциация Ученых.- 2015.- № 9-2 (14).- С.141-143.

ҚУРБОНОВ К.М., НАЗИРБОЕВ Қ.Р., СОДИҚОВ Я.С.

ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ НОРАСОГИИ ДАРҒОТИ БАУГИНӢ ҲАНГОМИ ХОЛЕСИСТИТИ КАЛКУЛЁЗӢ

Кафедраи беморихои ҷарроҳии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: норасогии дарғоти баугинӣ, холесистити калкулёзӣ, тармими дарғоти баугинӣ.

Дар мақола натиҷаи ташхис ва табобати 130 бемор бо норасогии дарғоти баугинӣ дар якҷоягӣ бо бемории санги талхадон мавриди таҳлил қарор гирифтааст. Усули ахбороти дақиқдоштаи бемории мазкур ин ташхиси маҷмуавии ирригоскопияи ултрасадоӣ ва видеолапароскопия ба ҳисоб меравад. Яке аз варианти мувофиқи табобат ин усули такмилдодаи баугинопластика ва гузоштани илеотрансверзоанастомоз мебошад, ки имкон медиҳад то ба як дараҷаи муайян басомади оризаҳои баъди ҷарроҳӣ ва рефлюкс-энтерити баъди холесистэктомия кам гардадд.

УДК 611.351; 611.143

МУХАББАТОВ Д.К., КАРИМОВ Ш.А., НОЗИМОВ Ф.Х., ХАМРОЕВ Б.М.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ ФОРМАМИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кафедра общей хирургии № 1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Анализированы результаты комплексной диагностики и предоперационной подготовки 164 пациентов со сложными формами свищей прямой кишки.

В зависимости от примененных методик предоперационной подготовки все пациенты были разделены на две группы: контрольную – 81 пациент (49,3%), которым применен традиционный метод, основную – 83 (50,6%) пациента, которым выполнена усовершенствованная методика предоперационной подготовки под контролем показателей С-реактивного белка и с использованием УЗИ.

В формировании сложных свищей прямой кишки, наряду с существующими факторами, немаловажную роль играют анаэробные неклостридиальные бактерии и сопутствующие заболевания - сахарный диабет и ожирение.

Использование предложенной методики предоперационной подготовки позволило 89,1% больных выполнить одноэтапное хирургическое лечение с отсроченной обработкой внутреннего отверстия.

Ключевые слова: прямая кишка, свищи, предоперационная подготовка.

MUHABBATOV D.K., KARIMOV SH.A., NOZIMOV F.KH., HAMROEV B.M.

OPTIMIZATION OF PREOPERATIVE PREPARATION FOR PATIENTS WITH COMPLEX FORMS OF RECTUM FISTULA

The paper analyses the results of comprehensive diagnosis and preoperative preparation of 164 patients with complex forms of rectum fistula.

Depending on the methods used all patients were divided into two groups: control-81 patients (49,3%), to which traditional method was applied, and the main group-83 patients (50,6%), to whom was applied improved of preoperative preparation under the control of C-reactive protein indicator and with the use of ultrasound.

In the formation of complex rectum fistulas along with existing factors, an important role has anaerobic nonclostridial bacteria and accompanying diseases- diabetes and obesity.

The application of proposed method of preoperative preparation allowed to perform one-stage surgical treatment with a delayed treatment of the inner hole for 89,1% patients.

Key words: rectum, fistulas, preoperative preparation.

Актуальность. В структуре колопроктологических заболеваний параректальные свищи встречаются в 20-40% наблюдений [1-3]. Сложные формы свищей прямой кишки составляют 16-45% среди всех форм хронического парапроктита [4-6].

При использовании существующих методов лечения больных со сложными формами свищей прямой кишки рецидивы заболевания достигают 5-22,2% [7, 8]. Послеоперационная недостаточность анального сфинктера является достаточно частым осложнением хирургического лечения этой патологии и встречается у 5-83% оперированных пациентов [9].

Основным и наиболее надежным хирургическим методом лечения сложных свищей

Мухаббатов Д.К. – д.м.н., ассистент кафедры общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино; Таджикистан, г. Душанбе, пр.Рудаки – 139; e-mail: mukhabbatov67@mail.ru

прямой кишки является проведение лигатуры [10]. Однако, послеоперационный болевой синдром и нарушение мочеиспускания во время затягивания лигатуры, длительная госпитализация больных в раннем послеоперационном периоде являются отрицательными сторонами традиционного лигатурного метода операции.

Нерешенными являются вопросы клинико-инструментальной топической диагностики и степени тяжести гнойно-воспалительного процесса у больных со сложными свищами прямой кишки (ССПК), о чем свидетельствуют возникающие в лечебной практике затруднения и ошибки в выборе метода операции, а также отсутствие единой тактики в решении объема и этапности лечения. Закономерным следствием указанных проблем является неудовлетворительные результаты хирургического лечения ССПК.

В связи с этим причины формирования, диагностика и профилактика развития ранних послеоперационных осложнений больных со ССПК являются актуальными проблемами колопроктологии.

Цель работы. Оценить эффективность усовершенствованного способа предоперационной подготовки больных со сложными свищами прямой кишки.

Материал и методы исследования. В основу настоящего исследования положены результаты обследования и лечения 164 больных со сложными свищами прямой кишки, оперированных в клинике общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино на базе ГКБ №5 им. академика К.Т. Таджиева в период 2006-2016 гг. Диагноз ССПК устанавливали на основании клинических, лабораторных и инструментальных исследований с верификацией его данными операционных находок.

Все 164 пациента, оперированные по поводу ССПК, разделены на две группы в зависимости от примененных методов предоперационной подготовки. Первую группу составил 81 больной (49,3%), которым применен традиционный метод, вторую группу – 83 (50,6%) пациента, которым применен усовершенствованный метод предоперационной подготовки под контролем показателей СРБ и с использованием УЗИ.

Результаты и их обсуждение. В 112 (68,3%) случаях установили связь между длительностью заболевания и увеличением числа пациентов со ССПК. Однако, необходимо отметить, что не во всех случаях выявили такую закономерность, так как сложные формы развивались первично (52).

В формировании сложных свищей прямой кишки наряду с фактором длительности заболевания и частыми обострениями заболевания у 32 пациентов выявили анаэробные клостридиальные (10) и неклостридиальные (22) бактерии (табл. 1) и сопутствующие заболевания – сахарный диабет (7) и ожирение (6).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от этиологии заболевания

Вид инфекции	Количество		Перенесенные операции		
	абс. число	%	1 раз	2 раза	3 и более
Неспецифическая	51	61,4	10	15	28
Неклостридиальная	22	28,5	4	8	10
Клостридиальная	10	12,1	1	3	6
Всего	83	100	15	26	44

Как видно из данной таблицы, всего 51 пациент перенесли острый парапроктит неспецифической этиологии, у 22 больных установлена неклостридиальная этиология и у 10 – клостридиальная этиология, что может быть фактором ослабления резистентности организма к ограничению гнойно-воспалительного процесса в межмышечном пространстве анального сфинктера и параректальной клетчатки.

Кроме того, 70 больных со сложными формами СПК оперированы два и более раза по поводу острого парапроктита. Все больные с клостридиальным и неклостридиальным острым парапроктитом были оперированы в условиях нашей клиники, а остальные с рецидивирующим острым парапроктитом переведены из других лечебных учреждений.

При наружном осмотре у больных со ССПК в 74 случаях было выявлено по одному наружному свищевому отверстию, у 69 – два и у 21 – три. Также у 70 пациентов были два и более послеоперационных рубца в параректальной области.

Пальцевое исследование прямой кишки позволило определить локализацию внутреннего отверстия и наличие рубцовых изменений анального канала у 116 (70,7%) больных, но в диагностике гнойных полостей в параректальной области является менее информативным.

Проведение лабораторных методов исследования позволило установить информативность

изменения количества лейкоцитов, ускорения СОЭ и фибриногена «В» в диагностике наличия гнойно-воспалительных процессов в организме. Лейкоцитоз крови имел место в 50 (30,5%) наблюдениях, ускорение СОЭ – в 68 (41,5%). Кроме того, у 14 (8,5%) больных со ССПК выявили анемию различной степени тяжести. Изучение уровня СРБ в крови показало, что у 69 (83,1%) пациентов основной группы больных его уровень оказался выше нормы (0-3 мг/л).

Учитывая информативность и более быстрые изменения белков острой фазы воспаления, чем лейкоциты и СОЭ крови, показателей СРБ в комплексе с другими исследованиями использовали для оценки эффективности предоперационной подготовки больных.

Выполнение фистулографии позволило изучить характер свищевого хода, наличие ответвлений и гнойных полостей и диагностику внутреннего отверстия свища. Информативность фистулографии в диагностике гнойной полости в параректальной области составляет 67,3% наблюдений. В определении размеров и локализации гнойно-воспалительных процессов у больных с ССПК информативность фистулографии составляет всего в 49,6% случаях.

Наряду с другими методами, одним из информативных и обязательных методов исследования в предоперационном периоде считали УЗИ или ТРУЗИ прямой кишки. В предоперационном периоде всем больным с целью определения размеров и локализации гнойно-воспалительных процессов, отношения к анальному сфинктеру и в динамике в ходе предоперационной подготовки производили УЗИ или ТРУЗИ. У 38 (45,8%) пациентов обнаружили от одной до нескольких гнойных полостей и затеков в параректальной области (табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных по количеству гнойных полостей

Вид инфекции	**Количество гнойных полостей**			
	Одна	**две**	**3 и затеки**	**всего**
Неспецифическая (51)	8	3	2	13(25,5%)
Неклостридиальная (22)	5	5	2	12(54,5%)
Клостридиальная (10)	-	6	4	10(100%)
Всего (83)	**13**	**14**	**9**	**38(45,8%)**

Проведение УЗИ позволило установить, что наиболее часто гнойные полости и затеки отмечаются у больных после перенесенной неклостридиальной инфекции – 12 (54,5%) и у 10 (100%) больных выявлена клостридиальная этиология острого парапроктита. Гнойные полости и затеки в основном располагались в ишиоректальной и пельвиоректальной клечатке.

Необходимо отметить, что до настоящего времени отсутствуют данные литературы об ультразвуковой диагностике степени тяжести пектеноза анального сфинктера у больных с ССПК. Нами разработан способ определения степени тяжести или же распространения пектеноза анального сфинктера у больных со ССПК (рац. предл. № 3362/R577, выдано ТГМУ им. Абуали ибн Сино 14.11.2013 г.). Признаки пектеноза (рубца анального сфинктера) анального сфинктера проявлялись в виде различных деформаций контура сфинктера.

Пектеноз анального сфинктера диагностирован как со стороны анального канала, так и с параректальной области. Выявлены следующие его виды.

I – по распространенности поражения:

а) точечный; б) сегментарный; в) тотальный пектеноз анального сфинктера.

II – в зависимости от глубины поражения:

1) втяжение мышечного кольца со стороны анального канала;

2) втяжение или резкое истончение мышечного кольца со стороны параректальной клечатки;

3) полное истончение анального сфинктера.

У 14 (16,9%) пациентов определялись точечный и у 26 (31,3%) – сегментарный пектеноз анального сфинктера. УЗИ позволило у 17 (20,5%) больных диагностировать тотальный пектеноз передней или задней стенок анального сфинктера и рубцовые процессы в параректальной области, что имеет важное значения при выборе метода операции.

Результаты бактериологическою исследования микробного пейзажа содержимого свища у больных со ССПК показали, что возбудители хирургической инфекции характеризовались достаточным разнообразием. Основным представителем микрофлоры содержимого свища в обеих группах больных были энтеробактерии (кишечная палочка, citrobacter, enterobacter), но при этом частота встречаемости анаэробных неклостридиальных бактерий преобладала у больных, перенесших специфический острый парапроктит. Микрофлора, выделенная из про-

света свища прямой кишки у больных со ССПК, отличается от таковой у больных с простыми формами. Характерна большая роль в качестве возбудителей грамотрицательной микрофлоры.

Комплекс диагностических мероприятий, включающих в себя динамику показателей СРБ в крови, и УЗИ способствовали выполнению первичной или вторичной декомпрессии гнойных полостей и затёков, как этапов предоперационной подготовки, у 26 больных со ССПК для выбора этапности лечения и метода операций. На первом этапе под контролем УЗИ произведены чрескожная пункция, дренирование и санация гнойной полости, обеспечивающая уменьшение воспалительного инфильтрата параректальной области. После дренирования свищевого хода выполняли промывание растворами 0,05% раствор хлоргексидина биглюконата, 1% раствором диоксидина или 3% раствором перекиси водорода. Длительность подготовки зависела от размеров воспалительного инфильтрата и объема гнойной полости у этой категории больных. Стихание воспалительного процесса в области свища и окружающих его тканей, уменьшение зоны инфильтрации и количества гнойной полости, а также снижение показателей СРБ в крови и уменьшение размеров гнойных затеков и инфильтратов, по данным ультразвукового исследования, свидетельствовали об эффективности проведенной процедуры и подготовке больного к операции. У 19 больных отмечали уменьшение количества гнойного отделяемого, стихание воспалительного процесса в области свища и окружающих его тканях и уменьшение болезненности во время акта дефекации. Также у 22 больных на 3-4 сутки после процедуры отмечали снижение показателей СРБ в крови. Эффективности проведенной декомпрессии гнойных полостей и затеков, как этапа предоперационной подготовки, оценивали по данным ультразвукового исследования. 6 пациентам проведенные мероприятия оказались неэффективным, в связи с чем им повторно проведена пункция и дренирование плохо дренирующейся ишиоректальной гнойной полости. После повторного дренирования гнойной полости удалось осуществить подготовку к плановой операции.

Анализ результатов предоперационной подготовки в контрольной группе больных показал, что её объем заключается в промывании свищевых ходов в течение 2-4 суток, эффективность оценивали только клинически. После предоперационной подготовки больных контрольной группы повторные методы исследования (фистулография или RRS) не проводились и нет информации об изменении размеров гнойной полости и инфильтрации параректальной области. Всех больных контрольной группы планировалось оперировать в один этап. Запланированный объем оперативного вмешательства удалось выполнить всего в 46 (56,8%) случаях, а остальным пациентам проведены паллиативные операции. В основной группе после усовершенствованного метода предоперационной подготовки 74 (89,1%) пациентам со ССПК удалось выполнить одноэтапное хирургическое лечение с отсроченной обработкой внутреннего отверстия.

Заключение. В формировании сложных свищей прямой кишки, наряду с существующими факторами, немаловажную роль играют анаэробные неклостридиальные бактерии и сопутствующие заболевания – сахарный диабет и ожирение. Исследование СРБ в крови и включение УЗИ прямой кишки в комплексе специальных методов исследования больных со свищами прямой кишки позволяет выявить органические нарушения анального сфинктера (пектеноз анального сфинктера), наличие гнойных полостей и затеков в параректальной области, а также степень выраженности воспалительной реакции организма.

Выполнение первичной и вторичной декомпрессии гнойных полостей и затеков, как этапа предоперационной подготовки, у больных со ССПК под контролем показателей СРБ в крови и ультразвуковых данных служит для определения этапности лечения и выбора метода операций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гришин К.Н., Мустафин Д.Г. Хирургическое лечение экстрасфинктерных свищей прямой кишки // Вестник ВолГМУ. – 2010. – Т. 34, № 2. – С. 68-70.

2. Ильин В.А. и др. Результаты хирургического лечения высоких свищей прямой кишки // Колопроктология. – 2005. – № 2(12). –С.8-15.

3. Эктов В.Н., Попов Р.В., Воллис Е.А. Современные подходы к выбору хирургической тактики в лечении больных прямокишечными свищами // Колопроктология. – 2014. – № 3 (49). – С.62-68.

4. Муравьев А.В. и др. Сравнительная оценка хирургического лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2013. – Т. 8, № 2. – С. 34-36.

5. Разин А.Н. и др. Способ оперативного лечения пациентов с экстрасфинктерными параректальными свищами // Новости хирургии. – 2014. – Т. 22, № 1. – С. 83-88.

6. Ertem M., Gok H., Ozveri E. et al. Application of advancement flap after loose seton placement: a modified two-stage surgical repair of a transsphincteric anal fistula. //Ann. Coloproctol. – 2014. – Vol. 30 (4). P. 192-196.

7. Кузьминов А.М. и др. Результаты хирургического лечения свищей прямой кишки методом низведения полнослойного лоскута ее стенки/ //Колопроктология. – 2003. – № 12. –С. 53-55.

8. Garg P., Song J., Bhatia A. et al. Efficacy of anal fistula plug in fistula-in-ano: a systematic review. // Colorectal Disease. – 2010. Vol. 12. P. 965-970.

9. Жуков Б.Н. и др. Оптимизация хирургического лечения пациентов со сложными формами хронического парапроктита // Врач аспирант. – 2012. – №3.4. – С.517-20.

10. Помазкин В.И. Использование анокутанного лоскута при хирургическом лечении сложных параректальных свищей // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2011. – Т. 170 (4). С. 89-92.

11. Amin S.N., Tierney G.M., Lund J.N. et al. V-Y Advancement flap in treatment of fistula-in-ano. //Dis. Colon Rectum. – 2003.- Vol. 46.- P. 540-543.

МУҲАББАТОВ Ҷ.К., КАРИМОВ Ш.А., НОЗИМОВ Ф.Х., ҲАМРОЕВ Б.М.

БЕҲТАР НАМУДАНИ ОМОДАГИИ ПЕШАЗҶАРРОҲИИ БЕМОРОН БО НАМУДҲОИ МУРРАКАБИ НОСУРҲОИ РӮДАИ РОСТ

Кафедраи ҷарроҳии умумии № 1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: рӯдаи рост, носурҳо, омодагии пешазҷарроҳӣ.

Натиҷаи таҳлили маҷмуавӣ ва омодагии пешазҷарроҳии 164 бемор бо носурҳои мурракаби рӯдаи рост таҳлил карда шуд.

Вобаста аз усулҳои истифодабурдаи омодагии пешазҷарроҳӣ ҳамаи беморон ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи санҷишӣ – 81 бемор (49,3%), ки ба онҳо усули маъмулӣ истифода бурда шуд ва гурӯҳи асосӣ – 83 бемор (50,6%), ки дар ин гурӯҳ усули такмилдодаи омодагии пешазҷарроҳӣ зери назорати нишондодҳои сафедаи реактивии С ва истифодаи фаросадо иҷро гардид.

Дар пайдошавии носурҳои мурракаби рӯдаи рост, дар баробари омилҳои ҷойдошта, бактерияҳои ғайриклостридӣ ва бемориҳои ҳамрав аз қабили диабети қанд ва фарбеҳӣ нақши муҳим дорад.

Истифодаи усули пешниҳодшудаи омодагии пешазҷарроҳӣ имкон дод, ки дар 89,1% беморон табобати ҷарроҳии якдаврави бо коркарди мавқуфгузоштаи сурохии дарунӣ гузаронида шавад.

УДК 616–081; 616.71–018.46-002

[1]НАЗАРОВ Х.Н., [2]ГАИБОВ А.Д.

ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ И МНОЖЕСТВЕННЫХ ТРАВМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

[1]Кафедра хирургии отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ г. Курган-Тюбе, Хатлонская областная клиническая больница имени Б. Вохидова
[2]Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

В статье проанализированы результаты диагностики, лечения и наблюдения 310 пострадавших с сочетанными и множественными травмами нижних конечностей (СиМТНК), разделённых на 2 группы: контрольную – 162 больных, которые лечились по общепринятой методике, основную – 148 больных, получивших лечение усовершенствованными методами. В основной группе для лечения СиМТНК использовали малоинвазивную технологию и усовершенствованный лечебно-профилактический алгоритм тромбоэмболических осложнений. Летальные исходы на профильном клиническом этапе от ТЭЛА в основном группе отмечались у 3 (2,0%), в контрольной – у 7 (4,3%) пострадавших. Ближайшие и отдаленные результаты лечение изучены у 148 пострадавших основной и 126 контрольной группы. Тромбоэмболические осложнения наблюдались у 34 (23,0%) пострадавших основной и 67 (53,2%) – контрольной групп. Своевременная диагностика и применение малоинвазивной технологии остеосинтеза и специальные меры профилактики тромбоэмболических осложнений способствовали снижению летальности от ТЭЛА с 4,3% до 2,0% и числа тромбоэмболических осложнений – от 53,2% до 23,0%.

Ключевые слова: тромбоэмболических осложнений, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), тромбоз глубоких вен (ТГВ). Венозная тромбоэмболия (ВТЭ).

NAZAROV KH.N., GAIBOV A.D.

DIAGNOSIS, PREVENTION AND TREATMENT OF THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN COMBINED AND MULTIPLE INJURIES OF THE LOWER EXTREMITIES (CAMILE)

The article analyzes the results of the diagnostic, treatment and observation of 310 patients with CaMILE. Patients were divided into 2 groups. The control group consisted of 162 patients who were treated by the generally accepted method from 2004 to 2009. The study group included 148 patients who received the treatment by improved methods in the period from 2010 to 2014. In the main group of patients, for the treatment of CaMILE were applied minimally invasive technology and advanced treatment and prophylaxis of thromboembolic complications. The lethal outcomes on the profile clinical stage from pulmonary embolism in the main group were observed in 3 (2.0%), while in the control in 7 (4.3%) patients. Immediate and long-term results of the treatment were studied in 148 victims of the main and 126 patients of the control group. Thromboembolic complications were observed - in 34 patients of the main group (23.0%) and 67 (53.2%) of the affected controls. Timely diagnosis and the use of minimally invasive osteosynthesis techniques and special measures of prevention of thromboembolic complications contributed to the decline in mortality from pulmonary embolism from 4.3% to 2.0% and the number of thromboembolic complications from 53.2% to 23.0%.

Key words: thromboembolic complications, pulmonary embolism (PE), deep vein thrombosis (DVT), venous thromboembolism (VTE).

Актуальность. Венозная тромбоэмболия (ВТЭ) – одна из ведущих проблем здравоохранения и третье по распространенности сердечно-сосудистое заболевание после ишемической болезни сердца и инсульта [1, 2].

Профилактика и ранняя диагностика тромботических осложнений сочетанных и множественных травм нижних конечностей (СиМТНК) являются актуальными проблемами. Венозный тромбоз развивается при сочетанных повреждениях костей и сосудов, замедлении тока крови и изменении её свойств. Эти элементы появляются при любом оперативном вмешательстве и при травме [3]. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) и её ветвей является наиболее частым и грозным осложнением у пациентов травматологического профиля и служит непосредственной причиной смерти каждого четвертого умершего больного с повреждением опорно-двигательного аппарата [4]. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей у пациентов с СиМТНК ведет в дальнейшем к развитию посттромбофлебитического синдрома (ПТФС), следствием которого является функциональная и анатомическая неполноценность конечности, часто вызывающая потерю трудоспособности [5]. При благоприятном течении ТЭЛА в последующем у больных развивается тяжелая хроническая гипертензия малого круга кровообращения с прогрессирующей сердечно-легочной недостаточностью [4]. Госпитальные тромбоэмболические осложнения – не фатальная неизбежность, это реальная опасность, которую врач должен предвидеть и стараться предотвратить. «Идеальный» метод исследования вен нижних конечностей должен обладать следующими характеристиками: неинвазивность, высокая информативность, безопасность для пациента, воспроизводимость, визуализация вен системы нижней полой вены (НПВ) на всем протяжении, легочной артерий, возможность проведения на постели больного, низкая стоимость. Этим требованиям отвечает ультразвуковое (УЗ) дуплексное сканирование.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения тромбоэмболических осложнений у больных с СиМТНК.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах обследования, лечения и наблюдения 310 пострадавших с СиМТНК и их осложнениями, находящихся на лечении в период с 2004 по 2014 гг. Все больные были разделены на 2 группы. Контрольную (ретроспективную) группу составили 162 пострадавших, их лечение проводилось традиционными методами. В основную группу вошли 148 больных, которым проведено проспективное наблюдение. Им применялись ранние малоинвазивные методы остеосинтеза, использовали усовершенствованный способ профилактики тромбоэмболических осложнений. По полу, возрасту, механизмам травмы и поступлению в стационар больные обеих групп были репрезентативными. Возраст пострадавших колебался от 18 до 69 лет (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пострадавших по возрасту

Возраст, лет	Основная группа (n=148)		Контрольная группа (n=162)	
	n	%	n	%
18-24	11	7,4	13	8,0
25-34	57	38,5	63	38,9
35-44	48	32,4	50	30,9
45-54	15	10,2	16	9,9
55-64	12	8,1	13	8,0
65 и старше	5	3,4	7	4,3
Всего	148	100,0	162	100,0

При возрастном распределении больных в основной и контрольной группах преобладали пострадавших в возрасте 25-45 лет – 70,9% и 69,8% соответственно.

Распределение пострадавших по полу приведено в таблице 2.

В основной и контрольной группах преобладали мужчины (70,9% и 70,4% соответственно).

Гаибов А.Д. – профессор кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н., профессор; тел.: +992918470017; e-mail: gaibov a.d@mail.ru

В таблице 3 приведено распределение больных по механизму травмы.

Как видно из таблицы 3, в основной и контрольной группах чаще причиной травмы были ДТП и падение с высоты (кататравма).

В таблице 4 приведены способы транспортировки пострадавших.

Как видно из таблицы 4, большинство пострадавших доставлены в стационар на попутном транспорте без оказания надлежащей медицинской помощи.

Таблица 2

Групповое распределение пострадавших по полу

Пол	Основная группа (n=148)		Контрольная группа (n=162)	
	N	%	n	%
Мужчины	105	70,9	114	70,4
Женщины	43	29,1	48	29,6
Всего	148	100,0	162	100,0

Таблица 3

Распределение больных по механизму травмы

Механизм травмы	Основная группа (n=148)		Контрольная группа (n=162)	
	n	%	n	%
ДТП	113	76,4	119	73,5
Кататравма	19	12,8	23	14,2
Производственная	12	8,1	13	8,0
Другие	4	2,7	7	4,3
Всего	148	100,0	162	100,0

Таблица 4

Транспортировка пострадавших

Способы транспортировки пострадавших	Основная группа (n=148)		Контрольная группа (n=162)		Всего	
	n	%	n	%	n	%
Машиной скорой помощи	24	16,2	25	15,4	49	15,8
Попутной машиной	82	55,4	91	56,1	173	55,8
Перевод из других мед. учреждений	42	28,4	46	28,5	88	28,4
Всего	148	100,0	162	100,0	310	100,0

Несвоевременное оказание первой медицинской помощи (ПМП) и транспортировка пострадавших немедицинским персоналом отрицательно влияли на тяжесть их состояния и исход лечения.

У 310 пострадавших в основной и контрольной группах при СиМТНК установлено 554 (265 в основной и 289 в контрольной группе) перелома костей нижних конечностей, в частности: бедра – 227 (108 в основной и 119 в контрольной), костей голени – 316 (151 в основной и 165 в контрольной) и костей стопы – 11 (6 в основном и 5 в контрольной). Моносегментные переломы костей нижних конечностей выявлены у 119, переломы двух диафизарных сегментов – у 155 пациентов, трех – у 30 и четырех – у 6 пострадавших (табл. 5). Как видно из таблицы 5, наиболее часто встречались ипсилатеральные переломы и моносегментные переломы костей голени, реже – билатеральные переломы костей голени, моносегментные переломы бедра и контрлатеральные переломы, несколько реже – переломы 3-х сегментов нижних конечностей (бедро и обеих голеней), еще реже билатеральные переломы бедер, 3-х сегментов нижних конечностей (обеих бедер и голени) и 4-х сегментов нижних конечностей. Следует отметить, что моносегментные и полисегментные переломы костей нижних конечностей сочетались с повреждением сосудов, органов других областей, переломами костей верхних конечностей, таза и позвоночника. Соотношение моно- и полисегментных ПДКНК в основной и контрольной группах было аналогичным.

Таблица 5

Клинико–анатомическая классификация ПДКНК у пострадавших с СиМТНК (n= 310)

Вид переломов	Основная группа		Контрольная группа		Всего	
	n	%	n	%	n	%
Моносегментные (голени)	35	23,7	38	23,5	73	23,6
Моносегментные (бедра)	22	14,9	24	14,8	46	14,8
Ипсилатеральные (бедра и голени с одной стороны)	29	19,6	32	19,7	61	19,7
Билатеральные (обеих голеней)	19	12,8	21	13,0	40	12,9
Билатеральные (обоих бедер)	8	5,4	9	5,6	17	5,5
Контрлатеральные (бедра и голени на противоположных сторонах)	18	12,2	19	11,7	37	11,9
3–х сегментов нижних конечностей (бедра и обоих голеней)	11	7,4	12	7,4	23	7,4
3–х сегментов нижних конечностей (обоих бедер и голени)	3	2,0	4	2,5	7	2,3
4–х сегментов нижних конечностей	3	2,0	3	1,8	6	1,9
ВСЕГО	148	100,0	162	100,0	310	100,0

Все полученные результаты обрабатывали методом вариационной статистики с вычислением средней арифметической (M), стандартного отклонения (m). Расчеты проводили на персональном компьютере с использованием функциональных возможностей Excel, а также пакета прикладных программ «Statistica-6,0». Достоверность различий оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента. Различия сравниваемых показателей считались достоверными при значении $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. Летальные исходы на профильном клиническом этапе в контрольной группе отмечались у 10 пострадавших, причинами явились: тяжелая ЧМТ – 1, сепсис на фоне тяжелой травмы органов брюшной полости – 1, жировая эмболия – 1 и ТЭЛА – 7 (4,3%). Отдаленные результаты изучены у 126 пострадавших контрольной группы. Тромбоэмболические осложнения наблюдалось у 67 (53,2%) пострадавших. Также выяснилось, что ТГВНК и ТЭЛА развиваются не только на ранних сроках лечения, сразу после травмы, но и в более поздние – в период амбулаторного лечения. Это подтверждает тот факт, что во время стационарного лечения у данных пациентов каких-либо признаков ТГВНК не наблюдалось, что позволяет предполагать, что фактор «триады Вирхова», а именно – повреждения стенок, возникающие в момент травмы, не могут играть ведущей роли в венозном тромбозе на поздних сроках лечения. В большинстве случаев ТГВНК у больных с СиМТНК встречался при переломах бедра (60,7%). Риск развития ТГВНК при консервативном лечении скелетным вытяжением и накостном остеосинтезе с последующим применением гипсовой повязки также высок – 50% и 32,1% соответственно. Тромбоэмболические осложнения часто наблюдались при ипсилатеральных – 46,4% и контрлатеральных – 28,6% переломах бедра и голени.

На основании проведенного исследования можно сделать вывод, что переломы нижних конечностей, особенно при СиМТНК, являются высоким риском развития тромбоэмболических осложнений в ближайшем и отдаленном периодах травматической болезни. Причины этих осложнений во многом связаны с длительной иммобилизацией конечности гипсовыми повязками и, соответственно, с гиподинамией. Для улучшения исходов наиболее тяжелых политравм у пострадавших основной группы мы придерживались системы так называемого «damage control» (контроль повреждений). Согласно «damage control», оперативное лечение повреждений как внутренних органов, так и опорно-двигательного аппарата разделяется на два этапа: в первые сутки выполняются минимальные жизнеспасающие непродолжительные операции типа декомпрессивной мини-трепанации черепа, лапаротомии при повреждениях внутренних органов, торакосинтез и т.п., а переломы крупных костей, прежде всего бедра и

костей голени, иммобилизуются аппаратами наружной фиксации или скелетным вытяжением.

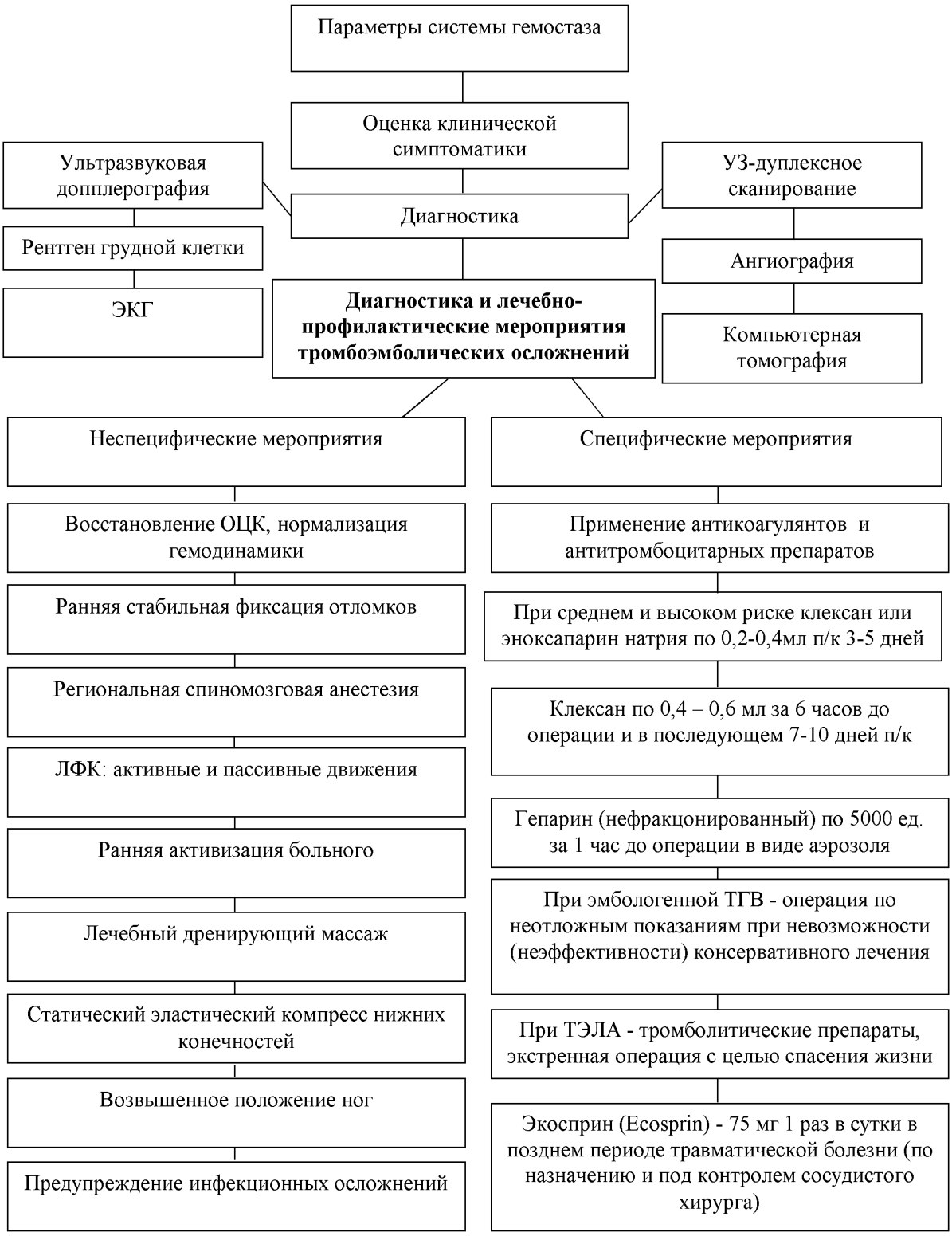
Для улучшения результатов лечения СиМТНК придерживались индивидуально обоснованной схемы оказания специализированной помощи с применением малоинвазивной технологии и усовершенствованного лечебно-профилактического алгоритма тромботических осложнений. При оперативном лечении закрытых переломов длинных костей нижних конечностей чаще прибегали к остеосинтезу интрамедуллярными гвоздями с блокированием, как методу, наиболее отвечающему всем требованиям профилактики поздних тромбозов глубоких вен. С целью профилактики тромбоэмболических осложнений при лечении переломов длинных костей нижних конечностей следует воздерживаться от использования методов остеосинтеза предполагающих иммобилизацию смежных суставов на фоне ортостатических нагрузок. Учитывая меньший процент ВТЭО при проведении регионарных анестезиологических пособий, все оперативные вмешательства на нижних конечностях проводили под регионарной спинальной анестезией 0,5% раствором «Маркаина спинала». Меньший процент ВТЭО при проведении регионарной анестезии обусловлен: а) мощным стресс-лимитирующим эффектом данной анестезии, при котором не происходит большого выброса адреналина, глюкокортикостероидов, медиаторов боли и воспаления, которые является факторами гиперкоагуляции; б) усилением кровотока в глубоких венах нижних конечностях; в) снижением потребности в гемотрансфузии на фоне адекватной антиноцицептивной защиты (полное купирование болевого синдрома); меньшей медикаментозной нагрузкой на пациента препаратами, приводящими к повышению свертываемости крови.

Нами усовершенствован диагностический и лечебно-профилактический алгоритм тромбоэмболических осложнений при СиМТНК (рис.), состоящий из неспецифических и специфических мероприятий. Неспецифические мероприятия: статическая эластическая компрессия нижних конечностей, ЛФК, возвышенное положение ног, лечебный дренирующий массаж, ранняя стабильная фиксация отломков, ранняя активизация больного, восстановление ОЦК и нормализация гемодинамики, адекватная анестезия, предупреждение инфекционных осложнений. Специфические мероприятия: применение антикоагулянтов и антитромбоцитарных препаратов. Из антикоагулянтов прямого действия предпочитали использовать клексан или эноксапарин натрия. Их преимущество заключается в высокой эффективности, низком риске кровотечения, одноразовом применении без необходимости лабораторного контроля. Препараты имеют более длительный период полувыведения и быстрого достижения высокой концентрации в плазме. Клексан или эноксапарин натрия принимали все пострадавшие на реанимационном этапе с высокой и средней степенями риска развития ТГВ и ТЭЛА в течение 3-4 дней. При планировании остеосинтеза назначали Клексан за 6-12 часов до операции и продолжали инъекции в течение 6-7 дней после операции. Кроме того, нами с целью дополнительной профилактики интраоперационных тромбоэмболических осложнений, помимо стандартной инфузии низкомолекулярного гепарина, у 78 пострадавших с СиМТНК использовали ингаляционный гепарин.

Для проведения ингаляционной терапии гепарином нами был использован компрессорный небулайзер Pari Boy (Германия). За 1 час до проведения операции на нижней конечности больному проводилась ингаляция раствора гепарина в течение одной минуты. В камеру небулайзера вливался раствор, приготовленный ex temporo, 5000 Ед нефраксонированного гепарина + 5 мл изотонического раствора. Пациент спокойно дышал аэрозолем, не форсируя дыхание, после окончания процедуры переводился в операционную. Эффект при однократной ингаляции наблюдался уже через 5 минут, максимум действия приходился на 20 часов от начала ингаляции, а антикоагулянтний эффект сохранялся до 36-48 часов. Доза гепарина при таком способе введения была в 2-4 раза меньше, чем при парентеральном его введении.

Так как большинство тромбозов глубоких вен протекают без клинической симптоматики, всем пациентам с переломами длинных костей нижних конечностей при нахождении в стационаре производилось ультразвуковое исследование вен не реже одного раза в неделю. Учитывая, что большинство тромбозов глубоких вен становятся клинически значимыми в период амбулаторного наблюдения, пациентам с переломами длинных костей нижних конечностей также рекомендовали еженедельное ультразвуковое исследование венозной системы. При обнаружение признаков ТГВ все пациенты находились под наблюдением и лечением сосудистого хирурга и травматолога. Надо отметить, что УЗ-дуплексное сканирование с цветным картированием сосудов является высокоинформативным методом диагностики тромбоза магистральных вен. Важным, на наш взгляд, является также ранняя активация пациентов, обеспечивающая активную деятельность мышечно-венозной помпы.

Диагностический и лечебно-профилактический алгоритм тромбоэмболических осложнений при СиМТНК



Летальные исходы на профильном клиническом этапе в основной группе отмечались у 6 (4,0%) пострадавших, причинами были тяжелый сепсис на фоне сочетанной травмы органов брюшной полости – 1, жировая эмболия – 1, синдром острого легочного повреждения (СОЛП) – 1 и ТЭЛА – у 3 (2,0%). Летальность при ТЭЛА, по сравнению с контрольной группой, снизилась на 2,3%.

Ближайшие и отдаленные результаты лечения изучены у 148 пострадавших, получивших 259 ПДКНК. В ближайшем и отдаленном пери-

одах травматической болезни тромбоэмболические осложнения наблюдались у 34 (23,0%) пострадавших, что, по сравнению с контрольной группой, снизилось на 30,2%.

Для проведения ингаляционной терапии гепарином нами был использован компрессорный небулайзер Pari Boy (Германия). За 1 час до проведения операции на нижней конечности больному проводилась ингаляция раствора гепарина в течение одной минуты. В камеру небулайзера вливался раствор, приготовленный ex temporo, 5000 Ед нефраксонированного гепарина + 5 мл изотонического раствора. Пациент спокойно дышал аэрозолем, не форсируя дыхание, после окончания процедуры переводился в операционную. Эффект при однократной ингаляции наблюдался уже через 5 минут, максимум действия приходился на 20 часов от начала ингаляции, а антикоагулянтний эффект сохранялся до 36-48 часов. Доза гепарина при таком способе введения была в 2-4 раза меньше, чем при парентеральном его введении.

Так как большинство тромбозов глубоких вен протекают без клинической симптоматики, всем пациентам с переломами длинных костей нижних конечностей при нахождении в стационаре производилось ультразвуковое исследование вен не реже одного раза в неделю. Учитывая, что большинство тромбозов глубоких вен становятся клинически значимыми в период амбулаторного наблюдения, пациентам с переломами длинных костей нижних конечностей также рекомендовали еженедельное ультразвуковое исследование венозной системы. При обнаружение признаков ТГВ все пациенты находились под наблюдением и лечением сосудистого хирурга и травматолога. Надо отметить, что УЗ-дуплексное сканирование с цветным картированием сосудов является высокоинформативным методом диагностики тромбоза магистральных вен. Важным, на наш взгляд, является также ранняя активация пациентов, обеспечивающая активную деятельность мышечно-венозной помпы.

Летальные исходы на профильном клиническом этапе в основной группе отмечались у 6 (4,0%) пострадавших, причинами были тяжелый сепсис на фоне сочетанной травмы органов брюшной полости – 1, жировая эмболия – 1, синдром острого легочного повреждения (СОЛП) – 1 и ТЭЛА – у 3 (2,0%). Летальность при ТЭЛА, по сравнению с контрольной группой, снизилась на 2,3%.

Ближайшие и отдаленные результаты лечения изучены у 148 пострадавших, получивших 259 ПДКНК. В ближайшем и отдаленном периодах травматической болезни тромбоэмболические осложнения наблюдались у 34 (23,0%) пострадавших, что, по сравнению с контрольной группой, снизилось на 30,2%.

Заключение. Своевременная диагностика, применение малоинвазивных методов остеосинтеза и мероприятия тромбо-профилактики по усовершенствованному лечебно-профилактическому алгоритму при лечении СиМТНК способствовали снижению летальности при ТЭЛА с 4,3% до 2,0%, частоты её развития – с 53,2% до 23,0%. Для профилактики развития поздних тромбозов глубоких вен при остеосинтезе переломов длинных костей нижних конечностей, помимо стабильной фиксации, необходимо обеспечить пациенту ходьбу и движения в смежных суставах поврежденных конечностей, что обеспечивает деятельность мышечно-венозной помпы. Остеосинтез интрамедуллярными гвоздями с блокированием, как метод, наиболее отвечающий всем требованиям профилактики поздних тромбозов глубоких вен, является операцией выбора при закрытых переломах длинных костей нижних конечностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cipolle M.D., Wojcik R., Seislove E. et al. The role of surveillance duplex scanning in preventing venous thromboembolism in trauma patients // J. Trauma.- 2002.- V. 52, N 3.- P. 453-462.

2. Giannadakis K., Leppek R., Gotzen L. et al. Thromboembolism. Complication in multiple trauma patients: an underestimated problem? Results of a clinical observational study of 50 patients // Ibid.- 2001.- V. 72, N 6.- P. 710-716.

3. Баешко А.А. Факторы риска тромбоза глубоких вен нижних конечностей // Ангиология сегодня. -2002.- С.9-14. №

4. Ageno W., Sguizzato A., Garcia D. Epidmiology and risk factors of venous thromboembolism // Semin Tromb Hemost. – 2006. – V. 32, № 7. - P. 651- 658.

5. Коробков В.Н. Тромбоэмболия легочной артерии в хирургии. – Казань, 2011. - 64 с.

НАЗАРОВ Х.Н., ҒОИБОВ А.Ҷ.

ТАШХИС, ПЕШГИРӢ ВА ТАБОБАТИ ОРИЗАҲОИ СУДДАБАНДИИ РАГҲО ҲАНГОМИ ОСЕБҲОИ ПАЙВАСТА ВА СЕРШУМОРИ АНДОМҲОИ ПОЁН

Кафедраи ҷарроҳии ДТИБКСТ ВТ ва ҲИА ҶТ дар ш. Қурғонтеппа. Беморхонаи клиникии вилоятии Хатлон ба номи Б. Воҳидов
Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии № 2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: оризаҳои суддабандӣ, суддабандии шараёни шуш, суддабандии венаҳои амиқӣ.

Дар мақола натиҷаи ташхис, табобат ва назорати 310 ҷабрдида бо осебҳои пайваста ва сершумори андомҳои поён ки ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд, мавриди омӯзиш қарор гирифт. Гурӯҳи санҷишӣ 162 беморро дар бар гирифта бо усулҳои маъмулӣ табобат карда шудаанд. Ба гурӯҳи санҷиши 148 бемор дохил карда шуд, ки бо усулҳои такмилдода табобат гирифтанд. Дар гурӯҳи асосӣ, барои табобати осебҳои пайваста ва сершумори андомҳои поён технологияи муосир ва алгоритми такмилдодаи пешгирӣ ва табобатии оризаҳои суддабандӣ истифода бурда шуд. Фавти беморон дар марҳилаи клиникии санҷишӣ аз суддабандии шараёни шуш дар гурӯҳи асосӣ дар 3 бемор (3%) ва дар гурӯҳи санҷишӣ дар 7 бемор (4,3%) ба қайд гирифта шуд. Натиҷаҳои бармаҳал ва минбаъдаи табобат дар 148 бемори гурӯҳи асосӣ ва 126 бемори гурӯҳи санҷишӣ мавриди омӯзиш қарор гирифт. Оризаҳои суддабандӣ дар 34 (23,0%) бемори гуруҳи асосӣ ва 67 (53,2%) бемори гурӯҳи санҷишӣ ба қайд гирифта шуд.

Ташхиси саривақтӣ ва истифодаи технологияи муосири остеосинтез ва усулҳои махсуси пешгириии оризаҳои суддабандӣ боиси паст гаштани фавти беморон аз суддабандии шараёни шуш гашта, нишондодҳо аз 4,3% то 2,0% расиданд. Нишондодҳои шумораи оризаҳои суддабандӣ аз 53,2% то 23,0% паст гаштанд.

УДК 611.6;616.6;618.1;619.5

[1]Одинаев А.А., [2]Саидов Дж.С.

РЕАБИЛИТАЦИЯ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ОСТРУЮ ПОЧЕЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

[1]ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»
[2]ГУ «Республиканский научный центр крови»

Изучены истории болезни и карты наблюдения 254 больных детей, которые получили комплексную терапию в Национальном медицинском центре Республики Таджикистан. Восстановительный период после перенесенного гемолитико-уремического синдрома, острой почечной недостаточности не имеет четко оформленных временных границ. При благоприятном течении он продолжается от 1 года до 5 лет. При сохранении мочевого синдрома, снижения клубочковой фильтрации, эпизодах артериальной гипертензии ребенок не снимается с диспансерного наблюдения. Рекомендуется длительный прием ингибиторов АТФ на фоне лечебного питания.

Ключевые слова: гемолитико-уремический синдром, дети, острая почечная недостаточность, кишечные инфекции.

ODINAEV A.A., SAIDOV J.S.

REHABILITATION AND CLINICAL EXAMINATION OF CHILDREN SUFFERED FROM HEMOLYTIC UREMIC SYNDROME, ACUTE RENAL FAILURE

Case records and cards supervision of 254 sick children which have received complex therapy in the National medical Centre to Republic of Tajikistan are studied. The restorative period after the transferred hemolytic-uremic syndrome, acute renal insufficiency has no accurately issued time borders. At a favorable current it proceeds from 1 year till 5 years. While maintaining urinary syndrome, there is reduction in glomerular filtration rate, episodes of hypertension dispensary observation of the child is not removed. Long-term use of ACE inhibitors against the backdrop of Clinical Nutrition is recommended.

Key words: hemolytic-uremic syndrome, children, acute renal failure, intestinal infections.

Актуальность. Гемолитико-уремический синдром (ГУС) у детей до настоящего времени представляет актуальную проблему. Именно он является наиболее частой причиной острой почечной недостаточности (ОПН) у детей раннего возраста [1], истоком формирования хронической болезни почек в последующие годы с возможным переходом в терминальную почечную недостаточность [2].

Гемолитико-уремический синдром составляет более 2% среди причин хронической почечной недостаточности в детском возрасте. При его возникновении количество летальных исходов в остром периоде доходит до 15% [3]. Установлено, что многие органы и системы включаются в патологический процесс при развитии ГУС, ОПН, в том числе система гемостаза, кардио-респираторная, гастроинтестинальная, нервная системы и др. [4, 5].

Прогрессирование нефросклероза приводит к терминальной почечной недостаточности у 20% детей, перенесших гемолитико-уремический синдром [5]. На протяжении последних десятилетий прошлого столетия, к началу XXI века были подробно изучены нарушения гемостаза при ГУС у детей, которым придаётся важное значение в развитии этого синдрома [4]. Разрабатывались вопросы интенсивной терапии в острой стадии болезни [1], особенности восстановительного пе-

Саидов Джурахон Сафолович – Генеральный директор ГУ «Республиканского научного центра крови»

риода гемолитико-уремического синдрома у детей [3]. Были разработаны показания к применению гепарина и препаратов, оказывающий фибринолитический эффект [2]. Однако, в связи с возможной инвалидизацией ребенка гемолитико-уремический синдром остается важной медицинской и социальной проблемой. Следует адекатно оценивать эффективность различных вариантов интенсивной терапии (гемодиализа, плазмафереза), уточнять показания для назначения препаратов, влияющих на гемостаз, обосновать вторичную профилактику заболевания, что является основными задачами педиатрии на современном этапе.

Вторичная профилактика – это комплексная система управления реабилитацией пациентов, перенесших гемолитико-уремический синдром, т.к. ежегодно в разных регионах Республики Таджикистан более 1500-2000 детей раннего возраста переносят эту патологию [2]. В настоящее время развитие ДВС-синдрома при гемолитико-уремическом синдроме оспаривается, а симптоматической единой терапии ГУС, ОПН не существует. Все изложенное послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования. Проанализировать течение восстановительного периода у детей, перенесших гемолитико-уремический синдром (ГУС), острую почечную недостаточность (ОПН), определить особенности их диспансеризации.

Материал и методы исследования. В исследование вошли 254 ребёнка, из них 78 детей с гемолитико-уремическим синдромом и ОПН в возрасте от 4 месяцев до 3 лет, за 2014-2015 годы. У всех развитию ГУС предшествовала кишечная инфекция (типичный диарейный ГУС). Синдром развивался в течение 1-3 дней, анурия была длительностью от 3 до 12 суток (в среднем 6,2±1,2 суток). Мальчиков было 41, девочек – 37.

Всем больным с момента госпитализации в клинике выполнялись клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

В зависимости от тяжести состояния по шкале оценки APCHE-2 проводилось комплексная корригирующая терапия. Учитывая тяжесть и нарастание клиники острой почечной недостаточности, наряду с комплексной терапией, осуществляли активные методы детоксикации (энтеросорбция у 32 больных, альбуминовый диализ у 11, плазмоферез у 7, гемодиализ у 5). Из наблюдаемых групп больных более 60% имели сопутствующую патологию (анемия, токсический гепатит, пневмония).

Результаты и их обсуждение. Дети наблюдались в отделении реанимации. Проанализированы острый и восстановительный периоды – на протяжении не менее года и до 3 лет.

Азотемия выявлена у всех больных (уровень мочевины составлял в среднем 34,7±1,2 ммоль/л, креатинина в сыворотке крови – в среднем 352±20 мкмоль/л). У всех детей развился декомпенсированный метаболический ацидоз (BE=11,24±0,64; pH=7,31±0,01). Гиперкалиемия отмечена у 7 детей. Тромбоцитопения разной степени выраженности имелась у всех пациентов – в отдельных случаях уровень тромбоцитов достигал 60×109/л.

Гемолитическая анемия присутствовала у наблюдаемых пациентов, при этом у 24 (30,8%) из них содержание гемоглобина не превышало 60 г/л. У части больных установлены признаки, характерные для ДВС-синдрома (геморрагический синдром, нарушение микроциркуляции). Неврологическая симптоматика различной степени выраженности проявлялась у 34 больных и была связана как с гиперволемией и повышением артериального давления, так и с нарушением микроциркуляции в сосудах мозга.

Наблюдение за детьми, перенесшими ГУС, ОПН, после выхода из острой стадии переносится из отделения реанимации в общесоматическое. Дальнейшее амбулаторное наблюдение позволяет дифференцированно подходить к реабилитации пациентов, предотвращать прогрессирование заболевания, уменьшить частоту исходов в хроническую почечную недостаточность (ХПН). Все дети, перенесшие ГУС и ОПН, в восстановительном периоде включались в список по наличию нарушений функции почек с подробными рекомендациями по их дальнейшему наблюдению.

Общая тактика ведения заключалась в следующем. Обязательная плановая госпитализация в отделение детской нефрологии через два месяца после выписки из стационара; вторая госпитализация – через шесть месяцев, а затем 1-2 раза в год на протяжении не менее 5 лет при благоприятном течении восстановительного периода. Дети наблюдаются в основном с хроническим интерстициальным нефритом. Как отягощающий фактор, в 10% наблюдений выявляется дисплазия и гипоплазия почек. После острой стадии заболевания обследование детей проводится по одной схеме: анализ функционального состояния почек, активности процесса, состояния внутренних органов, нервной системы. Нами отмечено, что снижение функции почек может проявляться и через некоторое время после длительного латентного периода. При нормализации всех показателей функций почек по данным пробы Реберга, Зимницкого, показателям ацидоаммониогенеза, динамической нефросцинтиграфии возможно комиссионное снятие с учета. При выявлении микрогематурии, протеинурии, артериальной гипертензии, снижения скорости клубочковой фильтрации пациенты с учета не снимаются. Диспансерное наблюдение при хронической болезни почек осуществляется вплоть до перевода ребенка во взрослую сеть.

Учитывая полисистемность поражений при ГУС, в диспансеризации больных, перенесших этот синдром, помимо нефролога участвуют многие специалисты: гастроэнтеролог, невролог, кардиолог, гепатолог, иммунолог, а при наличии показаний и психолог. В 35% случаев у детей наблюдаются симптомы поражения органов пищеварения, в 20% – нервной системы. С учетом осложнений данного синдрома при наличии нарушений со стороны иммунной системы проводится индивидуальная коррекция медикаментозных и немедикаментозных методов реабилитации, лечебного питания.

Дети получали сеансы гемодиализа, гемодиализа в сочетании с плазмаферезом, а также перитонеальный диализ. Внедрение продленных методик гемофильтрации и системы при проведении острого перитонеального диализа, сочетание заместительной терапии – плазмафереза и гемодиализа – позволили снизить летальность от ОПН за прошедшие 5 лет от 16,2% до 5,4%.

Заключение. Таким образом, восстановительный период после перенесенных ГУС, ОПН не имеет четко оформленных временных границ. При благоприятном течении он продолжается от 1 года до 5 лет. При сохранении мочевого синдрома, снижении скорости клубочковой фильтрации, эпизодах артериальной гипертензии ребенок с диспансеризации не снимается. Рекомендуется длительный прием ингибиторов АПФ на фоне лечебного питания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Махмаджонов Д.М., Мазаков К.Н. Тактика лечения у детей с ОПН в послеоперационном периоде // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана.- 2009.- №3.

2. Ермоленко В.М. Острая почечная недостаточность. Нефрология. Руководство для врачей, 2000. С. 580-595.

3. Миронов Л.Л., Канус И.И. Принципы интенсивный терапии острой почечной недостаточности у детей // Медицинская панорама.- 2003.- №4 (29).- С. 63-69.

4. Исмоилов К.И., Исмоилова М.А., Давлатов С.Т., Боймирзоев А.Х. Особенности электролитного гемостаза у детей с острой почечной недостаточностью при бронхологических заболеваниях // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана.- 2012.- №4 (16).- С. 14-16.

5. Тиляков О.Р., Ганиев Ш.С. Анестезиологические обеспечение у детей с пороками развития с ОПН мочевыделительной системы // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана.- 2013.- №1(17).- С. 72-77.

Одинаев А.А., Саидов Ҷ.С.

БАРҚАРОРКУНӢ ВА ДИСПАНСЕРКУНОНИИ КӮДАКОНЕ, КИ АЛОИМИ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИКӢ ВА НОРАСОИИ ШАДИДИ КОРИ ГУРДАҲОРО АЗ САР ГУЗАРОНИДААНД

Кафедраи ҷарроҳии ДТИБКСТ ВТ ва ҲИА ҶТ дар ш. Қурғонтеппа. Беморхонаи клиникии вилоятии Хатлон ба номи Б. Воҳидов
Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии № 2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: алоими гемолитикӣ-уремикӣ, кӯдакон, НШГ, сироятҳои рӯдавӣ.

Омӯзиши таърихи беморӣ ва картаи назоратии 254 нафар кӯдакони бемор, ки дар ММТ ҶТ табобати маҷмӯи гирифтаанд муайян намуданд, ки давраи барқароршавӣ пас аз гузаронидани АГУ ва НШГ ҳудудҳои аниқи расмӣ надоранд. Ҳангоми равиши мусоид вай аз 1 то 5 сол давом мекунад. Ҳангоми бартараф нашудани алоими пешобӣ, ҷойдоштани пастшавии суръати филтратсияи (софкории) печакии хун, ҳодисаҳои баландшавии фишори шараёнӣ кӯдак аз рӯйхати диспансеришудагон гирифта намешавад. Қабули дурударози ингибиторҳои АТФ дар заминаи гизои табобатӣ тавсиядода мешавад.

УДК 616.43;616.36

ПИРМАТОВА М.А., АНВАРОВА Ш.С., АВЕЗОВ С.А.

ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ И НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ

Кафедра эндокринологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино
ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗиСЗН РТ

Изучены особенности поражения печени у 130 больных с гиперпролактинемией опухолевого и неопухолевого генеза. В процессе обследования жировой гепатоз обнаружен у 40% пациентов, сочетающийся с гиперэхогенностью печени в 33,3% случаях и умеренной гепатомегалией в 26,1% случаев. При исследовании сывороточных трансаминаз (АлАт и АсАт) в сыворотке крови наблюдалось повышение их уровней в 2-2,5 раза, преимущественно в группе больных с избыточной массой тела и ожирением. Кроме того, выявлено наличие инсулинорезистентности у больных с гиперпролактинемией преимущественно опухолевого генеза, имеющих избыточную массу тела.

Ключевые слова: гиперпролактинемия, неалкогольная жировая болезнь печени, инсулинорезистентность.

PIRMATOVA M.A., ANVAROVA Sh.S., AVEZOV S.A.

HYPERPROLACTINEMIA AND NONALCOHOLIC HEPATIC STEATOSIS

The features of liver disease were studied in 130 patients having hyperprolactinemia with tumor and non-tumor genesis. During the research steatosis was found in 40% of patients, combined with hyperechogenicity of liver in 33.3% of cases and mild hepatomegaly in 26.1% of cases. During the research of serum transaminases (ALT and AST) in the blood serum was observed increase in their levels to 2-2.5, and mostly in group of patients with overweight and obesity. Moreover, the presence of insulin resistance found in patients with hyperprolactinemia, predominantly of tumor genesis, and which have excessive body weight.

Key words: hyperprolactinemia, non-alcoholic hepatic steatosis, insulin resistance.

Актуальность. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) на сегодняшний день является одной из наиболее часто встречающихся форм поражения, способствующая в последующем развитию цирроза. Жировая инфильтрация печени, не связанная с действием алкоголя или других токсических веществ, называется неалкогольным стеатозом, который характеризуется накоплением жировых вакуолей в печеночных клетках. Депонирование жира может быть реакцией печени на различные токсические воздействия, иногда этот процесс связан с некоторыми заболеваниями и патологическими состояниями организма, в частности при нарушении эндокринно-обменных процессов [1].

Ряд авторов [3] считают основной причиной НАЖБП невосприимчивость клеток печени к действию гормона инсулина (инсулинорезистентность), основной функцией которого является транспорт глюкозы из крови и тканевой жидкости внутрь гепатоцитов [2]. При инсулинорезистентности клетки печени не получают жизненно необходимую им глюкозу, в результате чего развивается их жировая инфильтрация.

Инсулинорезистентность нередко запрограммирована генетически и может развиться в результате нарушений обмена веществ, ошибочной иммунной агрессией к инсулину и при длительной некомпенсированной гиперпролактинемии [4]. Так, гиперпролакти-

Пирматова М.А. – 734003, Республика Таджикистан, Душанбе, пр. Рудаки, 139, Таджикский государственный медицинский университет. E-mail: mahina-f.s@mail.ru. ; тел.: +992 9805-40-11-22

немия характеризуется повышенным уровнем пролактина в сыворотке крови и оказывает метаболическое действие на ткань молочной железы [5], приводя к стимуляции поглощения глюкозы и липогенезу, что в свою очередь активирует синтез адипонектина, способного вызывать развитие инсулинорезистентности и в последующем возникновение сахарного диабета 2 типа [6].

До настоящего времени недостаточно изучены особенности стеатоза печени, развивающегося на фоне гиперпролактинемии опухолевого и неопухолевого генеза среди жителей Таджикистана.

Цель исследования. Изучить развитие неалкогольной жировой болезни печени при гиперпролактинемии, связанной с инсулинорезистентностью.

Материал и методы исследования. Работа выполнялась на базе Городского эндокринологического медицинского центра. Обследованию подверглось 130 больных с гиперпролактинемией, из них 90 женщин и 40 мужчин в возрасте от 17 до 56 лет, средний возраст составил 30,3±1,0 лет. Контрольную группу составили 30 человек: по 15 мужчин и женщин.

Всем обследуемым производилось антропометрическое обследование с определением роста, массы тела и расчетом индекса массы тела:

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{масса тела (кг)}}{\text{рост (м}^2\text{)}}$$

Степень ожирения оценивалась по классификации ВОЗ (1997).

Оценивали гормональный статус путём определения уровня пролактина на анализаторе ИФА методом спектрофотометрии при длине волны 450 нм с настройкой прибора по воздуху. Больным с повышенной массой тела и ожирением было проведено определение уровней инсулина, гликолизированного гемоглобина и гликемии натощак. Оценка инсулинорезистентности осуществлялась подсчётом индекса HOMA:

$$\text{индекс HOMA} = \frac{\text{гликемия натощак} \times \text{ИРИ}}{22{,}5}$$

В анализе крови определяли содержание печеночных ферментов, в частности АлАТ и АсАТ ферментативным методом Ротмана-Френкеля. С целью исключения вирусного гепатита определялись маркёры вирусного гепатита (HBV, HCV). Производилось УЗИ печени для определения состояния паренхимы и её размеров. Для выявления генеза гиперпролактинемии и оценки состояния гипоталамо-гипофизарной системы были произведены рентгенография черепа и МРТ головного мозга на аппарате XGY, OPer 0,4 (2011).

Статистический анализ проводили на персональном компьютере с помощью прикладной программы «Statistica 6.0». При дисперсионном анализе для сравнения независимых пар использовали U – критерии Манна-Уитни; для зависимых пар – Т-критерии Вилкоксона. Корреляционный анализ производили по методу Спирмена. Различия показателей были статистически значимыми при $p<0{,}05$.

Результаты и их обсуждение. В процессе обследования, по данным УЗИ, жировой гепатоз был выявлен у 52 (40%) человек, из них у 45 (34,6%) имела место различная степень ожирения. Признаками гепатоза при УЗИ явились: повышение эхогенности печени, обеднение сосудистого рисунка при неизмененной структуре органа. Гиперэхогенность печени отмечалась у 43 (33,1%) больных, преимущественно в группе с гиперпролактинемией опухолевого генеза и наличием ожирения, кроме того, у 34 (26,1%) из них выявлена умеренная гепатомегалия до 1,5 см. В группе больных с неопухолевым генезом гиперпролактинемии данные признаки отмечались лишь у 7 (5,4%) пациентов.

Повышение АлАТ и АсАТ до 1-1,5 раза наблюдалось в 1 группе больных у 5 (3,8%) и в 2-2,5 раза во 2-ой группе – у 41 (31,6%) ($p<0{,}05$).

Уровни гликемии и гликолизированного гемоглобина в группах обследованных как среди мужчин, так и среди женщин были достоверно выше, по сравнению с лицами контрольной группы. Кроме того, в процессе исследования было обнаружено повышение уровня инсулина в крови у больных с избыточной массой тела и ожирением, преимущественно в группе больных с гипепролактинемией опухолевого генеза, где его уровень в среднем превышал на 9,4 мМЕ/л в группе мужчин и на 15,2 мМЕ/л в группе женщин показатели группы контроля.

При подсчёте индекса HOMA отмечено достоверное ($p<0{,}01$) его повышение преимущественно в группе больных с гиперпролактинемией при наличии избыточной массы тела. Повышение данных показателей у больных с ожирением наблюдается как среди мужчин, так и среди женщин ($p<0{,}001$) (рис.).

Изменения показателей углеводного обмена у больных с гиперпролактинемией обоего пола были достоверны между группами.

При сравнительном анализе отмечено прогрессирующее нарастание инсулинорезистентности при повышении уровня пролактина выше 1000 мМЕ/л как среди мужчин, так и женщин (табл).

Показатели углеводного обмена среди больных с гиперпролактинемией
(p – статистическая значимость различий показателей между всеми группами, p<0,001)

Показатели углеводного обмена у больных с ГПРЛ в зависимости от уровня пролактина

Показатели	Уровень ПРЛ <1000 нм/мл			Уровень ПРЛ >1000 нм/мл		
	м (n=6)	ж (n=14)	p	м (n=13)	ж (n=19)	p
Гликемия натощак (ммоль/л)	6,2±0,6	5,8±0,3	>0,05	6,1±0,2	5,6±0,1	>0,05
Hb Al (%)	6,1±0,5	5,7±0,3	>0,05	6,4±0,1	6,0±0,2	>0,05
Инсулин (мМЕ/л)	20,1±4,6	15,1±1,5	>0,05	21,1±1,7	17,3±1,3	<0,01
и/НОМА	3,2±0,5	3,1±0,3	>0,05	6,0±0,6**	5,8±0,7 ***	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей у мужчин и женщин;
** – p<0,01; *** – p<0,001 – статистическая значимость различия показателей между группами с высоким и низким уровнем пролактина (по U-критерию Манна-Уитни)

В процессе исследования выявлена положительная корреляция уровня пролактина и индекса НОМА (r=0,664; p<0,01). Необходимо отметить, что степень повышения активности АлАт и АсАт коррелирует с повышенным уровнем пролактина (p<0,05; r=0,765), что дает основание предполагать, что у больных с гиперпролактинемией опухолевого генеза с инсулинорезистентностью развивается картина НАЖБП.

Заключение. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о развитии неалкогольной жировой дистрофии печени у больных с гиперпролактинемией, преимущественно опухолевого генеза с наличием избыточной массы тела, что проявляется в нарушении структуры и функции органа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маев И.В., Дичева Д.Т. Неалкогольный стеатогепатит: лечить или не лечить? // Гастроэнтерология. Приложение к журналу consilium medicum. – 2007. - № 2 – С. 6-8.

2. Bloomgarden Z.T. et al. Second World Congress on the Insulin Resistance Syndrome: insulin resistance syndromeand nonalcoholic fatty liver disease // Diabetes Care. – 2005. – Vol. 28(6). – P. 1518-23.

3. Berinder K. et al. Insulin sensitivity and lipid profile in prolactinoma patients before and after normalization of prolactin by dopamine agonist therapy // Pituitary. – 2011. – Vol. 14 (3). – P.199-207

4. Ben-Jonathan N. et al. Focus on prolactin as ametabolic hormone // Trends Endocrinol Metab. – 2006. – Vol. 17(3). – P. 110-116.

5. Дзеранова Л.К. и др. Метаболические эффекты пролактина // Вестник Репродуктивного Здоровья. – 2008. – № 4.- С. 9-33.

6. Balbach L. et al. Serum prolactin concentrations as risk factor of metabolic syndrome or type 2 diabetes // BMC Endocrine Disorders. – 2013. – Vol. 13 (12). – P. 8.

ПИРМАТОВА М.А., АНВАРОВА Ш.С., АВЕЗОВ С.А.

ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ ВА СТЕАТОЗИ ҶИГАР

Кафедраи эндокринологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино
МД «Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерология» ВТ ва ҲИА ҶТ

Калимаҳои калидӣ: гиперпролактинемия, стеатози ҷигар, ҳолати ба инсулин тобовар.

Хусусиятҳои иллати ҷигар дар 130 бемори гиперпролактинемияи сабабаш омос ва гайриомос омӯхта шуд. Дар ҷараёни тадқиқот, дар 40% беморон стеатози ҷигар дар ҳамбастагӣ бо гиперэхогении ҷигар (33,3%) ва гепатомегалияи нисбӣ (26,1%) дарёфт гардид. Ҳангоми таҳлили биокимиёвии хун, махсусан дар беморони фарбеҳ, 2-2,5 маротиба баландравии ферментҳои ҷигар (АлАт ва АсАт) мушоҳида карда шуд. Ба гайр аз ин, дар беморони гиперпролактенемия ва дорои фарбеҳӣ ҳолати ба инсулин тобовари сабабаш омос муайян карда шуд.

УДК 618.3-06;616.61;616.1

[1]РАХИМОВ Н.Г., [3]ДАВЛЯТОВА Г.К., [2]ОЛИМЗОДА Н.Х., [1]МУРАДОВ А.М., [1]МУРАДОВ А.А.

СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВАРИАЦИИ КАРДИОИНТЕРВАЛА В ДИАГНОСТИКЕ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И ЭКЛАМПСИЕЙ В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ

[1]Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
[3]ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗиСЗ РТ»

Проанализированы результаты спектрального анализа вариации кардиоинтервала у 90 женщин: практически здоровые небеременные женщины (ПЗНЖ); женщины с физиологическим течением беременности (ФТБ); беременные с тяжёлой преэклампсией (ТПЭ); беременные с эклампсией (ЭК). Определяли спектральную мощность R-R интервалов в течение 10 минут. Изучались параметры Sунч, Sнч, Sвч, отражающие интракардиальную рецепцию регуляторного влияния на сердечную деятельность, и индекс вегетативного баланса (ИВБ), характеризующий баланс или дисбаланс, а также направленность вегетативного сдвига.

Выявлено, что у беременных с ТПЭ и ЭК в третьем триместре отмечаются эндотелиальная дисфункция, гипертензия, нарушения экстракардиальной регуляции, метаболизма с преобладанием симпатической активации, нарушением барорегуляции и адаптационных механизмов, с развитием полиорганной недостаточности. Поэтому у этого контингента больных целесообразной является оценка состояния вегетативной нервной системы (ВНС) с помощью спектрального анализа мощностей вариации кардиоинтервала и ИВБ, т.к. названные показатели могут рассматриваться как предикторы развитии эклампсии, а также быть использованы для прогнозирования, определения степени тяжести и эффективности лечебных мероприятий.

Ключевые слова: беременность, преэклампсия, эклампсия, спектральный анализ, вегетативная нервная система.

RAKHIMOV N.G., DAVLATOVA G.K., OLIMZODA N.KH., MURADOV A.M., MURADOV A.A.

SPECTRAL ANALYSIS OF CARDIOINTERVAL VARIATION IN THE DIAGNOSIS OF VEGETATIVE STATUS IN PREGNANT WITH SEVERE PREECLAMPSIA AND ECLAMPSIA IN THE THIRD TRIMESTER

The paper analyses the results of spectral analysis of cardiointerval variation in 90 women: practically healthy non-pregnant women, women with a physiological course of pregnancy, pregnant with severe preeclampsia, pregnant women with eclampsia. The spectral power of the R-R intervals was determining during 10 minutes. The parameters of Scns, Ssp, Svns were studied, which reflect intracardial reception of regulatory effect on cardiac activity, and vegetative balance index, which characterizes balance or imbalance, and vegetative dislocation.

In Pregnant women with severe preeclampsia and eclampsia in the third trimester were noted endothelial dysfunction, hypertension, extracardiac regulation disorders, metabolism with a predominance of sympathetic activation, the baroregulation and adaptation mechanisms disorders, with the development of multiple organ failure. Therefore, in this contingent of patients, it is advisable to evaluate the state of the vegetative nervous system in a spectral analysis of the cardiointerval variation power and vegetative balance index, as these indicators can be considered as predictors of eclampsia development, and can be used for prognosis, determining the degree of severity and effectiveness of treatment.

Key words: pregnancy, preeclampsia, eclampsia, spectral analysis, vegetative nervous system.

Актуальность. Преэклампсия и эклампсия относятся к наиболее важным и сложным аспектам медицины критических состояний. По данным ВОЗ, гипертензивные расстройства при беременности в 2014 году занимали 2-е место в структуре материнской смертности в мире, составив 14% [7]. Частота гипертензивных нарушений во время беременности колеблется в широких пределах: в различных регионах России от 7% до 30%, в экономически более развитых странах – 6-8%, в развивающихся странах – более 18% [4, 5].

Среди общей популяции беременных женщин частота преэклампсии 5-10%, эклампсии – 0,05%, причем в мировой структуре материнской смертности доля преэклампсии составляет 12-15%, а в развивающихся странах – от 29% до 50% [2] и перинатальной смертности 230-400 промиль [6]. В Таджикистане в структуре материнской смертности от осложнений преэклампсии в 2013 году умерло 16,7% женщин [3].

Перестройка всех функций организма женщины во время беременности ведет к изменению состояния вегетативной нервной системы (ВНС), которая является одним из основных механизмов обеспечения компенсаторных и адаптивных процессов в системе «мать-дитя» и поддержания её внутреннего гомеостаза. Поэтому при нарушении процессов адаптации во время беременности нередко наблюдается преэклампсия и эклампсия, характеризующиеся как симтомокомплекс полисистемной недостаточности, в немалой степени зависящий от функционального состояния ВНС [1]. В третьем триместре у беременных с физиологическим течением (ФТБ) наблюдается умеренная симпатикотония, при проявлении тяжелой преэклампсии (ТПЭ) и эклампсии (ЭК) симпатикотония значительно превышает показатели ФТБ, что, возможно, является одним из важных механизмов в возникновении приступа эклампсии.

Цель исследования. Изучить спектральный анализ кардиоинтервалов и вегетативный баланс у беременных с ТПЭ и ЭК в третьем триместре и оценить возможность использования этих нарушений в прогнозировании приступов эклампсии.

Материал и методы исследования. Проведено исследование результатов спектрального анализа вариации кардиоинтервалов у 90 женщин, условно разделенных на 4 группы: 1 группа – 20 (22,2%) практически здоровых небеременных женщин (ПЗНЖ); 2 группа – 10 (11,1%) женщин с физиологическим течением беременности; 3 группа – 35 (38,8%) беременных с тяжёлой преэклампсией; 4 группа – 25 (27,7%) с эклампсией. Исследования проводились в третьем триместре беременности.

Для определения степени и тяжести пре- и эклампсии при поступлении беременных в клинику использовали рекомендации ВОЗ и классификацию МКБ 10-го пересмотра (1998), также учитывались рекомендации Ассоциации акушеров-гинекологов Таджикистана и Российской Федерации. Возраст всех исследованных составил от 18 до 30 лет.

Критерии отбора: информированное согласие пациентов, сравнимый возраст и паритет, отсутствие мензиса во время обследования и практическое здоровье в группе ПЗНЖ, отсутствие психической патологии, эпилепсии и других заболеваний ЦНС у беременных с ТПЭ и ЭК.

Для определения спектральной мощности регистрации R-R интервалов производилась 10-минутная запись ЭКГ пациенток с наложением электродов по схеме первого стандартного отведения. Выделение последовательности R-Ri и последующую обработку данных производили цифровым методом on line по компьютерной программе и методике, разработанной Российским центром фундаментальных и прикладных исследований для медицины при Санкт-Петербургском Государственном университете по методике Музалевской Н.И и Урицкого В.М. на аппарате «Cortege 660 cm Toshiba».

При проведении исследований соблюдали ряд обязательных требований: исследование проводится в условиях покоя после 10-минутного отдыха; длительность записи, необходимой для корректной статистической обработки, должна составлять более 256 кардиоциклов и др.

Анализ вариационного ряда (статистический анализ) проводился стандартными методами и для каждого пациента включал: построение гистограммы; вычисление среднего значения кардиоинтервала $R\text{-}R_{ср}$; стандартной ошибки измерения мощности спектра S_x; стандартного отклонения R-R интервала $_{\sigma RR}$; коэффициента вариации $_{\sigma RR}$/ $R\text{-}R_{ср}$ и доверительного интервала m для распределений, близких к нормальным. При сравнении результатов наблюдений использовали доверительные интервалы, вычисленные при p=0,95. При анализе длительности и характера R-R кардиоинтервала и результата его компьютерной обработки определялись следующие параметры: Δfунч – начальная часть спектра представляет область ультранизких частот, характеризующих экстракардиальную регуляцию сердечного ритма со стороны центральной нервной системы:

$$\Delta fУНЧ=4{,}0\times10^{-3}...4{,}0\times10^{-2}\ Гц$$

Отражает влияние гипоталамо-гипофизарного комплекса, лимбической системы и позволяет

Мурадов А.М. – зав. кафедрой эфферентной медицины и интенсивной терапии, д.м.н., профессор; 734026, Таджикистан, Душанбе, ул. И Сомони, 59; e-mail: AlisherMuradov@mail.ru

отслеживать выраженные гормональные нарушения, а также активность метаболизма в регуляции (продукты гликолиза и эндотелиальной функции).

Δfнч – низкие частоты:

ΔfНЧ=4,0×10^{-2}...0,15 Гц

Отражают степень симпатической активации, формируются под влиянием симпатической и парасимпатической систем, являются барорегуляторными.

Δfвч – высокие частоты:

ΔfВЧ= 0,15...0,4 Гц

Характеризуют влияние парасимпатической активации и отражают активность объемной (парасиматической, дыхательной) регуляции.

ИВБ = $S_{нч}/S_{вч}$

Индекс вегетативного баланса, характеризует баланс или дисбаланс и направленность вегетативного сдвига (ИВБ>N соответствует преобладанию симпатической активации, а ИВБ<N – преобладанию парасимпатической нервной системы).

Полученные результаты обработаны разностной, вариационной статистикой (А.И. Ойвин, 1966) с вычислением M±m и определением показателя статистической значимости различий (t), определенной по таблице Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. $S_{унч}$, $S_{нч}$, $S_{вч}$ – относительные значения спектральной мощности в трех частотных поддиапазонах, отражающие интракардиальную рецепцию регуляторного влияния на сердечную деятельность иерархически соподчиненных отделов нервной системы: УНЧ – высших отделов центральной нервной системы, НЧ – симпатической и парасимпатической, ВЧ – вегетативной нервной системы.

Медико-физиологическая интерпретация показателей спектрального анализа мощностей показала различие во всех исследуемых группах (табл.).

Показатели спектральных мощностей $S_{унч}$, $S_{нч}$, $S_{вч}$ и ИВБ (M±m)

Параметры	1 группа ПЗНЖ n=20	2 группа ФТБ n=10	3 группа ТПЭ n=35	4 группа ЭК n=25
$S_{унч}$ $\Delta f_{унч}$=4,0×10^{3}...4,0×10^{-2} Гц	0,36 ± 0,02	0,27 ± 0,02 *-25%****	0,20 ± 0,02 *-44,4%**** **-25,9%***	0,16 ± 0,02 *-55,5%**** **-40,7%**** -20%
$S_{нч}$ $\Delta f_{нч}$=4,0×10^{-2}...0,15 Гц	0,33 ± 0,02	0,45 ± 0,02 *+36,4%****	0,67 ± 0,02 *103,0%**** 48,9%***	0,72 ± 0,02 *+118,2%**** **60,0%**** 7,5%
$S_{вч}$ $\Delta f_{вч}$= 0,15...0,4 Гц	0,31 ± 0,03	0,28± 0,03 *-9.8%*	0,13± 0,03 *-58.1%**** **-53,57%****	0,12 ± 0,02 *-61,3%**** **-57,1%**** -7,7%
ИВБусл. Ед	1,75 ± 0,16	2,10 ± 0,13 *+20,0%*	5,81 ± 0,40 *+230,4%**** **+176,6%****	8,1 ± 0,51 *+362,9%**** **+285,7%**** +39,4%***

Примечание: * – P >0,05; ** – P >0,01; *** – P >0,001; курсив – % ПЗНЖ к ФТБ, ТПЭ, ЭК; жирный шрифт – % ФТБ к ТПЭ,ЭК; обычный шрифт – % ТПЭ к ЭК

В 1-ой группе ПЗНЖ спектр мощностей в трех частотных поддиапазонах в наших наблюдениях составил: $S_{унч}$ – 0,36±0,02, $S_{нч}$ – 0,33±0,02, $S_{вч}$ – 0,31±0,03, ИВБ – 1,75±0,16, что соответствует нормативным значениям и вегетативному балансу здоровых нерожавших женщин.

При анализе спектральных мощностей 2-ой группы при ФТБ отмечается умеренная симпатикотония, по сравнению с показателями в трех частотных поддиапазонах 1-ой группы ПЗНЖ. Выявлено достоверное снижение $S_{унч}$ на 25% (P>0,001) характеризующее выраженные гормональные сдвиги и активизацию метаболизма в регуляции эндотелиальной функции; повышение спектра $S_{нч}$ на 36% (P>0,001), что отражает степень симпатической активации, которая формируется под влиянием симпатической и парасимпатической систем при физиологическом

течении беременности; статистически недостоверное снижение $S_{вч}$ на 9,8%, что характеризует влияние парасимпатической активации и отражает активность объемной парасиматической и дыхательной регуляции в этой группе беременных, по сравнению с ПЗНЖ. ИВБ в этой группе имел тенденцию к повышению на 20%, по сравнению с показателями ПЗНЖ, что характеризует направленность вегетативного сдвига в сторону преобладания симпатической активации.

В 3-й группе у беременных с ТПЭ анализ спектров мощностей выявил значительные сдвиги во всех трех частотных поддиапазонах, указывающие на вегетативный дисбаланс с преобладанием симпатикотонии, нарушение экстракардиальной регуляции, метаболизма и эндотелиальную дисфункцию. Выявлено достоверное различие показателей спектральной мощности, по сравнению с 1-й и 2-й группами: $S_{унч}$ снижены на 44,4% (P>0,001) и на 25% (P>0,001); $S_{нч}$ достоверно повышен на 103% (P>0,001) и на 48,9% (P>0,001; $S_{вч}$ достоверно снижено на 58,1% (P>0,001) и на 53,57% (P>0,001); ИВБ-достоверно повышен на 230,4% (P>0,001) и на 176,6% (P>0,001) соответственно.

Таким образом, полученные данные спектров мощностей в 3 группе у беременных с ТПЭ: начальная часть спектра – $\Delta f_{унч}$ указывает на нарушение экстракардиальной регуляции сердечного ритма со стороны центральной нервной системы через выраженные гормональные нарушения и влияние гипоталамо-гипофизарной и лимбической систем, а также повышение метаболизма и эндотелиальной дисфункции; средняя часть спектра – $\Delta f_{нч}$ у этого контингента беременных указывает на значительное повышение степени симпатической активации и нарушение барорегуляторной функции; спектр высоких частот – $\Delta f_{вч}$ указывает на значительное снижение парасимпатической активности и нарушение механизмов её регуляции. Значительные сдвиги ИВБ указывают на дисбаланс и направленность вегетативного сдвига к преобладанию симпатической активации, что выражается клиническими проявлениями в виде выраженной гипертензии, значительной тахикардии, гиперфункции щитовидной железы, сухости кожи с ее похолоданием, гипосаливации, нарушений ЭКГ и повышении показателя P/T, сопровождается повышенной возбудимостью и плохой переносимостью раздражителей (шума, яркого света, высокой температуры), что является факторами риска развития приступа эклампсии.

В 4-ой группе у беременных с ЭК анализ спектров мощностей показал значительные сдвиги во всех в трех частотных поддиапазонах, указывающие на значительный вегетативный дисбаланс с выраженным преобладанием симпатикотонии, нарушением экстракардиальной регуляции, метаболизма и эндотелиальную дисфункцию, более выраженные, чем у больных 3 группы с ТПЭ.

Выявлено достоверное различие, по сравнению 1-ой, 2-ой и 3-ей группами: $S_{унч}$ – достоверное снижение на 55,5% (P>0,001) и на 40,7% (P>0,001), также отмечена тенденция к уменьшению на 20,0%; $S_{нч}$ – достоверное повышение на 118,2% (P>0,001), на 60,0% (P>0,001) и тенденция к повышению на 7,5%, по сравнению с показателями 3-й группы с ТПЭ; $S_{вч}$ – достоверное снижение на 61,3% (P>0,001), на 57,1% (P>0,001) и недостоверное уменьшение на 7,7%, по сравнению с 3-й группой; ИВБ – достоверное повышение на 362,9% (P>0,001), на 285,7% (P>0,001), а также на 39,4% (P>0,001), по сравнению с показателем ИВБ 3-ой группы при ТПЭ. Значительные выраженные сдвиги ИВБ указывают на дисбаланс и направленность вегетативного сдвига к преобладанию симпатической активации, что выражается клиническими проявлениями в виде развития приступа эклампсии.

Выводы

1. Впервые определенные нормы ВСР по показателям $S_{унч}$, $S_{нч}$, $S_{вч}$ и ИВБ у ПЗНЖ соответствуют нормативным значениям и могут быть использованы в клинической практике в Республике Таджикистан.

2. При ФТБ незначительная симатикотония является механизмом обеспечения компенсаторных и адаптивных процессов в системе «мать-дитя» для поддержания гомеостаза во время беременности в 3 триместре.

3. У беременных с ТПЭ и ЭК в третьем триместре выявляются нарушения экстракардиальной регуляции, метаболизма и эндотелиальная дисфункция, с преобладанием симпатической активации, нарушением барорегуляции и гипертензией, сбоем адаптационных механизмов с развитием симптомокомплекса полиорганной недостаточности.

4. У беременных при ФТБ и патологии, а также при различных клинических ситуациях целесообразно оценивать состояние ВНС с помощью спектрального анализа мощностей вариации кардиоинтервала и ИВБ, т.к. названные показатели могут рассматриваться как предикторы развития эклампсии, а также использованы для прогнозирования, определения степени тяжести и эффективности лечебных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Л.С., Ковалев М.И., Маслянкина К.П., Туттер Н.В. Влияние состояние вегетативной нервной системы на течение беременности, родов и неонатального периода. // Гинекология.- 2013.- №2. – С. 62-66.

2. Ержан З.Е., Раева Р.М., Мошкалова Г.Н., Сагатбекова Б.Б. и др. Тяжелая преэклампсия – актуальная проблема

современного акушерства // Вестник Казахского национального медицинского университета.- 2013.- № 4 (1). С. 25-29.

3. Курбанова М.Х., Камилова М.Я., Мардонова С.М. Отчет национального комитета по конфиденциальному расследованию случаев материнской смертности в Республике Таджикистан.– Отчет ВОЗ и акушеров-гинекологов Республики Таджикистан.- Душанбе, 2014.- 29 с.

4. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Курцер М.А.и др. Эклампсия в современном акушерстве // Акушерство и гинекология.- 2010.- № 6.- С. 4-9.

5. Ghulmiyyah L., Sibai B. Maternal mortality from pre-eclampsia/ eclampsia // Semin. Perinatol.- 2012.- Vol. 36 (1).- P. 56-59.

6. Lisoncova S., Sabr Y., Mayer C. et al. Maternal morbidity associated with early-onset and late-onset preeclampsia// Obstetric and Gynecology.- 2014.-Vol. 124 (4).- P. 771-781.

7. Say L., Chou D., Gemmil A., Tuncalp O., Moller A.B., Daniles J. Et al. Global causes of maternal death: a WHO systemic analysis// The Lancet Global Health.- 2014.- N 2 (6).- C. 323-33.

РАҲИМОВ Н.Г., ДАВЛАТОВА Г.К., ОЛИМЗОДА Н.Х., МУРОДОВ А.М., МУРОДОВ А.А.

ТАҲЛИЛИ СПЕКТРАЛИИ ТАҒЙИРОТҲОИ ҶУЗЪИИ ФОСИЛАИ КОРИ ДИЛ ДАР ТАШХИСИ ҲОЛАТИ ВЕГЕТАТИВИИ ҲОМИЛАДОРОН БО ПРЕЭКЛАМПСИЯИ ВАЗНИН ВА ЭКЛАМПСИЯ ДАР СЕМОҲАИ СЕЮМ

Кафедраи тибби эфферентӣ ва табобати интенсивии ДТИБКСТ
Кафедраи кардиология бо курси фармакологияи клиникии ДТИБКСТ
МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии ВТ ва ҲИА ҶТ»

Калимаҳои калидӣ: ҳомиладорӣ, преэклампсия, эклампсия, таҳлили спекторалӣ, системаи вегетативии асаб.

Натиҷаи таҳлили спекторалии тағйиротҳои ҷузъии фосилаи кори дил дар 90 зан омӯхта шуд: занҳои ба пурраги солими гайриҳомила; занҳои ҳомиладориашон бо раванди физиологӣ; ҳомиладорон бо преэклампсияи вазнин; ҳомиладорон бо преэклампсия. Иқтидори спекторалии фосилаи R-R дар давоми 10 дақиқа муайян карда шуд. Параметрҳои $S_{УНЧ}$, $S_{НЧ}$, $S_{ВЧ}$ ки ретсепсияи таъсири танзими фаъолияти дил ва индекси тавозуни вегетативиро, ки тавозун ва нотавозунӣ, ҳамчунин нодурустии тамоили вегететивиро ифода менамояд, омӯхтем.

Муайян карда шуд, ки дар ҳомиладорони дорои преэклампсияи вазнин ва эклампсия, дар семоҳаи сеюм дисфунксияи эндотелиалӣ, фишорбаландӣ, вайроншавии танзими экстракардиалӣ, метаболизм бо бартарии фаъолнокии симпатикӣ, вайроншавии механизмҳои мутобиқшавӣ бо ташаккули норасогии бисёрузвӣ ба қайд гирифта мешавад. Аз ин лиҳоз, дар ин гурӯҳи беморон, баҳодиҳии ҳолати системаи вегетативии асаб тавассути таҳлили спекторалии иқтидори тағйиротҳои ҷузъии фосилаи кори дил мақсаднок мебошад, зеро нишондодҳои номбаршуда метавонанд ҳамчун хабари пайдошавии эклампсия баррасӣ гардида, ҳамчунин барои пешгӯии муайян намудани дараҷаи вазнинии беморӣ ва манфиатнокии чораҳои табобатӣ истифода бурда шавад.

УДК 617-089.844

РАХМАТУЛЛАЕВ Р.Р., РАХМАТУЛЛАЕВ А.Р., ХАСАНОВ С.М., ИБРАГИМОВ Ш.Б.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ИЗ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА

Лечебно-диагностический центр «Вароруд», Турсунзаде

В статье обсуждены результаты первого опыта выполнения за последние 5 лет 40 больным с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости симультанных операций (СО) из единого лапароскопического доступа (ЕЛД) в РТ (у 23 больных была пупочная грыжа, у 17 – желчнокаменная болезнь). Из числа обследованных у 5 (12,5%) отмечено сочетание более 2-х хирургических заболеваний органов брюшной полости. 35 (87,5%) больным произведена хирургическая коррекция 2-х заболеваний, 5 (12,5%) – 3-х хирургических заболеваний органов брюшной полости из ЕЛД в рамках одного оперативного вмешательства и анестезиологического пособия. Из числа обследованных у 33 (82,5%) пациентов наличие хирургических заболеваний органов брюшной полости установлено до операции, у остальных 7 (17,5%) – во время диагностического этапа оперативного вмешательства.

В ближайшем послеоперационном периоде отмечена минимальная частота различных осложнений, продолжительность операции в среднем составила 80±10 мин, среднее число койко-дней – 3,2±0,5, без летальных исходов.

Ключевые слова: единый лапароскопический доступ, симультанные операции, желчнокаменная болезнь, пупочная грыжа.

RAHMATULLAEV R.R., RAHMATULLAEV A.R., HASANOV S.M., IBRAGIMOV SH.B.

SIMULTANEOUS SURGERIES FROM SINGLE LAPAROSCOPIC ACCESS

In the article were discussed the results of the first experience for the last five years in performing Simultaneous surgeries to 40 patients with combined surgical diseases of abdominal cavity organs from Single laparoscopic access (23 patients had umbilical hernia, 17 patients had cholelithiasis). In 5 (12,5%) of the observed patients were noted the combination of more than surgical diseases of abdominal cavity organs. Surgical correction of 2 combined surgical diseases was performed to 35 (87,5%) patients, and to 5 (12,5%) – with 3 combined surgical diseases of abdominal cavity organs from single laparoscopic access in the framework of one surgical intervention and anesthesia. The presence of combined surgical diseases of abdominal cavity organs among observed 33 (82,5%) patients is determined prior to surgery, while in other 7 (17,5%) – during diagnosis stage of surgical intervention.

In the immediate postoperative period minimum frequency of various complications are noted, the average duration of the operation was 80 ± 10 min, average number of hospital days 3, 2±05 without fatalities.

Key words: single laparoscopic access, simultaneous surgeries, cholelithiasis, umbilical hernia.

Актуальность. По данным ВОЗ, хирургические заболевания нескольких органов брюшной полости наблюдаются у 20-30% больных хирургического профиля, из них лишь при 6-8% выполняется одновременная их коррекция. Первое сообщение об одномоментном выполнении двух операций относится к 1735 г., когда Claudius, оперируя 11-летнего ребенка, произвел аппендэктомию и грыжесечение. В 1922 г. С.П. Фёдоров сообщил о симультанной операции: удаление желчного пузыря и червеобразного отростка, А.В. Вишневский в 1932 г. выполнил симультанную операцию в виде нефрэктомии, холецистэктомии и правосторонней гемиколэк-

Рахматуллаев Р.Р. – тел.: +992935057643

томии, данную операцию автор производил под местной анестезией. Понятие «симультанная операция» (СО) было введено в медицинскую литературу M. Reiffersceid в 1971 г. В русскоязычной литературе впервые этот термин был использован Л.И. Хнохом и И.Х. Фельтшинером в 1976 г. Симультанными авторы назвали операции, одновременно производимые на двух или более органах брюшной полости по поводу разных, не связанных между собой заболеваний [1-4].

При хирургических заболеваниях нескольких органов брюшной полости необоснованное расчленение оперативного лечения может спровоцировать в раннем послеоперационном периоде обострения некорригированного хирургического заболевания.

Бесспорным преимуществом СО является коррекция 2-х и более хирургических заболеваниях нескольких органов в рамках одного хирургического вмешательства и анестезиологического пособия. Однако, операции, выполненные по традиционной методике, сопровождались выраженным болевым синдромом, высокой частотой послеоперационных осложнений, которые непосредственно связаны с травматичностью доступа, длительностью сроков реабилитации, наличием грубых рубцов, опасностью формирования вентральных грыж, поэтому сдерживали хирургов от проведения симультанных вмешательств [5, 6, 7].

Первые сообщения о лапароскопической симультанной операции (СЛО) появились в начале 1990-х годов. В 1993 году R.J. Lanzafame (1993) у двух больных выполнил лапароскопическую холецистэктомию и традиционную герниопластику. По данным исследования Альтмарка Е.М. (2011), среднее число койко-дней при лапароскопических операциях составило 4,5±0,9, при симультанных вмешательствах этот показатель достоверно не увеличен – 4,9±1,1. При выполнении симультанных операций традиционным способом средняя длительность пребывания больного в стационаре составила 14 дней, что соответствует литературным данным [8-10].

Несмотря на более вековую давность выполнения первой симультанной операции в мире, по сей день их проведение при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости остаётся актуальной проблемой.

Цель исследования. Оценка возможности и целесообразность выполнения коррекции хирургических заболеваниях нескольких органов брюшной полости из ЕЛД.

Материал и методы исследования. Нами с 2011 по 2016 гг. 40 больным с использованием технологии ЕЛД произведена коррекция хирургических заболеваниях нескольких органов брюшной полости. Возраст больных от 18 до 68 лет, мужчин было 12, женщин – 28. При этом у 23 (57,5%) пациентов основным хирургическим заболеванием органов брюшной полости явилась пупочная грыжа, у 17 (42,5%) – жёлчно-каменная болезнь (ЖКБ).

Из числа обследованных у 33 (82,5%) наличие хирургических заболеваний нескольких органов брюшной полости установлено до операции, у остальных 7 (17,5%) – во время диагностического этапа оперативного вмешательства: дивертикул Меккеля, спаечная болезнь.

Структура основных и сопутствующих хирургических заболеваний органов брюшной полости среди обследованных больных (M±м)

Нозология	**n=40**
Пупочная грыжа + ЖКБ	13 (32,5%)
ЖКБ + послеоперационная грыжа передней брюшной стенки	4(10%)
ЖКБ + спаечная болезнь	8(20%)
ЖКБ + непаразитарная киста печени	3(7,5%)
Пупочная грыжа + спаечная болезнь + дивертикул Меккеля	2 (5%)
Пупочная грыжа + хронические аппендицит	5(12,5%)
Пупочная грыжа + непаразитарная киста печени + спаечная болезнь	3 (7,5%)
ЖКБ + хронический аппендицит	2(5%)
ВСЕГО	40 (100%)

Результаты и их обсуждение. При выполнении СЛО по технологии ЕЛД мы использовали «SILS» port (Auto Suture, корпорации Covidien, Швейцария). Он представляет из себя резиновый порт в виде песочных часов с четырьмя рабочими каналами, один из которых предназначен для подачи газа в брюшную полость, остальные - для рабочих инструментов. Производили разрез кожи до 1 см по нижнему краю пупочного кольца, создавали карбоксиперитонеум иглой

Вереша, устанавливали 10-мм торокопорт для обзора брюшной полости и определения возможности выполнения оперативного вмешательства из ЕЛД. После определения целесообразности выполнения оперативного вмешательства из ЕЛД, разрез расширяли до 3,0 см, под визуальным контролем через пупочное кольцо устанавливали «SILS» port, через рабочие каналы устанавливали порты для лапароскопа и рабочих инструментов, остальные этапы операции не отличались от традиционной лапароскопической операции. При хроническом аппендиците разрез производили слева от пупка. Использовали стандартные инструменты, предназначенные для выполнения лапароскопических операций. Следует отметить, что на начальном этапе освоения методики наблюдается конфликт инструментов в результате нахождения их в одной плоскости, со временем по мере освоения методики операции данная проблема устранятся.

У больных с основным заболеванием «пупочная грыжа» после выделения грыжевого мешка и его иссечения выполняли симультанный этап операции: 13 больным симультанно выполнена холецистэктомия, 5 больным – аппендэктомия, 3 – иссечение солитарной кисты печени и 2 – рассечение спаек брюшной полости + резекция дивертикула Меккеля. Операцию завершали пластикой грыжевых ворот по методике Мейо.

17 больным на основе холецистэктомии из ЕЛД выполнены следующие СО: у 4 грыжесечение по поводу послеоперационной грыжи передней брюшной стенки, у 8 больных – рассечение спаек, у 3 – иссечение непаразитарной кисти печени и 2 больным – аппенндэктомия. Во всех случаях экстракцию макропрепарата производили через основной доступ.

Таким образом, среди обследованных больных в 5 случаях произведена коррекция 3–х хирургических заболеваниях органов брюшной полости.

При выполнении оперативного вмешательства нами каких-либо технических трудностей не отмечено, только в 2-х случаях в связи с выраженным перипроцессом в области шейки желчного пузыря мы были вынуждены установить дополнительные 4 торокопорт в эпигастральной области для диссекции перипроцесса, т.е. операция завершена по технологии Sils+.

Больные в ближайшем послеоперационном периоде в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, к концу дня операции активизировались, чувствовали себя комфортно. Инфильтрат послеоперационной раны отмечен у 1 (2,5%) пациентов, других осложнений не было. Продолжительность операции составила 80±10 мин, среднее число койко-дней в стационаре составило 3,2±05, летальных исходов не было.

Выводы

1. Выполнение коррекции нескольких хирургических заболеваний органов брюшной полости из единого лапароскопического доступа является целесообразным и возможным. В рамках одного анестезиологического пособия устраняются хирургические заболевания органов брюшной полости, что является весьма эффективным экономически, избавляет больного от повторного стресса, связанного с анестезиологическим пособием и оперативным вмешательством.

2. При наличии перипроцесса в области шейки желчного пузыря установка дополнительного торокопорта в эпигастральной области существенно облегчает диссекцию перипроцесса и выделение пузырного протока и артерии.

3. При выполнении СО из ЕЛД на начальном этапе освоения методики операции единственным неудобством является «конфликт» инструментов в результате их нахождения в одной плоскости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Reiffersceid M. Der simultaneingziff in der Bayychhohle-Chirurgische Aspekte // Zent. Bl. Chir. – 1971. – Bd. 5. – S 2010.4

2. Хнох Л.И., Фелтшинер И.Х. Симультанные операции в брюшной полости // Хирургия. – 1976. – № 4.– С. 75-79.

3. Фёдоров В.Д. Внедрение одномоментных сочетанных операций в хирургическую практику // Анналы хирургии.- 2000.- № 4.- С. 33-35.

4. Тоскин К.Д., Жебровский В.В., Земляникин А.А. Симультанные операции: название и определение // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1991. - № 5-6. – С. 3-9

5. Lohlein D., Pichmayr R. Simultaneingriffe bei Operationen Magen, Duodenum und Gallenwegsystem // Zbl. Chir. 1977. - Bd. 102, H.19. - S. 1174-1182.

6. Lohlein D. Indikation und Kontraindikation Abdomineller Simultane in griffe // Chir. Prax.- 1978. - Bd. 24. - P. 631.

7. Дронова В.Л., Дронов А.И., Крючина Е.А., Теслюк Р.С., Луценко Е.В., Насташенко М.И. Симультанные операции при сочетанных хирургических и гинекологических заболеваниях // Украинский журнал хирургии. – 2013. – № 2 (21). – С. 143-151.

8. Федоров А.В., Кригер А.Г., Колыгин А.В., Кочатков А.В. Одномоментные операции. Терминология (обзор литературы и собственное предложение) // Хирургия. – 2011. – № 7. – С. 72-76.

9. Hart S., Ross S., Rosemurgy A. Laparoendoscopic singlesite combined cholecystectomy and hysterectomy // J. Minim. Invasive Gynecol. – 2010. – Vol. 17, № 6. – P. 798¬-801.

10. Иванов В.В., Пучков К.В. Одномоментные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях органах брюшной полости и малого таза у пациентов с ожирением // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2011. – № 4. – С. 65-68.

РАҲМАТУЛЛОЕВ Р.Р., РАҲМАТУЛЛОЕВ А.Р., ҲАСАНОВ С.М., ИБРАГИМОВ Ш.Б.

ЯКЧАНД АМАЛИЁТИ ҶАРРОҲИИ ЯКҶОЯ БО ИСТИФОДА АЗ ДАРОМАДИ ЯГОНАИ ЛАПАРОСКОПӢ

Маркази ташхисию табобатии «Вароруд», Турсунзода

Калимаҳои калидӣ: даромади ягонаи лапароскопӣ, якчанд амалиёти ҷарроҳии якҷоя, бемории санги талхадон, чурраи ноф.

Дар мақола натиҷаҳои таҷрибаи аввали амалиётҳои ҷарроҳии беморихои ҷарроҳиҳои гуногуни ковокии шикам, ки давоми 5 соли охир дар 40 бемори ҶТ бо истифода аз даромади ягонаи лапароскопӣ ичро гаштаанд, мавриди баррасӣ қарор гирифтааст. Аз шумораи тадқиқотшудагон дар 5 нафар зиёда аз 2 (12,5%) беморихои ҷарроҳии ковокии шикам ба қайд гирифта шуд. Ба 35 бемор (87,5%) табобати ҷарроҳии зиёда аз 2 бемории ҷарроҳии шикам ва ба 5 бемор (12,5%) 3 амалиёти ҷарроҳии узвҳои ковокии шикам дар доираи як амалиёти ҷарроҳӣ ва таъминоти мадҳушгардонӣ гузаронида шудааст. Аз шумораи тадқиқотшавандагон, дар 33 бемор (82,5%) ҷой доштани якчанд беморихои ҷарроҳии шикам то амалиёти ҷарроҳӣ ва дар 7 бемори боқимонда (17,5%) дар марҳилаи ташхисии амалиёти ҷарроҳӣ муайян карда шуд.

Дар марҳилаи наздики пасазҷарроҳӣ басомади ками оризаҳои гуногуни баъдиҷарроҳӣ ба қайд гирифта шуда, давомнокии ҷарроҳӣ ба ҳисоби миёна 80±10 дақиқа ва шумораи миёнаи катҳои бистаришавӣ - 3,2±05 ташкил дод. Фавти беморон ба қайд гирифта нашудааст.

УДК 616.8; 616.831-005.1

РАХМОНОВ Р.А., ИСОЕВА М.Б.

МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИНСУЛЬТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ДУШАНБЕ

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Для своевременного планирования и проведения широкомасштабных мер по профилактике инсульта необходимы актуальные эпидемиологические данные о факторах риска. В результате скрининга открытой популяции лиц в возрасте 40-59 лет выявлено, что основными модифицируемыми факторами риска были артериальная гипертония, невротический синдром, ожирение и гиподинамия. Прослеживается отчетливое увеличение частоты факторов риска с возрастом.

Ключевые слова: модифицируемые факторы риска, инсульт, эпидемиология, первичная профилактика.

RAHMONOV R.A., ISOEVA M.B.

MODIFIABLE RISK FACTORS OF THE STROKE AMONG POPULATION OF DUSHANBE

For timely planning and carrying out large scale measures on prophylaxis of the stroke the relevant epidemiological data on risk factors is needed. Screening result of individuals aged 40-59 years found that the main modifiable risk factors were arterial hypertension, neurotic syndrome, obesity and hypodynamia. There is a distinct increase in the frequency of risk factors with age.

Key words: modifiable risk factors, stroke, epidemiology, primary prophylaxis.

Актуальность. Глобальное бремя и угроза неинфекционных заболеваний представляют собой серьезную проблему общественного здравоохранения, подрывающую социальное и экономическое развитие во всем мире. Согласно оценкам, 36 миллионов смертей, или 63% из 57 миллионов смертей, зарегистрированных в мире в 2008 г., были вызваны неинфекционными заболеваниями, в том числе из сердечно-сосудистой патологии 48% случаев [1]. По оценкам 2010 года глобального бремени болезней [2], заболеваемость инсультом продолжает увеличиваться. Также вызывает беспокойство глобальная тенденция, показывающая увеличение количества инсультов у молодых и людей среднего возраста на 25% в период с 1990 по 2010 год [3]. Эту эпидемию инсульта можно и следует прекратить и обратить вспять [4], так как более 90% инсультов потенциально можно избежать [5]. Основное значение в снижении заболеваемости, смертности и инвалидизации инсульта принадлежит первичной профилактике, включающей коррекцию основных регулируемых факторов риска [6].

Для своевременного планирования и проведения широкомасштабных мер по профилактике инсульта необходимы актуальные эпидемиологические данные о факторах риска.

Цель исследования. Оценить распространенность модифицируемых факторов риска развития инсульта среди работоспособного населения г. Душанбе.

Материал и методы исследования. Проведено одномоментное эпидемиологическое исследование – сплошной скрининг открытой популяции лиц в возрасте 40-59 лет. Все лица проходили комплексное обследование в амбулаторных условиях с использованием унифицированной карты-опросника, разработанной лабораторией эпидемиологии и профилактики заболеваний нервной системы НЦН РАМН. Рассматривались модифицируемые факторы риска: курение при ежедневном выкуривании по крайней мере одной сигареты либо прекращение курения менее, чем за 12 месяцев до момента исследования; курение в прошлом: как регулярное курение ранее и отказ от курения более, чем за 12 месяцев до момента обследования; никогда не курившие: не употребляющие табачные изделия, курившие регулярно менее года, от случая к случаю; злоупотребление алкоголем, как употребление около 200,0 абсолютного алкоголя (спирта) в неделю (одна бутылка водки или две бутылки крепленого вина в неделю); сахарный диабет – по данным анамнеза, записей в амбулаторной карте; ИБС – по данным вопросника Роуза (стенокардия напряжения, возможный инфаркт миокарда в анамнезе), данным электрокардиограммы (ЭКГ) (признаки перенесенного инфаркта миокарда, АВ-блокады, блокады передней ножки пучка Гиса, нарушения ритма, изменения сегмента ST и зубца Т); мерцательная аритмия – по данным участкового врача-терапевта, ЭКГ; прием оральных контрацептивов – по данным анамнеза; недостаточная физическая активность при наличии сидячей работы (5 и более часов) и недостаточности активного досуга – пешие прогулки, ходьба пешком на работу и обратно, утренняя зарядка, суммарно составляющие менее 10 часов в неделю; избыточная масса тела – повышение индекса массы тела (ИМТ) (по формуле Кетле) более 25; АГ – по результатам повторного измерения АД, данным анамнеза, приему антигипертензивных препаратов; ТИА и ГЦК – по данным анамнеза и медицинской документации.

Оценка выраженности невротического синдрома проводилась на основании данных шкалы «тревога-депрессия» и вопросника СВД [7]. Классификация осуществлялась по максимальному проявлению выраженности нарушений по любому из трех указанных источников информации.

Результаты и их обсуждение. Одним из самых распространенных факторов риска развития инсульта, по нашим наблюдениям, была артериальная гипертония (АГ), которая выявлена у 106 (27,9%) обследованных лиц. Данный показатель соответствует раннее полученным результатам, проведенным в нашей республике [8, 9]. Сравнивая распространенность АГ среди мужчин и женщин, следует отметить, что в группах 40-49 лет у женщин она встречалась в 1,5 раза чаще, чем у мужчин. В группе 50-59 лет различия в распространенности АГ становятся несущественными (1,3 раза). Распространенность АГ у трудоспособного населения г. Душанбе нарастает с возрастом, её частота в популяции 40-49 лет составляет 20%, а в возрасте 50-59 лет – 41,4%.

Давность установления заболевания АГ составляла от 1 месяца до 30 лет. Больше всего (47,2%) отмечался стаж от 1 месяца до 3 лет, всего 12,3% имели давность заболевания свыше 10 лет. Степень АД оценивали классификацией ВОЗ. В основном (64,2%) больные АГ имели 1 ст. заболевания. У 3,8% больных АГ наиболее частыми цифрами АД были 180/110 мм рт.ст. и более.

Отдельно оценивалась отягощенность анамнеза по АГ. В 23,6% наблюдениях родственники заболевали АГ до 60 лет, в трети случаев – после 60, тогда как у лиц без АГ отягощенный наследственный анамнез отмечен на 12% – до 60 лет и на 15% – после 60 лет меньше случаев, чем у тех, кто страдает АГ ($p<0,05$).

Рахмонов Р.А.–д.м.н., зав. кафедрой неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: +992918-62-93-38; e-mail: rahmonov-r@mail.ru

При оценке наличия курения нами были получены следующие данные. В общем по всей выборке частота этого фактора риска составила 3,1% (12 респондентов), еще 19 человек (5%) отмечали курение в прошлом. При этом лица, прекратившие курить более 12 месяцев, составляют 73,7% (14 человек), а менее 12 месяцев – 26,3% (5 человек). Закономерно распространенность данного фактора риска была существенно выше у мужчин, чем у женщин (16,1% против 2,3%). 6 (19,4%) обследованных отметили, что курят или курили больше 1 пачки в сутки. Курение было наиболее распространено у мужчин 50-59 лет. Так, в возрасте 40-49 лет курили на момент обследования 3,6% (4 из 109), в возрасте 50-59 лет – 11,5% (6 из 52) мужчин. Население Таджикистана в целом отличается от европейского тем, что, кроме сигарет (папирос), ещё употребляет «бездымный» табак – насвай, одна закладка которого содержит столько же никотина, сколько содержится в 2-3-х сигаретах. При этом сублингвальное употребление носового усиливает эффект действия токсических ингредиентов (прежде всего на сердце, сосуды и нервную систему, в том числе и высшую) и заметно ускоряет привыкание [10]. В нашей работе не было исследовано употребление носового.

Среди обследованных 5 (3,1%) мужчин отметили, что периодически злоупотребляют алкоголем, и еще 22 (13,7%) мужчин и 1 (0,5%) женщина отметили, что употребляли алкоголь в прошлом. Длительность злоупотребления алкоголем варьировала от 2 до 24 лет. Лица, злоупотреблявшие алкоголем, связывали свою вредную привычку с плохими социально-бытовыми и материальными условиями жизни. Они также отмечали, что эта вредная привычка плохо влияет на физическое и психическое здоровье. Распространенность злоупотребления алкоголем в возрастной категории 50-59 лет в 3 раза выше, по сравнению с группой 40-49 лет.

Из всего количества обследованных лиц гиподинамия была выявлена у 55 человек (14,5%). При этом данный ФР в 2 раза чаще отмечался в женской популяции (18,3%), чем в мужской (9,3%). Возрастной анализ распространенности гиподинамии среди женщин показал, что она была менее распространена среди лиц, находящихся в возрастном диапазоне 40-49 лет (15,2%), а при переходе в следующую декаду этот показатель увеличивается на 7,5%. Такая динамика роста распространенности гиподинамии в возрастных категориях 50-59 лет совпадает с затухающей физической активностью у лиц женского пола не только по чисто биофизиологическим причинам (пре-, менопауза), но и социальным факторам (переход на менее активные формы труда, выход на пенсию и пр.). Анализ распространенности гиподинамии среди мужской популяции также показал её зависимость от возраста, у которых распространенность гиподинамии возрастает от одной декады возрастного периода к другой на 3,3%.

Среди лиц с ожирением женщины превалируют над мужчинами. Среди всех женщин с повышенной массой тела превалируют женщины с избыточной массой тела (63,7%), на втором месте – женщины с ожирением (35,6%) и женщины с выраженным ожирением (0,7%) (ожирение 3 ст. по классификации ВОЗ, 1997). Женщины с избыточной массой тела превалируют в возрастной категории 40-49 лет (73,4%), с ожирением – больше в возрастной категории 50 лет и более (51,9%).

Среди всех мужчин с повышенной массой тела превалируют мужчины с избыточной массой тела (87,6%), на втором месте - мужчины с ожирением (12,3%%), а мужчин с выраженным ожирением среди обследованных не выявлено. Возрастные особенности ожирения у мужчин аналогичны женским.

Прием ОК среди исследуемой женской категории составляет 5%. В качестве заместительной терапии гормоны используют всего 37,5% женщин, а как контрацептивы – 62,5%. ОК чаще используются женщинами в возрасте 40-49 лет.

При анализе связи поведенческих ФР с образованием выявлено, что у лиц с высшим образованием больше распространено курение: у лиц с высшим образованием в 9 (4,7%) случаях, у лиц со средним специальным и средним общим – в 2 (1,05%) случаях. Прием алкоголя, наоборот, больше распространен среди лиц со средним образованием (1,57% и 1,06% соответственно).

В исследуемой популяции также установлена связь некоторых поведенческих ФР с занятостью населения. Среди работающих был выявлен 21 (13%) человек, бросивший пить, тогда как среди домохозяек и пенсионеров – 1 (0,6%). Повышение ИМТ чаще встречалось у работающего населения – в 133 (63%) случаях, чем у неработающего – 99 (61,4%). Низкая физическая активность среди незанятого населения зарегистрирована в 42 (24,9%) наблюдениях, что статистически значимо чаще, по сравнению с работающим населением – 13 (6,1%).

Кардиальная патология занимает особое место в развитии инсульта, в основном, ишемического. Распространенность ИБС в обследованной популяции составила 5,5%, у мужчин – 6,2% (10 из 161), у женщин – 5,0% (11 из 219). Также по данным анамнеза и ЭКГ было обследовано 13 возможных случаев ИБС, что составляет 3,4%. Все лица с возможными случаями ИБС были направлены к кардиологу для дальнейшего обследования.

По данным вопросника Роуза, впервые было выявлено 4 (1,1%) определенных случая и 19 (5%)

возможных случаев стенокардии напряжения. Инфаркт миокарда диагностирован в 6 (1,6%) случаях. Таким образом, распространённость определенных случаев СН в нашей выборке составляет 5%, а ИМ – 1,6%.

Прослеживается отчетливое увеличение числа больных ИБС с возрастом. В мужской популяции 40-49 лет частота ИБС составила 5,5% и в 50-59 лет увеличилась еще в 1,4 раза, составляя 7,7%. В женской популяции распространенность ИБС также нарастала с возрастом, причем значительно больше, по сравнению с мужской популяцией. В возрастной группе 40-49 лет частота ИБС составила 2,3%, 50-59лет – 9,1%.

В исследуемой когорте распространенность аритмии составляет 2,1% (8 из 380) случаев, чаще наблюдается среди женщин (2,3% и 1,9% соответственно). Необходимо отметить, что среди всех случаев преобладала постоянная форма МА. 6 из 8 случаев аритмии наблюдались в возрастной группе 50-59 лет. Таким образом, распространенность аритмии также увеличивается с возрастом.

Сахарный диабет в анамнезе выявлен у 12 (3,1%) пациентов. Следует отметить, что при обследовании нормальный уровень глюкозы был только у 5 (31%), что может свидетельствовать о проведении недостаточно эффективной гипогликемической терапии. Выявлено 36 пациентов с показателями глюкозы от 6,2 до 9 ммоль/л, у которых возможно нарушение толерантности к глюкозе или недиагностированный ранее сахарный диабет.

Распространенность СД одинакова среди женской и мужской популяции. В нашем исследовании СД чаще наблюдается в возрастной категории 40-49 лет (3,7% и 2,1%) (табл. 1).

Таблица 1

Распространенность основных модифицируемых факторов риска развития инсульта в зависимости от пола и возраста

ФР	40-49 (%)		50-59 (%)	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
АГ	15,6	23,6	34,6	45,5
ИБС	5,5	2,3	7,7	9,1
МА	1,8	–	1,9	5,7
СД	2,8	4,5	3,8	1,1
ИМТ≥26	58,7	60,3	61,5	63,6
Гиподинамия	9,2	15,2	12,5	22,7
Прием ОК	–	6,1	–	2,3
Курение	3,6	–	11,5	0,5
Употребление алкоголя	1,8	–	5,8	–

Таблица 2

Распространенность невротического синдрома в обследованной популяции в зависимости от возраста, пола и его уровень

Возраст	Пол	n	Уровень невротического синдрома							
			Всего		Легкий		Умеренный		Выраженный	
			абс	P±m%	абс	%	абс	%	абс	%
40-49	Муж	109	47	43,1	34	72,4	9	19,1	4	8,5
	Жен	131	83	63,4	42	50,6	25	30,1	16	19,3
50-59	Муж	52	33	63,4	21	63,4	8	24,2	4	12,1
	жен	88	72	81,8	32	44,4	26	36,1	14	19,5
Всего		380	235	61,8	129	54,9	69	29,4	37	15,7

Наиболее значимым фактором риска развития инсульта является степень выраженности психоэмоциального напряжения.

Как видно из таблицы 2, из общего числа обследованного населения 61,8% имели различной степени выраженности невротический синдром.

При этом выраженную степень невротического синдрома имели 15,7% населения, 29,4% – умеренную, 54,9% – легкую.

У мужчин 40-49 лет преобладал легкий уровень невротического синдрома (72,4%), на долю умеренного уровня приходилось 19,1% и выраженного – 8,5%. Суммарно распространенность невротического синдрома составила 43,1%. По мере увеличения возраста в мужской популяции наметилась тенденция к нарастанию частоты невротического синдрома, составляя 63,3%. В данной возрастной группе мужчин также преобладала лёгкая его выраженность (63,4%), но следует отметить, что частота умеренного и выраженного уровней невротического синдрома также увеличивается.

У женщин всех возрастных групп распространенность невротического синдрома была почти 1,5 раза выше, чем у мужчин, частота выраженного и умеренного уровней невротического синдрома также больше у женщин. У мужчин в возрастных группах 40-49 и 50-59 лет зарегистрировано нарастание выраженного и умеренного уровней невротического синдрома, что составило 30,1% – 36,1% и 19,3% –19,5% соответственно.

Заключение. Полученные данные подтверждают высокую распространенность факторов риска БСК среди работоспособного населения. Отмечается отчетливое увеличение частоты факторов риска инсульта с возрастом. Учитывая вышеизложенное, необходимо провести активные профилактические мероприятия в группе лиц в возрасте 40-59 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. http://www.who.int/healthinfo/globalburdendisease/cod2008sourcesmethods.pdf.

2. Feigin V.L., Forouzanfar M.H., Krishnamurthi R. Global andregional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 // Lancet. – 2014. – № 383. – С. 245-254.

3. Feigin V.L., Forouzanfar M.H., Krishnamurthi R. Global andregional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 // Lancet. – 2013. – № 382. – С. 1-12.

4. Strong K., Mathers C., Bonita R. Preventing stroke: saving lives around the world // Lancet Neurol. – 2007. – № 6. – С. 182–187.

5. O'Donnell M.J., Xavier, Liu Let. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTER-STROKE study): a case-control study // Lancet. – 2010. – №376. – С. 112-123

6. Суслина З.А., Фонякин А.В., Гераскина Л.А. Кардионеврология: современное состояние и перспективные направления // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2012. –№ 2. – С. 4-10.

7. Машин В.В. Факторы риска сосудистых заболеваний головного мозга по данным скрининга в популяции среднего возраста г. Ульяновска /// Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2014. – №1, Т.8. – С. 4-9.

8. Нозиров Дж.Х., Ахмедов А., Рахимов З.Я. Динамика и особенности распространения артериальной гипертензии среди сельских жителей отдельных регионов республики Таджикистан // Научно-практический журнал ТИППМК. – 2013. - № 2. – С. 78-80.

9. Нозиров Дж.Х., Ахмедов А., Одинаев Ф.И. Динамика основных кардиоваскулярных заболеваний и их модифицируемых факторов риска среди женской популяции Таджикистана // Здравоохранение Таджикистана. – 2015. – № 1. – С. 110-116.

10. Мирзоева З.А., Назирова Н.К., Ходжиева Д.С. Распространенность некоторых факторов риска кардиоваскулярных заболеваний среди населения г. Истаравшан // Научно-практический журнал ТИППМК. – 2013. – №1. – С. 31-34.

РАҲМОНОВ Р.А., ИСОЕВА М.Б.

ОМИЛҲОИ ХАТАРИ ТАҒЙИРЁБАНДАИ САКТАИ МАЙНАИ САР МИЁНИ АҲОЛИИ ШАҲРИ ДУШАНБЕ

Кафедраи асабшиносӣ ва асоси генетикаи тиббии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: омилҳои хатар, сактаи майнаи сар, эпидемиология, пешгирии аввалиндараҷа

Барои ба нақша гирифтан ва гузаронидани усулҳои пешгириш сактаи майнаи сар донистани нишондаҳандаҳои эпидемиологии омилҳои хатаровар зарур аст. Дар натиҷаи гузаронидани скринингі кушодаи аҳолии синну солашон 40-59 сола маълум шуд, ки аз омилҳои хатаровари сактаи майнаи сар бештар фишорбаландии шараёнӣ, алоими невротикӣ, фарбеҳӣ ва камҳаракатӣ паҳн гаштааст. Вобаста ба зиёдшавии синну сол омилҳои хатар бештар вомехуранд.

УДК 616.314:089.3

[1]САБУРОВ С.К., [2]АБДУЛЛОЕВ Б.А.

ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ И ПРОТЕЗИРОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ПОЛИОРГАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

[1]Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино
[2]Учебно-клинический центр «Стоматология»

В статье представлена клиническая характеристика стоматологических больных с сопутствующими заболеваниями. Установлено, что степень информированности врача-стоматолога в условиях поликлинического приёма о степени компенсации заболеваний, являющихся относительными или даже абсолютными противопоказаниями к протезированию, слишком низкая. Проведение анкетирования 616 пациентов показало, что у 68,0% (n=419) больных, которым предстоит протезирование, присутствовала сопутствующая патология, своевременная диагностика и лечение которой будет способствовать улучшению качества стоматологической помощи.

Ключевые слова: полость рта, сопутствующие заболевания, конструкции протеза.

SABUROV S.K., ABDULLOEV B.A.

DENTIST'S MANAGEMENT AT DIAGNOSTIC AND PROSTHETICS OF PATIENTS WITH MULTIPLE ORGAN PATHOLOGY IN PROSTHETIC DENTISTRY

This article presents the clinical characteristics of patients with concomitant diseases. It was determined that the level of dentist awareness on the degree of diseases compensation, which are relative or even absolute contraindication to prosthetics, is too low

Conducting the questionnaire survey among 616 patients indicated the following: 68,0% (n = 419) of patients, requiring prosthetics had concomitant pathology, the diagnosis and treatment of which will associate the improvement of the quality of dental care of this challenging group of patients.

Key words: oral cavity, concomitant diseases, prosthesis design.

Актуальность. В последние годы существенно изменились подходы к организации многих видов стоматологической помощи населению. В связи с нарастанием числа лиц с общесоматической патологией закономерно возрос интерес исследователей к этой проблеме, появилась оценка их нуждаемости в ортопедической стоматологической помощи. Нуждаемость пациентов в ортопедическом стоматологическом лечении, по данным авторов, варьирует от 68% до 75%. В Республике Таджикистан у больных с неблагоприятным соматическим фоном величина исследуемого показателя составляет более 80% [1, 2]. При ухудшении течения основного соматического заболевания усугубляется патологический процесс в пародонте и, наоборот, ремиссия соматической патологии оказывает на него положительное влияние. Это указывает на значительную распространенность заболеваний пародонта у соматических больных, свидетельствующую о влиянии межсистемного нарушения на их проявления. Анализ стоматологического статуса у этих пациентов свидетельствует о целесообразности постоянного наблюдения за ними и активного проведения комплекса лечебно-профилактических мер [3, 4].

У больных с патологией внутренних органов и систем сравнительный прирост удельного веса осложнений кариеса зубов, подлежащих лечению и удалению, а также удаленных зубов дает возможность судить о необходимости увеличения объема оказания им узкоспециализированной стоматологической помощи [3]. При анкетиро-

Сабуров С.К. – зав. кафедрой ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н., доцент; тел.: +992985615353

вании по обращаемости за стоматологической помощью больных с общесоматической патологией выявлено, что уровень информированности о наличии искусственных конструкций в полости рта довольно высок: 75,6% указали несъёмные протезы, 69,8% – съёмные, в том числе 41,3% упомянули о бюгельном протезировании, 45,3% опрошенных знают о применении дентальных имплантатов. Так как анкетирование считается субъективным способом сбора информации, мы критично относимся к результату, согласно которому полная информация дана в 42,3% случаев, и считаем, что этот процент явно завышен [4-7].

Цель исследования. Обосновать необходимость объективной оценки состояния больных с полиорганной патологией в ортопедической стома-тологии перед протезированием и выработать тактику врача стоматолога-ортопеда.

Материал и методы исследования. Клинико-эпидемиологическое исследование осуществлялось в УКЦ «Стоматология» на клинической базе кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино 616-ти пациентам в возрасте от 20 до 60 лет и старше, обратившимся по поводу предстоящего протезирования зубов.

Обследованные пациенты в зависимости от общесоматической патологии разделены на следующие группы:

I группа – 92 человека с заболеваниями желудочно-кишечного тракта;

II группа – 123 человека с заболеваниями сердечно-сосудистой системы;

III группа – 118 человек с заболеваниями дыхательной системы;

IV группа – 109 человек с патологией эндокринной системы;

V группа – 76 человек с аллергическими заболеваниями;

VI группа – 98 человек с ЛОР–заболеваниями.

Проведен сравнительный анализ среди обследованных больных с сопутствующей соматической патологией, основным документом исследования служила разработанная нами индивидуальная регистрационная карта (ИРК). ИРК включает в себя паспортную часть, вопросы о стоматологическом и общесоматическом статусе больного, а также сроках давности болезни и эффективности лечения. Затем у этих же больных проанализированы амбулаторные карты по месту жительства, где зафиксированы все клинические диагнозы, выявленные профильными специалистами на основе проведённых комплексных лабораторных, инструментальных, ультразвуковых, рентгенологических и других исследований. Анализ амбулаторных карт наших пациентов (n=616) показал следующие результаты: у 68,0% (n=419) из них присутствовала сопутствующая патология. С сочетанными нозологическими формами было 23,0% (142) от общего количества, 19,1% (118 случаев) имели сочетание болезней дыхательной системы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, 17,6% (109 случаев) – сахарный диабет с сердечно-сосудистой патологией.

Результаты и их обсуждение. При проведении сравнительного анализа по результатам анкетирования больных с полиорганной патологией выявлено, что даже в тех случаях, когда пациент уверенно сообщает о своём заболевании (14% случаев), он не может полностью информировать врача-стоматолога о давности и эффективности проведенной терапии. По результатам данных целенаправленного опроса (анамнеза заболевания) мы пришли к выводу, что невозможно получить достоверную информацию о состоянии пациента на момент протезирования более, чем на 45%. Например, они имеют представление о том, что у них есть артериальная гипертензия, но не представляют степени тяжести и продолжительности заболевания.

Результаты проведенных исследований позволяют отметить, что обратившиеся за протезированием к врачу-стоматологу больные с полиорганной патологией не считают нужным сообщать о своём заболевании, полагают важным лишь сообщение о непереносимости тех или иных лекарственных препаратов. По результатам исследования, лишь 18% больных с полиорганной патологией сообщили о наличии у них тех или иных заболеваний, за исключением пациентов с инфарктом миокарда и бронхиальной астмой тяжелых форм течения. Все остальные больные с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, дыхательной, эндокринной системы, аллергическими заболеваниями, ЛОР-болезнями и другими нозологическими формами остаются вне зоны внимания в период протезирования, особенно если болезнь на данный момент находится в стадии компенсирования.

Все больные с полиорганной патологией принимают комбинированные препараты. Это, как правило, одновременный приём нескольких лекарств. Любое лекарственное средство является химическим веществом, в той или иной мере взаимодействующим с организмом. Комбинированный препарат всегда более опасен, чем его однокомпонентная альтернатива, т.к. увеличивается риск возникновения негативных реакций организма без увеличения эффективности лечения. Всё это может отрицательно и внезапно повлиять на качество протезирования больных с сопутствующей патологией.

Заключение. С целью определения оптимальных методов ортопе-дического лечения и дальнейшего совершенствования методов разработки протоколов ведения больных с полиорганной патологией врачам стоматологам-ортопедам не-

обходимо перед протезированием ознакомиться с «паспортом здоровья» (амбулаторные карты), и при выборе материала, конструкции протеза опираться на заключение профильных специалистов, с учетом межсистемного состояния целостного организма у этой сложной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашуров Г.Г., Алимский А.В. Структурная оценка интенсивности кариеса зубов при разнонаправленных межсистемных нарушениях. //Вестник Таджикского национального университета.- 2015.- № 1/4 (168).- С. 254-256.

2. Исмоилов А.А., Ашуров Г.Г., Аминджанова З.Р., Каримов С.М., Ёраков Ф.М. Динамика редукции и прироста структурных элементов интенсивности кариеса зубов у больных с сопутствующей соматической патологией. //Вестник Таджикского национального университета.- 2015. -№1/1. - С. 223-227.

3. Аминджанова З.Р., Исмоилов А.А., Каримов С.М. Основные результаты проведенных исследований по изучению исходных показателей пародонтологического статуса у соматических больных. //Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.- 2015.- №1.- С. 10-15.

4. Муллоджанов Г.Э., Ашуров Г. Г. Социологические аспекты совершенствования имплантологической стоматологической помощи у соматических больных //Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2016.- № 4.- С. 57-62.

5. Каримов С.М., Исмоилов А.А. Эпидемиологическое обследование пародонтологического статуса у больных с межсистемными нарушениями // Вестник педагогического университета.- Душанбе.- 2013.- № 3 (52).- С. 34-38.

6. Махмудов Д.Т., Ашуров Г.Г. Оценка пародонтологического статуса у лиц различных функциональных типов конституции // Вестник Таджикского национального университета. – Душанбе. – 2012. - № 1 /2(81). – С. 195-200.

7. Chandna S. Diabetes Mellitus – A Risk Factor For Periodontal Disease // Internet J FamilyPrac. - 2010.- Vol. 9, № 1.- P. 181-184.

САБУРОВ С.К., АБДУЛЛОЕВ Б.А.

ТАКТИКАИ ТАБИБ ҲАНГОМИ МУОИНА ВА ПРОТЕЗКУНОНИИ БЕМОРОН БО ИЛЛАТҲОИ БИСЁРУЗВӢ ДАР СТОМОТОЛОГИЯИ ОРТОПЕДӢ

Кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино
Маркази «Стоматология»

Калимаҳои калидӣ: ковокии даҳон, бемориҳои ҳамрав, конструксияи протез.

Дар мақола хусусияти клиникии беморони стоматологӣ бо бемориҳои ҳамрадиф нишон дода шудааст. Муайян карда шудааст, ки дараҷаи маълумотнокии духтури дандон дар шароити қабули дармонгоҳӣ оиди дараҷаи компенсатсияи беморӣ, ки барои протезкунонӣ гайринишондоди нисбӣ ё қатъӣ ба ҳисоб меравад, ниҳоят паст аст. Гузаронидани саволнома миёни 616 бемор нишон дод, ки дар 68,0% (n=419) бемороне, ки бояд протез гузошта шавад, бемориҳои ҳамрадиф ҷой дошт. Ташхиси бармаҳал ва табобати ин беморон боиси босифат гаштани ёрии стоматологӣ мегардад.

УДК: 616.24-002.5-053(083,131); 616.24-008.8-076.5; 614.446.9; 616-053.2

[1]САНГИНОВ А.Б., [1,2]ЛАТИФОВ М.ДЖ., [1]АЛИ-ЗАДЕ С.Г., [2]КИЕВМИДДИНОВ Х.Х.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

[1]Кафедра фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино
[2]Городская детская туберкулезная больница

В статье приводится ретроспективный анализ заболеваемости туберкулезом у детей города Душанбе и в целом по Республике Таджикистан. Наиболее часто встречающимися формами туберкулеза, характерными для детского и подросткового возрастов, являются: туберкулез внутригрудных лимфоузлов (38,9%), первичный туберкулезный комплекс (22,2%) и миллиарный туберкулез (12,7%). Наиболее эффективными методами выявления туберкулеза у детей и подростков являются туберкулинодиагностика (88,9%) и метод Xpert MTB/RIF (34,4%).

Ключевые слова: туберкулез, микроскопическое исследование, раннее выявление.

SANGINOV A.B., LATIPHOV M.J., ALI-ZADE S.G., KIEVMIDDINOV KH.KH.

PREVALENCE OF TUBERCULOSIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

The article presents a retrospective analysis of the incidence of tuberculosis in children in the city of Dushanbe and in the whole of the Republic of Tajikistan. The authors note that the most common forms of the disease, characteristic of childhood and adolescence are: Tuberculosis of intrathoracic lymph nodes (38,9%), primary tuberculosis complex (22,2%) and milliarny tuberculosis (12,7%). The most effective methods of detection of tuberculosis in children and adolescents are tuberculin skin test (88,9%) and the method of Xpert MTB / RIF (34,4%).

Key words: tuberculosis, microscopic examination, epidemiology, early detection.

Актуальность. По оценкам ВОЗ, на 2015 г. приходится 10,4 млн. впервые выявленных случаев туберкулеза, при этом 4,3 млн. случаев остались упущенными. В этом же году отмечено 1 млн. заболевших туберкулёзом детей, 210 000 из них (включая 40 000 детей с ВИЧ) умерли. Это обусловлено сложностями диагностики и лечения данной патологии у детей и подростков [1].

Несмотря на значительные усилия, предпринятые в борьбе против туберкулёза, до настоящего времени эпидемиологическая ситуация по данному заболеванию в Республике Таджикистан остаётся неблагополучной [2]. В течение последних 5 лет уровень регистрируемой заболеваемости и смертности по туберкулезу в Республике Таджикистан стабилизировался, тем не менее, бремя туберкулеза остается напряженным [3].

Сангинов А.Б. – зав. кафедрой фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.; abdurasuls@mail.ru; тел.: +992919028144

Раннее выявление туберкулеза с патогенетических позиций – это диагностика первичного инфицирования. В условиях напряженной эпидемической ситуации, обусловленной значительной рапространенностью туберкулеза, первичное инфицирование обычно происходит в детском или подростковом возрасте [4]. В начальных стадиях патология лечится эффективнее. Для этого необходима ранняя диагностика активных форм туберкулёза, основанная на массовом скрининге населения. При этом особое внимание обращается на сомнительные признаки активности процесса, остаточные явления ранее излеченного туберкулёза, положительные туберкулиновые пробы, в том числе «виражные», а также процессы, обусловленные нетуберкулёзными заболеванипями. Наиболее частой формой первичного туберкулеза является бронхоаденит, нередко протекающий без казеинфикации лимфатических узлов и формирования очагов в легких. При снижении сопротивляемости организма и более массивного

инфицирования в лимфатических узлах развивается специфическое воспаление с образованием очагов творожистого некроза [4, 5].

Эффективная терапия туберкулёза у детей вызывает определённые трудности, что обусловлено полирезистентностью микобактерий к антитуберкулёзным препаратам, скудностью бактериовыделения, а также противопоказанием к назначению в этом возрасте ряда препаратов. На фоне иммунологических особенностей растущего организма процесс чаще всего вызывает большие остаточные изменения, формируя в последующем значительное снижение качества жизни пациентов.

Все вышеизложенное определяют актуальность изучения причин возникновения и развития туберкулеза у детей, что способствует повышению эффективности выявления и профилактики этого заболевания.

Цель исследования. Изучить частоту выявления первичных форм туберкулеза у детей.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 126 детей, больных туберкулезом, получавших лечение в Городской детской туберкулезной больнице г. Душанбе, за период 2014 г. в возрасте 0-17 лет. Мальчиков было 67, девочек – 59. Городские жители составляли 27,0% (34 человека).

С целью выявления туберкулеза больным проводились следующие методы исследования: микроскопия мокроты – 123 больным (97,6%), туберкулинодиагностика – 54 (42,9%), XpertMTB/RIF – 125 (99,2%), рентгенологические методы – 126 (100%). Также выполнялись компьютерная томография, эхокардиография сердца и исследование ликвора.

Для получения более качественного материала с целью проведения анализа мокроты 123 больным (97,6%) проводилась индукция мокроты. Особое внимание уделяли такому анамнестическому фактору, как наличие контакта с больными туберкулезом и проведение вакцинации БЦЖ.

Результаты и их обсуждение. Как видно из таблицы 1, наиболее часто диагностировался туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ТБ ВГЛУ) – 38,9%, первичный туберкулёзный комплекс (ПТК) – 22,2 %, а также милиарный туберкулез и инфильтративный туберкулез легких – 12,7%.

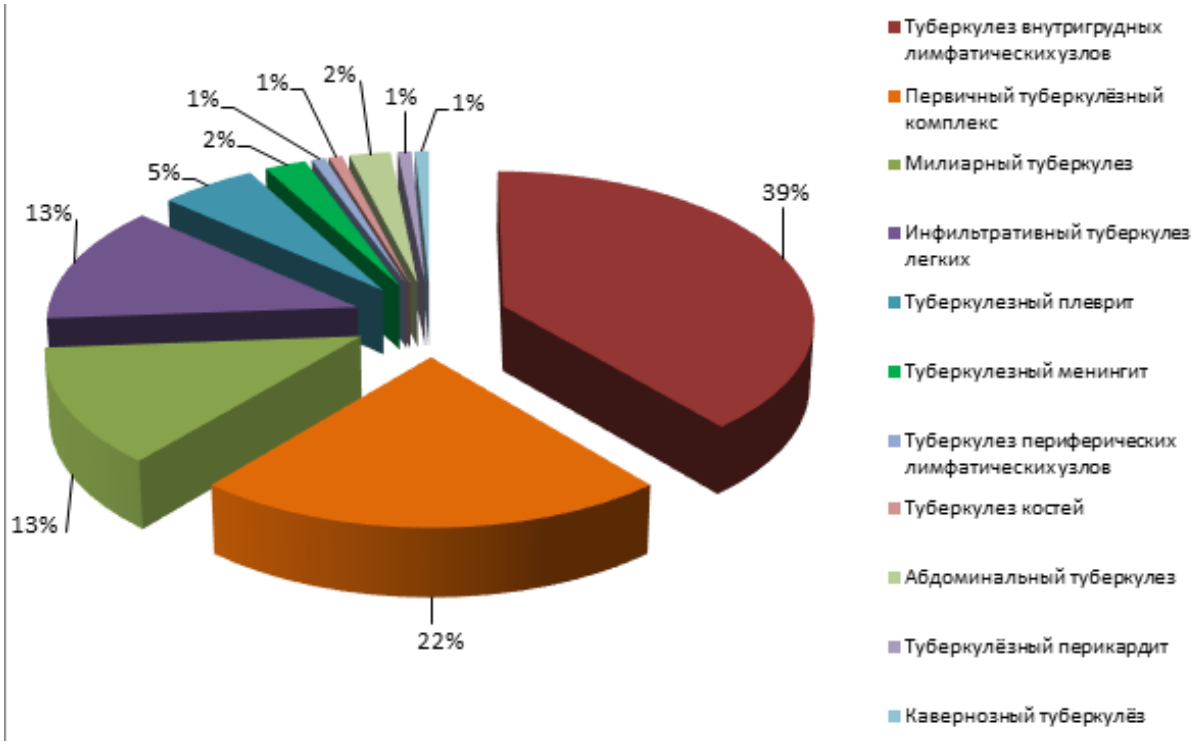
Таблица 1

Частота клинических форм туберкулеза у детей (n=126)

Клинические формы туберкулеза	**2014**	
	Абс	**%**
Туберкулезная интоксикация у детей и подростков	–	–
Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов	49	38.9 %
Первичный туберкулёзный комплекс	28	22.2 %
Милиарный туберкулез	16	12.7 %
Инфильтративный туберкулез легких	16	12.7 %
Туберкулезный плеврит	7	5,6 %
Туберкулезный менингит	3	2,4 %
Туберкулез периферических лимфатических узлов	1	0,8 %
Туберкулез костей	1	0,8 %
Абдоминальный туберкулез	3	2,4 %
Туберкулёзный перикардит	1	0,8 %
Кавернозный туберкулёз	1	0,8 %
Всего	***126***	***100 %***

Как видно из таблицы 1 и рисунка, данные клинические формы туберкулеза оказались наиболее характерными для детского и подросткового возрастов.

Инфицированность детей, проживающих совместно с больными, оказалась выше, чем у детей из здорового окружения. Среди всех больных в анамнезе контакт с больными туберкулезом отмечался у 67 человек (53,2%). Вакцинация БЦЖ у 16 больных (12,7%) по разным причинам не проводилась. Чаще всего туберкулезом заболевали сельские дети в возрасте 5-14 лет – 64 больных (50,8%). Это может говорить о том, что искусственный иммунитет у детей, которым в новорожденном возрасте проводилась вакцинация БЦЖ, в этом возрасте снижается. Ревакцинация БЦЖ детям в возрасте 6-7 лет в республике не проводится.



Структура клинических форм туберкулеза у детей

Таблица 2

Клинические формы туберкулеза у детей по возрастам

Клинические формы	**Всего**	**0-4**		**5-14**		**15-17**	
		город	**село**	**город**	**село**	**Город**	**село**
Туберкулез внутригрудных лимфоузлов	49 (38,9%)	5 (3,9%)	10 (7,9%)	13 (10,3%)	20 (15,9%)	–	1 (0,8%)
Первичный туберкулёзный комплекс	28 (22,2%)	2 (1,6%)	8 (6,3%)	2 (1,6%)	15 (11,9%)	1 (0,8%)	–
Миллиарный туберкулёз	16 (12,7%)	2 (1,6%)	3 (2,4%)	2 (1,6%)	9 (7,1%)	–	–
Инфильтративный туберкулез	16 (12,7%)	–	–	–	6 (4,8%)	6 (4,8%)	4 (3,2%)
Туберкулезный плеврит	7 (5,5%)	–	3 (2,4%)	1 (0,8%)	3 (2,4%)	–	–
Туберкулезный менингит	3 (2,4%)	–	1 (0,8%)	–	2 (1,6%)	–	–
Абдоминальный туберкулез	3 (2,4%)	–	–	–	1 (0,8)	1 (0,8)	1 (0,8)
Перикардит	1 (0,8%)	–	1 (0,8%)	–	–	–	–
Туберкулез костей	1 (0,8%)	–	1 (0,8%)	–	–	–	–
Кавернозный туберкулез	1 (0,8%)	–	–	–	–	1 (0,8%)	–
Туберкулез периферических лимфаузлов	1 (0,8%)	–	1 (0,8%)	–	–	–	–
ВСЕГО	**126 (100%)**	**9 (7,1%)**	**29 (23,0%)**	**18 (14,3%)**	**64 (50,8%)**	**9 (7,1%)**	**6 (4,8%)**

Проба Манту из 54 больных отрицательной оказалась у 6 (11,1%) детей (с туберкулезным менингитом) ввиду сниженного иммунитета данных больных; сомнительная проба была у 1 (1,9%), положительная – у 35 (64,8%), гиперэргическая – у 12 (12,2%) больных. После использования метода индукции мокроты у 123 больных (97,6%) с легочными формами туберкулеза нами проводилось микроскопическое исследование, которое выявило наличие МБТ в 25 (20,3%) случаях, а у 98 (79,7%) детей результат был отрицательным. Метод XpertMTB/RIF, проведенный 125 детям, оказался положительным у 43 (34,4%) больных, а отрицательный результат получен у 82 (65,6%) детей, при этом множественная лекарственно-устойчивая форма (МЛУ) выявлена у 7 (5,6%) детей (табл. 3).

Таблица 3

Показатели методов выяления туберкулеза у детей

Методы исследования	**Положительная**			**Отрицательная**
Проба Манту 2ТЕ (n=54)	сомнительная	положительная	гиперэргическая	6 (11,1%)
	1 (1,9%)	35 (64,8%)	12 (22,2%)	
Микроскопическое исследование (n=123)	25 (20,3%) p_1<0,001			98 (79,7%) p_1<0,001
XpertMTB/RIF (n=125)	43 (34,4%) p_1<0,001 p_2<0,05			82 (65,6%) p_1<0,001 p_2<0,05

Примечание: p_1 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с данными пробы Манту, p_2 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с данными микроскопического исседования (по критерию χ^2)

Как видно из таблицы 3, наиболее эффективным методом выявления туберкулеза у детей оказалась туберкулинодиагностика (88,9%) и метод XpertMTB/RIF (34,4%), микроскопическое исследование мокроты дало положительный результат у 20,3% больных.

Заключение. Таким образом, наиболее часто встречающимися формами туберкулеза, характерными для детского и подросткового возрастов, по нашим данным, являются: ТБ ВГЛУ (38,9%), ПТК (22,2%) и миллиарный туберкулез (11,9%). Наиболее эффективными методами выявления туберкулеза у детей и подростков являются туберкулинодиагностика (88,9%) и метод XpertMTB/RIF (34,4%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Global Tuberculosis Report. – WHO, 2016
2. Сироджидинова У.Ю. и др. Анализ ситуации по туберкулезу в Республике Таджикистан // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2015.- Т. 93 (2).- С. 39-44.
3. Korobitsin A., Bobokhojaev O., Mohr T., Makhmudova M., Trusov A. TB case detection in Tajikistan: analysis of existing obstacles // Central Asian Journal of Global Health.- 2013.- Vol. 2, № 2.- P. 1-5.
4. Перельман М.И., Корякин В.А., Богадельникова И.В. Фтизиатрия.- М.: Медицина, 2004. – 520 с.
5. Аксенова В.А., Севостьянова Т.А., Клевно Н.И., Лапшина В.Н. Туберкулез у детей и подростков в России (проблемы и пути решения в 21 веке) //Вопросы современной педиатрии. - 2011. - № 3, Т.10. – С.7-11.

САНГИНОВ А.Б., ЛАТИФОВ М.Ҷ., АЛИ-ЗАДЕ С.Г., ҚИЁВМИДДИНОВ Х.Х.

БАСОМАДИ МУАЙЯН НАМУДАНИ БЕМОРИИ СИЛ МИЁНИ КӮДАКОН ВА НАВРАСОНИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Кафедраи фтизиопулмонологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино
Беморхонаи шаҳрии кӯдаконаи бемориҳои сил

Калимаҳои калидӣ: сил, тадқоқоти микроскопӣ, ташхиси бармаҳал.

Дар мақола таҳлили ретроспективии беморшавӣ аз сил миёни кӯдакони ш. Душанбе ва дар маҷмӯъ Ҷумҳурии Тоҷикистон оврада шудааст. Яке аз намудҳои паҳнгаштаи бемории сил, ки барои кӯдакон ва наврасон хос аст ин сили гиреҳҳои лимфатикии қафаси сина (38,9%), маҷмӯи аввалияи силӣ (22,2%) ва сили милиарӣ (12,2%) мебошад. Барои муайян намудани бемории сил дар миёни кӯдакон ва наврасон,ташхиси туберкулин (88,9%) ва усули Xpert MTB/RIF (34,4%) аз ҳама усули манфиатбор ба ҳисоб меравад.

УДК 616.151.5;616.127-005.8

[1]ТАБАРОВ А.Ю., [1,2]ГОИБОВА З.В., [1]БЕКОВА Ш.Х.,
[1]ФАЙЗАЛИЕВА Г.С., [1,2]УРУНБОЕВА Д.С.

ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН И СВЕРТЫВАЮЩАЯ СИСТЕМА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

[1]Республиканский клинический центр кардиологии МЗиСЗН РТ
[2]Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

В статье анализированы показатели липидного обмена и свертывающей системы крови у 28 больных с острым инфарктом миокарда и метаболическим синдромом. Выявлено статистически значимое увеличение содержания триглицеридов, липопротеидов и индекса атерогенности. Отмечено более тяжелое нарушение коагуляционных свойств крови у больных с сопутствующим метаболическим синдромом. Своевременная коррекция выявленных нарушений позволит улучшить результаты лечения и уменьшить риск развития осложнений.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, метаболический синдром, липидный обмен, свертывающая система крови.

TABAROV A.YU., GOIBOVA Z.V., BEKOVA SH.KH.,
FAYZALIEVA G.S., URUNBOEVA D.S.

LIPID METABOLISM AND BLOOD COAGULATION SYSTEM IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND METABOLIC SYNDROME

The article analyzed lipid metabolism and Blood coagulation system in 28 patients with acute myocardial infarction and metabolic syndrome. Statistically significant increase found in triglycerides, lipoproteins and the atherogenic index. More severe disturbance of coagulation properties of blood found in patients with concomitant metabolic syndrome. Timely correction of disorders can improve treatment results and reduce the risk of complications.

Key words: myocardial infarction, metabolic syndrome, lipid metabolism, blood coagulation.

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания продолжают занимать лидирующую позицию среди причин инвалидности и смертности населения в большинстве стран мира. Одним из основных рисков развития сердечно-сосудистых заболеваний считается метаболический синдром, характеризующийся комплексом метаболических, гормональных и клинических нарушений, в основе которых решающую роль играет первичная инсулинорезистентность [1].

Согласно данным некоторых исследователей, у 38-50% пациентов с инфарктом миокарда отмечается метаболический синдром (МС) или же его компоненты [2-5]. При этом у лиц более молодого возраста (<45 лет), а также мужчин МС встречается гораздо чаще и составляет 65% [6].

Несмотря на достигнутые успехи в лечении инфаркта миокарда, на данный момент частота летальных исходов остаются на высоком уровне – 5-8% [3]. Согласно данным литературы, у пациентов с инфарктом миокарда, имеющих такие различные факторы риска, как артериальная гипертензия, ожирение, сахарный диабет, атеросклероз сосудов, модифицируется коагуляционный баланс в сторону гиперкоагуляции, что приводит к такому грозному осложнению, как тромбоз [3, 5]. В связи с этим одним из основных задач в выявлении факторов риска при ИМ с МС является изучение

Гоибова З.В. – ассистент кафедры кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ; тел.: +992934239955; e-mail: adolatnarz@mail.ru

особенностей липидного обмена и состояние свертывающей системы крови, позволяющие провести адекватную патогенетически обоснованную их коррекцию, тем самым уменьшить риск фатальных осложнений.

Цель исследования. Изучить показатели липидного обмена и свертывающей системы крови при остром инфаркте миокарда у больных с метаболическим синдромом.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах анализа показателей системы гемостаза и липидного обмена 58 больных с инфарктом миокарда с зубцом Q, находившихся на лечении с января по ноябрь 2016 г. в отделении инфаркта миокарда РКЦК МЗ и СЗН РТ. Возраст пациентов варьировал от 43 до 78 лет. Мужчин было 38 (65,5%), женщин – 20 (34,5%).

В зависимости от наличия метаболического синдрома больные были разделены на две группы. В основную включены 28 пациентов без метаболического синдрома и сахарного диабета. Контрольную группу составили 30 пациентов, страдающих МС и сахарным диабетом II типа (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика пациентов обеих групп

Показатели	Основная группа	Контрольная группа	p
Средний возраст (лет), M±m	56,4±2,1	56,2±2,1	>0,05
Курение, n (%)	11 (39,3)	12 (40)	>0,05
Класс тяжести ИМ, M±m	2,55±0,1	2,59±0,2	>0,05
СД, n (%)	3 (10,7)	30 (100)	<0,05
Степень АГ, M±m	2,55±0,1	2,8±0,2	<0,001
СН ФК (NYHA), M±m	2,36±0,1	2,5±0,15	>0,05

Как видно из таблицы 1, пациенты обеих групп по всем изучаемым показателям были сопоставимы.

В условиях стационара изучались следующие показатели липидного обмена: общий холестерол (ОХ), триглицерол (ТГ), холестерол липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерол липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), холестерол липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП).

Исследование липидов проводилось энзиматическим колориметрическим методом на полуавтоматическом биохимическом анализаторе ФП-901 («Labsystems») с использованием диагностических ферментных наборов «Liquick CHOL-60», «Liquick-TG-60», «HDL-cholesterol». Проводилась двукратное изучение показателей липидного обмена, при госпитализации и перед выпиской на 12-14 сутки.

Со стороны свертывающей системы крови были изучены концентрация антиромбина III, фибриногена, МНО, АЧТВ, ПТИ, ТВ и время свертывания крови по Ли-Уайту.

Полученные в ходе исследование данные обрабатывали методами вариационной статистики с помощью лицензионной компьютерной программы Microsoft Excel 2007.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования липидного спектра крови при госпитализации у пациентов обеих групп представлены в таблице 2.

Таблица 2

Показатели липидограммы у пациентов обеих групп при госпитализации

Показатели	Основная группа	Контрольная группа	p
Общий ХС, ммоль/л	5,55±0,14	5,72±0,1	>0,05
Триглицерол, ммоль/л	1,3±0,07	2,09±0,14	<0,001
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,21±0,04	1,0±0,03	<0,001
ХС ЛПНП, ммоль/л	3,77±0,13	3,91±0,11	>0,05
ХС ЛПОНП, ммоль/л	0,60±0,03	0,86±0,04	<0,001
Индекс атерогенности	3,72±0,16	4,92±0,17	<0,001

Как видно из представленной в таблице 2 данных, инфаркт миокарда у больных с МС протекает на фоне неблагоприятных показателей липидного обмена. Проведенное нами исследование подтвердило, что у больных с МС отмечается значимое повышение содержания уровней как

тригицерола, как и липопротеидов различной плотности с увеличением индекса атерогенности.

Выявленные изменения липидного обмена корригировались путем консервативной терапии с применением статинов.

Повторное исследование липидограммы после соответствующей коррекции показало, что к 12-14 сутки происходит как нормализация уровня липидов, так и снижается уровень атерогенности (табл. 3).

Таблица 3

Показатели липидограммы у пациентов обеих групп после лечения

Показатели	Основная группа	Контрольная группа	p
Общий ХС, ммоль/л	5,4±0,1	5,3±0,1	>0,05
Триглицерол, ммоль/л	1,3±0,07	1,4±0,9	>0,05
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,2±0,05	1,19±0,04	>0,05
ХС ЛПНП, ммоль/л	3,75±0,12	3,74±0,11	>0,05
ХС ЛПОНП, ммоль/л	0,61±0,02	0,60±0,05	>0,05
Индекс атерогенности	3,7±0,2	3,6±0,17	>0,05

Изучением показателей системы гемостаза выявлено, что на фоне метаболического синдрома отмечается более тяжелая степень гиперкоагуляции. Отмечены существенные отклонения от нормы таких показателей, как международное нормализованное отношение (МНО), тромбиновое время, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ). Однако, у больных с метаболическим синдромом система гемостаза крови страдала более выраженно, чем у больных контрольной группы (табл. 4).

Таблица 4

Показатели свертывающей системы крови у пациентов обеих групп при госпитализации

Показатели	Основная группа	Контрольная группа	p
Антитромбин III, %	60,1±4,3	52,5±6,7	<0,001
Фибриноген, мг/л	6,1±0,37	7,2±0,44	<0,001
МНО	0,97±0,04	0,82±0,02	<0,001
АЧТВ, с	26,1±0,3	23,4±0,1	<0,001
ПТИ	110,1±3,7	116,4±4,6	<0,001
ПТВ, с	16,2±0,2	14,1±0,1	<0,001

Проведение антикоагулянтной и тромболитической терапии способствовало разжижению крови и нормализации всех показателей гемостаза. При этом у больных обеих групп в конце лечения не выявлено статистически значимых различий показателей свертывающей системы крови (табл. 5).

Таблица 5

Показатели свертывающей системы крови у пациентов обеих групп после лечения

Показатели	Основная группа	Контрольная группа	p
Антитромбин III, %	92,3±9,1	92,5±9,3	>0,05
Фибриноген, мг/л	4,2±0,2	4,2±0,3	>0,05
МНО	1,8±0,1	1,82±0,11	>0,05
АЧТВ, с	36,8±0,3	36,4±0,2	>0,05
ПТИ	65,7±2,2	65,6±2,2	>0,05
ПТВ, с	36,4±0,7	36,5±0,8	>0,05

Полученные результаты показали, что у пациентов контрольной группы отмечается относительно высокое содержание липидов, что является одним из основных проявлений метаболического синдрома. Вместе с тем, снижение показателей МНО, АЧТВ, ПТВ, антитромбина III и увеличение ПТИ и фибриногена могут быть как следствием состоявшегося тромбоза с высвобождением большого количества тканевого тромбопластина, так и проявлением хронически существующей склонности системы гемостаза к тромбообразованию у пациентов с сочетанным метаболическим синдромом.

Повышение уровня фибриногена является отражением ишемического повреждения миокарда и может повышать риск сердечно-сосудистых осложнений вследствие неблагоприятного влияния на процессы реконвалесценции.

Заключение. Проведенные исследования показали, что инфаркт миокарда у больных с метаболическим синдромом протекает на фоне прогностически неблагоприятных показателей липидного обмена и более выраженной гиперкоагуляции, своевременная коррекция которых позволяет улучшить результаты лечения и уменьшить риск развития осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Simone G.D. et al. Prognostic impact of metabolic syndrome by different definitions in a population with high prevalence of obesity and diabetes // Diabetes Care. – 2007. – Vol. 30. – P. 1851-1856.

2. Takeno M. et al. Impact of metabolic syndrome on the long-term survival of patients with acute myocardial infarction // Circulation Journal. – 2008. – Vol. 72. – P. 415-419.

3. Levantesi G. et al. Metabolic syndrome and risk of cardiovascular events after myocardial infarction // Journal of the American College of Cardiology. – 2005. – Vol. 46. – P. 277-283.

4. Zarich S. et al. Prevalence of metabolic syndrome in young patients with acute MI: does the Framingham Risk Score underestimate cardiovascular risk in this population? // Diabetes and Vascular Disease Research. – 2006. – Vol. 3. – P. 103–106.

5. Ford E.S., Giles W.H., Dietz W.H. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey // JAMA. – 2002. – Vol. 287. – P. 356-359.

6. Chung E.H. et al. prevalence of metabolic syndrome in patients < 45 years of age with acute myocardial infarction having percutaneous coronary intervention // The American Journal of Cardiology. – 2007. – Vol. 5. – P. 1052-1055.

ТАБАРОВ А.Ю., ҒОИБОВА З.В., БЕКОВА Ш.Х.,
ФАЙЗАЛИЕВА Г.С., УРУНБОЕВА Д.С.

МУБОДИЛАИ ЧАРБҲО ВА ҲОЛАТИ ЛАХТАШАВИИ ХУН ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ САКТАИ ШАДИДИ МИОКАРД ВА СИНДРОМИ МЕТАБОЛИКӢ

Калимаҳои калидӣ: сактаи миокард, синдроми метаболикӣ, мубодилаи чарбҳо, ҳолати лахташавии хун.

Дар мақола натиҷаҳои таҳқиқоти мубодилаи чарбҳо ва ҳолати лахташавии хуни 28 бемори гирифтори сактаи шадиди миокард ва синдроми метаболӣ омӯхта шуд. Дар ин гурӯҳи беморон аз меъёр зиёд будани миқдори триглисеридҳо, липопротеидҳо ва индекси атерогенӣ муайян карда шуд. Муайян карда шуд, ки дар ин беморон вайроншавии вазнини хосиятҳои коагулятсионии хун ҷой дорад. Бартарафкунии саривақтии тағйиротҳои муайянгардида натиҷаҳои табобатро беҳтар намуда, ба кам шудани оризаҳо мусоидат менамоянд.

УДК 616-006; 616.31-006; 616.31-089.

[1]ХАБИБУЛАЕВ Ш.З., [1]САНГИНОВ Д.Р.,
[2]БАРОТОВ З.З., [2]МАХМУДОВА Н.М.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАНДОМИЗАЦИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РОЛИ И МЕСТА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА

[1]Кафедра онкологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино
[2]ГУ РОНЦ МЗ РТ, г. Душанбе

В статье обсуждаются проблемы, касающиеся достоверности проводимых в онкологии научных медицинских исследований. Впервые предложено внедрение методики рандомизации научных исследований и осуществления поэтапного контроля за полученными результатами хирургического лечения рака органов полости рта.

Ключевые слова: рандомизированное контролируемое исследование, рак полости рта, хирургическое лечение.

HABIBULAEV SH.Z., SANGINOV J.R.,
BAROTOV Z.Z., MAHMUDOVA N.M.

PRELIMINARY RESULTS OF RANDOMIZATION FOR THE DETERMINATION OF THE ROLE AND PLACE OF SURGICAL TREATMENT OF ORAL CAVITY CANCER

The article discusses the issues relating to authenticity of scientific and medical researches conducted in oncology. For the first time the technique of randomization of scientific researches and implementation of phased control over the results of surgical treatment of oral cavity cancer is proposed.

Key words: randomized control trials, oral cavity cancer, surgical treatment.

Актуальность. Подавляющее большинство медицинских исследований, проводимых в Таджикистане и странах СНГ, основаны на целенаправленном сборе клинического материала, его статистической обработке, оценке и применении достигнутых результатов. Основополагающим правилом в таких исследованиях является сопоставление новых результатов с уже имеющимися или ранее полученными данными путем простого сравнения относительных или абсолютных величин и определения степени достоверности результатов различными методиками.

В свете достижений статистических исследований оказалось, что достоверность результатов научных исследований, проведенных по данной методике, вызывает сомнение, а главную роль в этом играет субъективный фактор исследования, т.е. сам исследователь или пациент. Нередко полученные результаты лечения не отражают истинного положения дел и чаще всего соответствуют желанию врача или самого пациента улучшить их. Поэтому определить истинную роль и значимость какого-нибудь нового метода лечения или диагностики в комплексе существующих методов является проблемным [1, 2].

Наиболее точным и достоверным на сегодняшний день является рандомизированное, или слепое, исследование, которое полностью исключает внешние субъективные факторы влияния на его результаты. Такое исследование является более доказательным и информативным, чем те клинические изыскания, в которых присутствует предвзятость и отсутствуют элементы слепого и случайного подхода к решению заданной про-

Хабибулаев Ш.З. – д.м.н., доцент кафедры онкологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино; 734033 Душанбе, ул. Дехоти – 10; e-mail: sharhab@mail.ru тел. 900899950

блемы [3, 4]. В настоящее время ни одно научное исследование в западной медицине, не имеющее базисом рандомизацию, не учитывается при определении приоритета того или иного метода лечения, а предпочтение в этом вопросе отдается только т.н. «доказательной медицине» [4, 5].

«Доказательная медицина» – это способ (метод) медицинской практики, когда врач применяет для лечения или обследования пациентов только те методы, полезность и действенность которых доказана рандомизированным контролируемым исследованием. Из этого непосредственно и вытекает создание стандартов диагностики и лечения определенной патологии, изменить которые в состоянии только новые рандомизированные исследования, проведенные с учетом появления более новых фактов и методов лечения больных [3, 6, 7].

Использование готовых протоколов и стандартов лечения, созданных в других государствах, даже с похожим государственным строем и уровнем жизни населения неприменимо, так как в них редко учитываются традиционные особенности развития и течения заболевания, отношение пациентов к определенным видам терапии, различные уровни обеспечения хирургическим инструментарием, аппаратурой и т.д. Стандарты диагностики и лечения в независимом государстве должны разрабатываться самостоятельно на основании проведения независимых рандомизированных исследований.

Приоритетные направления диагностики и лечения наиболее распространенных патологий, основанные на выводах рандомизированных контролируемых исследований, принимаются во все солидные медицинские издания, на них ссылаются ведущие специалисты всего мира, вызывают всеобщий интерес медицинской общественности и являются предпосылками для финансирования дальнейших научных изысканий в этой области или смежных медицинских направлениях. Протоколы или стандарты лечения, основанные на «доказательной медицине», более достоверны в статистическом и прогностическом плане и беспрепятственно могут использоваться при планировании и проведении традиционных или новейших видов терапии [2, 4].

Для проведения контролируемых рандомизированных исследований необходимо наличие специальных компьютерных программ, которые осуществляют случайный выбор необходимого действия индивидуально для каждого пациента или группы больных. Такие программы не всегда имеются в наличии. Существует самый распространенный и наиболее простой метод рандомизации, когда описание различных, приемлемых для данной патологии вариантов диагностических или лечебных действий, помещают в плотно закрытые конверты, которые вытягиваются из общей массы конвертов и вскрываются незаинтересованными посторонними лицами. Содержимое конверта представляет собой описание действия, которое необходимо выполнить у этого пациента. Исследуемые группы должны быть равноценны по прогностическим признакам (пол, возраст, диагноз, степень распространенности опухоли, регионарные метастазы). При выборе наиболее эффективной схемы лечения необходимо определить самый значимый в прогностическом плане фактор (например, стадия процесса), осуществить отбор и распределение пациентов, заготовить необходимое количество конвертов с готовыми схемами терапии данной стадии заболевания и начинать I фазу исследования.

Традиционная советская схема комбинированного и комплексного лечения рака слизистой оболочки полости рта начиналась с проведения консервативных видов терапии рака (лучевая и химиолучевая терапия), тогда как хирургическое лечение выполнялось на завершающем этапе. Американская и Европейская школы онкологии предусматривают выполнение хирургической операции на первом этапе лечения с послеоперационным лучевым или химиолучевым воздействием. Результаты лечения рака органов полости рта с операцией на первом этапе оказываются значительно лучше, чем результаты в другой группе. Это обусловлено несколькими причинами. Во-первых, иссечение первичного очага и регионарных метастазов выполняется более радикально из-за четкого определения границ опухоли и отсутствия их завуалированности постлучевой реакцией. Помимо этого, видимое уменьшение размеров новообразования под действием консервативной терапии не всегда является истинным, так как в толще тканей часто остаются жизнеспособные опухолевые комплексы, которые могут явиться причиной развития рецидивов. Во-вторых, послеоперационное заживление тканей в полости рта без предварительного их облучения проходит намного лучше и быстрее, чем в тканях, подвергшихся воздействию лучевой терапии, в которых резко угнетены процессы регенерации. В-третьих, угнетение жизненно важных функций полости рта, таких как глотание, жевание и речь требует скорейшего восстановления посредством реконструкции в полости рта, что также возможно осуществить на первом, хирургическом этапе лечения.

Цель исследования. Предварительная оценка результатов рандомизированного исследования по определению очередности выполнения операции в плане комбинированного и комплексного лечения рака органов полости рта.

Материал и методы исследования. В Республиканском онкологическом научном центре МЗ СЗН РТ с 2010 года начато рандомизирован-

ное исследование по определению очередности хирургического метода лечения рака органов полости рта в структуре комбинированной и комплексной терапии.

Для стратификационной рандомизации нами создана стопка конвертов, содержащих листки бумаги с описанием необходимой очередности лечебного действия, определяемого посредством случайного слепого отбора. В результате проводимой рандомизации все больные разделились на две группы, равноценные по различным прогностическим признакам плоскоклеточного рака органов полости рта ($T_{2-4}N_{0-3}M_0$), но отличающиеся друг от друга только очередностью выполнения хирургического этапа в плане комбинированного или комплексного лечения. В первой группе операция выполнялась на первом этапе комплексной терапии, а во второй – после проведения консервативной противоопухолевой терапии.

При поступлении в стационар пациента с первичным раком органов полости рта осуществляется вскрытие одного из конвертов независимым и незаинтересованным лицом, которое и зачитывает рекомендуемую схему лечения. Сам конверт и содержащийся в ней листок бумаги хранится в истории болезни пациента. В случае отказа больного от предложенного лечения данный случай изымался из контролируемого исследования и не подвергался анализу. Вскрытие конвертов каждый раз выполняется новыми лицами (врачами других отделений, медицинскими сёстрами, санитарками, т.е. незаинтересованными людьми). Такая методика, на наш взгляд, обеспечивает абсолютную независимость и случайный характер выбора тактики лечения. Процедура рандомизации в каждом конкретном клиническом исследовании заранее закреплялась протоколом и неукоснительно выполнялась, а все отклонения от нее будут включены в отчет об исследовании, как факторы, влияющие на окончательные выводы. В настоящее время в группы уже набрано по 50 пациентов, что дает возможность получить предварительные результаты и сделать определенные выводы относительно эффективности хирургического лечения.

Учитывая, что лекарственное лечение не влияет на заживление послеоперационной раны, в группу пациентов с операцией на первом этапе введена подгруппа неоадъювантной химиотерапии (стандартная схема: Цисплатин + Фторурацил). При отсутствии эффекта от химиотерапии пациентам производилась операция. В случае эффективности химиотерапии курс лечения повторялся. За пациентами осуществлялось динамическое наблюдение и проводился анализ данных медицинской документации в виде историй болезней, амбулаторных карт и контрольных карт диспансерного наблюдения. Качество жизни оперированных больных определялось посредством заполнения ими стандартных вопросников EORTC при поступлении в стационар на специальное лечение и перед выпиской.

Таким образом, данный этап рандомизированного исследования продолжается до полного заполнения групп больных, после чего будет произведен анализ полученного материала, его статистическая обработка и формулировка окончательных выводов.

Результаты и их обсуждение. Предварительная оценка полученных данных показала достоверное улучшение непосредственных результатов хирургического лечения рака слизистой оболочки полости рта в I группе больных. К такому выводу мы пришли в связи с ощутимым уменьшением количества гнойно-некротических осложнений в I группе (11%) против 28% осложнений во II группе пациентов. Сравнительная оценка качества жизни оперированных пациентов на основании анализа вопросников ЭОРТС показала значительное превалирование положительных функциональных и косметических результатов у пациентов 1 группы над пациентами 2 группы. Учитывая влияние качества жизни на общую выживаемость онкологических больных, можно прогнозировать увеличение продолжительности жизни оперированных пациентов 1 группы, по сравнению с пациентами 2 группы. Проведение данного рандомизированного исследования позволит Таджикской онкологии выйти на новый этап статистических изысканий и разработать достоверные и самобытные стандарты лечения больных раком органов полости рта. Полученные результаты будут соответствовать всем международным стандартам и требованиям, предъявляемым к такого рода исследованиям, и позволят перейти к разработке стандартов лечения онкологической патологии других локализаций.

Выводы

1. На современном этапе развития онкологии новые методы или схемы лечения злокачественных опухолей должны быть основаны на данных доказательной медицины.

2. Предварительный анализ результатов проведенного исследования показал эффективность хирургического вмешательства, произведенного на первом этапе комбинированного или комплексного лечения рака слизистой оболочки полости рта, снизив количество послеоперационных гнойно-некротических осложнений и улучшив качество жизни больных 1 группы исследования.

3. Получение на данном этапе результаты собственных рандомизированных исследований соответствует литературным данным о их достоверности в прогностическом плане и могут служить в будущем основой для разработки национальных протоколов и стандартов.

4. Достоверные выводы относительно места и времени выполнения операции в плане комбинированной и комплексной терапии будут сделаны после окончания рандомизированного исследования, заполнения групп и углубленного анализа полученных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жуков Н.В. Как организовать собственные исследования и не запутаться в интерпретации чужих: исследование III фазы (часть 3) // Вместе против рака. - 2007. - №3-4. - С. 34

2. Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И. Прикладная медицинская статистика (учебное пособие). - СПб.: Фолиант, 2006.- 432 с.

3. Жуков Н.В. Фундаментальные и клинические исследования в онкологии. Существуют ли предпосылки для прорыва // Онкогематология.- 2014.- №- 4.- С. 53-64.

4. CONSORT Group. Improving the quality of reporting of rundomised controlled trials: the CONSORT statement // JAMA. – 1996. – V. 276. – P. 637-639.

5. Жуков Н.В. Как организовать собственные исследования и не запутаться в интерпретации чужих (часть 1) // Вместе против рака. - 2006. - №2. - С. 6-12.

6. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В. Что и как мы оцениваем в клинических исследованиях (часть 2) // Вместе против рака. - 2006. - №1-2. - С. 16-26.

7. Жуков Н.В. Как организовать собственные исследования и не запутаться в интерпретации чужих (часть 2) // Вместе против рака. - 2007. - №1-2. - С. 28-32.

ҲАБИБУЛАЕВ Ш.З., САНГИНОВ Д.Р.,
БАРОТОВ З.З., МАҲМУДОВА Н.М.

НАТИҶАҲОИ ПЕШАКИИ ИСТИФОДАИ РАНДОМИЗАТСИЯ БАРОИ МУАЙЯН НАМУДАНИ НАҚШ ВА МАВҚЕИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ САРАТОНИ УЗВҲОИ КОВОКИИ ДАҲОН

Кафедраи саратоншиносии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино
МД МҶИС ВТ ва ҲИА ҶТ ш. Душанбе

Калимаҳои калидӣ: тадқиқоти рандомизатсиони санҷишӣ, саратони ковокии даҳон, табобати ҷарроҳӣ.

Дар мақола масъалаҳое, ки ба эътимоднокии тадқиқотҳои илмии саратоншиносӣ алоқаманданд мавриди баррасӣ қарор гирифтаанд. Бори аввал ворид намудани усули рандомизатсияи тадқиқотҳои илмӣ ва дар амал татбиқ намудани санҷиши давравӣ нисбати натиҷаҳои бадастомадаи табобати ҷарроҳии саратони узвҳои ковокии даҳон пешниҳод гардид.

УДК 616.1/4;616-002.77;612.67

ХАМРОЕВА З.Д., ШУКУРОВА С.М., АХУНОВА Н.Т.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИНОВИТАХ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

В статье приведены результаты сравнения эффективности применения лорноксикама у пациентов пожилого возраста, больных остеоартрозом (ОА), который осложнен синовитом, за период 2014-2015 гг. Изучена динамика суставного синдрома на протяжении 120 дней от начала терапии.

Из общего количества больных женщин - 85,7% (n=30), мужчин – 14,3% (n=5). Для достижения целей исследования пациенты разделены на две группы: пациентам основной группы (n-19) после эвакуации жидкости в воспаленный сустав был введен нестероидный противовоспалительный препарат Лорноксикам (8 мг). Больным группы сравнения (n-16) был введен стандартный кортикостероид Бетаметазон (5 мг).

Установлено, что среди множества терапевтических подходов ОА у лиц пожилого возраста, локальная терапия Лорноксикамом ввиду его лучшей переносимости оправдана и положительно влияет на динамику суставного синдрома. Так, в группе лиц, получавших внутрисуставные инъекции Лорноксикама, уровень боли по ВАШ снизился до оптимального уровня 40 мм на 10 день от начала терапии и сохранил полученные значения вплоть до 4-х месяцев. Отмечено, что замещение глюкокортикостероидной терапии ОА Лорноксикамом обеспечивает существенное уменьшение выраженности локального болевого синдрома без риска развития побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы и органов желудочно-кишечного тракта, по сравнению с Бетаметазоном.

Ключевые слова: остеоартроз, синовит, пожилой возраст, локальная терапия.

HAMROEVA Z.D., SHUKUROVA S.M., AKHUNOVA N.T.

ESTIMATION OF EFFECTIVENESS AND SAFETY OF LOCAL THERAPY ELDERLY PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS COMPLICATED WITH SYNOVITIS

The article presents results of the comparison of efficiency from the usage of Lornoxicam in elderly patients with osteoarthritis complicated with synovitis during the years 2014-2015. The joint syndrome dynamics during 120 days from the beginning of the therapy is shown.

From the total amount female were – 85,7% (n=30), male – 14,3% (n=5). Patients have been divided into two groups: in the main group (n-19) after inflammatory liquid extraction non-steroid anti-inflammatory drug Lornoxicam (8mg) was intraarticular injected. For the patients of the second - comparative group (n-16) intra-articular Betamethasone injections were prescribed.

As a result the usage of Lornoxicam was justified for elderly osteoarthritis patients, as this local therapy view better tolerability among many therapeutic approaches, and showed positive impact on the dynamics of the articular syndrome. In Thus, in the group treated with intra-articular injection of lornoxicam level of pain on the VAS decreased to the optimum level of 40 mm on the 10th day from the start of therapy and preserved the values obtained up to 4 months. It is noted that the substitution of corticosteroid therapy by Lornoxicam in osteoarthritic patients provides a significant decrease in the severity of local pain syndrome without the risk of side effects from cardiovascular system and gastrointestinal tract compared to betamethasone.

Key words: osteoarthritis, synovitis, elderly age, local therapy.

Актуальность. На настоящий момент остеоартроз рассматривается как «гетерогенная группа заболеваний суставов, при которой различные этиологические причины приводят к схожим изменениям биологических, морфологических и клинических показателей с поражением хряща, субхондральной кости, синовиальной оболочки, внутрисуставных связок, суставной капсулы и периартикулярных мышц» [1].

Остеоартроз относят к заболеваниям с высоким уровнем коморбидности, причем установлено, что у пациентов с ОА значительно более высокий риск развития коморбидных состояний [2], чем у пациентов без ОА. Данные многочисленных исследований свидетельствуют о том, что ОА у старших возрастных групп часто сочетается с другими социально-значимыми заболеваниями внутренних органов, такими как остеопороз, кардиоваскулярные заболевания [3, 4], ожирение [5], сахарный диабет, гастропатии [6] и др.

Боль и отек суставов являются одной из наиболее распространенных жалоб больных ОА. Современные методы лечения ОА направлены, главным образом, на уменьшение боли и улучшение функции сустава с использованием симптом–модифицирующих средств [7]. В первую очередь, это локальные анальгетики, гормональные и нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), которые направлены на быстрое уменьшение боли, припухлости и скованности [8]. Известно, что распространенность хронической боли увеличивается с возрастом, также как и количество сопутствующих заболеваний. В обзоре многочисленных исследований по эпидемиологии и коморбидности ОА доказано влияние возраста и ожирения на тяжесть течения ОА и варусную девиацию коленных суставов с наличием коморбидных состояний [9, 10, 11].

Стандартная терапия синовитов при ОА предполагает внутрисуставное введение гюкокортикостероидов (ГКС) в полость воспаленного сустава после экстракции жидкости, однако, применение гормонов у лиц пожилого возраста с мультиморбидностью имеет ряд ограничений. Данное обстоятельство заставляло задуматься о дополнительных терапевтических подходах, в связи с чем и было принято решение заменить внутрисуставное введение ГКС на использование высокоселективного НПВС (Лорноксикам) при лечении ОА, осложненного синовитом, у лиц пожилого возраста.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность внутрисуставного введения Лорноксикама при синовитах у больных пожилого возраста.

Шукурова С.М. – член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор; тел.: e-mail:

Материал и методы исследования. В исследование были включены 35 больных пожилого возраста с остеоартрозом, осложненным синовитом, поступившие на стационарное лечение в кардиоревматологическое отделение Городской клинической больницы №5 им. К.Т. Таджиева. Диагноз остеоартроза верифицировался согласно диагностическим требованиям, рекомендованным Ассоциацией Ревматологов России с учетом критериев R.D. Altmanna (1995 г.) и формулировался согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), подготовленной ВОЗ (Женева, 1992г.). Критерием включения служило наличие синовита у больных с верифицированным диагнозом ОА. Критерием исключения являлись пациенты с наличием тяжелых форм сопутствующих заболеваний, с высоким риском смертности в течение года.

Больные (n=35) с верифицированным диагнозом остеоартроза проходили комплексное клинико-лабораторное и инструментальное исследование в условиях стационара. Динамику суставного синдрома оценивали по функциональному индексу Лекена в баллах, 100 мм визуально-аналоговой шкале боли, изменениям диаметра окружности сустава, динамике УЗИ суставов.

Пациенты с синовитом были распределены на две равные группы, разделенные путем рандомизирования. Основную группу составили пациенты старше 60 лет (n=19), в группу контроля вошли лица моложе указанного возраста (n=16). Пациентам контрольной группы после пункции сустава внутрисуставно вводился ГКС (бетаметазона натриевая соль 5 мг/мл), в основной же группе использовался НПВС (Лорноксикам 8 мг разведенный в 0,5% р-ре новокаина 5 мл).

Перед применением внутрисуставного введения препаратов тщательно собирался анамнез болезни, проводились диагностические манипуляции (R-графия и УЗИ суставов), дальнейшие действия разъяснялись больному и после получения согласия приступали непосредственно к самому процессу пункции сустава. Препарат для введения подготавливался, далее в асептических условиях тщательно обрабатывая кожу антисептическим 94% раствором спирта, на расстоянии 10-20 см от места инъекции производили пункцию сустава, вводили основное количество препарата. После внутрисуставного введения препарата накладывали асептическую повязку и создавали покой. Внутрисуставные инъекции проводились по следующей схеме:

Бетаметазона натриевая соль 5 мг/1мл в/с однократно.

Лорноксикам 8 мг, разведенный в 0,5% р-ре новокаина в/с №3 через каждые три дня, через

месяц ещё 1 инъекция, и последняя инъекция – через 2 месяца. Итого 5 инъекций на курс терапии.

Полученные результаты проходили статистическую обработку с помощью пакета прикладных программ "STATISTICA 6.0" (Stat Soft Inc. США). Абсолютные значения представлены в виде средних величин (M) и их ошибок (±m). Парные сравнения абсолютных величин проводились по U-критерию Манна-Уитни, сравнение нескольких зависимых выборок – ANOVA по Фридману. Кумулятивные соотношения эффективности лечения основной и контрольной групп сравнивали по методу Каплан-Мейера и Cox's F-критерию. Нулевая гипотеза отвергалась при p<0,05.

Результаты и их обсуждение. Из 35 пациентов, поступивших с признаками синовита, где показано применение ГКС, 13 имели повышенное артериальное давление на момент обследования, из них у 3 наблюдалась рефрактерная артериальная гипертензия, 6 имели в анамнезе язвенноэрозивные поражений ЖКТ, а также 2 страдали стенокардией напряжения. Данное обстоятельство заставляло задуматься о дополнительных терапевтических подходах, в связи с чем и было принято решение заменить внутрисуставное введение ГКС на использование высокоселективного НПВС (Лорноксикам) у данной группе пациентов.

По результатам рентгенографического исследования суставов, среди исследуемых больных преобладали лица с I и II рентгенологическими стадиями (87,7%), аналогичная картина наблюдается и при анализе степени нарушения функций суставов: I-II степени – у 63,3% больных. По результатам УЗИ коленного сустава, синовиальная жидкость (от 7 до 50 мл) выявлена у всех пациентов, что подтверждено пункцией. Утолщение синовиальной оболочки до 4-6 мм отмечалось в 20 случаях. У оставшихся 15 пациентов изменения толщины синовиальной оболочки не отмечено. Более детальная демографическая и клинико-инструментальная характеристика сравниваемых групп наглядно представлена ниже (табл. 1).

Таблица 1

Клинико-инструментальная характеристика групп больных ОА к началу исследования (M±m)

Показатель	**Основная группа n=19**	**Группа контроля n=16**	**P**
Средний возраст	64,2±1,3	60,1±0,8	<0,01
Женщин (n)	17 (89,5%)	13 (81,2%)	>0,05*
Мужчин (n)	2 (10,5%)	3 (18,8%)	>0,05*
ИМТ	31,3±0,5	29,2±1,2	<0,05
САД (мм рт.ст.)	136,1±2,5	130,9±1,5	>0,05
ДАД (мм рт.ст.)	90,0±2,1	90,0±1,3	>0,05
ЧСС (уд. в мин.)	72,8±2,5	68,2±2,2	>0,05
Сила боли по ВАШ (мм)	80,2±2,6	78,4±2,8	>0,05
Индекс Лекена (баллы)	14,7 ±1,0	13,9 ±0,9	>0,05
Окружность сустава у верхнего края надколенника (см)	45,0±0,8	45,2±0,7	>0,05

Примечание: P – статистическая значимость различия показателей между основной и контрольной группами (по U-критерию Манна-Уитни; * – по точному критерию Фишера)

Как видно из данных таблицы, сравниваемые группы достоверно отличались лишь по возрасту (P<0,01) и ИМТ (P<0,05), других различий в группах сравнения до начала терапии нет, т.е. группы статистически сопоставимы.

В каждой группе больных изучались показатели артериального давления, пульса, диаметр сустава, изменения уровня боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), изменения индекса Лекена после первой инъекции, третьей и пятой, т.е. в первый день, на 7 день, через месяц и через три месяца. Таким образом, больные обеих групп оставались под наблюдением 120 дней от начала терапии.

Ниже приведена динамика результатов основной группы в дни проведения манипуляций (первый, четвертый, седьмой), а также через месяц и три месяца со дня госпитализации. Для сравнения приведены и данные исходных значений (табл. 2)

Таблица 2

Динамика суставного синдрома у пациентов с ОА, осложненным синовитом (n-19), при в/с введении Лорноксикама (M±m)

Признак	Показатели (средние значения)						
	исходные значения (n=19)	**1 день (n=19)**	**4 день (n=19)**	**7 день (n=19)**	**через месяц (n=13)**	**На 4 месяце (n=8**	**P**
САД (мм рт.ст.)	136,1±2,5	145,5±2,1	135,0±1,9	133,2±1,7	130,3±2,0	131,9±2,1	<0,001
ДАД (мм рт.ст.)	90,0±2,1	95,3±1,6	90,3±1,5	89,0±1,3	82,3±1,2	86,2±1,8	<0,001
ЧСС (уд. в мин.)	72,8±2,5	77,2±1,8	72,4±2,1	73,0±2,2	72,9±2,4	74,0±4,1	<0,01
Сила боли по ВАШ (мм)	80,2±2,6	82,3±1,8	63,8±2,3	57,1±1,7	48,1±1,4	32,5±2,1	<0,001
Индекс Лекена (баллы)	14,7±0,9	13,8¬±0,8	11,9±0,7	10,5±0,4	10,5±0,5	9,0±0,6	<0,001
Окружность сустава у верхнего края надколенника	45,0±0,8	44,2±0,6	43,5±0,5	42,0±0,5	39,9±0,5	39,2±0,3	<0,001

Примечание: P – статистическая значимость различий показателей у пациентов по всем срокам наблюдения (ANOVA Фридмана)

После предварительной эвакуации синовиальной жидкости и 1-й инъекции ксефокама (8 мг) в воспаленный сустав 5 (26,3%) пациентов отметили значительное снижение боли и легкость в движении сустава (P<0,05). После второй инъекции купирование боли в покое и снижение болевой симптоматики при ходьбе отметили 9 пациентов (47,37%). После третьей внутрисуставной инъекции Лорноксикама все больные отметили полное исчезновение болей и улучшение функции сустава при ходьбе и в покое (P<0,001). Для закрепления полученного эффекта больным при выписке было рекомендовано прийти на повторную консультацию и инъекцию через месяц. Через месяц после начала интервенции вернулись 13 (68,4%) больных этой группы, желающих получить очередные внутрисуставные инъекции, остальные 6 (31,6%) больных отказались от продолжения курса лечения, апеллируя это значительным улучшением состояния сустава. Последняя инъекция была проведена через три месяца лишь 3 пациентам (15,8%), так как остальные отметили полное благополучие сустава.

Результаты сопоставлялись с таковыми в группе сравнения (n-16), где после пункции в полость сустава вводился 0,5–1,0 мл бетаметазона, однократно ввиду известных ограничений в использовании ГКС. Значимые показатели, полученные в ходе анализа, показаны ниже (табл. 3).

Таблица 3

Динамика суставного синдрома у пациентов ОА контрольной группы (n-16) при в/с введении 5 мг бетаметазона

Признак	Показатели (средние значения)					
	исходные значения (n=16)	**1 день (n=16)**	**7 день (n=16)**	**через месяц (n=15)**	**на 4 месяце (n=10)**	**P**
САД (мм рт.ст.)	130,±1,5	142,8±2,0	134,4±1,8	130,3±1,7	133,0±1,9	<0,001
ДАД (мм рт.ст.)	90,0±1,3	85,0±1,2	90,0±1,3	82,0±1,1	87,0±1,5	<0,01
ЧСС (уд. в мин.)	68,2±2,2	74,6±2,4	75,0±2,3	71,5±2,3	74,0±3,3	<0,05
Сила боли по ВАШ (мм)	78,4±2,8	75,0±2,2	42,5±2,0	39,3±1,3	43,0±1,9	<0,001
Индекс Лекена (баллы)	13,9±0,9	13,9±1,0	10,5±0,5	10,3±0,4	9,4±0,6	<0,01
Окружность сустава у верхнего края надколенника	45,2±0,7	45,3±0,8	42,3±0,5	40,1±0,4	39,1±1,3	<0,001

Примечание: P – статистическая значимость различий показателей у пациентов по всем срокам наблюдения (ANOVA Фридмана)

По результатам сравнения данных двух таблиц можно судить о высокой эффективности обеих методик, так как снижение уровня боли по ВАШ до уровня <40 мм считается значимым. Динамика суставного синдрома при терапии Бетаметазоном, по сравнению с внутрисуставным введением Лорноксикама, наглядно отражена на рисунке 1.

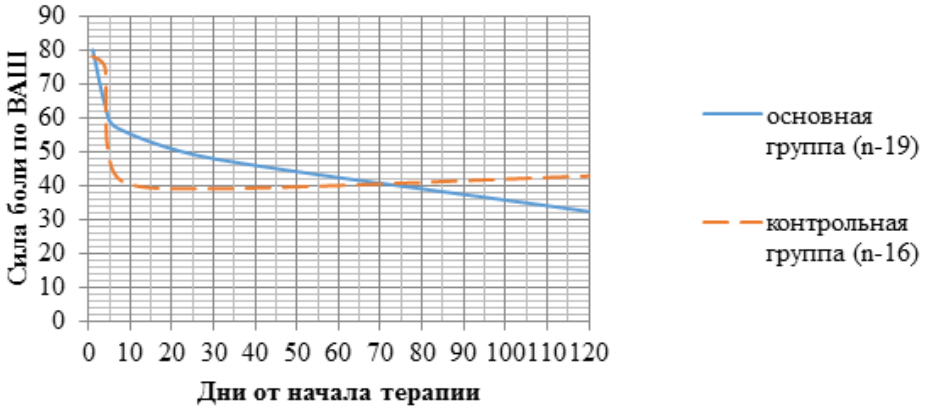


Рис. 1. Сравнение эффективности внутрисуставного введения лорноксикама и бетаметазона по показателям ВАШ боли

Как видно из рисунка 1, внутрисуставное введение Бетаметазона дает разительный результат уже с первого дня, что подтверждается снижением уровня боли по ВАШ на 2/3 от исходного значения. Однако, стоит помнить, что в этой группе было отмечено повышение уровня АД почти на 20 единиц, которое сохранялось в течение первых трех суток, тогда как эффективность Лорноксикама, незначительно уступая Бетаметазону, сохраняет достигнутый минимум дольше и слабо влияет на уровень АД даже у лиц с АГ.

Для оценки частоты развития нежелательных эффектов нами была использована методика подсчета кумулятивных соотношений эффективности лечения основной и контрольной групп, которые сравнивали по методу Каплан-Мейера и Cox's F – критерию (рис. 2).

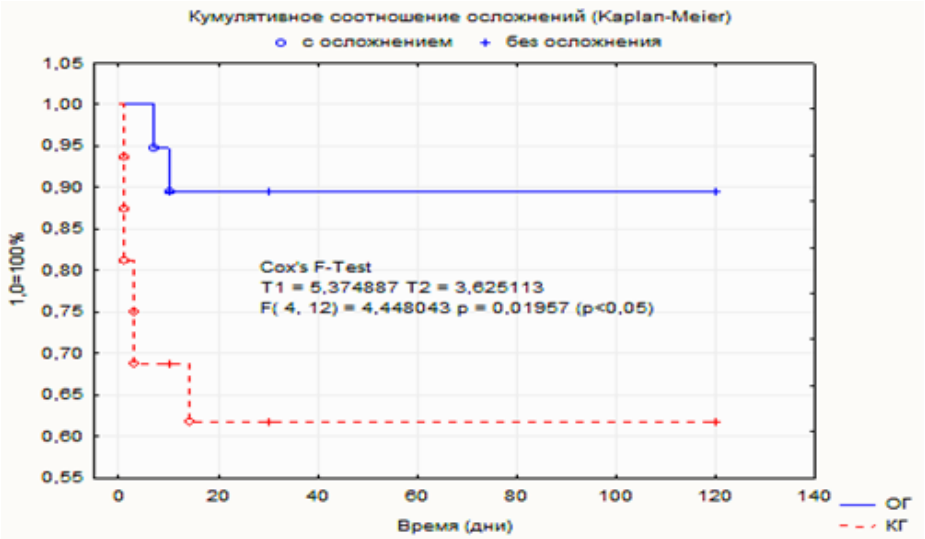


Рис. 2. Кумулятивное соотношение осложнений в группах

Как видно из рисунка 2, безопасность внутрисуставного применения НПВС (Лорноксикам) у лиц пожилого возраста достоверно выше (P<0,05), по сравнению с контрольной группой, где применялся ГКС (Бетаметазон). Так, в группе в процессе лечения у 2 (10,5%) пациентов основной группы и у 6 (37,5%) больных группы сравнения были отмечены побочные эффекты от применения препаратов. Так, в основной группе при применении Лорноксикама у одного больного повторно развился синовит, а у другого больного обострилась НПВП-гастропатия. Тогда как в группе сравнения у 2 (12,5%) больных были отмечены признаки язвенно-эрозивного поражения ЖКТ, у 3 (18,7%) пациентов АД достигло значений свыше 170/110 мм рт.ст. и у одного

больного был отмечен приступ стенокардии, что потребовало дополнительных медикаментозных интервенций.

Ведение больных с ОА имеют ряд ограничений, связанных с развитием заболевания у лиц пожилого возраста, где наблюдается наслоение коморбидного фона, причем установлено, что частота симптоматического ОА нарастает с каждым годом жизни [11]. В связи с этим нами проведен анализ международных алгоритмов лечения. Выявлено, что в последние годы разработано много рекомендаций по ведению больных ОА: такие рекомендации предложены Европейской антиревматической лигой (EULAR), Американской коллегией ревматологов (ACR), Международным научным обществом по изучению остеоартроза (OARSI). Наибольший интерес представляют рекомендации Европейского общества по клиническим и экономическим аспектам остеопороза и остеоартроза (ESCEO), разработанные на основе анализа предложений различных экспертных групп для создания консенсуса по ведению больных ОА [12]. Данный алгоритм лечения наравне с учетом степени тяжести болезни подчеркивает тактику при определении сопутствующей патологии ЖКТ и ССС, однако у лиц старших возрастов, как ранее говорилось, отмечается высокий процент коморбидности ОА как с КВЗ так и с нарушениями функций ЖКТ. Согласно всем этим алгоритмам, в случаях сохранения боли и развития признаков синовита рекомендуется внутрисуставное введение глюкокортикостероидов, применение которых связано с высоким риском развития системных побочных эффектов у лиц пожилого возраста с мультиморбидностью.

Альтернативой ГКС могли бы выступить и высокоэффективные НПВС последнего поколения. Например, на настоящий момент имеется ряд данных, позволяющих говорить о высокой эффективности безопасности и переносимости лорноксикама, исследованного в метаанализе 50 рандомизированных клинических исследований, где изучалось применение препарата для купирования боли при ревматических заболеваниях [13]. Данные статистического анализа показали, что у пациентов, получавших лорноксикам, риск возникновения любого побочного эффекта был достоверно ниже, чем у пациентов из группы сравнения ($p<0,01$), при регрессии уровня боли по ВАШ. У пациентов, получавших лорноксикам, риск развития побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы и ЖКТ был достоверно ниже, по сравнению всех активных препаратов в группе сравнения ($p<0,01$). Возникновения побочных эффектов (сердечно-сосудистых, почечных, гастроинтестинальных) при использовании лорноксикама не было выявлено, в отличие от других НПВП. [14].

В нашем исследовании при сравнительной оценке эффективности Лорноксикама (НПВС), по сравнению с Бетаметазоном (ГКС), было установлено, что внутрисуставное введение Лорноксикама оправдано ввиду его меньшей токсичности и системных побочных эффектов ($p<0,01$). Так, при использовании Лорноксикама АД пациентов повышалось всего на 0,5 показателей (от 130/80 мм рт.ст. до 135/85 мм рт.ст.), тогда как при применении Бетаметазона этот показатель возрастал на 1,5 показателя (от 120/80 ммрт.ст. до 140/95 мм рт.ст.). Анальгетическая же активность, как и противовоспалительная, хотя и достигалась позже, однако сохраняла достигнутый результат гораздо дольше.

Заключение. Среди множества терапевтических подходов ОА у лиц пожилого и старческого возрастов локальная терапия Лорноксикамом ввиду его лучшей переносимости, высокой безопасности и сопоставимой анальгетической эффективности оправдана и положительно влияет на динамику суставного синдрома. Таким образом, при показаниях проведения пункции суставов у лиц с мультиморбидностью стоит обратить внимание на возможное внутрисуставное введение Лорноксикама, как альтернативную терапию стандартных ГКС. Замещение глюкокортикостероидной терапии ОА Лорноксикамом обеспечивает существенное уменьшение выраженности локального болевого синдрома без существенного риска развития побочных эффектов со стороны ССС и органов ЖКТ.

Прозрачность исследования

Законодательной базой проведения исследования явились: выписка из протокола заседания комитета по медицинской этике Республики Таджикистан № 4 от 22 ноября 2012 года, удостоверение на рационализаторское предложение (Внутрисуставной способ введения Лорноксикама у больных остеоартрозом с реактивным синовитом) №3339/R554 от 14.01.2013 года.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф., Алексеева Л.И. Остеоартроз в амбулаторной практик // Современная ревматология. – 2012.- № 4.- С. 66 -70

2. Шукурова С.М., Каримова Г.Н., Хамроева З.Д., Ахунова М.Ф. Факторы кардиометаболического риска у больных с остеоартрозом. // Вестник Авиценны.- Душанбе.- 2014.- № 2 (59).- С.88-92

3. Пасиешвили Л.М., Бобро Л.Н. Остеоартроз и остеопороз: механизмы реализации и способы диагностики // КТЖ. - 2009. - №1. - С. 30-33

4. Van der Linde D et al. Aggressive Cardiovascular Phenotype of Aneurysms-Osteoarthritis Syndrome Caused by Pathogenic SMAD3 Variants // Jю Am Coll Cardiol. 2012 May 12 PMID: 22638990 [PubMed – in process]

5. Денисов Л.Н., Насонова В.А. Ожирение и остеоартроз // Научно-практическая ревматология.- 2010. – №3. – С. 48-51

6. Шукурова С.М., Холова З.У. Диагностика и терапия НПВП – гастропатии при ревматических заболеваниях.- Душанбе, 2011. – 95 с.

7. Васильева Л.В., Лахин Д.И. Остеоартроз и метаболический синдром – современное видение проблемы // Вестник новых медицинских технологий – 2012. – Т. XIX, № 4 – С. 40-43.

8. Кошева Е.Г. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов у лиц пожилого и старческого возраста: необходимость и последствия // Клиническая геронтология. – 2010. - Т.16, №3-4. - С. 45-49.

9. Беловол А.Н., Князькова И.И. Хроническая боль в гериатрии //Современные препараты и технологии.- 2011.- №. 7 (83).

10. Шукурова С.М., Хамроева З.Д., Почоджанова Ш., Шодиев Б.Р. Особенности клинического течения остеоартроза у лиц пожилого и старческого возраста // Вестник Авиценны.- Душанбе.- 2015.- №4 (65).- С. 57-64

11. Горшунова Н.К. и др. Хрупкость, как фактор развития ограничений жизнедеятельности лиц старческого возраста с полиморбидностью // Семейный врач.- 2011.- Т. 15, № 4.- С. 55-56

12. Bruyere O. et al. An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally: A report from a task force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) // Semin Arthritis Rheum.- 2014.- Vol. 44 (3).- P. 253-263

13. Radhofer-Welte S., Dittrich P., Simin M., Branebjerg P.E. Comparative bioavailability of lornoxicam as single doses of quick-release tablet, standard tablet and intramuscular injection: a randomized, open-label, crossover phase I study in healthy volunteers // Clin Drug Investig.- 2008.- Vol. 28 (6).- P. 51–345.

14. Pleiner J. et.al. Safety of lornoxicam: an interim meta-analysis of comparative clinical trials // Eur J Pain .- 2009.- Vol. 13 (Suppl. 1).- P. 191

ҲАМРОЕВА З.Д., ШУКУРОВА С.М., АХУНОВА Н.Т.

БАҲОДИҲИИ САМАРАНОКӢ ВА БЕХАТАРИИ ТАБОБАТИ МАВЗЕИИ СИНОВИТҲО ДАР ГУРУҲИ БЕМОРОНИ КАЛОНСОЛ БО ОСТЕОАРТРОЗ

Кафедра беморихои дарунӣ ва кардиоревматологияи ДТИБКСТ

Калимаҳои калидӣ: остеоартроз, синовит, пиронсолӣ, табобати маконӣ.

Дар мақола натиҷаҳои муқоисавии таъсирбахши лорноксикам дар беморони гирифтори остеоартроз бо синовит оварда шудааст. Таҳлили синдроми бугумӣ дар муддати 120 рӯз омӯхта шудааст.

Ҳамагӣ 35 бемор, аз онҳо занҳо 30 нафар (85,7%) ва мардҳо 5 нафар (14,3%). Барои расидан ба мақсад, ҳамаи беморон ба ду гурӯҳ ҷудо шудаанд: гурӯҳи 1 (n=19), ки ба дохили бугум 8 мг лорноксикам ворид шуда буд ва гурӯҳи 2 (n=16), ки гурӯҳи муқоисавӣ буд, 5 мг бетаметазон дохили бугум ворид карда шуд.

Натиҷаҳо нишон доданд, ки дар беморони пиронсол бо остеоартроз табобати маконӣ бо истифодаи лорноксикам, бартарӣ дорад. Яъне, дар гурӯҳи якум сатҳи дардмандии бугумҳо ба меъёр омад (40 мм бо ченаки ВАШ) ва ин ҳолат дар муддати 4 моҳ давом кард. Инчунин истифодаи маконии лорноксикам ба аворизҳои меъдаю рӯда ва дилу рагҳо бо муқоиса бо бетаметазон камтар дучор мешуд.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616.1/4;616-002.77;616.1

ШУКУРОВА С.М., КАРИМОВА Г.Н., КУРБОНОВА Ф.У., АХУНОВА Н.Т.

ОСТЕОАРТРОЗ В АССОЦИАЦИИ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Кафедра детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

В статье представлен анализ современных литературных данных остеоартроза в ассоциации с сердечно-сосудистой и метаболической патологиями. Раскрыты патогенетические взаимосвязи кардиоваскулярных нарушений (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца) и остеоартроза с коморбидными к ней состояниями, такими как метаболический синдром. Анализ литературы свидетельствует о высоком риске развития кардиоваскулярных катастроф у больных остеоартрозом. Результаты многочисленных исследований посвящены вопросам терапии больных с остеоартрозом с учетом сопутствующих кардиоваскулярных заболеваний.

У больных остеоартрозом описаны структурно-функциональные изменения миокарда, характеризующиеся формированием различных типов архитектоники и нарушением диастолической функции левого желудочка.

Ключевые слова: эостеоартроз, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, ожирение.

SHUKUROVA S.M., KARIMOVA G.N., KURBONOVA F.U., AKHUNOVA N.T.

OSTEOARTRITHIS ASSOCIATED WITH CARDIOVASCULAR AND METABOLIC PATHOLOGY

The article presents analysis of the currently published data regarding osteoarthritis associated with cardiovascular and metabolic diseases. Pathogenic relationship between cardiovascular disorders (arterial hypertension, ischemic heart disease) and osteoarthritis with comorbid conditions, such as metabolic syndrome is revealed. Analysis of the literature indicates that patients with osteoarthritis have a high risk of cardiovascular accidents. The results of numerous researches are devoted to therapy of patients with osteoarthritis taking into account the cardiovascular diseases.

The structural and functional changes in the myocardium, characterized by the formation of different types of architectonic and diastolic dysfunction of left ventricle in patients with osteoarthritis is described.

Key words: osteoarthritis, arterial hypertension, cardiac ischemia, obesity.

Остеоартроз (ОА) – гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов суставов, в первую очередь хряща, а также субхондриальной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околосуставных мышц [1]. Фремингемское эпидемиологическое исследование (Framingham Osteoarthritis Study), показало, что за последние 20 лет частота ОА коленных суставов в популяции значительно увеличилась [2].

В структуре ревматических заболеваний (РЗ) ОА является самой частой суставной патологией, доля которой составляет 60%, уступая лишь ревматоидному артриту. Около 10-20% населения земного шара страдает ОА, который коррелирует с возрастом, у людей старше 70 лет рентгенологические признаки ОА встречаются до 90% случаев [3, 4].

По данным ревматологов Европы и США, на долю ОА приходится до 69-70 % в ряду всех ревматических болезней.

Несмотря на различные климатогеографические зоны, ОА поражает все расовые и этнические группы различных стран мира [5]. Ряд исследователей считает, что к 2020 г. ОА будет страдать 71% населения в возрасте старше 65 лет [6].

В России также возрастает заболеваемость ОА. Так, по данным статистической обращаемости в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) по поводу клинических проявлений заболевания, в 2007 г. обратились 3131000 человек – это в два раза больше, чем в 1999 г. (1400000 больных ОА) [7].

Женщины болеют ОА почти в два раза чаще, чем мужчины, при этом женщины негроидной расы чаще страдают данным заболеванием из-за повышенной массы тела в сравнении с европейками [8].

В Таджикистане также возрастает заболеваемость ОА. Хотя в республике не проведены целенаправленные эпидемиологические исследования в этой области, данные госпитальной заболеваемости по НМЦ РТ (ревматологическое отделение) свидетельствуют о росте ОА: так, в 2004 году зарегистрировано 186 больных, в 2005 – 188, в 2006 – 214, в 2007 – 296, в 2008 – 218, в 2009 – 228 больных с ОА. Причем в структуре госпитальной заболеваемости ОА занимает II место, уступая лишь ревматоидному артриту.

В структуре ревматических заболеваний ОА у лиц пожилого возраста занимает первое место среди причин нетрудоспособности и второе – у больных после 50 лет [9].

В последние годы все больше внимания уделяется сочетанию ревматических заболеваний и сердечно-сосудистой патологии. Клиническое течение и исходы ревматических заболеваний зачастую определяют кардиоваскулярные заболевания и связанные с ними осложнения. Согласно данным эпидемиологических исследований, частота встречаемости артериальной гипертензии у больных остеоартрозом колеблется от 50% до 80%, причем сопутствующие другие заболевания сердечно-сосудистой системы оказывают существенное влияние на уровень смертности [10].

Роль воспаления в патогенезе ОА сегодня не вызывает сомнения, оно способствует прогрессированию морфологических изменений, в том числе структурных деструкций гиалинового хряща с его дегенерацией и атрофией. [11]. Лидирующая роль принадлежит провоспалительным медиаторам, действие которых направлено на дестабилизацию метаболизма клеток гиалинового хряща при ОА [12].

Кардиоваскулярные заболевания, в структуре которых артериальная гипертония (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимают ведущие места среди причин смертности (54-56% в структуре общей смертности), продолжают составлять основное бремя потерь общества из-за инвалидизации (до 40% от всех причин выхода на инвалидность), высокого уровня заболеваемости [13].

В последнее время внимание ученых и врачей всё больше привлекает проблема мульти- и коморбидности [14]. Она является вдвойне актуальной по отношению к таким часто встречающимся и социально высоко значимым патологиям опорно-двигательной и сердечно-сосудистой системы, как ОА и кардиоваскулярные заболевания [15].

В публикациях последних лет всё чаще обсуждается вопрос высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у лиц, страдающих остеоартрозом [16].

Дальнейшие исследования установили, что тяжесть заболевания, пожилой возраст и наличие коморбидных заболеваний входят в когорту основных факторов риска смертности у пациентов с ОА [17]. Наличие сопутствующих заболеваний у больных ОА диктует необходимость применения различных групп лекарственных препаратов, которые в свою очередь усугубляют течение и исходы основного заболевания [18].

Многочисленные исследования последних лет свидетельствуют об одновременном сосуществовании более 5 болезней, особенно у лиц с ОА старше 50 лет [19]. Наиболее часто ОА сочетается с артериальной гипертензией (АГ) и другими ССЗ (атеросклерозом, ишемической болезнью сердца – ИБС), ожирением, сахарным диабетом (СД), хроническими обструктивными заболеваниями легких, заболеваниями ЖКТ [20], при этом каждый второй больной имеет сердечно-сосудистые заболевания [21]. Диапазон распространенности АГ у пациентов с ОА колеблется. Так, по данным публикаций в Medline, с 1996 по 2004 г. сочетание ОА с АГ встречается у 48-65% пациентов с ОА в популяции и у более 65% пациентов с ОА в возрасте старше 80 лет [22], в сочетании эти заболевания наблюдаются у 45-58% населения [23].

Широкая распространённость, высокий риск осложнений АГ, ухудшение качества жизни больных из-за постоянного болевого синдрома, а также стойкая утрата трудоспособности – вот тот неполный перечень факторов, которые обуславливают медико-социальную важность ОА в ассоциации с кардиоваскулярной патологией [24]. По данным И.Е. Чазовой, более 40% жителей России имеют повышенное АД, но при этом 37,1% женщин и 58,0% мужчин не догадываются о наличии у них патологии сердечно-сосудистой системы. У больных ОА в сочетании с АГ выявлено большее количество ФР, чем у пациентов с АГ без ОА. Не надо сбрасывать со счетов и дополнительные факторы – выраженный суставной синдром, функциональная недостаточность суставов и длительный приём н-НПВП (диклофенак), которые усугубляют течение АГ.

В недавно проведённом исследовании группой бразильских учёных показано, что у 91 пациента (средний возраст – 59,3 лет) частота метаболического синдрома составила 54,9%, гипертензия – у 75,8%, дислипидемия – у 52,6% и ожирение – у 57,1% больных ОА [25].

В настоящее время терапия ОА направлена на замедление прогрессирования заболевания, облегчение болевых симптомов, предотвращение инвалидности и улучшение качества жизни. Медикаментозные препараты, используемые для лечения ОА, делятся на две основные группы: симптом-модифицирующие препараты (анальгетики и НПВП) и симптом-модифицирующие замедленного действия (SYSADOA-Symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis). Препараты этой группы уменьшают боль и улучшают функцию суставов, а также замедляют темпы прогрессирования ОА [26].

Экспертами ВОЗ в качестве препаратов первой степени при лечении хронической боли предложены неопиодные анальгетики – нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), селективные и неселективные [27].

В качестве базисной терапии ОА также используются хондропротекторы, препараты гиалуроновой кислоты и реже глюкокортикостероиды [28]. Анальгетическое действие НПВП опосредуется путем подавления образования простогладинов из арахидоновой кислоты (за счет подавления активности ЦОГ-2), играющих важную роль в развитии нейрональной гипервозбудимости и гиперчувствительности [29].

При назначении НПВП у пациентов ОА необходимо учитывать возможность их применения с другими средствами при сопутствующей патологии, которые влияют на эффективность и безопасность препаратов [30].

Применение неселективных и селективных НПВП сопряжено с повышенным риском кардиоваскулярных катастроф (инфаркт миокарда, инсульт и внезапной коронарной смерти) и может рассматриваться как класс-специфический побочный эффект для всех НПВП [31].

В ряде результатах научных исследований [32, 33] доказано, что приём НПВП может приводить к дестабилизации АГ и прогрессированию сердечной недостаточности (СН). Установлено, что приём НПВП пациентами с заболеваниями сердца в анамнезе увеличивает в 10 раз вероятность (OR=10,5) госпитализации по поводу СН, по сравнению с пациентами, не принимающими НПВП (OR – 1,6) [34].

Гипертензивный эффект НПВС связан с подавлением клубочковой фильтрации и усилением проксимальной канальцевой реобсорбции, увеличением внутрипочечной и внепочечной сосудистой резистенции за счет ингибирования синтеза PGI2 и PGE2, обладающих вазодилататорной активностью. При приёме НПВП усиливается высвобождение норадреналина, увеличивается чувствительность сосудистой стенки к вазоконстрикторным субстанциям, активизируется ренин-ангиотензин и симпатическая нервная система, что в комплексе приводит к повышению АД [35].

Индуцированная НПВС кардиоваскулярная патология имеет более важное медицинское значение, чем гастропатии [36].

Факторы риска влияют на исход большинства кардиоваскулярных катастроф на фоне приёма НПВП у больных ОА. Для сердечно-сосудистых осложнений такими являются наличие кардиологической патологии, избыточная масса тела, курение, нарушение липидного обмена, сахарный диабет, тромбозы периферических сосудов, а также АГ [37].

В исследованиях РКИ CRESCENT оценивалось влияние целекоксиба на АД у больных с высоким кардиоваскулярным риском. В исследование были включены 411 пациентов с ОА и СД 2 типа, имевших контролируемую АГ, которые в течение 6 недель принимали целекоксиб 200 мг, рофекоксиб 25 мг или напроксен 1000 мг/сут. Результаты показали, что дестабилизация АГ (среднее повышение САД выше 135 мм рт.ст.) на фоне приёма целекоксиба была отмечена у 16 больных, в то время как у пациентов, принимавших напроксен, отмечена у 19%, а рофекоскиба – у 30%. Таким образом, общепризнанный стандарт кардиоваскулярной безопасности напроксен в сравнении с коксибами в большей степени влиял на цифры АД [38].

Все вышесказанное диктует необходимость при выборе НПВП основываться на четких критериях в зависимости от наличия или отсутствия факторов риска лекарственных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Возникновению и прогрессированию КВЗ у больных ОА может способствовать ряд факторов: возраст, избыточная масса тела, наследственность, метаболические нарушения [18].

Результаты многочисленных проспективных эпидемиологических исследований позволили выделить ФР, способствующие развитию и прогрессированию атеросклероза и связанных с ним сосудистых катастроф. Из них выделяют ФР, связанные с образом жизни, модифицируемые, или личностные, и немодифицируемые, или личностные, и немодифицируемые биологические и физиологические факторы [39]. Более чем 90% КВЗ развиваются у людей как минимум с одним ФР [40], а отсутствие основных ФР ассоциируется с более низким риском развития КВЗ.

Установлено, что почти 70% пациентов с ОА имеют более двух факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний [41], например, таких как дислипидемия, АГ, СД типа 2, инсулинорезистентность, ожирение [42, 43].

Среди модифицируемых факторов риска АГ и ОА наибольшее значение имеет ожирение [44].

По данным ВОЗ, в мире более 1 млрд. взрослого населения планеты охвачены эпидемией ожирения, причём 300 млн. человек страдают клиническим ожирением [45].

69,5% больных АГ в возрасте от 30 до 70 лет имели избыточную массу тела, 55,6% не ограничивали в пище поваренную соль, а 65% вели физически малоактивный образ жизни [46].

Установлено, что у людей с индексом массы тела (ИМТ) свыше 30 кг/м^2 риск развития ОА коленных суставов в 4 раза выше, чем у лиц с ИМТ 25 кг/м^2.

В исследованиях последних лет показано, что нетрудоспособность, обусловленная ОА, может быть значительно снижена с уменьшением массы тела на 5,1% [47].

Гипотеза, выдвинутая Aspden R. (2001) о признании ОА как системного заболевания, при котором дисрегуляция липидного гомеостаза занимает лидирующую позицию, подтверждает участие других механизмов, помимо механического повреждения костно-мышечной ткани [48].

Таким образом, перечисленные исследования подтверждают давно известную точку зрения, что повышение давления на структуру суставов, связано с патологическим действием избыточной массы тела.

В последние годы особенно пристальное внимание привлечено к изучению роли СД типа 2 и патологических состояний, предшествующих этому заболеванию (инсулинорезистентность, гиперинсулинемия и нарушение толератности к глюкозе), которые могут иметь особое значение в развитии кардиоваскулярной патологии у пациентов с остеоартрозом [49]. Например, в исследовании Copenhagen Heart Study, включавшем более чем 13000 пациентов, было установлено, что относительный риск ИМ или инсульта был в 2-3 раза выше, а летальность от КВЗ в 2 раза выше у пациентов с СД типа 2, независимо от других ФР [50]. Поэтому пациенты с СД типа 2 относятся к категории высокого кардиоваскулярного риска [51]. Следует подчеркнуть, что у больных, страдающих СД типа 2 (как и у пациентов с ОА), с высокой частотой встречаются другие ФР (АГ, ожирение, дислипидемия).

Одним из важных моментов состояния органов-мишеней у больных ОА является ранняя диагностика нарушений структуры и функции сердца [52]. Для этой цели используют такие неинвазивные методы диагностики, как электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (Эхо-КГ), доплерэхокардиография (ДЭхоКГ), КТ-ангиография.

В последние годы в литературе встречается термин «ремоделирование отделов сердца», который, по данным ряда исследований, является независимым фактором риска, способным ухудшить прогноз основного заболевания [53]. Под сердечно-сосудистым ремоделированием понимается адаптивная перестройка стенок сердца и сосудов в связи с повышенной гемодинамической нагрузкой, которая в итоге приводит к её гипертрофии и развитию сердечной недостаточности [54].

Известно, что при АГ поражение сердца является одним из наиболее серьёзных проявлений этого заболевания и мощным ФР развития ИБС, сердечно-сосудистых осложнений и смерти [55]. У пациентов с АГ наиболее характерным изменением сердца является гипертрофия ЛЖ. Считают, что ведущая роль в развитии гипертрофии ЛЖ принадлежит механическим (систолическое напряжение стенок ЛЖ, увеличение объёма циркулирующей крови и её вязкости, общего периферического сопротивления и др.) и нейрогуморальным (влияние ренин-ангиотензиновой и симпатической систем) факторам [56]. В формирование гипертрофии ЛЖ определённую роль может вносить и наличие избыточной массы тела. По мнению некоторых авторов, при действии на миокард повреждающих факторов, в частности, гипоксии, возникает дефицит макроэргических фосфатов, что в свою очередь, может вызывать развитие гипертрофии [57]. Характерной особенностью компенсаторной гипертрофии миокарда является то, что она протекает как несбалансированный рост, причём изменения выявляются как на уровне отдельных клеток и внутриклеточных органелл. Таким образом, происходит снижение функциональных возможностей гипетрофированной сердечной мышцы.

Установлено, что существует прямая связь между патогенетическими механизмами развития ОА с поражением миокарда. Считают, что структурно-функциональные нарушения миокарда у больных ОА обусловлены либо развитием сопутствующей ИБС, либо артериальной гипертензией, которая встречается значительно чаще, чем в популяции [58].

В исследованиях А.В. Акуленко проводилось изучение характера поражения сердца у больных ОА [59]. В результате при проведении ЭКГ и ЭхоКГ у больных ОА с коморбидной (АГ и ИБС) выявлен ряд морфометрических и гемодинамических изменений. Так, утолщение комплекса интима-медиа обнаружено у 88,75%, наличие атеросклеротических бляшек – у 53,75 %, гемодинамически значимые стенозы (более 50 %) – у 6,25 % пациентов, нарушение хода сонных артерий – у 67,5 % пациентов, которые ассоциировались с возрастом и стадией артериальной гипертонии. Концентрическое ремоделирование и гипертрофия левого желудочка наблюдались у 77,2% пациентов, что влияло на нарушение

диастолической функции сердца у 74,7% и приводило к снижению фракции выброса (менее 55 %) у 21,69 % пациентов.

Таким образом, согласно обзору литературы, остеоартроз является широко распространенным заболеванием во всем мире. Для ОА характерна высокая инвалидизация, смертность, тенденция к прогрессированию, а также связь с кардиоваскулярной патологией – артериальной гипертензией и ИБС. Это обуславливает необходимость своевременного выявления (профилактики) и лечения ОА с кардиоваскулярными нарушениями.

В настоящее время ОА рассматривается не только с позиции возрастного изнашивания хрящевой ткани, но и как нозологическая форма, в патогенезе которой определяющая роль принадлежит воспалению в тканях сустава. Доказана патогенетическая взаимосвязь возрастных изменений в хрящевой ткани и сосудистой стенки (атеросклероза), а также общность кардиометаболических факторов риска ОА и сердечно-сосудистой патологии. Это, в свою очередь, способствует более тяжелому течению суставного синдрома, в итоге приводящих к функциональным нарушениям. Все вышеуказанное свидетельствует о том, что проблема взаимоотношений ОА с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, структурными изменениями миокарда с его функциональными характеристиками до сих пор остаётся актуальной, также как и вопрос о влиянии на структуру и функцию миокарда, характер течения заболевания, наличие АГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – С. 573-588.

2. Галушко Е.А. и др. Структура ревматических заболеваний среди взрослого населения России по данным эпидемиологического исследования / // Научно-практическая ревматология. – 2009. – №1. – С. 11-17.

3. Бадокин В.В. Пути оптимизации терапии остеоартроза // РМЖ. – 2006. – Т. 14, №25. – С. 1824-1828.

4. Хитров Н.А. Остеоартроз – болезнь с воспалительными и катаболическими процессами в суставах // Трудный пациент. – 2012. – Т. 10, №1. – С. 41-45.

5. Васильева Л.В., Лахин Д.И. Остеоартроз и метаболический синдром – современное видение проблемы // Вестник новых медицинских технологий. – 2012. – Т. XIX, № 4.– С.40.

6. Oliveria S.A. et al. Incidence of symptomatic hand, hip and knee osteoarthritis among patients in a health maintenance organisation // Arthritis Rheum. – 1995. – Vol. 38. – P. 1134–41.

7. Насонова В.А., Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф. Ревматические заболевания в Российской Федерации в начале XXI века глазами статистики // Терапевтический архив. – 2009. – N 6. – С. 5-10.

8. Miranda L. Davies-Tuck et al. The natural history of bone marrow lesions in community based adults with no clinical knee osteoarthritis // Ann Rheum Dis. – 2008. – Vol. – 8. – P. 240.

9. Алексеева Л.И. и др. Многоцентровое слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование симптом и структурно-модифицирующего действия препарата афлутоп у больных ОА коленных суставов // Научно-практическая ревматология. – 2013. – Т. 51 (5).- С.1-7.

10. Мазуров В.И., Онущенко В.А., Шостак М.С. Остеоартроз // Бюл. С-Петербург. ассоциации врачей-терапевтов. – 2005. – Т.2, №4 – С. 3-17.

11. Hedbom E., Huselmann H.J. Molecular aspects of pathogenesis in osteoarthritis: the role of inflammation // Cell. Mol. Life Sci. – 2002. – Vol. 59. – P. 45-53.

12. Martel-Pelletier J., Pelletier J.-P. Inflammatory factors involved in osteoarthritis. In: Osteoarthritis, Inflammation and Degradation: A Continuum.- IOS Press. – 2007. – P. 3-13.

13. Джаиани Н.А. Применение амлодипина при артериальной гипертензии // Русский медицинский журнал. – 2006 - № 24. – С.1468-1472.

14. Caporali R. et al. Comorbid Conditions in the AMICA Study Patients: Effects on the Quality of Life and Drug Prescriptions by General Practitioners and Specialists // SemArthr Rheum. – 2005. – Vol. 35, Iss. 1, Suppl. 1. – P. 31-37.

15. Вёрткин А.Л., Наумов А.В. Деформирующий остеоартроз: стратегия ведения пациентов при соматической патологии // РМЖ. – 2007. – Т.15, №14. – С.14-18.

16. D. Van der Linde et al. Aggressive Cardiovascular Phenotype of Aneurysms-Osteoarthritis Syndrome Caused by Pathogenic SMAD3 Variants // J. Am. Coll. Cardiol. – 2012. –Vol. 60, № 5. – P. 397-403.

17. Hochberg M.C. Mortality in osteoarthritis // ClinExpRheumat. – 2008. – Vol. 26, № 5, Suppl 51. – P. 120-124.

18. Мендель О.И. и др. Остеоартроз как фактор риска кардиоваскулярных катастроф // РМЖ, Неврология.- 2007. – Т. 15, № 23. – С. 1-5.

19. Kadam U.T., Jordan K., Croft P.R. Clinical comorbidity in patients with osteoarthritis: a case-control study of general practice consulters in England and Wales // Ann Rheum Dis. – 2004. – Vol. 63.- P. 408-414.

20. Алексеева Л.И. и др. Остеоартроз в практике врача-терапевта // РМЖ. – 2008. – Т.16, №7. – С.476.

21. Zuart-Alvarado R. Osteoarthrosis and associated chronic pathologies in patients of a primary care unit // Rev Med InstMexSeguro Soc. – 2011.- Vol. 49, № 6. – P. 637-42.

22. Loy G., Saltman D., Kidd M. Co-morbidities of osteoarthritis // 2004 Research Conference, College of Health Sciences. University of Sydney website 2009: http://www.chs.usdt.edu.au/conf04/submit/minipost/gv-loy.pdf

23. Хитров Н.А. Структура заболеваемости остеоартрозом и проблема-наличия сопутствующей патологии // Терапевтический архив. – 2005. - № 12. - С. 59-64.

24. Мазуров В.И., Онущенко В.А., Лила А.М. Болезни суставов: руководство для врачей. – СПБ, 2008. – С. 247-281.

25. Leite A.A. et al. Comorbidities in patients with osteoarthritis: frequency and impact on pain and physical

function // Rev Bras Reumatol. – 2011. – Vol. 51, № 2. – P. 118-23.

26. Алексеева Л.И. Современные подходы к лечению остеоартроза // Русский медицинский журнал. – 2003. – № 11 (4). – С. 201-205.

27. Ушкалова Е.А. Нестероидные противовоспалительные лекарственные средства-новый взгляд на эффективность и безопасность // Фарматека. – 2004.- № 7. – С. 26-33.

28. Jordan K.M. et al. EULAR Recommendations 2003: An evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT) // Arthritis Rheum. – 2003. –Vol. 62. – P. 1145-1155.

29. Zuart-Alvarado R. Osteoarthrosis and associated chronic pathologies in patients of a primary care unit // Rev. Med. Inst.Mex.Seguro. Soc. – 2011.- Vol. 49, № 6. – P. 637-42.

30. Каратеев А.Е. и др. Применение нестероидных препаратов. Клинические рекомендации.– М.: ИМА-ПРЕСС, 2009. – 167 с.

31. Каратеев А.Е. Ошибки и проблемы при использовании нестероидных противовоспалительных препаратов // РМЖ. – 2008. – Т.16, № 10. – С. 650-659.

32. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л. Как избежать развития кардиоваскулярных осложнений при лечении боли // Consilium medicum. – 2008. – Т. 10, № 2. – С. 44-50.

33. Карпов Ю.А., Куликова Т.Ю. Нестероидные противовоспалительные препараты: вопросы сердечно-сосудистой безопасности // Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов. – 2010. - № 4. – С. 60-65.

34. Widlansky M.E. et al. Shot-and long-term COX-2 inhibition reverses endothelial dysfunction in patients with hypertension // Hypertension. – 2003. – Vol. 42 (3). – P. 310-316.

35. Лила А.М., Карпов О.И. Остеоартроз: социально-экономическое значение и фармакоэкономические аспекты патогенетической терапии // РМЖ. – 2003. – Т.11, №28. – С. 1558-1563.

36. Lin E.H. B. et al. Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: A randomized, controlled trial // JAMA. – 2003. – Vol. 290. – P. 2428-2434.

37. Huerta C. et al. Non-steroidal anti-infammatory drugs and risk offirst hospital admissionfor heart failure in the general population // Heart. – 2006. – Vol. 92, № 11. – P. 1610-5.

38. Sowers J. et al. The Effects of cyclooxygenase-2 inhibitors and nonsteroidal anti-iflammatory therapy on 24-hour blood pressure in patients with hypertension, osteoarthritis, and type 2 diabetes mellitus // Arch intern Med. – 2005. – Vol. 25. – P. 165.

39. Оганов Р.Г. Факторы риска и профилактика сердечно-сосудитых заболеваний // Болезни сердечно-сосудистой системы. – 2003. - №2. – С. 10-15.

40. Yusuf S. et al. Effect of potentially modifiable risk factor associated with myocardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women // JAMA. –1999. – Vol. 282. – P. 2012.

41. Fasshauer M., Paschke R., Stumvoll M. Adiponectin, obesity, and cardiovascular disease // Biochemicie. – 2004. – Vol. 86, № 11. – P. 779-84.

42. Метаболический синдром / под ред. Е. Ройтберга. – М.: Мед-пресс-информ, 2007. – С. 83-103.

43. Lau D.C. et al. Adipokines: Molecular links between obesity and atherosclerosis // Am. J. Physiol. Heart. Circ. Physiol. – 2005. – Vol. 288, № 5. – P. 2031-41.

44. Conroy M.B. et al. Muscle strength, mass, and quality in older men and women with knee osteoarthritis / // Arthritis Care Res (Hoboken). – 2012. – Vol. 64, № 1. – P. 15-21.

45. World Health Organization; 2006. http//www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/

46. Нестеров Ю.И. и др. Сравнительная характеристика качества лечения больных артериальной гипертонией в первичном звене здравоохранения // Терап. Архив.- 2006. – Т.78, №1. – С.16-19.

47. Christensen R. et al. Effect of weight reduction in obese patients diagnosed with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis // Ann Rheum Dis. – 2007. – Vol. 66, Suppl. 4. – P. 433-439.

48. Aspden R., Scheven B., Hutchison J. Osteoarthritis as a systemic disorder including stromal cell differentiation and lipid metabolism // Lancet. – 2001. – Vol. 357. – P. 1118-1120.

49. Zavaroni I. et al. Risk factors for coronary artery disease in healthy persons with hyperinsuliemia and normal glucose tolerance // N. Engl. J. Med. – 1989. – Vol. 320. – P. 702.

50. Aldman T. et al. The independent effect of type 2 diabetes mellitus on ischemic heart disease, stroke, and death: a population-based study of 13,000 men and women with 20 years of follow-up // Arch. Intern. Med. – 2004. – Vol. 164. – P.1422.

51. Third report of the National Cholesterol Education Progran (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blodd cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III) // Circulation. – 2002. – Vol. 106. – P.3143.

52. Mancia G. et al. Relation between blood pressure variability and carotid artery damage in hypertension: baseline data from European Lacipidine Study on Ateroscltrosis (ELSA) // J. Hypertens. – 2001. – Vol. 19, № 11. – P. 1981-1989.

53. Климова Е.Е., Федотова И.Г., Жидков Т.Ю. Особенности структурно-геометрического состояния левых отделов сердца, систолическая и диастолическая функция левого желудочка у подростков с артериальной гипертензией // Ультразвук. и функц. диагностика. – 2009. – № 5. – С. 36-44.

54. Поддубный Д.А., Ребров А.П. Гипетрофия и ремоделирование левого желудочка у больных анкилозирующим спондилитом: роль дисфукции эндотелия // Сибир. мед.журн.- 2007. – №7. – С. 73-77.

55. Подзолков В.И., Самойленко В.В., Маколкин В.И. Применение нифедипина у больных с гипертоническим поражением сердца // Кардиология.– 2000. - № 10. – С.42-46.

56. Мартынов А.И. и др. Гипетрофия миокарда левого желудочка при артериальной гипертонии: клиническое

значение, диагностика, влияние антигипертензивных препаратов // Клиническая медицина. – 2000. –№ 10. – С. 10-17.

57. Меерсон Ф.З. Компенсаторная гиперфункция, гипертрофия и недостаточность сердца руководство по кардиологии: в 4 томах / под ред. Е.И. Чазова. – М., 1982. – Т.1. – С. 306-329.

58. Беленков Ю.Н. Ремоделирование левого желудочка: комплексный подход // Сердечная недостаточность. – 2002.– Т. 3, №4. – С. 161-163.

59. Акуленко А.В. Структурно-функциональные изменения сердца у больных, имеющих сопутствующую артериальную гипертензию, перед операцией эндопротезирования крупных суставов // Ортопедия. – 2012.- №3. – С.47-52.

ШУКУРОВА С.М., КАРИМОВА Г.Н., ҚУРБОНОВА Ф.У., АХУНОВА Н.Т.

ОСТЕОАРТРОЗ ҲАМРАДИФ БО ИХТИЛОЛҲОИ КАРДИОВАСКУЛЯРӢ ВА МЕТАБОЛИКӢ

Калимаҳои калидӣ: остеоартроз, гипертензияи артериалӣ, бемории ишемикии дил, фарбеҳӣ.

Дар ин мақола таҳлили адабиёти муосир вобаста ба остеоартроз ҳамрадиф бо ихтилолҳои кардиовасклярӣ ва метаболикӣ баррасӣ шудааст. Ҳамбастагии патогенетикии ихтилолҳои кардиовасклярӣ (гипертонияи артериалӣ, бемории ишемикии дил) ва остеоартроз бо ҳамроҳии ҳолатҳои коморбидӣ, ба монанди синроми метаболикӣ, ошкор шудааст. Таҳлили адабиёт аз он гувоҳӣ медиҳад, ки беморони остеоартроз хатари баланди дучор шудан ба садамаҳои кардиовасклярӣ доранд.

Оид ба масъалаҳои табобати бемории остеоартроз бо назардошти бемориҳои ҳамрадифи кардиовасклярӣ татқиқотҳои бешумор гузаронида шудаанд.

Дар беморони остеоартроз тағйиротҳои структурӣ-функционалии миокард пайдо мешаванд, ки хусусияти ба миён овардани навъҳои гуногуни архитектоникӣ дорад ва ба ихтилоли функсияи диастоликии меъдачаи чап оварда мерасонад.

ПРЕЗЕНТАЦИЯ КНИГИ

ЗАГРЕБЕЛЬНЫЙ И.А.

ДЕГРАДАЦИЯ ЛЕСОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ: ПРИЧИНЫ И КЛИМАТИЧЕСКИЕ СЛЕДСТВИЯ, ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ: АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Обоснование цели. Фармацевтическое производство натуральных лекарственных средств – одна из наиболее экономически эффективных отраслей хозяйствования стран, обладающих соответствующими агроклиматическими ресурсами. Существующая практика ряда стран убедительно доказывает, что заготовка достаточно крупными партиями и доставка к месту назначения рассредоточенного по различным отдалённым друг от друга мелкотоварным источникам дикорастущего сырья ведут к экономически неизмеримо более выраженным затратам, чем возделывание в агрокультуре оптимально богатого биологически активными веществами сортимента лекарственных растений. Богатый агроклимат Таджикистана этому способствует.

Цель публикации. Предоставление (на примере региона Южного Таджикистана) общих и картографически-показательных сведений об особенностях местных агроклиматических ресурсов, путях и возможностях их использования для размещения плантаций ценных субтропических растений пищевого и лечебно-диетического назначения.

В книге в числе широкого спектра ресурсопользовательских и природоохранных научных и хозяйственных проблем представлены следующие авторские разработки.

1. Проведена сравнительная оценка природно-климатических факторов, лимитирующих размещение насаждений высокотребовательных к агроклимату субтропических культур, относящихся к сортименту ценных пищевых и лечебно-диетических, в том числе лекарственных растений.

2. Определена степень лимитирования климатических факторов на растения субтропического климата, различающихся большей или меньшей устойчивостью к губительному влиянию экстремальных температур окружающей среды.

3. Определены основные лимитирующие факторы, принимаемые в качестве критериев для соответствующего картографического выделения разноклиматических типов местности субтропиков Южного Таджикистана, в той или иной мере пригодных для размещения на их территории сортимента субтропических плодовых культур, отличающихся высокой требовательностью к природно-климатическим условиям окружающей среды.

4. Приводится обоснование рационального размещения отдельных биоэкологических групп растений субтропического климата с определением степени климатической пригодности для этой цели разноклиматических типов местности. На основании статистической обработки авторски проведённых для вышеобозначенных целей микроклиматических и фитоиндикаторных наблюдений определены и картографически выделены в долинно-предгорно-горной территории Южного Таджикистана разновысотные климатические поясы для климатически обоснованного размещения на их территории плантаций высокотребовательных к агроклимату субтропических плодовых культур. Для обзорного пользования разработана «Схематическая карта агроклиматического микрозонального районирования субтропических плодовых культур Южного Таджикистана»; её можно использовать для климатически и агрономически обоснованного размещения плантаций многолетних растений, у которых наиболее высокое качество продукции достигается именно в условиях сухих субтропиков.

5. Доказывается антропогенно обусловленная изменчивость во времени важнейших агроклиматических характеристик субтропического климата Южного Таджикистана – в сторону аридизации и иссушения ранее относительно влагообеспеченных его территорий. Приводятся доказательства в пользу мировоззрения о намного более активном и более ускоренном влиянии на негативное изменение климата Памиро-Алая существующего экстенсивного порядка ресурсопользования, чем так называемого глобального изменения климата.

6. Приводятся примеры беспрецедентного усиления деградации отечественных растительных, земельных, водных и агроклиматических ресурсов, которые наблюдаются во многих регионах Таджикистана. Делается вывод, что деградация является неизбежным следствием хозяйственно нерационального порядка ресурсопользования, в особенности хозяйственно ущербного порядка использования в качестве пастбищ тех территорий, которые по условиям рельефа и в связи с

недостаточной охраной от проникновения скота, несанкционированно используются для его выпаса. В результате экосистемы обедняются растительностью или, при длительном выпасе, разрушаются, а процесс восстановления былого экосистемно устойчивого растительного покрова полностью подавляется. Это вынуждает в виде крайней хозяйственной необходимости срочно реагировать с применением практических мер по экосистемному восстановлению возобновляемых природных ресурсов – водных запасов, почвенного плодородия, генофонда растений и др. В расчёте на внимание соответствующих управительных структур предлагается целый ряд конкретных мер по совершенствованию существующего хозяйственного порядка ресурсопользования, в том числе мер срочного, можно сказать, даже неотложного характера. Доказывается настоятельная необходимость принципиального совершенствования существующего порядка пастбищепользования путём заимствования давно известного зарубежного опыта по своевременному проведению культуртехнических мер восстановления растительных ресурсов, изъятых из земельных угодий вследствие выпаса скота. На примере авторского опыта геоботанического и культуртехнического картирования пастбищ на территории Азиатской части СССР доказывается возможность адаптировать этот опыт именно для проектной разработки принципиально нового для Таджикистана порядка пастбищепользования – как составной части общего порядка рационального использования возобновляемых природных ресурсов.

Заключение. Такой новый порядок пастбищепользования в достаточно короткое время можно в пределах целевого проекта представить также с дополнительно сопровождающей его нормативно-законодательной документацией, предназначенной доусовершенствовать существующие нормативно-законодательные акты, регулирующие пастбищное землепользование и ведение государственного надзора за рациональным использованием земельных угодий различного назначения.

С учётом этого можно избежать многих ошибок нерационального размещения традиционно используемых в сельском хозяйстве культур, а также ввести в возделывание и довести до требуемого масштаба сортимент наиболее ценных биологически активными веществами растений, экономически важнейшими из которых являются растения лечебно-диетического назначения. Без такой государственно стратегической и достаточно масштабной меры задача становления отечественного фармацевтического производства, опирающегося лишь на собственную базу натурального растительного сырья, просто невозможна, поскольку предельно убедительный вековой зарубежный опыт свидетельствует, что даже самый ёмкий генофонд дикорастущих растений по многим причинам не может обеспечить требуемый экономический эффект.

Примечание. Вопросы частного растениеводства, как информативно очень ёмкие: агрономический выбор для каждого агроклиматического микрорайона конкретного сортимента важнейших сельхозкультур, агротехнологические особенности их возделывания и пр. планируется изложить в последующей (подробизирующей) публикации под наименованием: «Возделывание лечебных растений», иллюстрированной наглядными картами, фотографиями и иными приложениями показательного характера.

/ НИ Фармацевт. центр Академии медицинских наук Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ (НИФЦ АМН МЗиСЗН РТ). – СПб.: Астерион, 2016. – 298 с., в т.ч. 11 приложений; 2 вклейки.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Правила направления, рецензирования и опубликования научных статей в журнале «Вестник Академии медицинских наук Таджикистана»

1. Направляемый для публикации материал должен быть напечатан стандартным шрифтом 12 или 14 через интервал 1,5 на одной стороне стандартного листа формата А4 (210х297) с полями 3 см слева, 1,5 справа. На машинописной странице должно быть 29-30 строк (1800 знаков, включая пробелы). Статьи принимаются в двух экземплярах, обязательно наличие материала в электронной версии.

2. Статья должна быть завизирована подписью руководителя учреждения и гербовой печатью либо должно быть отдельное для статьи направление учреждения в редакцию.

3. В начале первой страницы указываются УДК, фамилия и инициалы автора и соавторов; название статьи полностью заглавными буквами; данные об учреждении, в том числе кафедра, отдел или лаборатория, город. Далее следует указать контактную информацию на одного из авторов (полностью фамилия, имя, отчество, почтовый адрес, телефон, электронную почту).

4. Перед текстом должно быть написано отдельное резюме (приблизительное количество 100-150 слов), вкратце отражающее содержание статьи. После резюме необходимо написание ключевых слов (3-10) для индексирования статьи в информационно-поисковых системах.

5. Фамилия(и) и инициалы автора(ов), название статьи и резюме вместе с ключевыми словами должны быть переведены на английский и таджикский языки.

6. В конце статья должна быть собственноручно подписана автором и соавторами с указанием полностью фамилии, имени, отчества, места работы, должности, ученой степени и звания, контактной информации.

При наличии соавторов в конце статьи указывается отсутствие конфликта интересов.

7. Рекомендуемый объём статей: для оригинальных исследований - 8-10 страниц, описание отдельных наблюдений – 5 страниц, обзор литературы – 15 страниц информации, письма в редакцию и другой материал – 3 страницы.

Оригинальные исследования должны иметь следующую структуру: актуальность, цель исследования, материал и методы исследования с обязательным описанием использованных методов статистической обработки полученных данных, результаты и их обсуждение, заключение или выводы. Введение должно быть кратким и ориентировать читателя в отношении цели исследования проблемы, её актуальности и задач исследования; материал и методы исследования (приводятся количественные и качественные характеристики обследованных, методы исследований и способы обработки статистических данных); результаты исследования (представляются в логической последовательности в тексте, таблицах, рисунках); обсуждение и заключение (включает новые и важные аспекты исследования, сопоставление с данными других источников, обоснованные рекомендации и краткое заключение).

При обработке материала используется система единиц СИ. Статья должна быть тщательно выверена автором: цитаты, формулы, таблицы, дозы. В сноске к цитатам указывается источник (в виде порядкового номера по списку литературы).

В статью включаются только необходимые для пояснения текста рисунки, которые не должны повторять материал таблиц. Подписи к рисункам даются внизу рисунка, рядом с порядковым номером.

Фотографии (черно-белые или цветные) включаются в статью, именуются, как рисунки, и должны быть набраны в формате, удобном для редактирования. Фото рисунков не принимаются!

Таблицы должны содержать сжатые, необходимые данные. Все цифры, итоги и проценты должны соответствовать приводимым в тексте. Фото таблиц не принимаются!

Список литературы составляется в порядке встречаемости авторов по тексту в соответствии с ГОСТ Р 7.1-84. В тексте дается ссылка на порядковый номер в квадратных скобках.

Количество источников для оригинальной статьи – 5-12, для обзора/ов – не больше 40. Принимаются ссылки на авторов только за последние 5-7 лет исследования.

Ссылки на неопубликованные работы не допускаются. Ссылки на собственные работы автора комитетом ВАК по этике признаны некорректными и в статье не допускаются! Также не допускаются ссылки на диссертации, авторефераты диссертаций, тезисы из материалов съездов и конференций.

Направление в редакцию работ, которые посланы в другие издания или напечатаны в них, не допускаются.

Редакция вправе сокращать и рецензировать статьи.

Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.