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:
Ахмадзода 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, содержащейся 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 20.06.2017 г.
Подписано в печать 15.07.2017 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 № 3\07

Отпечатано в ООО «Азия-Принт»

ISSN 2221-7355
ДУШАНБЕ

ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ 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

№2 (22)
АПРЕЛЬ-ИЮНЬ 2017

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
ГАИБОВ А.Д. (главный редактор) – член-корр. АМН МЗ и СЗН РТ, д.м.н., профессор; АВЕЗОВ С.А. – д.м.н.; АХМЕДОВ А. – член-корр. АМН МЗ и СЗН РТ, д.м.н., профессор; АХМАДЗОДА 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 и СЗН РТ, д.м.н., профессор (зам. главного редактора); ОЛИМЗОДА Н.Х. – д.м.н.; РАХМОНОВ Р.А. – д.м.н. (зам. главного редактора); 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.

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), 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)
APRIL-JUNE 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); Akhmedov A. – Corresponding Member of AMS MoH and SPP RT, doctor of medical sciences, professor; Akhmadzoda 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, (Deputy of Chief Editor); 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.

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), 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

ОРИГИНАЛЬНЫЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Базаров Н.И., Махмадов Ф.С., Косымов М.М., Икромов З.Н.
Оценка результатов лечения соматических болей у пациентов со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области и шеи, получающих паллиативную помощь 5

Ганиев Д.Ф., Хабибулаев Ш.З., Джурабекова К.М., Шарапова Н.М., Сайфутдинова М.Б.
Оценка психосоматического статуса при оказании паллиативной помощи онкологическим больным 10

Исмоилов К.И., Расулова С.А.
Состояние некоторых гематологических и иммунологических показателей у детей при хронических расстройствах питания 16

Кодиров Ф.Д., Кадыров Д.М., Амонов У.М.
Органосохраняющие хирургические технологии в лечении декомпенсированных рубцово-язвенных дуоденостенозов 21

Косимов З.К., Кубиддинов А.Ф., Сафаров Н.В., Солиев А.Х., Хамидов Д.Б.
Влияние гекатона на гемостаз, вязкость и суспензионную стабильность эритроцитов крови у больных с разлитым перитонитом 27

Курбонов К.М., Пиров У.М., Назирбоев К.Р.
Чрескожная эндоскопическая гастростомия у пострадавших с черепно-мозговой травмой 31

Мирзоева Д.С.
Значение иммунотерапии в паллиативном лечении больных диссеминированным раком молочной железы 35

Нуриллоева Н.А., Табаров М.С., Тоштемирова З.М., Шемеровский К.А.
Околосуточный ритм эвакуаторной функции кишечника при геморрое 39

Одинаев А.А., Набиев З.Н., Саидов Дж.С.
Причины и лечение острого повреждения почек у детей 43

Расулов Н.А., Курбонов К.М., Назирбоев К.Р.
Оптимизация диагностики и лечения различных типов рубцовых стриктур желчных протоков 47

Сайфутдинова М.Б.
Оптимизация диагностики и лечения рака шейки матки Ib стадии 51

Сафаров Дж.М., Артыков К.П., Сафаров Д.Д.
Профилактика и лечение нейропатий седалищного нерва при эндопротезировании по поводу врожденного вывиха головки бедра 56

CONTENTS

ORIGINAL RESEARCH

Bazarov N.I., Mahmadov F.S., Kosimov M.M., Ikromov Z.N. Evaluation of treatment of somatic pains in patients with malignant tumors of maxillofacial area and neck who receive palliative care

Ganiev D.F., Khabibulaev Sh.Z., Dzhurabekova K.M., Sharapova N.M., Saifutdinova M.B.
Assesment of psychosomatic status in provision of palliative care to oncological patients

Ismoilov K.I., Rasulova S.A.
Status of some hematological and immunological indicators in children with chronic nutritional disorders

Kodirov F.D., Kadirov D.M., Amonov U.M.
Organ-saving surgical technology in treatment of decompensated seam and ulcer duodenal atresia

Kosimov Z.K., Kubiddinov A.F., Safarov N.V., Soliev A.KH., Khamidov D.B.
Influence of gecoton on hemostatis, viscosity and suspension stability of blood erythrocytes in patients with generalized peritonitis

Kurbonov K.M., Pirov U.M., Nazirboev K.R.
Percutaneous endoscopic gastrostomy in patients with craniocerebral trauma

Mirzoeva D.S.
Significance of immune therapy in palliative treatment of the patients with disseminated breast cancer

Nurilloeva N.A., Tabarov M.S., Toshtemirova Z.M., Shemerovskiy K.A.
Circadian rhytm of intestine evacuatory function during hemorrhoids

Odinaev A.A., Nabiev Z.N., Saidov J.S.
Reasons and treatment of acute kidney injury in children

Rasulov N.A., Kurbanov K.M., Nazirboev K.P.
Diagnosis and treatment optimization of various types of cicatrical stricture of the bile ducts

Sayfuddinova M.B.
Optimization of diagnosis and treatment of Ib stage cervical cancer

Safarov J.M., Articov K.P., Safarov D.D.
Prevention and treatment of neuropathy of the saddle nerve at endoprosthesis in congenital dislocation of the femoral head

Хабибуллаев Ш.З., Ганиев Д.Ф., Сангинов Д.Р., Сайфутдинова М.Б.
Результаты паллиативного хирургического лечения злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта и ротоглотки 61

Халимова Ф.Т.
Кластерный подход к оценке репродуктивного здоровья женщин 67

Хамидов Н.Х., Халикова Н.А., Махадова К.Х, Хурсанов Н.М.
Влияние комбинированной терапии на морфофункциональные параметры сердца у больных гипертонической болезнью с коморбидной депрессией 72

Худжагелдиева З.У, Саидов Х.М., Бобоева Б.Р., Ядгарова Л.Р., Муборакдамова Р.Х., Кенжаева Р.А.
Микробная флора кишечника у больных детей с острыми кишечными заболеваниями 77

Шамсидинов А.Т., Ахмедов А., Олимов Х.
Частота распространённости и структура зубочелюстных аномалий у школьников г. Душанбе (на примере средней общеобразовательной школы № 35 им. Ю. Рустамова района Шохмансур г. Душанбе) 83

Khabibulaev Sh.Z., Ganiev D.F., Sanginov J.R., Saifutdinova M.B.
The results of palliative surgical treatment of malignant tumors in mucous membrane of oral cavity

Khalimova F.T.
Cluster approach to assessment of reproductive health of women

Khamidov N.Kh., Khalikova N.A., Makhadova K.Kh., Khursanov N.M.
The impact of combined therapy on the morphofunctional parameters of the heart in patients with hypertensive disease coupled with comorbid depression

Khujageldieva Z.U., Saidov Kh.M., Boboeva B.R., Yadgarova L.R., Muborakkadamova R.Kh., Kenjaeva R.A.
Microbial flora of the intestine in children with acute intestinal diseases

Shamsidinov A.T., Akhmedov A., Olimov Kh.
Prevalence frequency and structure of dental and maxillary anomalies in schoolchildren of dushanbe (on the example of the secondary school №35, Dushanbe)

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Ахмедов А., Ахмедова М.А., Маслова Е.В., Ахмедов Ф.А.
Обобщение опыта здравоохранения в различныхадминистративных регионах Бухарского эмирата и его влияние на состояние здоровья населения того периода 87

Пулатова С.Д., Мироджов Г.К., Азимова С.М.
Цитокины при циррозе печени 94

REVIEWS

Akhmedov A., Akhmedova M.A., Maslova E.V., Akhmedov F.A.
Generalization of healthcare experience in different regions of Bukhara Emirate and its impact on the health of the population in that period

Pulatova S.D., Mirojov G.K., Azimova S.M.
Cytokines at cirrhosis of the liver

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ (КО ДНЮ РОЖДЕНИЯ АБУАЛИ ИБН СИНО)

Файзуллоев Н.Ф., Ходжаева Н.М.
О качествах и свойствах воды в «Каноне врачебной науки» Абуали ибн Сино 98

HISTORY OF MEDICINE (FOR THE BIRTHDAY OF ABUALI-IBN-SINO)

Fayzuloev N.F., Khodjaeva N.M.
About qualities and properties of water in the «The Canon of medicine» of Abuali ibn Sina (Avicenna)

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Научно-практическая сессия Академии медицинских наук Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан на тему «Вода и здоровье человека» 104

INFORMATION FOR AUTHORS

Scientific-practical session of the Academy of Medical Sciences of Ministry of Health and Social Protection of Population of Republic of Tajikistan “Water and human health”

ЮБИЛЕИ

Султанов Д.Д. (60-летие со дня рождения) 106

Баратов А.К. (50-летие со дня рождения) 108

ANNIVERSARYS

On the 60th anniversary of Sultanov D.D.

On the 50th anniversary of Baratov A.K.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616-006; 616-08;616,316-006; 617-53

БАЗАРОВ Н.И., МАХМАДОВ Ф.С., КОСЫМОВ М.М., ИКРОМОВ З.Н.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ

Кафедра онкологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

В статье проанализированы интенсивность болевого синдрома, физическая активность, результаты неинвазивного способа обезболивания №1 при соматических болях у 28 больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области и шеи (ЗОЧЛОШ), получающих паллиативную терапию или при выполнгтт лечебно-диагностических процедур (ЛДП). Анализ оценки интенсивности болевого синдрома у пациентов с ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную терапию, показал, что слабая и умеренная боль наблюдается в 82% клиническтх наблюдений, а сильная, нестерпимая, сильнейшая боль – у 18% больных с ЗОЧЛОШ, что диктует последовательное ступенчатое применение аналгетиков, возрастающей силы действия, по мере увеличения интенсивности боли. Физическая активность больных ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную помощь, в градациях от нормы до умеренно сниженной составила в целом 90%. Эти данные показывают возможность проведения этим пациентам паллиативной помощи амбулаторно. Применение разработанного неинвазивного способа обезболивания №1 на основе 20% раствора димексида с добавлением обезболивающих, антикоагулянта прямого действия и седативных препаратов у больных ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную помощь, вызывает уровни аналгезии от полного до удовлетворительного у 79% пациентов.

Ключевые слова: злокачественные опухоли челюстно-лицевой области и шеи, паллиативная помощь, интенсивность болевого синдрома, физическая активность, результаты неинвазивного способа обезболивания при соматических болях.

BAZAROV N.I., MAHMADOV F.S., KOSIMOV M.M., IKROMOV Z.N.

EVALUATION OF TREATMENT OF SOMATIC PAINS IN PATIENTS WITH MALIGNANT TUMORS OF MAXILL OFACIAL AREA AND NECK WHO RECEIVE PALLIATIVE CARE

Department of Oncology of the Avicenna Tajik State Medical University

The article analyzes the intensity of pain syndrome, physical activity and the results of non-invasive anesthesia method No.1 of somatic pains in 28 patients with malignant tumors of the maxillofacial area and neck (MTMAN) who receive palliative care or when performing medical diagnostic procedures (MDP). Analysis of intensity assessment of pain syndrome in patients with MTMAN who receive palliative care shows that mild and moderate pain is observed in 82% of clinical observations, and a strong and unbearable violent pain in 18% of patients with MTMAN which dictates consistent and stepwise use of analgesics with increasing power of impact according to pain intensity increase. Physical activity of MTMAN patients who receive palliative care, in gradation from normal to moderately reduced, is 90%. This data suggests the possibility of providing out-patient palliative care to these patients. Application of developed non-invasive anesthesia method No. 1 on the basis of a 20% Dimexidum solution with addition of painkillers, direct impact anticoagulant and sedative drugs in MTMAN patients who receive palliative care, has resulted in analgesia level induction from full to satisfactory in 79% of patients.

Key words: malignant tumors of maxillofacial area and neck, palliative care, pain syndrome intensity, physical activity, results of non-invasive anesthesia method of somatic pain.

Актуальность. В последнее десятилетие возникла необходимость потребности в паллиативной помощи, так как возрастает заболеваемость и запущенность больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области и шеи (ЗОЧЛОШ). Несмотря на это, во многих странах мира доступ к качественной паллиативной помощи и уходу за больными при этом очень низкий [1-11]. Согласно пресс-релизу ВОЗ (№ 223 от 12 декабря 2013 г.), в 2012 году было зарегистрировано 14,1 млн. новых случаев заболевания и 8,2 млн. случаев смерти от рака. Учитывая тенденции к росту численности и глобальному старению населения, к 2025 году прогнозируется существенное увеличение числа новых случаев рака до 19,3 млн. [9, 12, 13-15].

Проблемы оказания и оптимизация паллиативной химиотерапевтической помощи онкологическим больным в Республике Таджикистан на сегодняшний день остаются менее изученными, чем другие направления системы общественного здравоохранения и социальной защиты населения. Боль – интегративная функция многих систем организма для защиты от неблагоприятного воздействия внешней среды, направленная на предупреждение вероятного повреждающего воздействия. Международная Ассоциация по изучению боли (IASP) выработала следующее определение: «Боль – неприятное ощущение или эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения». У онкологических больных этот феномен достаточно часто проявляется в форме хронического болевого синдрома. В этом случае боль уже не носит защитной функции, предопределённой ей природой в ходе эволюции, а сама становится болезнью, отягощающей жизнь онкологического больного, и представляет не только медицинскую, но и социальную проблему. Качество жизни и результаты любого вида лечения в онкологии невозможно оценить без учета динамики хронического болевого синдрома.

Патогенетическая классификация боли:

– ноцицептивная боль связана с ирритацией (раздражением) болевых рецепторов. В зависимости от локализации боли ноцицептивная боль может быть висцеральной или соматической. Основные причины висцеральных болей – перерастяжение капсулы паренхиматозных органов, обтурация или сдавление извне полых органов, канцероматоз серозных оболочек. Соматические боли возникают при опухолевом поражении кожи, подкожной клетчатки, надкостницы, суставов, при мышечном спазме, метастазах в кости;

– нейропатическая боль связана с поражением или дисфункцией нервной системы на переферическом или центральном уровнях. В онкологии нейропатическая боль чаще всего связана с прямым повреждением периферических нервов или спинного мозга вследствие их прорастания или сдавления опухолями;

– психогенная боль не связана с ирритацией болевых рецепторов или поражением нервной системы и возникает как реакция на индивидуально значимое эмоциональное воздействие (тяжёлый стресс).

Адекватное местное обезболивание у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области и шеи, получающих паллиативную помощь, позволит реализовать не только онкологические принципы, но и улучшить качество жизни этих сложных пациентов [7, 8, 16, 17]. Кроме того, насущными вопросами неинвазивного адекватного местного обезболивания (МО) у пациентов с ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную помощь, являются: а) обеспечение общедоступности, простоты применения; б) минимальное токсическое влияние на нервную, эндокринную, гуморальную системы, местный иммунитет и заживление послеоперационных ран после выполнения циторедуктивных вмешательств, а также минимальное воздействие на психическую систему пациента.

Цель исследования. Оценить эффективность неинвазивного местного обезболивания у больных при ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную помощь.

Материал и методы исследования. Соматические боли у больных со ЗОЧЛОШ возникают при опухолевом поражении кожи, подкожной клетчатки, надкостницы, суставов, при мышечном спазме, метастазах в кости.

Оценку интенсивности болевого синдрома (ОИБС) мы производили с помощью 5-балльной вербальной шкалы (5БВШ): а) 0 баллов – боль отсутствует; б) 1 балл – имелась слабая боль; в) 2 балла – умеренная боль; г) 3 балла – сильная боль; д) 4 балла – нестерпимая сильнейшая боль.

Для оценки степени физической активности больных с ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную терапию или при выполнении лечебно-диагностических процедур, была применена шкала оценки физической активности (ШОФА): 1) нормальная физическая активность – 0; 2) легкое снижение (может самостоятельно ходить, посещать поликлинику и стационар) – 1 балл; 3) умеренное снижение (постельный режим менее 50% дневного времени) – 2 балла; 4) сильное снижение (постельный режим более 50% дневного времени) – 3 балла; 5) крайнее снижение (полный постельный режим) – 4 балла.

Базаров Н.И. – зав. кафедрой онкологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Н.Карабаева 63/1 – 13; тел.: +992951786162; 2347976; email: negmatbazarov @ mail.ru

Степень аналгезии у пациентов с ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную помощь, при условии, когда первоначальная боль до компрессов, оценивалась в 100%: а) боль не отмечается – полная аналгезия; б) боль 1-20% – хорошая аналгезия; в) боль 20-30% – удовлетворительная аналгезия; г) боль 30-60% – слабая аналгезия; д) боль 60-90% – плохая аналгезия; е) боль 90-100% – отсутствие аналгезии.

Нами разработан способ обезболивания №1, который применён у 28 пациентов в возрасте от 55 до 80 лет с ЗОЧЛОШ: 16 (57%) мужчин, 12 (43%) женщин, имеющих Т2, Т3, Т4 стадии распространения по международной системе TNM, которые получали паллиативную помощь после коррекции сопутствующих заболеваний (гипертонической болезни, ишемической болезни миокарда, сахарного диабета и др.). В 8 и 22 часа им накладывались на свод черепа, лицо и шею компрессы на основе 20% раствора димексида с добавлением обезболивающих и седативных лекарственных средств (димексид 99%-10,0; фурацилин 1:5000-10,0; анальгин 50%-2,0; димедрол 1%-1,0; гепарин 50000 ЕД). На следующий день проводилось специальное лечение (паллиативная лучевая или химиотерапия) либо выполнялись лечебно-диагностические процедуры (ЛДП).

Результаты и их обсуждение. Способ обезболивания №1 нами апробирован и внедрен в клиническую практику в Республиканском онкологическом научном центре (РОНЦ), Национальном медицинском центре РТ, университетской клинике ТГМУ им. Абуали ибн Сино, Научно-клиническом институте стоматологии и челюстно–лицевой хирургии РТ, больнице медико-санитарной части Алюминиевого завода «Талко» г. Турсунзаде в период с 2000 по 2016 годы. Оценка интенсивности болевого синдрома у больных с ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную помощь, была проведена с помощью 5БВШ и ОИБС (рис. 1). Результаты оценки по 5БВШ у больных с ЗОЧЛОШ показали следующее: а) 0 баллов – не отмечено; б) 1 балл – у 5 (18%) пациентов; в) 2 балла – у 18 (64%); г) 3 балла – у 4 (14%); д) 4 балла – у 1 (4%)

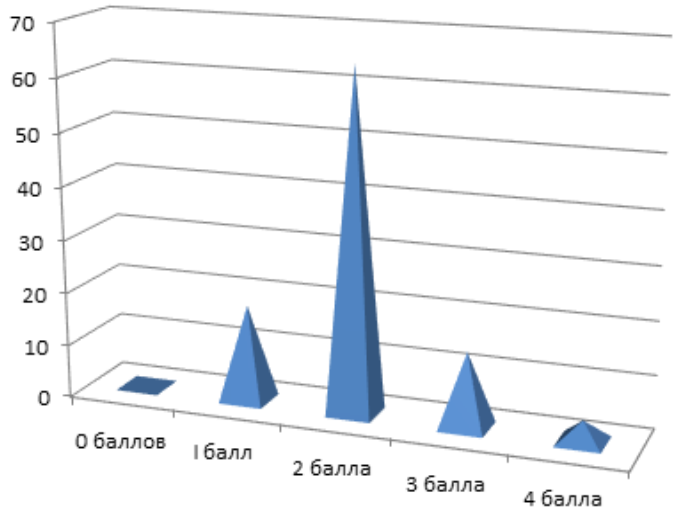


Рис 1. Результаты оценки интенсивности болевого синдрома у больных с ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную терапию, в баллах

Оценка интенсивности болевого синдрома у больных с ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную терапию или когда выполнялись ЛДП, проиллюстрировала, что слабая и умеренная боль наблюдалась в 82% клинических наблюдений, сильная и нестерпимая сильнейшая боль - у 18% больных. Одним из значимых аспектов у больных ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную терапию или при выполнении лечебно-диагностических процедур, является их физическая активность, которая позволяет предупреждать развитие у них легочно-сердечных нарушений и осложнений, а также проводить паллиативную помощь амбулаторно. Оценка степени физической активности больных с ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную терапию или при выполнении лечебно-диагностических процедур, проводилась по шкале оценки физической активности (ШОФА): 1) нормальная физическая активность отмечена у 8 (29%) больных; 2) легкое снижение – у 15 (54%) пациентов; 3) умеренное снижение – у 2 (7%); 4) сильное снижение – у 2 (7%); 5) крайнее снижение – у одного пациента (3%) (рис. 2).

Следует отметить, что физическая активность от нормы до умеренно сниженной составила в целом 90% у больных ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную помощь. Последние данные указывают на возможность проведения этим пациентам паллиативной помощи амбулаторно, а также на

возможное предупреждение различных местных и общих осложнений паллиативной помощи и специального лечения у больных ЗОЧЛОШ. Среди 28 больных со ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную помощь, физическая активность была снижена у 10% пациентов, в параметрах от сильной до крайне сильной, в связи с чем этих пациентов клиницисты ориентировали на проведение паллиативной помощи в стенах специализированной клиники.

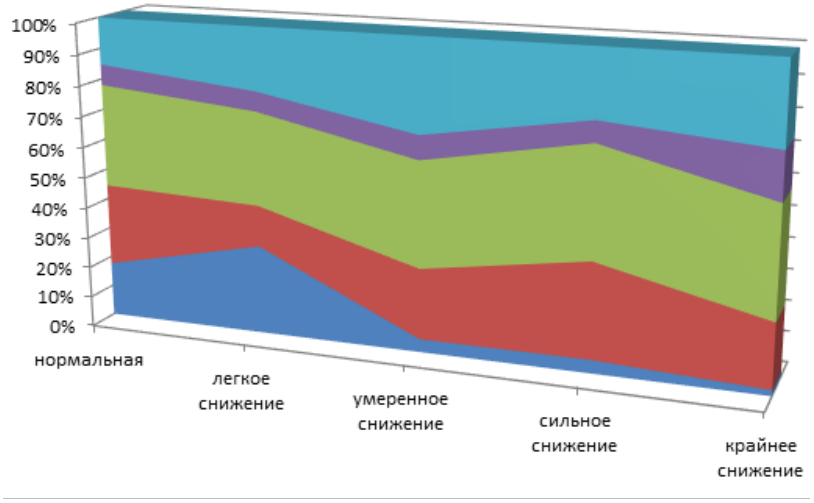


Рис. 2. Физическая активности больных с ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную терапию

Одним из важных объективных критериев любого вида обезболивания является определение процента его эффективности. Данные о проценте обезболивания у больных с ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную терапию или при выполнении ЛДП, представлены на рисунке 3: а) боли нет – полная аналгезия наблюдалось у 2 (7%) больных; б) боль от 1% до 20% – хорошая аналгезия – у 12 (43%) пациентов; в) боль от 20% до 30% -удовлетворительная аналгезия – у 8 (29%); г) боль от 30% до 60% – слабая аналгезия – у 2 (7%); д) боль от 60% до 90% – плохая аналгезия – у 2 (7%); е) боль от 90% до 100% – отсутствие аналгезии – у 2 (7%) пациентов, что убедительно иллюстрирует достижение в 79% от полного до удовлетворительного уровней анальгезии у пациентов со ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную химиотерапию или при выполнении ЛДП

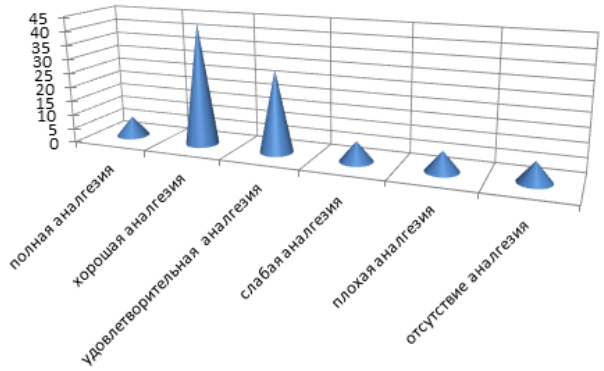


Рис. 3. Процент обезболивания у больных с ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную терапию

Приведенные данные свидетельствуют о довольно значительном преимуществе данного способа местного обезболивания у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области и шеи, получающих паллиативную помощь или при выполнении ЛДП, на основе 20% раствора димексида с добавлением обезболивающих и седативных лекарственных средств. Слабое обезболивание или его отсутствие варьировало от 7% до14% у данной категории больных.

Заключение. Таким образом, слабая и умеренная боль наблюдалась у больных с ЗОЧЛОШ в 82% клинических наблюдений, сильная и нестерпимая, сильнейшая боль - у 18% больных, что диктует необходимость последовательного, ступенчатого применения аналгетиков возрастающей силы воздействия по мере увеличения интенсивности боли. Физическая активность больных с ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную помощь, в градации от нормы до умеренно сниженной составила в целом 90%. Последние данные доказывает возможность проведения паллиативной помощи этим пациентам амбулаторно. Применение разработанного неинвазивного способа обезболивания на основе 20% раствора димексида с добавлением обезболивающих, антикоагулянта прямого действия и седативных лекарственных средств данной категории больных вызывает уровень аналгезии от полного до удовлетворительного у 79% пациентов. Поэтому данный способ обезболивания можно рекомендовать к внедрению в клиническую практику первичного медицинского звена, цен-

тров здоровья, поликлиник, челюстно-лицевых и онкологических отделений, занимающихся злокачественными опухолями челюстно-лицевой области и шеи, которые проводят паллиативную помощь.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Абузарова Г.Р., Прохоров.Б.М. Дифференцированная фармакотерапия болевого синдрома в онкологии // Российский онкологический журнал. – 2009 .-№1. - С. 50-57.

2. Аве Р.К. Исследование состава отделений паллиативной помощи и хосписов в Японии // Проблемы управления здравоохранением. – 2011. -№ 4. -С.49-50.

3. Власов Я.В., Синеок Е.В., Власов Я.В., Дронов Н.П. Анализ основных проблем доступности оказания паллиативной медицинской помощи онкобольным // Вестник Росздравнадзора. - 2015. - № 4. - С. 24-32.

4. Воронов М.И. О состоянии паллиативной помощи в Республике Казахстан // Медицина и качество жизни. - 2012. - № 3.- С. 43-45.

5. Введенская Е.С., Варенова Л.Е. В поисках методологии определения потребности взрослого населения в паллиативной медицинской помощи // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2014. - № 4.- С.31-35.

6. Егорова А.Г., Ищеряков С.Н., Осетрова О.В. и др. Курация и организационно-методическая поддержка системы паллиативной медицинской помощи онкологическим больным в учреждениях здравоохранения Самарской области // Онкология. - 2015. - № 6. - С. 48-56.

7. Злокачественные новообразования в России в 2013 г. (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна., В.В. Старинского, Г.В. Петровой. - М., 2015. - 249 с.

8. Икорский А.А Особенности эмоционального выгорания у специалистов, работающих с умирающими больными // Вестник ПСТГУ IV: Педагогика. Психология. - 2015. - № 1. - С. 102–121.

9. Индейкин Е.Н. Паллиативная помощь в Великобритании (обзор литературы) // Главный врач. - 2004. - № 5. - С. 43-53.

10. Пономарёва И.П. Современная стратегия паллиативной помощи в гериатрии // Медицинская сестра. - 2015.- № 4. -С.4-7.

11. Эккерт Н.В., Игнатенко Е.А., Рудакова С.А., Баскакова Н.А. Хоспис на дому – оптимальная форма организации внебольничной паллиативной помощи // Экономика здравоохранения. – 2009. -№7. – С. 15-20.

12. Новиков Г.А., Рудой С.В., Вайсман М.А. и др. Организационно-методологические подходы к совершенствованию оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в Российской Федерации // Паллиативная медицина и реабилитация.- 2015. - N 4. -С.5-8.

13. Стельмах, Л.В. Галкин А.А. Паллиативная помощь в онкологии: краткий обзор // Вестник Росздравнадзора.- 2015. - № 4. - С. 39-42.

14. Blagbrough J. Importance of sexual needs assessment in palliative care // Nurs Stand. - 2010. - V. 24, N 52. - P. 35-39.

15. Payne S., Radbruch L. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1 // European J. Palliative Care. - 2009. – V. 16, N 6. - P. 278-289.

16. Захарочкина Е.Р. Обзор нормативных правовых актов по общим вопросам оказания паллиативной медицинской помощи // Вестник Росздравнадзора.- 2015 .- № 4.- С.16-23.

17. Ганиев Д.Ф., Хабибуллаев Ш.З., Джурабекова К.М., Сайфутдинова М.Б., Хусейнзода З.Х. Влияние эффекта пролонгации обезболивания на качество жизни онкологических больных // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2016. – № 4. – С. 37-42.

БОЗОРОВ Н.И., МАҲМАДОВ Ф.С., ҚОСИМОВ М.М., ИКРОМОВ З.Н.

БАҲОГУЗОРИИ НАТИҶАИ ТАБОБАТИ ДАРДҲОИ СОМАТИКИИ БЕМОРОН БО ОМОСҲОИ БАДСИФАТИ МАВЗЕИ ҶОҒУ РӮЙ ВА ГАРДАН, КИ ЁРИИ ПАЛЛИАТИВӢ МЕГИРАНД

Кафедраи саратоншиносии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимҳои калидӣ: омосҳои бадсифати мавзеи ҷоғу рӯй ва гардан, ёрии паллиативӣ, шиддати алоими дард, фаъолияти ҷисмонӣ, натиҷаҳои усули ғайриинвазивии таскини дардҳои ҷисмонӣ.

Дар мақола таҳлили шиддати алоими дард, фаъолияти ҷисмонӣ, натиҷаи усули ғайриинвазивии кам кардани дардҳо дар 28 беморе, ки ба омосҳои бадсифати мавзеи ҷоғу рӯй ва гардан (ОБМҶРГ) гирифтор буда, дар рафти табобати паллиативӣ ва ё ҳангоми ичроиши амалиётҳои ташхисию табобатӣ (АТТ) қарор доштанд, оварда шудаast. Таҳлили баҳодиҳии шиддати алоими дард дар беморони гирифтори ОБМҶРГ, ки табобати паллиативӣ қабул менамуданд, нишон дод, ки дарди суст дар 82% ҳолат, дарди сахт ва шадиди тоқатфарсо дар 18% беморон ҷой дорад, ки ин ба истифодаи аналгетикҳо вобаста ба афзоиши шиддати дард тадричан зина ба зина водор мекунад. Фаъолияти ҷисмонии беморони дорои ОБМҶРГ, ки табобати паллиативӣ қабул мекунанд дар дараҷабандӣ аз меъёр то мӯътадил пасткардашуда 90%-ро ташкил намуд. Маълумотҳои охирин будани имконияти расонидани табобати паллиативиро дар шароити амбулаторӣ ба беморони мазкур нишон медиҳанд. Истифодаи усули коркардшудаи бедардкунӣ бо истифодаи маҳлули 20% димексид бо иловаи маводҳои таскиндиҳандаи дард, антикоагулянтҳои таъсирашон мустақим ва маводҳои седативӣ ба беморони дорои ОБМҶРГ, ки ёрии паллиативӣ қабул мекарданд, натиҷаҳои аз дараҷаи пурра то қаноатбахши аналгезияи 79% беморон оварда расонид.

УДК 616-006.02-13.8 (575.2) (04)

[1]ГАНИЕВ Д.Ф., [2]ХАБИБУЛАЕВ Ш.З., [1,2]ДЖУРАБЕКОВА К.М.,
[3]ШАРАПОВА Н.М., [1,2]САЙФУТДИНОВА М.Б.

ОЦЕНКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

[1]ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ
[2]Кафедра онкологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино
[3]Кафедра психиатрии и наркологии им проф. М.Г. Гулямова ТГМУ им. Абуали ибн Сино

В статье рассмотрена необходимость оценки психосоматического статуса у онкологических больных с запущенными стадиями опухолевого процесса при оказании паллиативной помощи. Использование системы оценки интенсивности симптомов Эдмонтона позволяет обеспечить адекватный контроль над наиболее тягостными проявлениями опухолевого процесса и назначить комплекс мероприятий, направленных на их нивелирование, что значительно улучшает качество жизни этой категории больных. Наиболее выраженными симптомами заболевания, наряду с болевым, являются депрессия и тревога, что диктует необходимость оказания не только медицинской, но и психологической помощи. Подчеркнута необходимость комплексного подхода в решении этой сложной задачи современной онкологии.

Ключевые слова: онкологические больные, психосоматический статус, паллиативная помощь.

[1]GANIEV D. F., [2]KHABIBULAEV SH. Z., [1,2]DZHURABEKOVA K. M.,
[3]SHARAPOVA N. M., [1,2]SAIFUTDINOVA M.B.

ASSESMENT OF PSYCHOSOMATIC STATUS IN PROVISION OF PALLIATIVE CARE TO ONCOLOGICAL PATIENTS

[1]State Establishment «Republican Oncological Scientific Center» of Ministry of Health and Social Protection of Population of Republic of Tajikistan
[2]Department of Oncology of the Avicenna Tajik State Medical University
[3]Department of Psychiatry and Narcology of the Avicenna Tajik State Medical University

The article analyzes the necessity of evaluation of psychosomatic status in oncological patients with neglected stages of tumor processes in provision of palliative care. The use of Edmonton symptom intensity evaluation system allows to provide adequate control over the most painful onsets of tumor processes and assign a set of activities aimed at their leveling which significantly improves the quality of life of this category of patients. The most expressed symptoms of disease along with pain, are depression and anxiety which dictate the need to provide not only medical but also psychological assistance. The need for an integrated approach in solving this complex problem of modern oncology is emphasized.

Key words: oncological patients, psychosomatic status, palliative care.

Актуальность. Общим для всех пациентов на поздних стадиях развития онкологического заболевания является наличие психоэмоционального стресса, значительно ухудшающего качество жизни. Его причинами могут являться: прогрессирование болезни, особенности личности больного, наличие патологических симптомов, социальные, бытовые, культурные, духовные проблемы, проводимое лече-

ние и взаимоотношения с медицинскими работниками. Психический стресс часто описывается как страх, тревога или депрессия, однако пациенты с распространённым раком могут испытывать ряд других эмоциональных проблем. Эти проблемы далеко не всегда свидетельствуют о психопатологии, некоторые из них, например отрицание или пассивность, следует рассматривать как клиническое проявление компенсаторных механизмов, поскольку даёт пациенту время, чтобы примириться с ситуацией [1, 2, 3].

Е. Кассел [4] подчеркивал, что «тело не страдает, страдает все человеческое существо». Страдание складывается из многих компонентов: боль; невозможность себя обслуживать; ощущение собственной беспомощности и обузы для окружающих; чувство вины; страх и беспомощность в связи с ожиданием приближающейся смерти; чувство горечи из-за незавершенных дел и невыполненных обязательств.

Именно адекватной комплексной помощи больному в конце жизни на сегодняшний день в Таджикистане уделяется недостаточно внимания [5-6]. Неправильным было бы считать, что умирающий больной нуждается только в уходе. На самом деле существует много профессиональных тонкостей, необходимых для облегчения страдания, которые может решить только подготовленный врач. Ведь и умирающему больному, как считают многие специалисты, должна быть оказана не только квалифицированная медицинская помощь, но и психотерапия, что позволит значительно повысить качество его жизни.

Цель исследования. Провести анализ психосоматического статуса больных с генерализованными формами злокачественного процесса.

Материал и методы исследования. В основу исследования положен анализ психосоматического статуса 87 пациентов с различными локализациями злокачественных новообразований: 34 (39,1%) больных страдали раком молочной железы, 21 (24,1%) имели поражение печени, 18 (20,7%) – рак желудка, у 14 (16,1%) пациентов было установлено метастатическое поражение органов и тканей из невыявленного первичного очага. Мужчин было 43 (49,4%), женщин – 44 (50,6%). Возраст больных варьировал в пределах 20-89 лет, из которых 66,7% относились к категории 40-69 лет.

В зависимости от вида лечебных мероприятий больные были разделены на три группы. Симптоматическое лечение было проведено 29 (33,3%) больным (*первая группа*), у которых при первичном обращении была установлена IV стадия опухолевого процесса; *вторую группу* составили 33 (37,9%) пациента, получивших специальные методы лечения (хирургическое, лучевое или химиотерапевтическое), но с паллиативной целью; *третью группу* составили 25 (28,7%) больных, которые были переведены из II клинической группы в IV ввиду неэффективности проводимой терапии.

Нами проводились социологические опросы пациентов с применением системы оценки симптомов Эдмонтона ESAS (The Edmonton Symptom Assessment System). Опросник позволяет оценить выраженность симптомов, наиболее часто встречающихся у онкологических больных: слабость, боль, тошнота, подавленность, чувство тревоги, потеря аппетита, сонливость, одышка, общее плохое самочувствие.

Статистическую значимость различия показателей между всеми группами определяли по критерию χ^2 медианного теста и по Т-критерию Вилкоксона, определение достоверности результатов исследования проводили с помощью t – критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Всем 87 пациентам паллиативная помощь осуществлялась мобильной бригадой ГУ РОНЦ МЗ СЗН РТ с целью сокращения затрат как медицинских учреждений, так и самих пациентов. Необходимо особо подчеркнуть, что данная методика оказания паллиативной помощи в Таджикистане приобретает особое значение из-за ограниченных ресурсов в системе здравоохранения, так как не требует дополнительных затрат на технологии и лабораторные анализы.

До начала оказания мобильной паллиативной помощи мы оценивали состояние пациентов по критериям шкалы Эдмонтона, анкету заполняли члены группы либо родственники или волонтеры, ухаживающие за больными. На каждого больного выделяли от 25 до 60 минут для оказания медицинской и психологической помощи.

Таким образом больному предлагали оценить выраженность каждого из указанных симптомов в баллах с помощью цифровой оценочной шкалы от 0 до 10 баллов (0 – отсутствие симптома, 10 – симптом максимально выражен). Также предусмотрена дополнительная цифровая оценочная шкала, на которой пациент указывал симптом, который не представлен в опроснике, но который беспокоил пациента. Результатом оценки является цифровое значение выраженности каждого симптома, а также суммарный индекс дистресса.

Оценка интенсивности симптомов по числовой шкале Эдмонтона у 87 пациентов показала следующие результаты (рис. 1).

При анализе выраженности симптома применяют следующую градацию степеней тяжести:

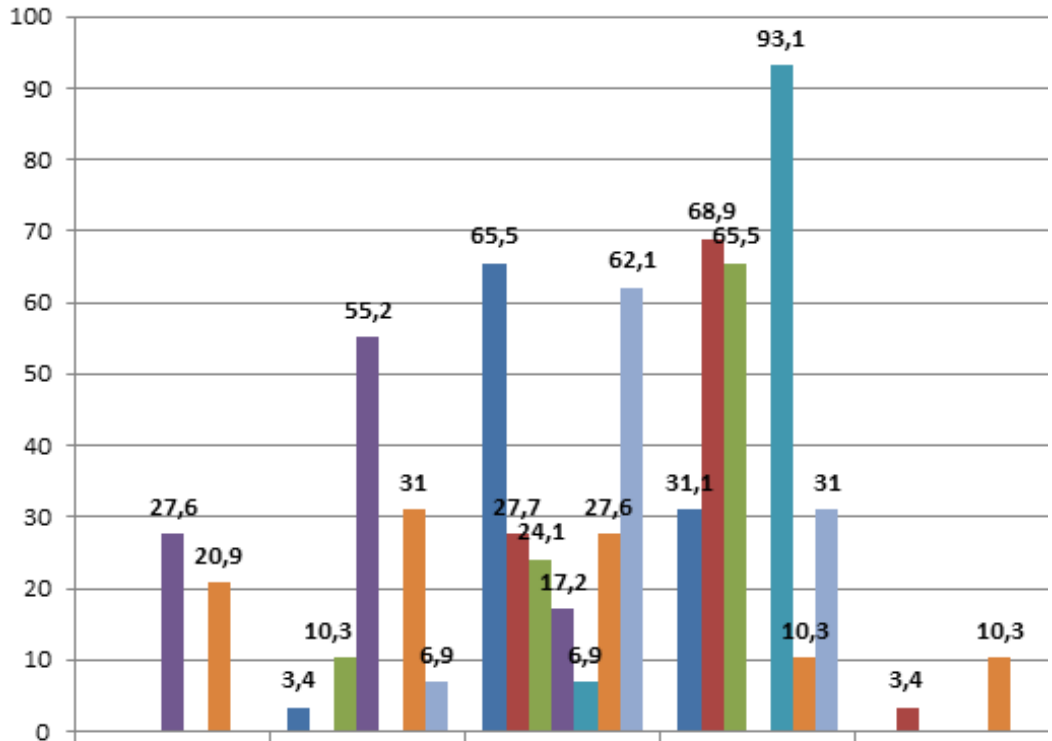
1-3 балла – незначительно выраженный симптом;

4-6 баллов – умеренно выраженный симптом;

7-10 баллов – значительно выраженный симптом.

При превышении пороговых значений (4 балла) симптом начинает оказывать существенное влияние на жизнедеятельность больного, и в этом случае следует рассмотреть мероприятия по его контролю (рис. 2, 3, 4).

Ганиев Д.Ф – зам. директора по организационно-методической работе ГУ Республиканского онкологического научного центра МЗиСЗН РТ; тел.: + 992 918 82 45 81; e-mail: onkologdilovar@mail.ru



	5 баллов	6 баллов	7 баллов	8 баллов	9 баллов
боль		3,4	65,5	31,1	
усталость			27,7	68,9	3,4
сонливость		10,3	24,1	65,5	
тошнота	27,6	55,2	17,2		
потеря аппетита			6,9	93,1	
одышка	20,9	31	27,6	10,3	10,3
депрессия		6,9	62,1	31	

Рис. 1. Показатели симптомов по шкале Эдмонтона у исследованных больных (n=87), %

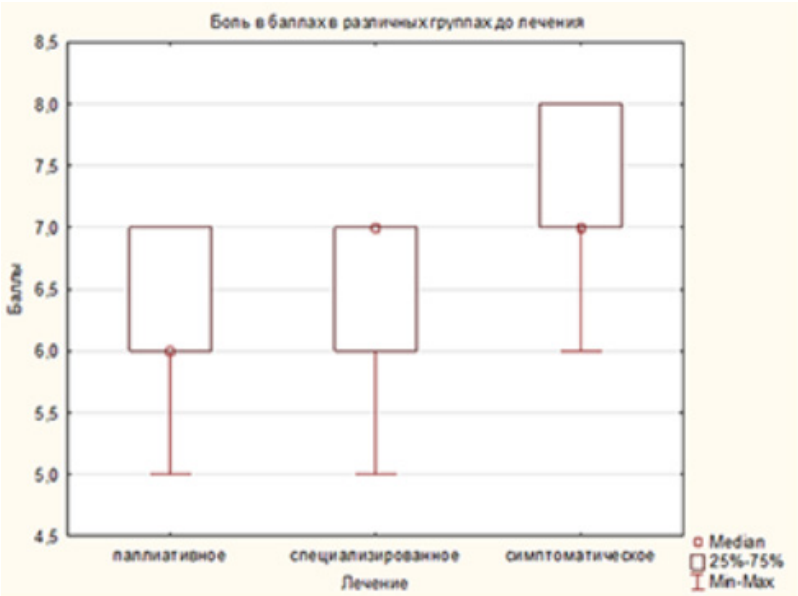


Рис. 2. Градация болевого синдрома по системе Эдмонтона в исследуемых группах

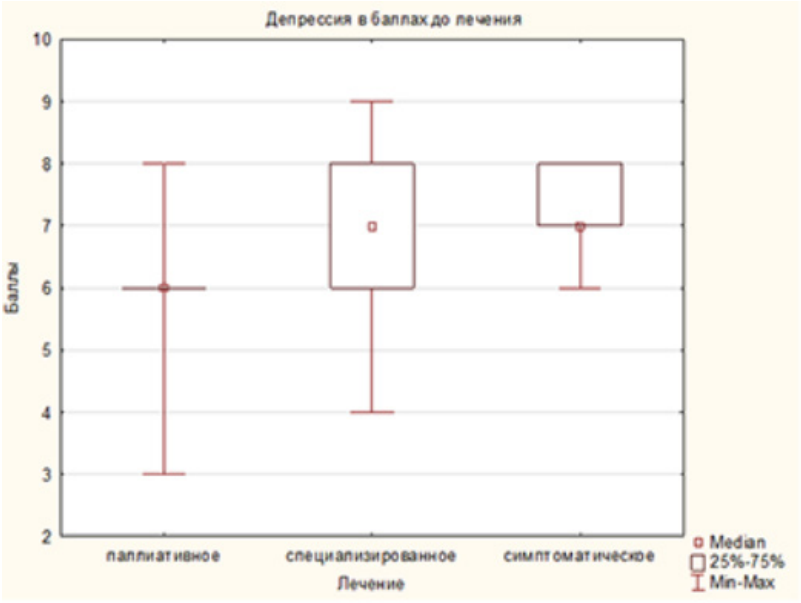


Рис. 3. Оценка депрессии по системе Эдмонтона в исследуемых группах

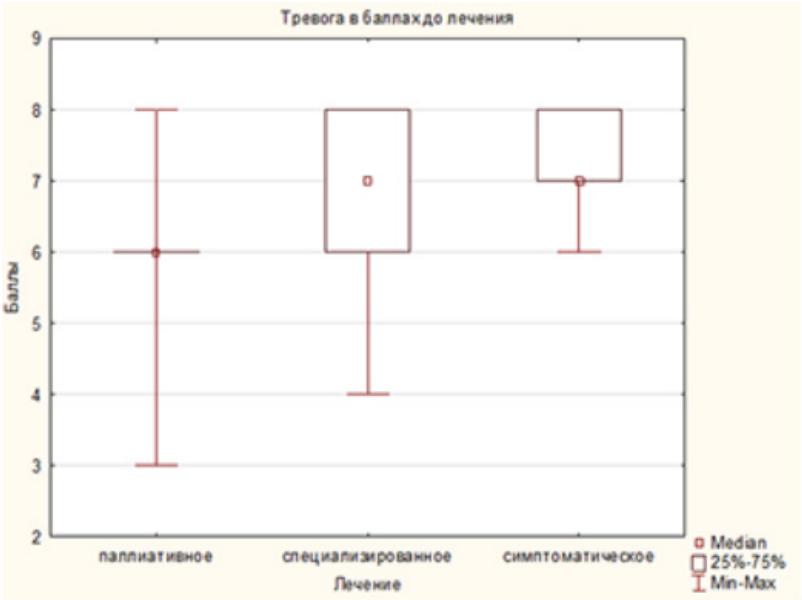


Рис. 4. Оценка уровня тревоги по системе Эдмонтона в исследуемых группах

Как видно из приведенных рисунков, такие симптомы, как боль, депрессия, тревога ($p<0,001$) были ведущими во всех группах, имея градацию 7 баллов и выше, что требует усиленного внимания к контролю данных симптомов, которые значительно снижают качество жизни больных и подразумевает более активную лечебную тактику.

Помимо лечебных манипуляций и купирования болевого синдрома, особое внимание было уделено психологическим аспектам. Так, больные были обучены навыкам снятия стресса, когнитивной и поддерживающей психотерапии, назначена лекарственная терапия – транквилизаторы, антидепрессанты.

Оценка симптомов у онкологических больных с запущенными стадиями позволила обеспечить адекватный контроль над наиболее тягостными проявлениями опухолевого процесса и назначить комплекс мероприятий, направленных на их нивелирование (табл. 1).

Оценка интенсивности как соматических, так невротических и психотических симптомов у больных с диссеминированным злокачественным процессом при оказании паллиативной помощи направлена на полный контроль и управление болью, а также купирование других тягостных симптомов; предоставление медицинских, социальных, психологических услуг по потребностям с учётом индивидуальных

потребностей каждого пациента, что в свою очередь позволяет координировать работу с профильными специалистами, оказывающими необходимую помощь и консультации.

Сравнительная оценка симптомов до и после лечения (Me [25q; 75q]; n=87)

Симптомы	До лечения	После лечения	P
Боль	6,0 [6,0; 7,0]	3,0 [3,0; 4,0]	<0,001
Усталость	7,0 [6,0; 7,0]	4,0 [3,0; 4,0]	<0,001
Сонливость	6,0 [6,0; 7,0]	3,0 [3,0; 4,0]	<0,001
Тошнота	5,0 [5,0; 5,0]	2,0 [2,0; 2,0]	<0,001
Аппетит	7,0 [6,0; 7,0]	4,0 [3,0; 4,0]	<0,001
Одышка	6,0 [5,0; 8,0]	3,0 [2,0; 5,0]	<0,001
Депрессия	6,0 [6,0; 6,0]	3,0 [3,0; 4,0]	<0,001
Тревога	6,0 [6,0; 6,0]	3,0 [3,0; 3,0]	<0,001
Плохое самочувствие	7,0 [7,0; 7,0]	4,0 [4,0; 4,0]	<0,001
Запор	3,0 [3,0; 4,0]	0,0 [0,0; 1,0]	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей до и после лечения (по Т-критерию Вилкоксона)

Оценка интенсивности как соматических, так невротических и психотических симптомов у больных с диссеминированным злокачественным процессом при оказании паллиативной помощи направлена на полный контроль и управление болью, а также купирование других тягостных симптомов; предоставление медицинских, социальных, психологических услуг по потребностям с учётом индивидуальных потребностей каждого пациента, что в свою очередь позволяет координировать работу с профильными специалистами, оказывающими необходимую помощь и консультации.

Мы считаем, что наиболее эффективный метод работы – работа группой, в которую должны входить разные по профессиональному уровню члены команды и привлекаемые в различное время, основываясь на потребностях больного, врач, медсестра, психосоциальный работник, религиозный деятель, волонтеры, ухаживающие родственники, соседи. Сам пациент рассматривается как основной член команды, с участием которого строится вся работа.

Заключение. Таким образом, оценка интенсивности симптомов с использованием шкалы Эдмонтона позволила определить степень выраженности нарушений в психосоматическом статусе онкологических больных, провести соответствующую корригирующую терапию и улучшить качество оказываемой паллиативной помощи.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Чиссов В.И. Онкология. Национальное руководство / под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 624 с.

2. Чиссов В.И. Руководство по онкологии. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008. – 840 с.

3. Wang L., Piet L., Kenworthy C.M. et al. Association between palliative case management and utilization of inpatient, intensive care unit, emergency department, and hospice in Medicaid beneficiaries // Am. J. Hosp. Palliat. Care. - 2015.- № 3.- P. 32-216.

4. Cassell E. The nature of suffering and the goals of medicine // NewEngl. J. Med. - 1982. - V. 306. - P. 639-645.

5. Зикиряходжаев Д.З., Абиджанова Н.Н., Махмудова Л.Ш. и др. Этика и деонтология в паллиативной медицине: метод. рекомендации. – Душанбе, 2012. - 12 с.

6. Зикиряходжаев Д.З., Абиджанова Н.Н., Хусейнов З.Х. и др. Паллиативная помощь в онкологии: метод. рекомендации. - Душанбе, 2012. - 16 с.

[1]ҒАНИЕВ Д.Ф., [2]ҲАБИБУЛАЕВ Ш.З., [1,2]ДЖУРАБЕКОВА К.М.,
[3]ШАРАПОВА Н.М., [1,2]САЙФУТДИНОВА М.Б.

БАҲОГУЗОРИИ ҲОЛАТИ ПСИХОСОМАТИКӢ ҲАНГОМИ РАСОНИДАНИ ЁРИИ ПАЛЛИАТИВИИ БЕМОРОНИ ОНКОЛОГӢ

[1]МД «Маркази илмии чумҳуриявии саратоншиносӣ» ВТ ва ҲИА ҶТ
[2]Кафедраи саратоншиносии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино
[3]Кафедраи бемориҳои руҳӣ ва наркологии ба номи профессор М.Г. Гулямов ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибн Сино

Калимаҳои калидӣ: беморони онкологӣ, ҳолати психосоматикӣ, ёрии паллиативӣ.

Дар мақола зарурати баҳогузории ҳолати психосоматикии беморони онкологӣ бо марҳилаҳои ниҳоии ҷараёни беморӣ ҳангоми ёрии паллиативӣ мавриди баррасӣ қарор гирифтааст. Истифодаи системаи баҳогузории шиддати нишонаҳои Эдмонт имкон медиҳад, то назорати боэътимод нисбати аломатҳои нисбатан вазнини ҷараёни беморӣ бурда шуда, маҷмӯи чораҳои бартараф намудани онҳо таъин гардад ва ин дар навбати худ сифати зиндагии ин гурӯҳи беморонро нисбатан беҳтар менамояд. Яке аз нишонаҳои бараълои беморӣ дар баробари дард ин таназзул ва ҳаяҷон мебошад, ки ҳатмӣ будани на танҳо ёрии тиббӣ, балки ёрии руҳиро низ таъкид менамояд. Ҳатмӣ будани муносибати маҷмуавӣ дар ҳалли ин масъалаи мураккаби онкологияи муосир қайд карда шудааст.

УДК 616.393 – 053.3

ИСМОИЛОВ К.И., РАСУЛОВА С.А.

СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ ПИТАНИЯ

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

У детей с прогрессированием хронического расстройства питания отмечалось синхронное снижение содержания сывороточных иммуноглобулинов и гемоглобина в периферической крови со снижением цветового показателя. Это свидетельствует об угнетении гуморального звена иммунитета, нарастающей неэффективности гемопоэза в зависимости от степени выраженности гипотрофии, как одного из неблагоприятного преморбидного фона у детей.

Ключевые слова: хронические расстройства питания, гематологические показатели, иммуноглобулины, белково-дефицитная анемия.

ISMOILOV K. I., RASULOVA S. A.

STATUS OF SOME HEMATOLOGICAL AND IMMUNOLOGICAL INDICATORS IN CHILDREN WITH CHRONIC NUTRITIONAL DISORDERS

Department of Child Diseases N 2 of the Avicenna Tajik State Medical University

The authors found that in children with progression of chronic nutritional disorder the synchronous reduction of serum immunoglobulins and hemoglobin in peripheral blood with reduction of color index was observed. This indicates inhibition of humoral immunity, growing inefficiency of blood formation depending on state of hypotrophy as one of the unfavorable premorbid background in children.

Key words: chronic nutritional disorders, hematological indicators, immunoglobulins, protein deficiency anemia.

Актуальность. Хроническое расстройство питания (ХРП) с проявлением гипотрофии является наиболее актуальной проблемой в педиатрии в условиях современного мира. По оценкам ВОЗ, в 2013 году во всем мире 161,5 миллиона детей в возрасте до пяти лет отставали в росте, и у 50,8 миллиона детей было низкое соотношение массы тела к росту, в основном, как последствия ненадлежащего кормления или повторных инфекций, в то время как 41,7 миллиона детей имели избыточную массу тела или ожирение.

В 2009 году около 29% детей во всех регионах Таджикистана страдали дефицитом массы тела. Самые высокие показатели дефицита массы тела отмечены у детей в Хатлонской и Горно-Бадахшанской автономной областях, самый низкий – в Душанбе. Распространенность анемии среди детей в стране составляет 28,2%, однако, в Горно-Бадахшанской автономной области этот показатель равен 39,8%, в Районах республиканского подчинения – 32% [1].

Своевременное и адекватное обеспечение растущего организма нутриентами является важнейшей задачей и проблемой педиатрии, однако распространенность гипотрофии в зависимости от экономического развития страны достигает 7-30% [2]. Ежегодно более половины случаев ранней детской смертности от диарейных заболеваний и острых респираторных инфекций являются результатом неадекватного

Исмоилов К.И. – зав. кафедрой детских болезней №2 ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Сомони, 59А; e-mail: IsmoilovK.I@mail.ru

питания. Влияние ХРП на здоровье детей не ограничивается снижением физических кондиций, но также проявляется в нарушениях обмена веществ, функций органов и систем, развитии ребёнка. Установлено, что существенную роль в формировании гипотрофии у детей в условиях Республики Таджикистан играют следующие факторы: материально-бытовые (77,5%), фоновые состояния у детей (68%), характер вскармливания ребёнка на 1 году жизни (64%), наличие сопутствующей патологии у беременных женщин (61,1%), количество перенесённых ОРИ и ОКИ (44,7%), наличие очагов хронической инфекции как у матери, так и у ребёнка (34,3%), социально-биологические (30%) и др. [3]. Развитию эндогенной гипотрофии способствуют: нарушения переваривания, абсорбции и ретенции пищевых веществ; повышенные потребности в нутриентах и энергии (недоношенные дети, врожденные пороки сердца, хроническая патология легких, тяжелые инфекции, сопровождающиеся катаболическим обменом и др.); наследственные и врожденные заболевания обмена веществ. Как ответная реакция на хронический стресс [4], при гипотрофии нарушаются все виды обмена веществ с развитием дефицитных состояний [5-8].

В Таджикистане различными авторами проведено исследование иммуного статуса на вакцинацию против гепатита «В», а также у здоровых и часто болеющих детей в условиях жаркого климата [5]. Состояние гематологических и иммунологических показателей в условиях Республики изучено недостаточно, при полном отсутствии этих данных у детей с гипотрофией. Этой проблеме посвящена данная работа.

Цель исследования. Изучить некоторые гематологические и иммунологические показатели при ХРП у детей.

Материал и методы исследования. Проведено комплексное клинико-лабораторное исследование 89 больных с гипотрофией в возрасте от 2 месяцев до 2 лет, из них мальчиков было 49 (55%), девочек – 40 (45%). Все пациенты находились на стационарном лечении в ГУ НМЦ РТ.

Дефицит массы тела определяли, используя показатель Z-score, который представляет собой отклонение значений индивидуального показателя (масса тела, рост) от среднего значения для данной популяции, деленного на стандартное отклонение среднего значения. В зависимости от дефицита массы тела больные были распределены на 3 группы. Первую группу составили 24 (26,9%) ребёнка с гипотрофией равной -1 СО по показателю Z-score. 30 детей с дефицитом массы тела равному -2 СО составили вторую группу (33,7%). В третью группу были включены 35 (39,3%) детей с дефицитом массы тела -3 СО и -4 СО. Контрольную группу составили 30 условно здоровых детей.

Состояние подкожно-жировой клетчатки оценивали в следующей последовательности:

– на животе – уровень пупка;

– на груди – у края грудной клетки, по передней аксиллярной линии;

– на спине – под лопатками;

– на конечностях – на внутренней задней поверхности бедра и плеча.

Дефицит массы тела определяли по следующей формуле:

$$Д_{масса} - Д_{фактич.} / Д_{масса} \times 100\%$$

У всех детей исследованы показатели периферической крови, определены толщина подкожно–жировой клетчатки, дефицит массы тела, а так же концентрации иммуноглобулинов классов G, A и M методом радиальной иммунодиффузии в геле (Manchini J. et al., 1965).

Обработку данных проводили с использованием компьютерной программой обеспечения Microsoft Exel 2010 непараметрическим методом Манна-Уитни и ANOVA.

Результаты и их обсуждение. При измерении толщины подкожно-жировой клетчатки у детей первой группы наблюдалось её на уровне пупка, грудной клетки (88%), в то же время у детей второй группы подкожно-жировой слой отсутствовал на животе, груди, спине, был сначала на истончён на нижних, затем на верхних конечностях, сохранён на лице (98%). Третью группу больных составили дети с гипотрофией -3СО и -4 СО по показателю Z-score. Подкожно-жировой слой отсутствовал на животе, груди, спине, верхних и нижних конечностях, комочки Биша также отсутствовали (100%).

У детей первой группы эластичность кожи и тургор тканей были снижены, по сравнению с контрольной группой. Кожа у детей второй группы оказалась бледной сухой с сероватым оттенком, легко собирающейся в складки. У детей третьей группы кожа оказалась бледной морщинистой, не расправлялась. Слизистые бледные сухие, отмечались признаки полигиповитаминоза и нарушение пигментного обмена (блефарит, дисхромия кожи и волос, их ломкость, пастозность тканей).

Масса тела убывала в следующем порядке:

первая группа: 11-20% ниже нормы;

вторая группа: 21-30% ниже нормы;

третья группа: выше 30%.

Кривая нарастания массы тела была уплощена во всех группах наблюдения независимо от возраста детей (рис. 1).

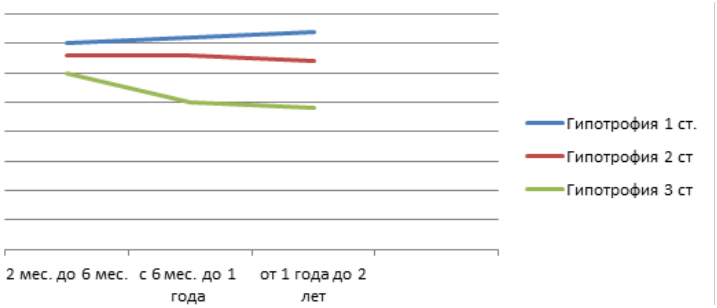


Рис. 1. Кривая нарастания массы тела у детей с гипотрофией

У всех обследованных нами больных на фоне гипотрофии сочеталась соматические патология, взаимосвязь отображена на рисунке 2.

Исходя из данных диаграммы, у обследуемых нами детей экзогенная гипотрофия преобладала над эндогенной, что характерно для условий нашего региона.

Анализируя показатели периферической крови выявлено, что средняя концентрация гемоглобина в пределах возрастной нормы достоверно различалась у детей исследуемых групп (p>0,05).

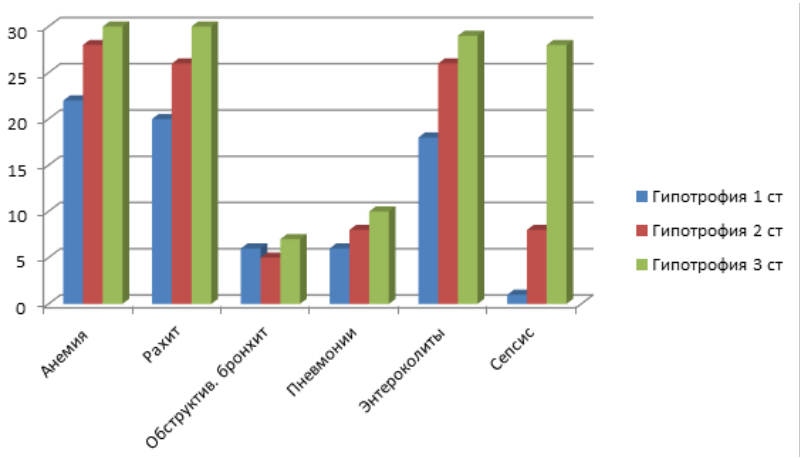


Рис. 2. Распределение детей с гипотрофией в зависимости от сопутствующей соматической патологии

Таблица 1

Показатели периферической крови у детей с гипотрофией

Показатели	**Контрольная группа (n=30)**	**Гипотрофия 1 степени (n=24)**	**Гипотрофия 2 степени (n=30)**	**Гипотрофия 3 степени (n=35)**	**P (ANOVA)**
Эритроциты ($x10^{12}$/л)	4,2-4,8±0,022	2,9-3,9±0,006 p<0,001	2,3-3,3±0,003 p_1<0,001 p_2<0,001	1,7-2,7±0,002 p_1<0,001 p_2<0,001 p_3<0,001	<0,001
Гемоглобин (г/л)	120-140±0,3	90-105±0,5 (p<0,05)	70-89±0,6 p_1<0,05 p_2<0,001	40-69±0,5 p_1<0,05 p_2<0,05 p_3<0,001	<0,001
ЦП	0,8-1,0±0,05	0,7-0,8±0,07 (p>0,05).	0,6-0,7±0,05 p_1<0,001 p_2<0,001	0,5-0,7±0,02 p1<0,001 p2<0,001 p3>0,001	<0,001

Примечание: p - достоверность разницы по сравнению с контрольной группой;
p_1, p_2, p_3 -достоверность разницы между группами исследования

Анемия легкой и средней степеней тяжести отмечалась в 2,5 раза чаще у детей 1-ой и 2-ой групп (p<0,001), кроме того, тяжелая степень анемии была характерна для детей с гипотрофией средней и тяжелой степенями. По мере снижения массы тела с увеличением степени тяжести гипотрофии отмечается тенденция к снижению концентрации эритроцитов (до 1,7-2,7±0,002), при третьей степени гипотрофии (p<0,001), что указывает на развитие анемии у детей с гипотрофией вследствие нарушения гемопоэза.

При исследовании содержания иммуноглобулинов в сыворотке крови (табл. 2) установлено, что уровни Ig A, M, G у больных с первой степенью гипотрофии практически не отличались от соответствующих показателей группы здоровых детей [5], что подтверждается меньшей частотой интеркуррентных заболеваний у данной группы больных. Тогда как у больных со второй и третьей степенями гипотрофии обнаружено достоверное снижение средних показателей Ig A, M, G в сыворотке крови, по сравнению со здоровыми и больными детьми с лёгкой степенью гипотрофии (p<0,001).

Таблица 2

Показатели гуморального иммунитета у детей с гипотрофией, г/л

Степень	Показатели			
	N	IgA	IgM	IgG
Контрольная	30	4,02±0,07	2,1±0,07	12,8±1,06
I степень	24 P	3,98±0,13 >0,05	1,98±0,42 >0,05	13,0±0,51 >0,05
II степень	30 p p_1	3,00±0,02 <0,001 <0,001	1,74±0,08 <0,01 >0,05	<11,4±0,22 <0,05 <0,001
III степень	35 p p_1 p_2	2,01±0,07 <0,001 <0,001 <0,001	1,32±0,06 <0,001 >0,05 <0,001	9,01±0,84 <0,01 <0,001 <0,05

Примечание: p – достоверность разницы по сравнению с контрольной группой;
p_1, p_2 – достоверность разницы между группами исследования

Заключение. Таким образом, в результате проведенных нами исследований обнаружено, что показатели гемограммы, сывороточных иммуноглобулинов у детей с легкой степенью гипотрофии существенно не отличались от соответствующих показателей здоровых детей. В то же время у детей с прогрессированием хронического расстройства питания отмечалось синхронное снижение содержания сывороточных иммуноглобулинов и гемоглобина в периферической крови со снижением цветового показателя. Это свидетельствуют об угнетении гуморального звена иммунитета, нарастающей неэффективности гемопоэза, что связано с дефицитом белков, который способствует нарушению синтеза глобина и транспортных белковых соединений, уменьшению синтеза эритропоэтина, процесса эритропоэза с развитием белково-дефицитных анемий (БДА) [5, 8, 9].

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Шабалов Н.П. Детские болезни.- М.: Питер, 2008.- С. 204-208.

2. Печкуров Д.В., Володина Н.А., Липатова Е.С. Содержание α1-антитриспина и трансферрина в сыворотке крови детей раннего возраста с гипотрофией // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. - 2011.- Т. 90, №1.- С. 44-47.

3. Ситуационный анализ: улучшение экономических результатов посредством расширения программ по питанию в Таджикистане. – Душанбе: UNICEF; The World Bank, 2012.- 9 с.

4. Воронцов И.М., Мазурин А.В. Пропедевтика детских болезней.-СПб.: Фолиант., 2010.- С.- 843-845.

5. Хайдаров Б.М. Детские болезни.- Душанбе: ИРФОН, 2009.- 636 с.

6. Marzia L., Rubert L., Pani P. Specially formulated foods for treating children with moderate acute malnutrition in low-and middle income countries // Cochrane Database of S.P.- 2013.- Issue 10. Art. No: CD- 009584.pub.2

7. Schoonees A., Lombard M., Musekiwa A., Etienne Nel., Volmin J. Ready-to-use therapeutic food for home-based treatment of severe acute malnutrition in children from six months to five years of age // Cochrane Database of S.P.- 2013.- Issue 10. Art. No: CD -009000.pub2

8. De-Regil M., Jefferds M., Sylvetsky A., Dowswel T. Intermittent iron supplementation for improving nutrition and development in children under 12 years of age //Cochrane Database of S.P.- 2011.- Issue 1. Art. No: CD-009085.pub2.

ИСМОИЛОВ К.И., РАСУЛОВА С.А.

ВАЗЪИ БАЪЗЕ НИШОНДОДҲОИ ГЕМАТОЛОГӢ ВА ИММУНОЛОГӢ ДАР КӮДАКОНИ ГИРИФТОРИ ИХТИЛОЛИ МУЗМИНИ ҒИЗОХУРӢ (ИМҒ)

Кафедраи беморихои кӯдаконаи №2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: ихтилоли музмини ғизохурӣ, нишондодҳои гематологӣ, иммуноглобулинҳо, камхунии норасоии сафеда.

Аз ҷониби муаллифон муайян карда шуд, ки дар кӯдакон бо авҷгирии ихтилоли музмини ғизогирӣ пастшавии яквақтаи миқдори иммуноглобулинҳо ва гемоглобин дар хун бо пастшавии нишондоди ранги хун ба қайд гирифта мешавад. Ин аз мазлумшавии звенои гуморалии масуният, бенатиҷагии ботадриҷи гемопоэз вобаста аз марҳилаи ифодаёбии гипотрофия ҳамчун як омили номусоиди заминаи преморбидии кӯдакон шаҳодат медиҳад.

УДК 616.342-089

КОДИРОВ Ф.Д., КАДЫРОВ Д.М., АМОНОВ У.М.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ РУБЦОВО-ЯЗВЕННЫХ ДУОДЕНОСТЕНОЗОВ

ГУ «Институт гастроэнтерологии МЗ и СЗН Республики Таджикистан»

В статье обобщён опыт хирургического лечения 194 больных с декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом. Выделены четыре степени декомпенсации МЭФ желудка. Разработаны принципы выбора метода операции при декомпенсированном стенозе. Анализированы непосредственные результаты органосохраняющих операций. Установлено, что функциональная декомпенсация МЭФ желудка I–III степеней после устранения стеноза подвергается восстановлению.

Ключевые слова: язвенная болезнь, декомпенсированный стеноз, органосохраняющие операции.

KODIROV F. D., KADIROV D. M., AMONOV U. M.

ORGAN-SAVING SURGICAL TECHNOLOGY IN TREATMENT OF DECOMPENSATED SEAM AND ULCER DUODENAL ATRESIA

State Institution “Institute of Gastroenterology of the Ministry of Health and social Protection of the population of the Republic of Tajikistan”

The article summarizes the experience of surgical treatment of 194 patients with decompensated seam and ulcer stenosis. 4 stages of decompensating of intestine motor-evacuation function are highlighted. The principles of selection of operation methods during decompensated stenosis were developed. Direct results of organ-saving surgeries were analyzed. It was established that the functional decompensating of intestine motor-evacuation function of I-III stages after elimination of stenosis undergoes the restoration.

Key words: ulcer disease, decompensated stenosis, organ-saving surgeries.

Актуальность. Стеноз занимает сегодня третью по частоте позицию после кровотечения (10-15%) и перфорации (6-10%) язвы и диагностируется у 4-8% больных язвенной болезнью [1-2], а в последние годы отмечается тенденция к увеличению доли декомпенсированных состояний, составляющих 20 –42% [3-5].

В настоящее время единого подхода к хирургическому лечению декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки нет. Резекция желудка, по-прежнему, занимает лидирующие позиции в хирургическом лечении язвенной болезни в целом и, в особенности, при декомпенсированном стенозе (ДС) [1].

Кодиров Ф.Д. – 734064, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Маяковского, 2, ГУ Институт гастроэнтерологи; e-mail:gastrotj@yandex.ru

Большинство хирургов считают противопоказанной ваготомию при суб- и декомпенсированном стенозах. Ряд хирургов применение селективной проксимальной ваготомии с дренирующими операциями (СПВ+ДО) считают возможным при ДС [6, 7], другие [2] эту операцию применяют в стадии неполной декомпенсации стеноза, а третьи [8] при ДС рекомендуют двухэтапное органосохраняющее лечение. Основным аргументов противников органосохраняющих операций при декомпенсированном стенозе является развитие поставготомических моторно-эвакуаторных нарушений.

До последнего времени вопрос об обратимости декомпенсации моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) желудка при язвенном стенозе в широком плане не ставился, и до сих пор для

ответа на него мы пользуемся старыми, часто априорными и не подвергавшимися клинической проверке представлениями о стойкости декомпенсации, о якобы прогрессировании этих изменений даже после устранения стеноза. Это вытекает, прежде всего, из уверенности в развитии необратимых изменений в миоструктуре желудка и неспособности её к дальнейшим превращениям. В теории и практике медицины «декомпенсация» прочно ассоциируется с понятием «необратимость». Вопрос кажется ясным и не вызывающим сомнений.

Однако, жизнь заставила снова вернуться к нему и еще раз проверить, так ли все обстоит на самом деле. Необходимость в этом возникла в связи с современной тенденцией в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) применять «функциональные» операции, сохраняющие не только анатомо-функциональную целостность желудка и ДПК, но и восстанавливающие привратниковый «механизм» [6, 8-11]

В настоящее время отсутствуют чёткие критерии для выбора органосохраняющих операций с ваготомией при ДС, позволяющие прогнозировать риск развития послеоперационной атонии желудка и возможность ее профилактики.

Материал и методы исследования. Материалом для настоящего исследования служили результаты обследования и хирургического лечения 288 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), осложнённой стенозом, разделённых на три группы. Основную группу составили 85 больных ДС, у 55 из них была применена СПВ с дренирующими операциями или дуоденопластикой (СПВ+ДО или ДП), у 30 – ДО или ДП без ваготомии. Для сравнения использованы результаты обследования и хирургического лечения двух контрольных групп. В первую из них включены больные компенсированным (41) и субкомпенсированным (53) стенозом, у которых также была применена СПВ + ДО или ДП. Во вторую группу включено 109 больных ДС, у которых применена резекция желудка (по Бильрот-I - 11, Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера – 89, по Ру – у 9). Все больные оперированы в плановом порядке. По возрастному составу и полу сравниваемые группы были сопоставимы.

Больные обследованы по единой схеме, включающей исследования секреторной функции желудка с помощью инсулиногистаминового теста, электрогастрографию, эзофагогастродуоденоскопию, рентгеноконтрастного исследования желудка и двенадцатиперстной кишки.

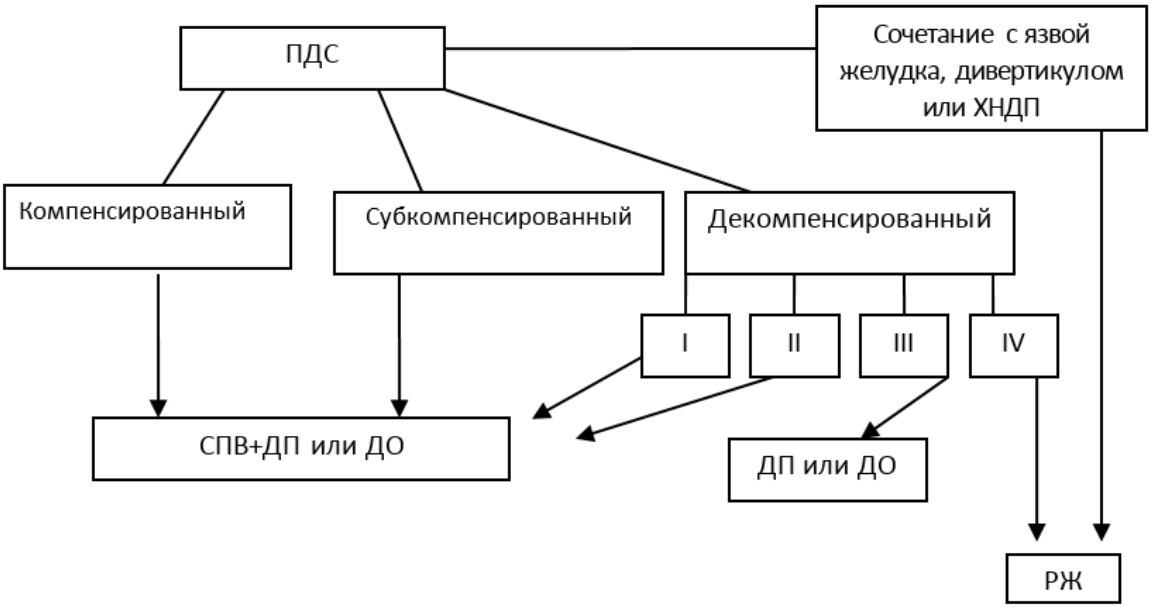
Основным критерием ДС считали задержку полной эвакуации сульфата бария из желудка более 24 часов. У всех больных ДС перед операцией изучалось состояние функциональных резервов МЭФ желудка путём рентгенопланиметрии с церукалом.

Количественные показатели, полученные в ходе исследования, обработаны методами описательной статистики. Результьаты представлены в виде среднего значения (M) и ошибки средней (m) изученных показателей. Достоверность различий показателей между группами определяли с помощью t-критерия Стьюдента. Уровень значимости t-критерия рассчитывали на персональном компьютере с помощью программы «Biostatristics 4. 03» Стентона А. Гланца. Статистически значимым считалось различие между группами при значении $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Предпосылками для применения органосохраняющих операций при ДС явились результаты исследования моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) желудка путём рентгенопланиметрии на фоне её стимуляции церукалом (метоклопрамид). В зависимости от ответной реакции желудка на введение церукала мы выделяем четыре уровня сохранности резервных возможностей МЭФ желудка: I степень (А) – полная эвакуация бария из желудка наступает в течение 30 мин.; II степень (Б) – полная эвакуация бария в течение 60 мин.; III степень (В) – через 60 мин. в желудке сохраняется определенное количество сульфата бария; IV степень (Г) – отсутствие эвакуации из желудка в течение 60 мин.

Исходя из полученных результатов, мы выделяем четыре степени декомпенсации моторно-эвакуаторной функции желудка: функциональная декомпенсация I, II, III степеней и дегенерация миоструктуры желудка IV степени. На этом основании, а также с учётом анализа непосредственных результатов выполненных операций разработан алгоритм выбора метода операции при ДС (схема).

При декомпенсации I степени считали возможным применение СПВ в сочетании с дренирующими желудок операциями или дуоденопластикой без опасения развития ПВГ. При декомпенсации II степени отдавали предпочтение СПВ с ДП, которая в меньшей степени сопровождается гастростазом, чем СПВ с ДО. Выбор метода операции при декомпенсации III-IV степеней зависит не только от степени депрессии МЭВ желудка, но и наличия гастрогенной тетании. Поскольку при декомпенсации III степени существует риск развития ПВГ II или III степеней, но они носят обратимый характер, при наличии гастрогенной тетании, после её устранения, мы отдавали предпочтение дренирующим или дуоденопластическим операциям без ваготомии. При отсутствии гастрогенной тетании считали допустимым применение резекции желудка.



Алгоритм выбора метода операции при рубцово-язвенном ПДС

При декомпенсации IV степени, при наличии признаков гастрогенной тетании, как правило, применяли дренирующие или дуоденопластические операции без ваготомии, а при отсутствии таковой отдавали предпочтение резекции желудка, так как в этой стадии происходят необратимые дегенератитвные изменения в миоструктуре желудка. По этой причине применение органосохраняющих операций с ваготомией может привести к тяжелым нарушениям МЭФ желудка вплоть до гастроплегии.

Выполнение резекции желудка также считаем необходимым при дуоденостенозе, сочетанном с язвой желудка, диаертикулами двенадцатиперстной кишки или хроническим нарушением дуоденальной проходимости.

СПВ+ДО или ДП при декомпенсации I степени выполнены у 31, II степени – у 16, III степени – у 7, IV степени – у 1 больного.

ДО или ДП без ваготомии при декомпенсации III степени выполнены у 25 больных, IV степени – у 5. Это были больные с алиментарной дистрофией или гастрогенной тетанией, у которых расширение объёма операции было нецелесообразным.

Резекция желудка при декомпенсации I степени выполнена у 6 больных, II степени – у 8, III степени – у 40, IV степени – у 55 больных.

Выбор метода дренирующей или дуоденопластической операции зависит от места локализации стеноза. При пилоростенозе в качестве ДО отдаем предпочтение поперечной гастродуоденостомии, при залуковичном дуоденостенозе – различным вариантам ДП. Способ ДО или ДП при луковичном дуоденостенозе зависит от ширины престенотического участка луковицы и степени вовлечения привратника в рубцово-язвенный процесс. При достаточно широком (более 1 см) престенотическом участке луковицы и интактности привратника всегда стремимся к выполнению ДП, а при близости привратника к стенозу и его вовлеченности в рубцовый процесс применяем поперечную гастродуоденостомию.

Анализ непосредственных результатов операций показал, что резекция желудка при декомпенсированном стенозе значительно чаще сопровождается послеоперационными осложнениями, чем органосохраняющие операции (табл. 1).

При этом частота послеоперационных моторно-эвакуаторных нарушений II-III степеней после резекции желудка была выше, чем после органосохраняющих операций. В связи с осложнениями после СПВ+ ДО-ДП релапаротомия выполнена у одного (1,9%) больного, летального исхода не было. После резекции желудка релапаротомия выполнена у 7 (6,5%) больных с летальным исходом у 2 (1,9%).

Изучение частоты ПВГ в зависимости от стадии стеноза показало следующее (табл. 2): суммарная частота ПВГ после СПВ+ДО или ДП при всех стадиях стеноза составила 12,7%, в том числе ПВГ I степени – 8,7%, ПВГ II степени – 2,0%, ПВГ III степени – 2,0%; При компенсированном стенозе послеоперационных нарушений МЭФ желудка не наблюдалось; при субкомпенсированном стенозе ПВГ I степени развился у 4 (7,5%), 11 степени – у 1 (1,8%).

При ДС суммарная частота послеоперационных моторно-эвакуаторных нарушений составила 25,4%. Из этого числа лишь 9,1% (в том числе ПВГ II степени – 3,6%, III степени – 5,5%) можно отнести к осложнениям. Развитие ПВГ I степени у 16,3% больных декомпенсированным стенозом мы относим к обычному течению послеоперационного периода.

Таблица 1

Характер и частота ранних послеоперационных осложнений

Послеоперационные Осложнения	**Метод операции**		
	СПВ + ДО или ДП(n = 55)	**ДО-ДП без ваготомии (n = 30)**	**Резекция желудка (n =109)**
Кровотечение в просвет ЖКТ	1 (1,8%)	–	4 (3,7%)
Несостоятельность швов дуоденальной культи	–	–	2 (1.9%)
Гастростаз II-III степени	5 (9,1%)	3 (10,3%)	13 (12,1%)
Панкреатит	–	–	1 (0,9%)
Послеоперационная кишечная непроходимость	–	–	1 (0,9%)
Непроходимость ГЕА	–	–	1 (0,9%)
Плеврит	–	–	1 (0,9%)
Пневмония	1 (1,8%)	–	1 (0,9%)
ДВС-синдром, ОПН	–	–	1 (0,9%)
Всего	6 (10,9%)*	3 (10,3%)*	25 (21,1%)*

Примечание: * – различия между группами статистически значимы p<0,05

Таблица 2

Частота и тяжесть ПВГ при СПВ + ДО или ДП в зависимости от стадии стеноза

Стадия стеноза	**Степень гастростаза**				**Всего**
	0	**I**	**II**	**III**	
Компенсированная (п = 41)	41	–	–	–	0
Субкомпенсирован. (53)	48	4 (7,5%)	1 (1,8%)	–	5 (9,3%)*
Декомпенсирован. (п = 55)	41	9 (16,3%)	2 (3,6%)	3 (5,5%)	14 (25,4%)*
Всего (n = 149)	130	13 (8,7%)	3 (2,0%)	3 (2,0%)	19 (12,7%)*

Примечание: * – различия между группами статистически значимы p<0,05

При анализе частоты ПВГ в зависимости от степени декомпенсации МЭФ желудка отмечено: частота и степень послеоперационного гастростаза при СПВ+ДО или ДП коррелируют со степенью декомпенсации стеноза; при декомпенсации I и II степеней возможно развитие ПВГ I степени (15,5%), что мы относим к обычному течению послеоперационного периода, все случаи ПВГ II-III степеней (5) развились при уровне декомпенсации III-IV степеней (табл. 3), и они были обусловлены неадекватным выбором метода операции.

Таблица 3

Частота и степень ПВГ в зависимости от степени декомпенсации стеноза после СПВ+ДО-ДП

Нозологии	**Степень ПВГ**			
Степень декомпенсации метод операции	0	I	II	III
I степень СПВ+ДО или ДП (п = 31)	29	2	–	–
II степень СПВ+ДО или ДП (п = 16)*	10	6	–	–
III степень СПВ+ДО или ДП (п = 7)*	2	1	2	2
IV степень СПВ+ДОилиДП (п = 1)*	–	–	–	1
Всего	41	9	2	3

Примечание: * – различия между группами статистически значимы p<0,05

Все случаи гастростаза восстановились после консервативной терапии, повторных хирургических вмешательств в связи с нарушением МЭФ желудка не потребовалось. При гастростазе I степени сроки восстановления эвакуаторной функция желудка составили 8,6±1,2 дней, II степени – 17,5±1,9 дней, III степени – 28,1±2,1 дней (P≤ 0,05).

Отдаленные результаты лечения ДС прослежены у всех больных после СПВ+ДП или ДО (55) и у 76 (71,6%) больных, перенесших резекцию желудка (табл. 4).

Таблица 4

Оценка отдаленных результатов операций по шкале Visick

Метод операции	Visick I отличный	Visick II хороший	Visick III удовлетв.	Visick IV плохой
Резекция желудка (n = 76)	27 (35,6%)*	23 (30,3%)*	14 (18,4%)*	12 (15,7%)*
СПВ+ДО–ДП (n = 55)	44 (80%)*	4 (7,3%)*	5 (9,1%)*	2 (3,6%)*

Примечание: * – различия между группами статистически значимы p<0,05

После органосохраняющих операций с ваготомией суммарно отличные и хорошие результаты получены у 87,3% больных, после резекции желудка – у 65,9%.

Таблица 5

Патологические состояния у больных с декомпенсированным стенозом в отдаленном периоде после операции

Патологические состояния	СПВ+ ДО-ДП (n =55)	ДО–ДП (n=30)	РЖ(n=76)
Рецидив язвы	2 (3,6%)**	2 (6,6%)**	2 (2,5%)**
Демпинг-синдром	2 (3,6%)*	–	16 (20,5%)*
Рефлюкс-гастрит	4 (7,3%)**	2 (6,6%)**	15 (19,8%)*
Синдром приводящей петли	–	–	4 (5,4%)
Железодефицитная анемия	–	–	2 (2,7%)

Примечание: * – различия между группами статистичеси значимы p<0,05;
** – различия статистически незначимы p>0,05

Частота послеоперационных патологических синдромов в зависимости от метода операции представлена в таблице 5.

Анализ показал, что патологические синдромы в отдаленном периоде после оперативного вмешательства в большей степени выражены у пациентов, перенесших резекцию желудка.

Заключение. В достижении оптимальных результатов органосохраняющего лечения ДС важнейшее значение имеет состояние МЭФ желудка. На основании изучения резервных возможностей МЭФ желудка нами выделены четыре степени декомпенсации МЭФ желудка при стенозе. Первые три носят функциональный характер и подвергаются восстановлению после устранения стеноза. Предлагаемые нами критерии позволяют определить возможность применения СПВ с дренирующими или дуоденопластическими операциями и прогнозировать риск развития послеоперационных моторно-эвакуаторных нарушений.

Само понятие «декомпенсация моторно-эвакуаторной функции желудка» использовано в сочетании со стенозом, не позволяющим без его устранения восстановить эту функцию. Данное положение подтверждается результатами наших исследований, свидетельствующих о том, что декомпенсация МЭФ желудка в определённых стадиях носит обратимый характер, и она восстанавливается после устранения стеноза, поэтому при ДС вполне оправдано применение органосохраняющей хирургической технологии.

Однако применение СПВ+ДП или ДО целесообразно при декомпенсации I и II степени. При декомпенсации I степени СПВ с ДО или ДП не приводит к существенному послеоперационному нарушению МЭФ желудка, и она восстанавливается в течение 7-10 дней. При декомпенсации II степени предпочтительнее СПВ+ДП, чем СПВ+ ДО, так как последняя чаще, чем ДП, приводит к развитию эвакуаторных нарушений. При декомпенсации III степени у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском предпочтительным

является применение ДО или ДП без СПВ. У этих больных в отдаленном периоде применение современных антисекреторных препаратов позволяют контролировать уровень кислотной продукции в желудке. При декомпенсации IV степени, когда функциональные резервы МЭФ желудка крайне истощены, а в его миоструктуре происходят дегенеративные изменения, при отсутствии гастрогенной тетании, целесообразно применение резекции желудка, а при наличии таковой – предпочтительны щадящие операции.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XX1 века // Хирургия. – 2007. - № 1. – С. 58 – 64.

2. Захараш М.П., Иоффе А.Ю., Бекмурадов А.Р., Заверный Л.Г., Тарасюк Т.В., Абу Шамсия Р.Н. Хирургическая тактика при язвенном пилородуоденальном стенозе в стадии декомпенсации // Клиническая хирургия. – 2007. - № 7. – С. 39 – 42.

3. Панцырев Ю.М., Чернякевич С.А., Михалёв А.И. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза // Хирургия. – 2003. - № 2. – С. 34 – 37.

4. Reed W.P., Kilkenny J.W., Dias C.E. et al. A prospective analysis of 3235 esophagogastroduodenos-copies performed by surgeons // Surg. Endosc. - 2004. - Vol. 18, № 1. - P. 11-21.

5. Курбанов Ф.С., Асадов С.А., Микаилов Р.Р. Селективная проксимальная ваготомия в сочетании с дренирующими операциями при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2000. - № 7. – С. 37 – 40.

6. Оноприев В.И., Генрих С.Р., Воеводин А.Л., Папандопуло К.И. Технология радикального органосохраняющего лечения язвенной болезни ДПК, осложнённой стенозом // Кубанский научно-медицинский вестник.- 2006. - № 7–8. – С. 54-57.

7. Курыгин А.А. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии: легенды и действительность // Вестник хирургии. – 2006. - № 4. – С. 83 – 86.

8. Дидигов М.Т., Дурлетштер В.М., Кирипиди Г.Т. и др. Хирургическое лечение декомпенсированного рубцово-язвенного дуоденального стеноза // Кубанский научный медицинский вестник.– 2010.- № 3-4.– С.55 – 60.

9. Рухляда Н.В., Назаров В.Е., Ермолаев И.А. Диагностика и лечение язвенной болезни, осложнённой стенозом.- СПб.: ДЕАН, 2006.- 240 с.

10. Афендулов С.А., Журавлёв Г.Ю. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью. – М.: ГОЭТАР-медиа, 2008.- 336 с.

11. Окоемов М.Н., Н.М.Кузин, Н.Н.Крылов, Майорова Ю.Б. Сравнительная характеристика эффективности операций при язвенном пилородуоденальном стенозе // Хирургия. – 2002. - № 5. – С. 26 – 29.

ҚОДИРОВ Ф.Д., КАДЫРОВ Д.М., АМОНОВ У.М.

ТЕХНОЛОГИЯИ ҶАРРОҲИИ УЗВНИГАҲДОРАНДА ДАР ТАБОБАТИ ДУОДЕНОСТЕНОЗИ ДЕКОМПЕНСАТОРӢ

МД «Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерологияи ВТ ва ҲИА Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Калимаҳои калидӣ: бемории захм, стенози декомпенсаторӣ, ҷарроҳиҳои узвнигаҳдоранда.

Дар мақола таҷрибаи табобати ҷарроҳии 149 бемор бо стенози декомпенсатории сабабашон захм шарҳ дода шудааст. Вобаста ба вайроншавии вазифаи таҳлияи хурок аз меъда 4 дараҷаи декомпенсатсия ҷудо шудааст. Натиҷаҳои бармаҳали ҷарроҳиҳои узвнигаҳдоранда таҳлил карда шуд. Муайян карда шуд, ки декомпенсатсияи функсионалии вазифаи таҳлиявии меъда дараҷаҳои I–III баъди бартараф намудани стеноз барқарор карда мешаванд.

УДК. 616.381-002; 616.1;616.34;615.2

[1]КОСИМОВ З.К., [2]КУБИДДИНОВ А.Ф., [2]САФАРОВ Н.В.,
[1]СОЛИЕВ А.Х., [1]ХАМИДОВ Д.Б.

ВЛИЯНИЕ ГЕКОТОНА НА ГЕМОСТАЗ, ВЯЗКОСТЬ И СУСПЕНЗИОННУЮ СТАБИЛЬНОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ

[1]Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]Республиканский научный центр крови РТ

В статье приводятся результаты изучения влияния многокомпонентного сбалансированного коллоидно–гиперосмолярного раствора «Гекотон» на гемостаз, вязкость и суспензионную стабильность эритоцитов крови у больных острым разлитым перитонитом. В группе больных, получивших раствора гекотона, происходит нормализация изученных параметров гемостаза, при отсутствии динамики у пациентов группы сравнения (без применения гекотона).

Ключевые слова: перитонит, гемостаз, вязкость, кишечная недостаточность, лечение, инфузия, гекотон.

[1]KOSIMOV Z. K., [2]KUBIDDINOV A.F., [2]SAFAROV N.V.,
[1]SOLIEV A.KH., [1]KHAMIDOV D.B.

INFLUENCE OF GECOTON ON HEMOSTATIS, VISCOSITY AND SUSPENSION STABILITY OF BLOOD ERYTHROCYTES IN PATIENTS WITH GENERALIZED PERITONITIS

[1]Department of Anesthesiology and Reanimatology of the State Education Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»
[2]Republican Scientific Blood Center of the Republic of Tajikistan

The article presents the results of GECOTON multicomponent, balanced, colloidal and hyperosmolarity solution influence on hemostasis, viscosity and suspension stability of blood erythrocytes in patients with acute generalized peritonitis. In group of patients who received GECOTON solution, the normalization of studied parameters of hemostasis during absence of dynamics in patients of comparison group (without use of GECOTON) was observed.

Key words: peritonitis, hemostasis, viscosity, intestinal insufficiency, treatment, infusion, GECOTON.

Актуальность. Разлитой перитонит относится к тяжелым инфекциям с неудовлетворительным прогнозом: летальность составляет от 25% до 50% [1-3], при развитии полиорганной недостаточности – до 70-90% [1, 2, 4-6]. Огромное значение в патогенезе полиорганной недостаточности при перитоните имеют генерализованные макро- и микроциркуляторные расстройства [2, 3]. Основной причиной возникающих нарушений гемостаза и реологических свойств крови при перитоните является прогрессирующее обезвоживание – гиповолемический шок.

С целью коррекции гиповолемии продолжается поиск «идеального» инфузионного раствора для более физиологического плазмозамещения и восстановления объема циркулирующей

Хамидов Д.Б. – доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.; тел.: +992985530062; e-mail: dr_Khamidov@mail.ru

крови при различных критических ситуациях. В этом отношении определённый интерес представляет многокомпонентный сбалансированный коллоидно-гиперосмолярный раствор нового поколения «Гекотон». Основными действующими веществами препарата являются: ГЭК 130/04, ксилат и натрия лактат. Гекотон обладает гемодинамическими, реологическими, противошоковыми, детоксикационными способностями. Однако, в литературе нет научно подтверждённых данных о характере влияния данного инфузионного препарата на свёртывающую систему крови, вязкость и суспензионную стабильность эритроцитов крови. Благодаря способности гекотона связывать и удерживать воду, препарат увеличивает объём плазмы до 100% от введенного объёма в течение 4-6 часов после инфузии. Исходя из этого, актуальным является изучение влияния препарата «Гекотон» на свёртываемость, вязкость и суспензионную стабильность эритроцитов крови у больных с острым перитонитом.

Цель исследования. Изучение влияния многокомпонентного сбалансированного коллоидно-гиперосмолярного раствора гекотона на гемостаз, вязкость и суспезионную стабильность эритроцитов крови у больных с острым перитонитом.

Материал и методы исследования. Обследовано 58 больных в возрасте от 18 до 85 лет с острым разлитым перитонитом различной этиологии, лечившихся в реанимационном отделении Городской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГКБСМП) г. Душанбе. Из указанного количества больных мужчин было 36 (62,1%), женщин – 22 (37,9%). Реактивная фаза перитонита диагностирована у 18 (31%), токсическая – у 34 (58,6%), терминальная – у 6 (10,3%) больных. В зависимости от включения в комплексную интенсивную терапию острого разлитого перитонита гекотона больные были разделены на две группы: контрольную – 28 пациентов (инфузионную терапию проводили без использования гекотона), основную – 30 больных (в комплекс инфузионной терапии включён гекотон по 5,7 мл/кг сутки внутривенно капельно).

Показатели гемостаза изучали следующими тестами: время свертывания цельной крови (ВСК) по Ли-Уайту, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время по Квику (ПВ), протромбиновый индекс (ПИ), тромбиновое время (ТВ), содержание фибриногена по Классу (Ф) и уровень растворимых комплексов фибрин-мономеров (РФМК).

Вязкость крови определяли вязкозиметром ВК-4, гемоглобин и гематокрит – по Н.М. Шкляру. Суспензионная стабильность эритроцитов крови изучена путем определения скорости оседания эритроцитов (СОЭ) по методу Панченко, скорость свободного оседания эритроцитов (ССОЭ) и реакция вертикальной тонкослойной гемоагломерации (ВТГА) – по Н.М. Шкляру.

Нормой служили результаты исследования гемостаза, вязкости и суспензионной стабильности эритроцитов крови у 20 здоровых людей (доноров).

Все исследования проведены с соблюдением норм биомедицинской этики, получено письменное информированное согласие пациентов.

Результаты наблюдений подвергнуты разностной, вариационной статистической обработке (Ойвин А.И., 1960) с определением M±m и показателя статистической значимости различий (t) и достоверности различий (p) по Стьюденту.

Результаты и их обсуждение. При изучении исходных показателей свертывающей системы у больных с острым разлитым перитонитом в обеих сравниваемых группах (контрольная и основная) отмечено укорочение времени свёртывания крови по Ли-Уайту на 24,6% и 25,2%, укорочение активированного частичного тромбопластинового времени на 9,6% и 8,7%, уменьшение тромбинового времени на 14,6% и 13,7%, повышение протромбинового индекса на 12,4% 11,6%, увеличение содержания фибриногена на 28,6 и 39,8% соответственно по группам. Параллельно было увеличеным содержание растворимых фибрин-мономерных комплексов крови на 26,5% и 37,7%, продуктов деградации фибрина на 18,0% и 28,0% соответственно, по сравнению с показателями здоровых доноров (норма).

Как видно из вышеприведенных фактов, для свёртывающей системы крови обеих групп больных с острым перитонитом была характерна гиперкоагуляция.

После проведения комплексной интенсивной терапии с включением гекотона в программу инфузионной терапии больных основной группы и без включения гекотона у больных контрольной группы отмечалось снижение гиперкоагуляции. Однако, у больных основной группы оно было достоверным, по сравнению с контрольной. При этом время свёртываемости крови по Ли-Уайту увеличилось на 20,5% ($p<0,01$) в основной группе, в контрольной - на 12,8%, протромбиновый индекс снизился на 11,2% ($p<0,05$) и на 6,6% соответственно, активированное частичное тромбопластиновое время - на 12,3% ($p<0,05$) и на 7,4%.

В основной группе пациентов тромбиновое время удлинилось на 18,0% ($p<0,05$), в контрольной - на 11,2%, содержание фибриногена снизилось соответственно на 34,5% и на 17% ($p<0,01$), растворимых фибринмономерных комплексов - на 23,7% ($p<0,001$) и на 15,5%.

Следовательно, у больных с острым разлитым перитонитом при включении гекотона в программу инфузионной терапии отмечает-

ся снижение гомеостатического потенциала вплоть до нормализации параметров гемостаза. У больных контрольной группы, не получивших гекотон, также отмечается снижение уровня гиперкоагуляции, но не до нормальных показателей.

Таблица 1

Динамика показателей гемостаза крови у больных острым перитонитом до и после лечения

Показатели	Норма n=20	Контрольная группа		Основная группа	
		до лечения n=28	после лечения n=28	до лечения n=30	после лечения n=30
ВСК по Ли-Уайту, мин.	7,34±0,20	5,15±0,10***	6,20±0,20	5,40±0,40***	10,25±0,40**
АЧТВ, сек	34,5±0,2	31,2±0,3**	34,4±0,5	31,5±0,3***	37,3±0,2*
ТВ, сек	13,2±0,08	11,3±0,03***	12,5±0,05	12,4±0,08***	14,6±0,1*
ПИ, %	98,0±2,4	108,4±3,0**	101,2±4,0	110,2±2,0***	97,9±9,0*
Фибриноген, г/л	3,3±0,1	4,8±0,2*	3,5±0,3	4,9±0,1***	3,4±0,2**
РФМК, мг%	3,2±0,1	4,2±0,1***	3,35±0,2	4,0±0,2***	3,1±0,1***
ПДФ мкг/л	4,2±0,2	5,7±0,2***	4,7±0,3	5,8±0,1***	4,1±0,2***

Примечание: показатели до лечения сравнены с нормой; показатели после лечения сравнены с показателями до лечения; * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001

При сравнении исходных данных реологических свойств крови у обеих групп (контрольной и основной) больных с острым перитонитом с показателями здоровых людей (доноров) нами отмечено повышение уровня гематокрита (соответственно до 52,0% и 54,0%, вязкости крови (соответственно 6,3±0,3 мПа/сек и 6,2±0,2 мПа/сек) и нарушение суспензионной стабильности эритроцитов крови в виде ускорения СОЭ (22,0±3,0 мм/час и 21,0±2,0 мм/час), ССОЭ (47,0 мм/час и 46,0 мм/час) и положительной реакции вертикальной гемоагломерации – соответственно в 94% и 92% случаях.

Таблица 2

Динамика изменения реологических свойств крови у больных с острым перитонитом до и после лечения

Показатели	Норма n=20	Контрольная группа		Основная группа	
		до лечения n=28	после лечения n=28	до лечения n=30	после лечения n=30
Ht, %	44,0±1,2	52,0±3*	48,0±2	54,0±2***	46,0±2,5**
Вязкость, мПа/сек	4,4±0,2	6,3±0,3***	5,9±0,4	6,2±0,2***	5,3±0,3*
СОЭ, мм/час	15,0±0,3	22,0±3***	16,0±2,0	21,0±1***	14,0±2,0**
ССОЭ, мм/час	28,0±4,0	47,0±3***	42,0±2,0	46,0±2***	36,0±2,0**
ВТГА, %	Отрицательно	94%	40%	92%	28%
РФМК, мг%	3,2±0,1	4,2±0,1***	3,35±0,2	4,0±0,2***	3,1±0,1***
ПДФ мкг/л	4,2±0,2	5,7±0,2***	4,7±0,3	5,8±0,1***	4,1±0,2***

Примечание: показатели до лечения сравнены с нормой; показатели после лечения сравнены с показателями до лечения; * – p <0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001

После проведения комплексного лечения с применением гекотона в дозе 5,7 мл/кг в сутки у больных основной группы реологические свойства крови достоверно улучшились, по сравнению с результатами, полученными в контрольной группе. При этом гематокрит у больных контрольной группы снизился на 14,8%, в основной - на 7,7% (p<0,05), вязкость крови в контрольной группе снизилась на 6,4%, в основной - на 14,5%. Скорость оседания эритроцитов уменьшилась на 27,3% и на

33,4%, ССОЭ - на 10,6% и 34,8% - соответственно в контрольной и основной группах. Положительная вертикальная тонкослойная гемагломерация в основной группе также регистрировалась меньше на 12,0%.

Результатом применения в комплексной программе инфузионной терапии гекотона у основной группы больных с острым разлитым перитонитом стало улучшение реологических свойств крови, что выражалось в восстановлении суспензионной стабильности эритроцитов и снижении вязкости крови, это способствовало повышению насыщения гемоглобина кислородом до 96±0,8% против 92±1,5% исходных, уменьшению продолжительности кишечной недостаточности на 1,7 суток, по сравнению с группой контроля.

Заключение. У больных с острым разлитым перитонитом включение в комплекс интенсивной терапии полифункционального коллоидно-гиперосмотического раствора Гекотон способствует улучшению показателей гемостаза и реологических свойств в виде снижения гемостатического потенциала, вязкости, восстановления суспензионной стабильности эритроцитов крови.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдоминальная хирургическая инфекция. Практическое руководство / под. ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда.- М., Литтерра. 2006. – 168 с.

2. Дябкин Е.А., Лучихина М.Ю., Храбрая А.А., Дедина М.С. Структурно-прогностический анализ использования интегральных гематологических показателей при перитоните // Бюллетень медицинских интернет–конференций.- 2012.- Т.2, №.1.- С. 19-26

3. Неотложная хирургия органов брюшной полости / под ред. П.Г. Кондратенко, В.И. Русина.- Донецк, 2013.- 720 с.

4. Плоткин Л.Л. Органная дисфункция у больных абдоминальным сепсисом. – Челябинск: Книга, 2007. - 531 с.

5. Кулигин А.В., Садчиков Д.В., Лосев Р.З., Архангельский С.М., Громов М.С., Слонова М.М. Изменение соотношения форменных элементов крови при эндогенной интоксикации, обусловленной перитонитом // Саратовский научно-медицинский журнал.- 2012.- Т.8, № 1.- С.57-59.

6. Сафаров А.С., Султонов Ш.Р., Сафаров Б.А. Случай успешного лечения трёхлетнего ребёнка с общим послеоперационным мочевым фиброзногнойным перитонитом, сочетавшимся с инвагинацией кишечника // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2016. – № 2. – С. 16-19.

[1]ҚОСИМОВ З.К., [2]ҚУБИДДИНОВ А.Ф., [2]САФАРОВ Н.В.,
[1]СОЛИЕВ А.Х., [1]ҲАМИДОВ Д.Б.

ТАЪСИРИ ГЕКОТОН БА ГЕМОСТАЗ, ЧАСПАКӢ ВА УСТУВОРИИ СУСПЕНЗИОНИИ ЭРИТРОТСИТҲОИ ХУН ҲАНГОМИ ПЕРИТОНИТҲОИ ПАҲНГАШТА

[1]Кафедраи анестезиология ва реаниматологияи ДТБКСТ ВТ ва ҲИА ҶТ
[2]Маркази ҷумҳуриявии илмии хун

Калимаҳои калидӣ: перитонит, гемостаз, часпакӣ, норасоии рӯдавӣ, табобат, инфузия, гекотон.

Дар мақола натиҷаи омӯзиши таъсири маҳлули бисёрҷузъии баробаркардашудаи гиперосмолярии «Гекотон” ба гемостаз, часпакӣ ва устувории суспензионии эритротситҳои хуни беморони перитонити шадиди паҳнгашта оварда шуда аст. Дар гурӯҳи бемороне, ки маҳлули гекотон истифода бурда шуд нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ ба эътидол омадани нишондодҳои омухташудаи гемостаз ба амал омад.

УДК 616.33-089.85;616-0721;617.51-001

КУРБОНОВ К.М., ПИРОВ У.М., НАЗИРБОЕВ К.Р.

ЧРЕСКОЖНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОСТОМИЯ У ПОСТРАВДАВШИХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Анализированы результаты комплексной диагностики и лечения 120 пострадавших с черепно-мозговой травмой, среди которых у 64 (53,3%) отмечалась легкая степень черепно-мозговой травмы (ЧМТ), у 35 (29,2%) - средняя и у 21 (17,5%) - тяжелая ЧМТ. В 37 (30,8%) наблюдениях пострадавшим с тяжелой (n=19) и средней (n=18) степенями тяжести ЧМТ осуществляли нутритивную поддержку путём формирования чрескожной эндоскопической гастростомии (ЧЭГ), являющейся патогенетически обоснованным методом комплексной профилактики синдрома острого повреждения желудка и кишечной недостаточности, что позволяет снизить частоту развития осложнений и летальности.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, повреждение желудка, чрескожная эндоскопическая гастростомия.

KURBONOV K.M., PIROV U.M., NAZIRBOEV K.R.

PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY IN PATIENTS WITH CRANIOCEREBRAL TRAUMA

Department of Surgical Diseases N 1, Tajik State Medical University named after Abu Ali Ibn Sino

The results of complex diagnostics and treatment of 120 patients with carniocerebral trauma among who 64 (53,3%) had easy stage of carniocerebral trauma (CT), 35 (29,2%) – average and 21 (17,5%) – severe CT, were analyzed. In 37 (30,8%) observations, patients with severe (n=19) and average (n=18) stages of CT went through nutritional support by forming percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) which is pathologically just method of complex prevention of acute intestine damage and intestine insufficiency syndrome which allows to reduce the frequency of complication and lethality development.

Key words: carniocerebral trauma, intestine damage, percutaneous endoscopic gastrostomy.

Актуальность. В настоящее время черепно-мозговая травма (ЧМТ) наряду с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями является одной из важных медико-социальных проблем современного общества [1]. Высокая летальность и инвалидизация – от 25% до 30%, а также прямые и непрямые затраты общества на решение медицинских, социальных проблем, связанных с лечением и реабилитацией пострадавших с ЧМТ, делают данную патологию приоритетной в медицине [2].

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

Необходимо отметить, что при лечении пострадавших с ЧМТ наряду с проведением интенсивной терапии, различных по объёму и характеру оперативных вмешательств важное значение имеет энтеральное питание, которое также влияет на нормализацию гемостаза. Согласно рекомендациям Европейского общества парентерального и энтерального питания, предпочтение следует отдавать энтеральному пути введения питательных веществ [3]. Нутритивное обеспечение является жизненно важным компонентом интенсивной терапии у пострадавших с ЧМТ. В большинстве случаев пострадавшим с ЧМТ энтеральное питание может быть удовлетворено через желудочно-кишечный тракт [4].

Сложность проблемы нутритивной поддержки пострадавшим с ЧМТ заключается в том, что не всегда бывает возможным проведение назогастрального зонда при тяжелом, критическом состоянии больного [5, 6]. Кроме того, у большинства пострадавших с ЧМТ имеются нарушения функции легких, и дополнительное введение назогастрального зонда может усугублять нарушения внешнего дыхания.

Наложение гастростомы является одним из основных путей обеспечения энтерального питания, когда отсутствует возможность установки назогастрального зонда. В настоящее время существует большое количество методов и модификаций наложения гастростомы, что говорит о неудовлетворённости хирургов результатами этих операций. Такие осложнения, как мацерация, нагноение кожи вокруг стомы, обусловленное истечением желудочного или кишечного содержимого, несостоятельность швов, смещение и инфицирование трубки, отхождение гастростомической трубки от передней брюшной стенки с развитием перитонита встречаются в 3,5-87% случаев [7, 8].

С развитием эндоскопической хирургии появлялись менее инвазивные способы наложения гастростомы. Чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ) является весьма эффективным методом нутритивной поддержки у пострадавших с ЧМТ.

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного лечения пострадавших с черепно-мозговой травмой.

Материал и методы исследования. Располагаем опытом комплексного лечения 120 пострадавших с черепно-мозговой травмой, находившихся на лечении в отделении нейрохирургии Согдийской областной клинической больницы и ГУ МК «Истиқлол» УЗ Хукумата г. Душанбе. Мужчин было 89 (74,2%), женщин – 31 (25,8%). Возраст пострадавших составил от 8 до 83 лет. В зависимости от тяжести ЧМТ пострадавших распределили на 3 группы (табл.).

Распределение пострадавших с ЧМТ (n=120)

Тяжесть ЧМТ	Количество	%
Легкая ЧМТ	64	53,3
ЧМТ средней тяжести	35	29,2
Тяжелая ЧМТ	21	17,5
Всего	120	100

Так, в 64 (53,3%) наблюдениях имела место легкая степень ЧМТ, в 35 (29,2%) – средняя и в 21 (17,5%) – тяжелая ЧМТ.

При поступлении всем пострадавшим проводили клинико-неврологический осмотр. Уровень бодрствования оценивали с помощью шкалы комы Глазго (ШККГ). Основным способом нейровизуализации была компьютерная томография (КТ) головного мозга и магнитно-резонансная томография (МРТ).

Результаты и их обсуждение. В 37 (30,8%) наблюдениях пострадавшим с тяжелой (n=19) и средней (n=18) степенями тяжести ЧМТ осуществляли нутритивную поддержку путём формирования ЧЭГ. Противопоказанием к формированию ЧЭГ являлось непродолжительное проведение энтерального питания, то есть сроком менее 4 недель, агональное состояние пострадавшего, а также местные патологические процессы в глотке или пищеводе, которые препятствуют введению фиброгастростомы.

Для формирования ЧЭГ были использованы стандартные наборы фирмы «Wilson Cook medical inc» (США) PEG-18, PEG-24. Операция выполнялась с помощью фиброгастродуоденоскопов фирмы «Karl Storz» с использованием техники «на себя» по Cauderer-Ponshy в условиях реанимационного отделения.

Процедуру выполнения ЧЭГ осуществляли два врача в условиях перевязочной, операционной или реанимационного отделения. Важным условием возможности проведения этого вмешательства следует считать надежную диафаноскопию передней брюшной стенки световодом эндоскопа, введенного в желудок. После проведения эндоскопа в желудок, достаточной инсуфляции воздуха методом диафаноскопии выбирали подходящее место для пункции брюшной стенки, вне белой линии живота и на маловаскуляризированном участке стенки желудка. После обработки передней брюшной стенки и проведения местной инфильтративной анестезии в выбранном месте производится разрез кожи, длина которого соответствует диаметру гастростомической трубки. Пункционная канюля под эндоскопическим контролем вводится в желудок, захватывается при помощи щипцов и под контролем эндоскопа извлекается через рот. Петля-проводник вводится через канюлю в желудок, захватывается при помощи шипцов и под контролем эндоскопа извлекается через рот. Петля-проводник стыкуется с металлической

нитью на конусе гастростомической трубки. С помощью петли-проводника гастротомическую трубку проводят через стенку желудка и переднюю брюшную стенку наружу. Фиксируется гастростомическая трубка посредством монтажа внешних принадлежностей данного набора.

После выполнения ЧЭГ в 14 (11,6%) наблюдениях отмечали различные осложнения. Аспирация наблюдалась у 6 пациентов. Факторами, способствующими возникновению данного осложнения, являлись: положение больного лёжа на спине, выполнение вмешательства без применения эндотрахеального наркоза с интубацией трахеи, неврологические нарушения. Желудочно-кишечные кровотечения при ЧЭГ имели место в 7 случаях, причинами их возникновения являлись повреждения сосудов стенки или травма слизистой желудка. Наличие местной инфекции в области гастростомии меньше 5 мм наблюдалось у 1 пациента.

Применение нутритивной поддержки пострадавшим с ЧМТ патогенетически обосновано, она позволяет снизить частоту возникновения синдрома острого повреждения желудка и синдрома кишечной недостаточности. По данным ряда авторов [9], доказано, что нарушение функционального состояния кишечника играет важную роль в патогенезе метаболических сдвигов при критических состояниях и в значительной степени способствует развитию полиорганной недостаточности, и одним из её компонентов является нарушение проницаемости слизистой оболочки кишечника, что, в свою очередь, приводит к транслокации бактерий и токсинов из просвета кишечника в систему циркуляции. Транслокация бактерий и их токсинов является наиболее частой причиной скрытого сепсиса у пострадавших с ЧМТ. Энтеральное питание позволяет сохранить защитной барьер, отделяя патогенные микроорганизмы кишечника от системной циркуляции.

Обоснованное применение нутритивной поддержки пострадавшим с ЧМТ обеспечивает введение фармаконутриентов, что оказывает положительное влияние на воспалительной ответ, иммунный статус, сохранение кишечного барьера, улучшение белкового обмена, разрешение синдрома гиперметаболизма и гиперкатаболизма.

В значительной степени снижается риск возникновения синдрома острого повреждения желудка и его грозных осложнений.

Выводы

1. ЧЭГ показана пострадавшим со средней и тяжелой степенями ЧМТ для осуществления энтерального питания.
2. Нутритивная поддержка пострадавшим с ЧМТ является патогенетически обоснованным методом комплексной профилактики синдрома острого повреждения желудка и кишечной недостаточности.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Фирсов С. А. Концепция прогноза реабилитации при сочетанной черепно-мозговой и скелетной травме // Академический журнал Западной Сибири. – 2014. - №4 (53). – С. 64 – 65.
2. Чобулов А. и др. Особенности диагностики, лечения и исходов проникающих черепно-мозговых травм //Здравоохранение Таджикистана.- 2009.- №1.- С. 323-324.
3. Грищенко Е.Б. Рекомендации ESPEN по энтеральному питанию в хирургии и трансплантологии // Consilium-Medicum.- 2010.- №1.- С. 47-52.
4. Олецкий В.Э. Нутритивная поддержка у пациентов нейрохирургического профиля // Экстр. медицина. – 2012. – № 1. – С. 134–43.
5. Мумладзе Р.Б., Розиков Ю.Ш., Деев А.И. Чрескожная эндоскопическая гастростомия и её преимущества перед другим видами стомией для проведения энтерального питания // Анналы хирургии.- 2011.- №3.- С.36-40.
6. Попова Т.С., Шетопалов А.Б.Нутритивная поддержка больных в критических состояниях.- М: М-Вести, 2002.- С. 318-326.
7. Lockett M.A. et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy complications in a tertiary-care center // Am. Surg.- 2002. - Vol. 68. - P. 117-120.
8. Chang W. K. et al. Positioning a safe gastric puncture point before percutaneous endoscopic gastrostomy // Int J Clin Pract. – 2007. – Vol. 61, N 7. – P. 1121–25.
9. Таха Х.Д. и др. Особенности течения синдрома энтеральной недостаточности у больных распространенным перитонитом // Казанский медицинский журнал. – 2015. - №2. – С. 15-24.

ҚУРБОНОВ К.М., ПИРОВ У.М., НАЗИРБОЕВ Қ.Р.

ГАСТРОСТОМИЯИ ЭНДОСКОПӢ БО УБУРИ ПӮСТ ДАР БЕМОРОНЕ, КИ АЗ САДАМАИ КОСАХОНА ВА МАЙНАИ САР АЗИЯТ МЕКАШАНД

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: осеби косахона ва майнаи сар, иллати меъда, гастростомияи эндоскопӣ бо убури пӯст.

Натиҷаи ташхис ва табобати маҷмуавии 120 бемори осеби косахона ва майнаи сар таҳлил карда шуд, ки аз онҳо 64 бемор (53,3%) дар дараҷаи сабук, 35 бемор (29,2%) дар дараҷаи миёна ва 21 бемори дигар (17,5%) дар дараҷаи вазнини осеби косахона ва майнаи сар қарор доштанд. Дар 37 ҳолат мушоҳидаҳо (30,8%) ба осеббардоштагони дараҷаи вазнин (n=19) ва миёнаи вазнин (n=18) тавассути таъсис додани гастростомияи эндоскопӣ бо убури пӯст, ки усули асоснокшудаи патогенетикии пешгирии синдроми иллати шадиди меъда ва норасоии рӯда ба ҳисоб меравад, ғизои энтералӣ дода шуд ва натиҷаҳо нишон дод, ки ин усул боиси кам гаштани миқдори оризаҳо ва фавти беморон мегардад.

УДК 616-006.6;616-08-039.75

МИРЗОЕВА Д.С.

ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОТЕРАПИИ В ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГУ «Республиканский онкологический научный центр МЗ и СЗН РТ»

В работе показано, что применение трех иммуностимулирующих препаратов – тимоцина, тимофера, тимогара – самостоятельно влияет на показатели иммунного статуса у больных диссеминированным раком молочной железы. Тимоцин, представляющий собой соединение иммуноактивного пептида и цинка, достоверно влияет на повышение всех изученных показателей. Действие тимофера, соединения иммуноактивного пептида и железа, менее выражено. Чуть более выраженное действие на иммунологические показатели у женщин, страдающих диссеминированным раком молочной железы, продемонстрировал тимогар – чистый дипептид.

Ключевые слова: иммунитет, диссеминированный рак молочной железы, показатели, кровь.

MIRZOEVA D.S.

SIGNIFICANCE OF IMMUNE THERAPY IN PALLIATIVE TREATMENT OF THE PATIENTS WITH DISSEMINATED BREAST CANCER

State Institution "Republican Oncological Scientific Center", Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan

The work shows that application of three immunopotentiation medications - Timotsin, Timofer, Timogar – independently influences the indicators of immune status in patients with disseminated breast cancer. Timotsin which is the combination of immune active peptide and zinc, reliably influences the increase of all studied indicators. Impact of Timofer, combination of immune active peptide and ferrum, is less expressed. A little more expressed the impact on immunological indicators in women with disseminated breast cancer, was shown by Timogar – pure dipeptide.

Key words: immunity, disseminated breast cancer, indicators, blood.

Актуальность. При развитии любого опухолевого процесса, в том числе и рака молочной железы, происходят нарушения практически всех звеньев иммунитета, вместе с тем, используемые методы лечения приводят к угнетению кроветворения, развитию лейко- и лимфопении [1, 2, 3]. Вследствие этого необходимой является оценка иммунологического статуса онкологических больных для проведения целенаправленной корригирующей терапии. Прогрессирование рака молочной железы (РМЖ) приводит к серьезным изменениям в иммунном ответе, что оправдывает необходимость включения иммуномодуляторов в комплекс лечения онкологических больных.

В Таджикистане разработаны иммуностимулирующие препараты тимоцин, тимофер и тимогар. Тимогар представляет собой водный раствор иммуноактивного дипептида изолейцил-триптофана [4]. Тимофер – водный раствор координационных соединений дипептида изолейцил-триптофана с железом (II) [5]. Оба отечественных препарата показали высокоэффективное иммуномодулирующее действие при лечении различных иммунозависимых заболеваний [6].

Мирзоева Д.С. – руководитель отделения реконструктивной хирургии опухолей молочной железы ГУ Республиканский онкологический научный центр МЗ СЗН РТ, к.м.н.; 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 56а; тел.: +992 919029604E-mail: isakovadisa72@mail.ru

Цель исследования. Сравнительное изучение влияния тимоцина, тимофера и тимогара на иммунологические показатели крови больных диссеминированным раком молочной железы (ДРМЖ).

Материал и методы исследования. Исследование проводилось с участием 86 больных ДРМЖ, находящихся на лечении в ГУ РОНЦ МЗ СЗН РТ. Всем пациенткам были проведены химиолучевые методы лечения в плане паллиативной помощи. При поражении головного мозга больным назначалась химиотерапия:

– на базе антрациклинов по схеме FAC (доксорубицин – 60 мг/м^2, 5-фторурацил – 750 мг, Циклофосфан – 1 гр); препараты платины (цисплатин – 100-150 мг, карбоплатин – 450 мг);

– в сочетании с лучевой терапией (СОД – 40 Гр, РОД – 2 Гр, или СОД – 30 Гр, которая была эквивалентна 50 Гр, РОД – 2 Гр)

– на фоне дексаметазона (12 мг) + глюкозы 40% (20 мл).

Некоторым больным в менопаузе с [ER+] назначались ингибиторы ароматазы: фемара (2 мг), аримидекс (1 мг) или тамоксифен (20 мг).

При поражении костей скелета в процессе химиотерапии по схеме паклитаксел (175 мг/м^2) + карбоплатин (450 мг) также использовались бисфосфонаты (зомета – 4 мг или бонкур – 4 мг) 1 раз в четыре недели. Для снятия болевого синдрома после разметки проводилась лучевая терапия на отделы позвоночника (СОД – 20 Гр, РОД – 5 Гр); на кости таза (СОД – 30 Гр, РОД – 3 Гр).

При поражении легких и печени химиотерапия с учетом весо-ростового показателя проводилась также на фоне таксанов: паклитаксел (175 мг/м^2) + доксорубицин (60 мг/м^2); паклитаксел (175 мг/м^2) + карбоплатин или цисплатин (100 мг); таксотер (80 мг/м^2) + доксорубицин (60 мг/м^2). В этом случае обязательно назначалась сопроводительная терапия с использованием гепатопротекторов, гормонов, витаминов, иммуномодуляторов, в отдельных случаях – гипергидратации. Рефрактерная рвота у больных купировалась препаратом ондасетрон (8 мг два раза в день, сначала в инъекциях, затем в таблетированной форме).

При метастатических плевритах, после пункции плевральной полости и удаления жидкости, с целью склероза сосудов и оказания губительного воздействия на метастатические очаги в плевральную полость вводили препараты, обладающие одинаковым эффектом: 5-фторурацил (750 мг) или циклофосфан (1 г).

Всем пациенткам дополнительно вводили тимоцин, тимофер или тимогар, согласно инструкциям по их применению. Лечению с применением тимоцина подвергалось 35 (40,7%) больных, тимофера – 27 (31,4%), тимогара – 24 (27,9%).

Результаты и их обсуждение. Комбинация таксанов с антибиотиками антрациклинового ряда или препаратами платины при ДРМЖ определялась их самой высокой эффективностью, различными механизмами воздействия на опухолевые клетки, отсутствием резистентности.

Комбинации доцетаксел + доксорубицин или паклитаксел + доксорубицин имеют частоту лечебного эффекта до 70% по шкале Карновского (исчезают метастазы в печени, легких, болевой синдром в грудной клетке, симптомы удушья, больные начинают легко дышать, прекращаются головные боли, тошнота, рвота, проясняется сознание, и т.д.).

Эффективность комбинации паклитаксел + препараты платины с добавлением бисфосфонатов в сочетании с лучевой терапией достигает 80% по шкале Карновского – при метастазах в кости исчезает болевой синдром, больные способны самостоятельно сидеть, передвигаться, обслуживать себя. При рентгенологическом контроле у больных отмечалось частичное омозоление костной ткани в очагах лизиса и восстановление в очаге деструктивных изменений.

Динамика изменения иммунологических показателей крови под влиянием тимоцина у больных ДРМЖ приведена в таблице 1.

Таблица 1

Изменение показателей иммунитета после применения тимоцина при лечении ДРМЖ (n=35)

Показатели иммунитета	До лечения, %	После лечения, %	P	Норма, %
Т-лимфоциты (CD3)	47,37±1,08	53,57±0,96	P<0,05	55-69
Т-хелперы (CD4)	29,4±0,44	31,8±0,56	P<0,05	34-44
Т-супрессоры (CD8)	18,34±0,6	21,34±0,58	P<0,05	17-23
В-лимфоциты (CD20)	23,14±0,69	24,66±0,51	P>0,05	18-30
Апоптоз(CD95)	29,97±0,77	31,51±0,83	P>0,05	25-35
Рецепторы к IL-2 (CD25)	15,57±0,23	16,14±0,26	P>0,05	13-25
Рецепторы пролиферации(CD71)	13,69±0,2	14,23±0,24	P>0,05	15-25
Фагоцитоз (CD32)	52,66±2,63	54,89±2,49	P>0,05	40-60
NK-клетки(CD16)	8,89±0,45	10,91±0,65	P<0,05	6-12

До лечения у больных этой группы отмечалось пониженное содержание Т-лимфоцитов, Т-хелперов и рецепторов пролиферации (CD71), остальные показатели иммунитета находились в пределах физиологической нормы. После применения тимоцина отмечалось достоверное увеличение количества Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров и NK-клеток.

Результаты исследования воздействия тимофера на показатели иммунитета у больных ДРМЖ приведены в таблице 2..

Таблица 2

Изменение показателей иммунитета после применения тимофера у больных ДРМЖ (n=27)

Показатели иммунитета	До лечения, %	После лечения, %	P	Норма, %
Т-лимфоциты (CD3)	51,06±1,5	50,75±1,4	P>0,05	55-69
Т-хелперы (CD4)	30,38±0,98	30,38±0,91	P>0,05	34-44
Т-супрессоры (CD8)	21,12±0,95	19,44±0,92	P>0,05	17-23
В-лимфоциты (CD20)	22,94±0,83	23,44±0,89	P>0,05	18-30
Апоптоз(CD95)	31,06±1,18	28,69±1,07	P>0,05	25-35
Рецепторы к IL-2 (CD25)	16,44±0,71	15,13±0,3	P>0,05	13-25
Рецепторы пролиферации (CD71)	13,88±0,27	13,38±0,36	P>0,05	15-25
Фагоцитоз (CD32)	55,56±2,49	56,38±3,6	P>0,05	40-60
NK-клетки (CD16)	10,0±0,93	10,07±0,85	P>0,05	6-12

Как видно из таблицы, у больных этой группы также отмечалось пониженное содержание Т-лимфоцитов, Т-хелперов и рецепторов пролиферации (CD71), остальные показатели иммунитета находились в пределах физиологической нормы. После применения Тимофера не было отмечено достоверного изменения каких-либо иммунологических показателей.

В таблице 3 представлена динамика изменения показателей иммунитета у больных ДРМЖ, которые получали тимогар.

У больных этой группы также отмечалось пониженное содержание Т-лимфоцитов, Т-хелперов и рецепторов пролиферации (CD71), также повышенное содержание рецепторов фагоцитоза.

Таблица 3

Динамика показателей иммунитета после применения тимогара при лечении ДРМЖ (n = 24)

Показатели иммунитета	До лечения, %	После лечения, %	P	Норма, %
Т-лимфоциты (CD3)	46,75±3,07	52,5±4,25	P>0,05	55-69
Т-хелперы (CD4)	28,25±1,03	32,25±2,46	P>0,05	34-44
Т-супрессоры (CD8)	21,25±2,25	20,75±2,87	P>0,05	17-23
В-лимфоциты (CD20)	20,75±1,44	24,5±2,53	P>0,05	18-30
Апоптоз (CD95)	27,5±1,85	31,75±4,4	P>0,05	25-35
Рецепторы к IL-2 (CD25)	16,0±1,0	16,25±1,03	P>0,05	13-25
Рецепторы пролиферации (CD71)	13,75±0,48	14,5±1,04	P>0,05	15-25
Фагоцитоз (CD32)	67,0±6,04	62,0±5,61	P>0,05	40-60
NK-клетки (CD16)	7,75±1,65	10,5±2,72	P>0,05	6-12

При применении тимогара увеличилось количество Т-лимфоцитов, Т-хелперов, В-лимфоцитов, рецепторов апоптоза и пролиферации, количество NK-клеток, однако, изменения этих показателей не были статистически достоверными.

Заключение. Анализируя полученные результаты, можно утверждать, что при использовании иммуномодуляторов в лечении больных ДРМЖ имели место изменения иммунологических показателей. Исходно у больных были выявлены явления вторичного иммуно-

дефицита, что проявилось в снижении количества Т-лимфоцитов и Т-хелперов. Назначение препаратов тимоцина, тимофера и тимогара активизировало пролиферацию и дифференцировку Т-клеток путем усиления продукции IL-2 и его рецепции чувствительными клетками. Имевший место иммунодефицит до назначения препаратов восполнен возросшим содержанием Т-лимфоцитов и Т-хелперов и снижением количества Т-супрессоров.

На фоне лечения у больных ДРМЖ отмечалось уменьшение общей слабости, улучшение сна и аппетита.

Таким образом, все три иммуностимулирующего препарата – тимоцин, тимофер и тимогар обособлено влияют на показатели иммунного статуса у больных диссеминированным раком молочной железы. Тимоцин, представляющий собой соединение иммуноактивного пептида и цинка, достоверно влияет на повышение всех изученных показателей. Действие тимофера, соединения иммуноактивного пептида и железа, менее выражено. Чуть более выраженное действие на иммунологические показатели у женщин, страдающих диссеминированным раком молочной железы, продемонстрировал тимогар – чистый дипептид.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеева М.Е., Алимходжаева Л.Т., Атабекова К.Ю. и др. Состояние противоопухолевого иммунитета в мониторинге эффективности лечения местно-распространенного рака молочной железы // I Конгресс онкологов РУз «Актуальные проблемы онкологии». - Ташкент, 2005.- С. 445-446.

2. Омарова И.М. Влияние химиотерапии на состояние иммунной системы больных раком молочной железы // Медицина.- 2004.- №1.- С. 110-112.

3. Rosen'sBreastPathology. - Ed. P.P.Rosen. - Philadelphia: Lippincott Williamsand Wilkins, 2001.- 1004 p.

4. Бобиев Г.М. Способ получения иммуностимулирующего препарата Тимогар и его состав. - Патент Республики Таджикистан № TJ 283, приоритет 23.10.1998.

5. Бобиев Г.М. Способ получения иммуностимулирующего препарата Тимофер. - Патент Республики Таджикистан № TJ 255, приоритет 28.04.1998.

6. Бобиев Г.М., Бунятян Н.Д., Саядян Х.С., Саповский М.М. Иммуноактивные пептиды и их координационные соединения в медицине. - М.: Издательский дом «Русский врач», 2009.- 228 с.

МИРЗОЕВА Д.С.

АҲАМИЯТИ ТАБОБАТИ ИММУНОЛОГӢ ДАР ЁРИИ ПАЛЛИАТИВИИ САРАТОНИ ПАҲНГАШТАИ ҒАДУДИ ШИРӢ

МД Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносии ВТ ва ҲИА ҶТ

Калимаҳои калидӣ: иммунитет, саратони паҳнгаштаи ғадуди ширӣ, нишондодҳо, хун.

Дар кори пешниҳодгашта нишон дода шудааст, ки истифодаи доруҳои нумуи масуният (тимосин, тимофер, тимогар) ба ҳолати масунияти беморони саратони паҳнгаштаи ғадуди ширӣ мустақилона таъсир мерасонанд. Тимосин пайвастагии пептид ва синк мебошад, ки эътимодан ба ҳамаи нишондодҳои омӯхташудаи масуният таъсир мерасонад. Таъсири тимофер ҳамчун пайвастагии пептид ва оҳан нисбатан кам аст. Тимогар ҳамчун дипептиди аслӣ, ба нишондодҳои масунияти занон, ки аз саратони паҳнгаштаи ғадуди ширӣ азият мекашанд таъсири назаррас дорад.

УДК 612.367;616.351

[1]НУРИЛЛОЕВА Н.А., [1]ТАБАРОВ М.С.,
[1]ТОШТЕМИРОВА З.М., [2]ШЕМЕРОВСКИЙ К.А.

ОКОЛОСУТОЧНЫЙ РИТМ ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА ПРИ ГЕМОРРОЕ

[1]Кафедра патологической физиологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино
[2]НИИЭМ СЗО РАМН, Санкт-Петербург

В работе представлены результаты анкетирования пациентов с геморроем в возрасте от 20 до 60 лет. По данным ауторитмометрии больные были разделены на три подгруппы в зависимости от времени суток (утро, день или вечер), в период которого происходила эвакуация из кишечника. Хроноэнтерографически определяли число дней в неделю со стулом и число дней в неделю без стула. Исследования показали, что из 155 обследованных, страдающих геморроем в течение от 1 до 10 лет и более, брадиэнтерия обнаружена у 104 (67%) больных. Из них брадиэнтерия I стадии (при частоте стула 5-6 раз в неделю) была диагностирована у 50 (48%) из 104 пациентов, второй стадии (при частоте стула 3-4 раза в неделю) - у 39 (37,5%), третьей стадии (при частоте стула 1-2 раза в неделю) - у 15 (14,5%). На основании проведенных исследований можно полагать, что нарушение околосуточного ритма эвакуаторной функции кишечника является одним из факторов риска развития геморроя.

Ключевые слова: геморрой, околосуточный ритм, брадиэнтерия.

[1]NURILLOEVA N. A., [1]TABAROV M. S.,
[1]TOSHTEMIROVA Z. M., [2]SHEMEROVSKIY K. A.

CIRCADIAN RHYTM OF INTESTINE EVACUATORY FUNCTION DURING HEMORRHOIDS

[1]Department of Pathological Physiology of the Avicenna Tajik State Medical University
[2]Scientific and Research Institute of Experimental Medicine of Northwest Department of Russian Academy of Medical Sciences, Saint-Petersburg

The work presents the survey of patients with hemorrhoids at the of 20 to 60 years. According to autorhytmometry, patients were divided into 3 subgroups depending on the time of day (morning, afternoon or evening) during which the intestinal evacuation occurred. Number of days in week with stool and without stool were chronoenterographically determined. The study showed that of the 155 examined, suffering from hemorrhoids during 1 to 10 years or more, bradientheria was found in 104 (67%) patients. Of these, I stage bradientheria (with stool frequency of 5-6 times per week) was diagnosed in 50 (48%) out of 104 patients, the second stage (with stool frequency of 3-4 times per week) was observed in 39 (37,5%) of patients, the third stage (with stool frequency of 1-2 times per week) was observed in 15 (14,5%) patients. On the base of conducted research, it can be stated that disturbance of circadian rhythm of evacuation function is one of the risk factors of hemorrhoids development.

Key words: hemorrhoids, circadian rhythm, bradientheria.

Актуальность. Развитие хронобиологии и хрономедицины [1, 2] показало, что желудочно-кишечный тракт, также как и другие органы, в норме регулируется с помощью циркадианных ритмов (лат. circa – около, dies – день). Околосуточная регулярность функций организма человека является фундаментальным феноменом и маркером

Табаров М.С. – зав. кафедрой патологической физиологии ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139; e-mail: tabarov-bahrom@mail.ru

здоровья индивидуума [3]. Запор, как функциональное заболевание, проявляющееся именно замедлением околосуточного ритма эвакуаторной функции кишечника, является универсальным патогенным блоком многих заболеваний, в том числе и геморроя. Распространенность геморроя среди различных групп населения составляет 6-10 %. Наиболее высока она в развитых странах, таких как США, Германия, Швеция, Япония [4, 5]. Геморрой занимает прочное лидирующее положение среди болезней прямой кишки – 40 %. Причем в 80% случаев он встречается как основное заболевание и, соответственно, в 20% – сопутствует другим [6, 7]. К сожалению, донозологическое состояние страдающих этой болезнью остается малоизученным, при том, что каждый двадцатый больной нуждается в стационарном лечении или операции [8].

Цель исследования. Изучение роли циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника в развитии геморроя.

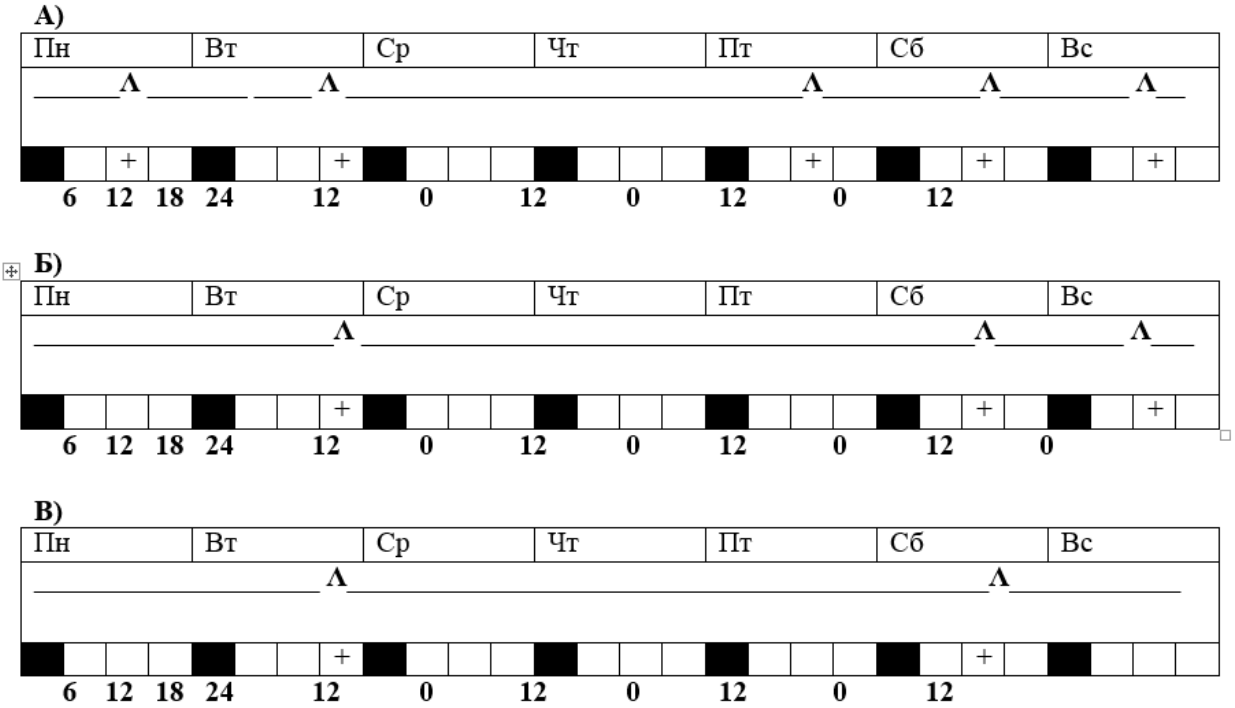
Материал и методы исследования. Данное исследование было проведено на кафедре патофизиологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино и отделении колопроктологии ГКБ №5 за 2009-2011 годы. Обследовано 155 пациентов, из них 53 женщины и 102 мужчин в возрасте от 20 до 60 лет, страдающих геморроем в течение от 1 до 10 лет и более.

Критерии включения: больные с острым геморроем II-III степеней тяжести и хроническим геморроем без сопутствующих заболеваний.

Критерии исключения: больные с острым геморроем I степени тяжести, больные с острым и хроническим геморроем с гипертонической болезнью, ИБС, хронической сердечной недостаточностью.

Хроноэнтерографически определяли число дней за неделю со стулом и число дней за неделю без стула. На схематических хроноэнтерограммах однократному акту дефекации соответствовал один зубец, двукратному – двойной зубец, отсутствию стула в течение суток соответствовала изолиния. Регулярность эвакуаторной функции кишечника считалась физиологически оптимальной при ежедневной её реализации (когда каждый из 7 дней недели был со стулом). При частоте меньше 7 раз в неделю, т.е. кишечной брадиэнтерии, эвакуаторная функция кишечника считалась нерегулярной, из них брадиэнтерия 1 степени соответствует 5-6 разам в неделю, брадиэнтерия 2 степени – 3-4 раза в неделю и брадиэнтерия 3 степени – 1-2 раза неделю.

Примеры хроноэнтерограмм I-III стадий брадиэнтерий схематично представлены ниже на рисунке (А-В).



Хроноэнтерограмма пациента с нерегулярной эвакуаторной функцией кишечника (зубец на схеме соответствует акту дефекации, изолиния – отсутствию стула)

А - брадиэнтерия I стадии – частота стула 5 раз в неделю;

Б - брадиэнтерия II стадии – частота стула 3 раза в неделю;

В - брадиэнтерия III стадии – частота стула 2 раза в неделю

Полученные результаты обработаны вариационной статистикой с определением показателя статистической значимости различий. Разница считалась достоверной, если вероятность возможной ошибки (Р), определенная по таблице Стьюдента, была менее 0,05.

Результаты и их обсуждение. Анкетирование 155 пациентов с геморроем в возрасте от 20 до 60 лет, питающихся регулярно в лечебном учреждении, позволило по данным ауторитмометрии сформировать три подгруппы в зависимости от времени суток (утро, день или вечер), в период которого происходила эвакуаторная функция кишечника.

Утренняя подгруппа состояла из тех, у кого эвакуаторная функция кишечника имела место обычно в период от 06:00 до 12:00. Дневную подгруппу составляли те, у кого эта функция осуществлялась преимущественно между 12:00 и 18:00. Вечерняя подгруппа включала тех, кто обычно реализовал эвакуаторную функцию кишечника в период между 18:00 и 00:00. Риск аритмии («хронориск» - по Ф. Хальбергу) эвакуаторной функции кишечника, или риск энтеральной аритмии, определяли по отсутствию реализации этой функции в течение каждых суток при ее нерегулярности. Вероятность аритмии эвакуаторной функции кишечника для каждой из трех выделенных подгрупп выражали в процентах по отношению числа лиц с нерегулярным ритмом этой функции к общему числу обследованных. Достоверность различий определяли с помощью теста chi-square (Корнелиссен Ж., Хальберг Ф., Лаборатория хронобиологии университета Миннесоты, США), причем тест был выполнен отдельно для каждой из трех групп обследованных и суммарно для всего пула данных из 155 человек [Шемеровский К.А., Хальберг Ф., Корнелиссен Ж, 2000].

Исследование околосуточного ритма эвакуаторной функции кишечника у обследуемых показало, что вероятность энтеральной аритмии зависит от фазы реализации этого ритма.

Отсутствие утренней акрофазы циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника выявлено у 119 из 155 больных, то есть у большинства (76,77%) пациентов с геморроем. Показатели хронориска энтеральной аритмии представлены в таблице.

Хронориск энтеральной аритмии у пациентов с геморроем

Околосуточный ритм (фаза) эвакуаторной функции кишечника	**Утренний (6:00-12:00)**	**Дневной (12:00-18:00)**	**Вечерний (18:00-00:00)**	**Всего**
Число обследованных лиц	36	65	54	155
Хронориск энтеральной аритмии	23,3%	41,9%	34,8%	100%
Значение		P1-2<0,001	P1-3<0,01 P2-3<0,001	

Исходя из полученных данных, можно отметить, что при утренней акрофазе этого ритма - риск кишечной аритмии минимален, а при послеполуденной акрофазе – максимален. Таким образом, чем раньше после пробуждения реализуется эвакуаторная функция кишечника, тем меньшим оказывается хронориск возникновения энтеральной (кишечной) брадиаритмии.

Исследования показали, что из 155 обследованных (53 женщины и 102 мужчины в возрасте от 20 до 80 лет), страдающих геморроем в течение от 1 до 10 лет и более, брадиэнтерия была обнаружена у 104 больных, что составило 67% пациентов. Из них брадиэнтерия I стадии (при частоте стула 5-6 раз в неделю) была диагностирована у 50 из 104 пациентов, что составило 48%, второй стадии (при частоте стула 3-4 раза в неделю) выявлена у 39 (37,5%) пациентов, третьей стадии (при частоте стула 1-2 раза в неделю) обнаружена у 15 (14,5%).

Оказалось, что чем легче степень тяжести кишечной брадиаритмии, тем выше уровень этой заболеваемости. По-видимому, это связано с тем, что встречаемость кишечной брадиаритмии первой степени тяжести (48%) преобладала над встречаемостью второй степени тяжести (37,5%). Кроме того, нерегулярность циркадианного ритма кишечника второй степени тяжести (37,5%) преобладала над заболеваемостью кишечной брадиаритмией третьей степени тяжести, встречаемость которой составила 14,5% обследованных пациентов. Можно заключить, что чем выше степень тяжести кишечной брадиаритмии, тем ниже уровень этой заболеваемости, так как нерегулярность ритма

кишечника (особенно первой степени тяжести), как функциональный фактор риска органически проявляющегося геморроя, возникает уже на первом году жизни. Постепенное убывание распространённости кишечной брадиаритмии у больных геморроем от лёгкой степени тяжести через умеренную к тяжёлой (16%) свидетельствует о принципе постепенности развития этой болезни по мере хронизации нарушения ритма работы кишечника. Принцип постепенности согласуется с тем фактом, что органическая заболеваемость является, прежде всего, возраст-зависимой заболеваемостью, когда почти через каждый десяток лет у человека появляется риск возникновения, как минимум, одной дополнительной болезни.

Заключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что нарушение регулярного ритма эвакуаторной функции кишечника является одним из факторов риска в развитии геморроя.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Парфенов А.И. Запоры - непреходящая гастроэнтерологическая проблема //Колопроктология. - 2011. - № 1. -С.12-16

2. Shemerovsky K.A. Chronoenterography - New Diagnostic Procedure. // Non Neoplastic Diseases of the Anorectum., Freiburg, Germany, 2010. - P.7

3. Шемеровский К.А. Околосуточный ритм ректальной реактивности у лиц с регулярной и нерегулярной эвакуаторной функцией кишечника // Бюллетень экспер. биол. и мед. – 2010. – Т. 134, № 12. - С. 654-656

4. Долгих О.Ю., Соловьев О.Л.. Геморрой. Учебное пособие. -Самара, 2013. – С.5-64

5. Воробьёв Г.И. Геморрой: руководство для практикующих врачей 2-е изд., перераб., доп. – М.: Литтерра, 2010. – С.12-18

6. Костенко Н.В. Регуляция эвакуаторной функции толстой кишки в комплексе хирургического лечения геморроя 4 стадии // Колопроктология. – 2011. - №3. – С.32

7. Ибадулла Нусрет. Хирургия. - Баку: Текнур, 2011. – С. 24-48.

8. Мухаббатов Д.К., Каримов Ш.А., Нозимов Ф.Х., Хамроев Б.М. Оптимизация предоперационной подготовки больных со сложными формами свищей прямой кишки // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2017. – № 1. – С. 52-56.

[1]НУРИЛЛОЕВА Н.А., [1]ТАБАРОВ М.С.,
[1]ТОШТЕМИРОВА З.М., [2]ШЕМЕРОВСКИЙ К.А.

РИТМИ ШАБОНАРӮЗИИ ВАЗИФАИ ТАҲЛИЯВИИ РӮДА ҲАНГОМИ БАВОСИР

[1]Кафедраи физиологияи патологии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино
[2]НИИЭМ СЗО РАМН, Санкт-Петербург

Калимаҳои калидӣ: бавосир, ритми шабонарӯзї, брадиэнтерия.

Натиҷаи пурсиши беморони гирифтор ба бавосир, ки синнашон аз 20 то 60-сола аст, зимни ин нигошта муаррифӣ шудааст. Тибқи маълумотҳои ауторитмометрия, беморон вобаста ба маҳаллу замони шабонарӯз (саҳар, рӯзона ё шом), ки дар он вақт функсияи эвакуатории рӯдаҳо ба вуқӯъ мепайваст, ба се зергурӯҳ ҷудо карда шуданд. Теъдоди рӯзҳои вобаста ба начосатафканӣ ва рӯзҳои бе начосатафканиро тайи як ҳафта ба таври хроноэнтерографӣ муайян намудем. Чунонки дар поёни таҳқиқоти мазкур маълум гашт, аз байни 155 беморе, ки муддати аз 1 то 10 сол бар асари бемории бавосир ранҷ мебаранд, дар вуҷуди 104 бемор брадиэнтрия ба мушоҳида расид, ки ин рақам ба 67 дар сади тамоми беморон баробар аст. Аз он ҷумла брадиэнтерияи марҳалааи 1-ум (ҳангоми дар як ҳафта ба 5-6 маротиба баробар будани басомади начосатафканӣ) аз миёни 104 бемор дар вуҷуди 50 нафарашон ташхис гашт, ки он баробари 48 дар сад мебошад; зимни марҳалаи дувум (ҳангоми дар як ҳафта ба 3-4 маротиба баробар будани басомади начосатафканӣ) ин ҳолат дар вуҷуди 39 нафари беморон (37, 5 дар сад) ташхис гашт; зимни марҳалаи севум (ҳангоми дар як ҳафта ба 1-2 маротиба баробар будани басомади начосатафканӣ) ҳолати мазкур дар 15 нафари онҳо (14,5 дар сад) ташхис гашт. Ба асоси таҳқиқоти анҷомёфта метавон тахмин зад, ки халалёбии ритми шабонарӯзии функсияи эвакуатории рӯдаҳо яке аз омилҳои хатар дар авҷгирии бавосир ба ҳисоб меравад.

УДК 611.6+616.6+618.1+619.4

[1]ОДИНАЕВ А.А., [2]НАБИЕВ З.Н., [1]САИДОВ ДЖ.С.

ПРИЧИНЫ И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

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

На основе изучения факторов, приводящих к нарушению мочевыделительной системы, у 122 пациентов, получивших комплексное лечение в отделениях реанимации и интенсивной терапии, а также гемодиализа, пришли к заключению, что при проведении ранней диагностики и адекватной консервативной терапии можно получить хорошие результаты по стабилизации выделительной функции почек. При возникновении гемолитико-уремического синдрома - наиболее тяжелой формы острой дисфункции почек у детей грудного возраста - без проведения активной детоксикации невозможно получить хорошие результаты.

Ключевые слова: дисфункция мочевыделительной системы, гемолитико-уремический синдром, активные методы детоксикации, дети, плазмоферез.

[1]ODINAEV A.A., [2]NABIEV Z.N., [1]SAIDOV J.S.

REASONS AND TREATMENT OF ACUTE KIDNEY INJURY IN CHILDREN

[1]The State Institution «Republican Scientific Center of Blood»
[2]State Institution «Republican Scientific and Clinical Center Pediatrics and Pediatric Surgery»

Based on the research of factors, which bring to disorder of Urinary system, in 122 patients, who had comprehensive treatment in the departments of reanimation and intensive therapy, and hemodialysis, we came to the conclusion, that good results on the stabilization of excretory function of the kidneys can be obtained during conduction of early diagnosis and adequate conservative therapy.

In the event of hemolytic-uremic syndrome – the most severe form of acute kidney dysfunction infants - it's impossible to get good results without active detoxification.

Key words: dysfunction of the urinary system, hemolytic-uremic syndrome, active methods of detoxification, children, plasmapheresis.

Актуальность. На современном этапе в вопросах диагностики и лечения дисфункции почек при различной патологии достигнуты определённые успехи, вместе с тем, нарушение выделительной функции почек различного генеза остаётся сложной проблемой, особенно у детей первого года жизни. Учитывая анатомо-физиологические особенности детского возраста и стертость клинического течения, дисфункция почек констатируется на поздней стадии, когда происходит глубокий дисбаланс энергетического и метаболического обмена, приводящий к неблагоприятному исходу [1].

На фоне дисфункции органов и систем и продолжительного нарушения мочевыделения – более 72 часов, вопросы восстановления функции почек без коррекции водно-энергетического баланса и метаболических нарушений невозможны и требуют более глубокого изучения [2-4].

Набиев З.Н. – директор Научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии, д.м.н., профессор; тел.: +992900905019; e-mail: zoir_1962@mail.ru

Многочисленные исследования доказали, что острые нарушения функции почек не происходят без возникновения дисбаланса других органов и систем, поэтому в программе комплексной терапии необходимо учесть данные аспекты для благоприятного исхода. Особенно это касается дыхательной системы, когда раннее проведение респираторной поддержки может способствовать положительной динамике данной патологии [3, 5].

Одно из основных направлений в лечении почечной дисфункции – это обоснованные и активные методы детоксикации, которые требуют больших экономических затрат, а при нарушении правил их проведения могут привести к многочисленным осложнениям. Вопросы активных методов детоксикации неоднократно обсуждались на различных уровнях здравоохранения Республики Таджикистан, в частности, их применение в педиатрии [5].

Цель работы. Изучить причины острого повреждения почек у детей и оптимизировать методы их лечения.

Материал и методы исследования. Исследования проведены за период 2010-2015 гг. у 122 больных с ренальным повреждением почек. Возраст больных колебался от 3 месяцев до 14 лет. Надо отметить, что наибольшую часть входящих в исследование составляют дети грудного возраста, которых более 50%. Среди обследованных превалировали мальчики - соответственно 56% против 44%. Из общего количества больных непосредственно в клинику были госпитализированы 19,4%, более 80% с проявлениями ОПП при наличии различных диагнозов переведены из других отделений (табл.).

Распределение больных по возрасту

Возраст	Мальчики	Девочки	Всего
18	13	31	25,4%
16	12	28	23,0%
14	11	25	20,4%
9	7	16	13,1%
12	10	22	18,0%

Пациенты проходили лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии ГУ НМЦ РТ. При выставлении диагноза исходили из следующих критериев: дисфункция мочевыводящих путей – снижение диуреза менее 50 мл/м^2/сут, креатинин плазмы >0,14 ммоль/л, мочевина >7,9 ммоль/л.

С момента госпитализации в клинику больным проводились всесторонние клинико–лабораторные, бактериологические и инструментальные методы исследования. Инфузионная терапия осуществлялась с учетом водного дефицита и степени дегидратации. Нарастание среднемолекулярных пептидов – свидетельство выраженной эндогенной интоксикации и недоокисленных продуктов. В показателях преобладали признаки гемолитико-уремического синдрома, по сравнению с другими патологиями, которые способствовали дисфункцию почек. С момента поступления всем больным назначался лазикс в дозе 0,5-2,5 мг/кг с инфузией дофамина из расчета 1,5-3,2 мг/кг в мин.

Плазмаферез выполняли 38 из 122 (31,1%) детей с острым повреждением почек. Данная методика позволяет стабилизировать гемодинамику за счет снижения эндогенной интоксикации и очищения организма от недоокисленных продуктов.

Активные методы детоксикации использовали в зависимости от тяжести и проявления дисфункции органов и систем: 7 (5,7%) больным проводился перитонеальный диализ, 5 пациентом – гемодиализ с ультрафильтрацией, 3 пациентам – комбинацию перитонеального диализа с плазмоферезом. Необходимо отметить, что активные методы детоксикации проводились в тех случаях, когда лабораторно отмечено нарастание показателя содержания калия выше 7 ммоль/л, приводящего к изменениям сердечно-сосудистой системы, при наличии неврологической симптоматики и приросте азотистых шлаков.

На фоне эндогенной интоксикации и повышения азотистых шлаков у 21 (17,2%) больного нарастала дыхательная недостаточность, в связи с чем они проведены на респираторную поддержку (ИВЛ). Нарушения дыхания и перевод на ИВЛ в основном отмечены в группах больных детей грудного возраста, которые составили более 80%. Дисфункция почек в момент госпитализации в стадии анурии диагностирована более чем у 90% больных. В момент госпитализации у 16 (13,1%) наблюдался судорожный синдром на фоне отека и гипоксии мозга.

Статистическая обработка материала производилась с использованием пакетов приложе-

ний Microsoft Office 2007 для статистической обработки материала – Microsoft Excel (версия 7.0) и программы статистической обработки материала Statistica (версия 6.0) с использованием вычислительных методов, рекомендованных для медицины.

Результаты и их обсуждение. По результатам исследования, за период 2010-2015 гг. ОПП в г. Курган-Тюбе Хатлонской области наблюдалось с частотой 2,16±0,01 на 100 000 детей. При этом получили лечение за этот период лишь 0,62±0,02%. Нарушения функции мочевыводящей системы на фоне гемолитико-уремического синдрома по г. Душанбе составили 4-5 случаев, в Сугдской области – 4-5 случаев на 100 000 детского населения. Необходимо отметить, что одной из лидирующих причин нарушения функции почек у 65% составляет гемолитико-уремический синдром, у 30% – острая кишечная инфекция, у остальных 5% – редкие причины.

Таким образом, можно констатировать тот факт, что острая дисфункция почек у детей возникает за счет нарушения водно-электролитного обмена при острой кишечной инфекции, что составляет более 66%. Этио-патогенетические факторы диареи установлены у 25% детей. При остром течении глоумерулонефрита нарушение функции почек встречается более чем у 10% пациентов на фоне обострения других септических процессов, в основном – это дети школьного возраста.

На фоне обострения интоксикации, нарушения функции почек в фазе анурии находились 72,1% больных, при этом у 32 (26,2%) фаза анурии сохранялась до 72 часов и более.

Клинико-лабораторные показатели в момент госпитализации характеризовались высоким уровнем азотистых шлаков на фоне выраженной эндогенной интоксикации и дисфункции органов и систем. При этом у 24 (19,6%) больных показатели мочевины были свыше 20 ммоль/л; креатинина – выше 0,27 ммоль/л у 38 (31,1%) больных. Необходимо отметить, что при стойком сохранении почечной дисфункции более 72 часов показатели азотистых шлаков держались на высоких цифрах, при этом ухудшались гемодинамические показатели и возникали другие осложнения.

При дисфункции почек в исследуемых группах в момент госпитализации констатирована выраженная анемия – у 41 (33,6%) больного, что требовало дополнительных мероприятий для её коррекции с использованием отмытых эритроцитов и эритроцитарной массы. У 50% больных отмечалась выраженная интоксикация, нарушения микроциркуляции, различной степени утрата сознания. У 28% детей с клиникой гемолитико-уремического синдрома констатирована артериальная гипертензия, с ОГН – у 72% и с ОКИ – у 21,4%. Клинические данные и общее состояние детей свидетельствовали о дисбалансе гидро-ионного равновесия. На фоне ОПП только у 11 (9,0%) пациентов при госпитализации наблюдались отеки и пастозность. На фоне общей интоксикации, дисфункции органов и систем клиника дыхательной недостаточности с проявлением острого повреждения лёгких рентгено-лабораторными методами диагностировалась лишь у 9 (7,3%) детей. Гиперкалиемия свыше 5,7 ммоль/л имелась у 30% больных детей. При её нарастании свыше 8 ммоль/л требовались активные методы детоксикации, с учетом показателей натрия.

Таким образом, нарушения гидро-ионного обмена, которые требовали срочных активных методов детоксикации, констатированы у 5 (4,0%) больных детей (нарастание показателей калия до критических цифр и прибавление массы больных до 10% от исходных показателей).

На фоне комплексных лечебных мероприятий в исследуемых группах отмечалось 18 (14,8%) неблагополучных исходов, из них летальных исходов констатировано 9 (7,3%), при этом продолжительность анурия сохранялась свыше 5 суток.

В исследуемых группах у 72% больных диагностирована хроническая почечная недостаточность.

Мы проанализировали исходы ОПП за период 2010-2015 гг. Было установлено достоверное снижение летальности с 27% в 2000-2004 гг. до 1,7% в 2010-2015 гг., что преимущественно связано с изменением структуры ОПН (снижение частоты ГУС с 31% в 2000-2004 гг. до 20% 2010-2015 гг.) и улучшением лечения (летальность при ГУС снизилась в 2 раза).

Изучая причины неблагоприятных исходов ОПН, установлено, что все умершие были грудного возраста, находились в анурической стадии ОПН, имели нарушения сознания от сопора до комы.

Следовательно, необходимо констатировать, что факторы, влияющие на неблагоприятный исход, – это грудной возраст, продолжительная фаза анурии, уровень сознания. Все эти клинические симптомы относились к гемолитико-уремическому синдрому, который в конечном итоге способствовал неблагоприятному исходу острой почечной недостаточности.

В ранней стадии дисфункции почек изучение морфофункциональных изменений почек сыграет лидирующее место в прогнозе ОПП. При глубоких изменениях морфологической картины при дисфункции почек у детей, когда речь идет об кортиконекрозе, что происходит при ГУС, конечный результат зависит от поражения нефронов, дисбаланса гидро-ионного обмена и септических процессов.

Таким образом, активные методы детоксикации необходимы при выраженном дисбалансе гидро-ионного равновесия - нарастании содержания калия более 7 ммоль/л, увелечении массы тела более 8%, гипонатриемии, отсутствии мочи более 4 суток. На фоне сопорозного состояния коррекция гидро-ионных нарушений, проводимая заместительная почечная терапия при высокой концентрации мочевины более 18 ммоль/л не оправданы и малоэффективны, т.к. причинами дисфункции почек являются кишечная инфекция и гломерулонефрит.

Заключение. Проведенным исследованием доказано, что у значительной части больных с дисфункцией почечной системы, как осложнения основного заболевания, проведение ранних комплексных мероприятий с учетом имеющихся нарушений позволяет своевременно восстановить деятельность почек. ГУС протекает наиболее тяжело, учитывая анатомо-физиологические особенности детей грудного возраста, без проведения активных методов детоксикации невозможно добиться положительного результата.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Ганиев Ш. Диагностика ОПН у детей раннего возраста // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2014. №3. С. 19-23.
2. Зверев Д.В., Музуров А., Долецкий А.С. Перитонеальный диализ при острой почечной недостаточности у детей // Анестезиология и реаниматология.- 2014.- № 1. –С. 32-35.
3. Шарапов А.М., Умарова З.С. Диагностика острой почечной недостаточности в педиатрической нефрологии // Анестезиология и реаниматология.- 2011.- №1.- С.70-72.
4. Smith G.C. Лечение острой почечной недостаточности // Реаниматология и интенсивная терапия.- 2013.- №1.- С.11-15.
5. Kellum J.A., M. Decker J. Use of dopamine in acute renal failure: met analysis// Crit. Care Med.- 2012.- Vol. 29 (8).- P.1526-1531.

[1]ОДИНАЕВ А.А., [2]НАБИЕВ З.Н., [1]САИДОВ Ҷ.С.

САБАБҲО ВА ТАБОБАТИ ИЛЛАТИ ШАДИДИ ГУРДАҲО ДАР КӮДАКОН

[1]МД «Марккази ҷумҳуриявии илмии хун»
[2]МД «Маркази илмию клиникии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакон»

Калимаҳои калидӣ: дисфунксия системаи ихроҷи пешоб, синдроми гемолитико-уремикӣ, усулҳои фаъоли детоксикатсия, кӯдакон, плазмоферез.

Дар асоси омӯзиши омилҳое, ки ба вайроншавии системаи пешоброн оварда мерасонад дар 122 бемори шуъбаи эҳёгарӣ ва табобати интенсивӣ, ки табобати маҷмуавӣ, инчунин гемодиализ қабул менамоянд ба хулоса омадем, ки ҳангоми гузаронидани ташхиси бармаҳал ва табобати боэътимоди колнсервативӣ натиҷаҳои хубро нисбати устуворгардии вазифаи ихроҷи гурдаҳо ба даст овардан мумкин аст. Дар мавриди ба амал омадани яке аз намудҳои вазнини дисфунксияи шадиди гурдаҳо дар кӯдакон, яъне синдроми гемолитико-уремикӣ, бе гузаронидани табобати детоксикатсионии боэътимод натиҷаи хубро ба даст овардан ғайриимкон аст.

УДК 380-089.85; 616; 366-003.7; 36

[1]РАСУЛОВ Н.А., [2]КУРБОНОВ К.М., [2]НАЗИРБОЕВ К.Р.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

[1]Кафедра хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

В статье проанализированы результаты диагностики и лечения 74 больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков. Установлено, что высокоинформативными методами диагностики уровня и протяженности рубцовых стриктур желчных протоков являются ЭРХПГ, ЧЧХ и магнитно-резонансной холангиопанкреатография. При наличии осложнений в виде холангита, механической желтухи и билиарного сепсиса целесообразно на первом этапе выполнение эндоскопических декомпрессивных вмешательств. Оптимальным вариантом коррекции рубцовых стриктур желчных протоков является формирование бескаркасного билиодигестивного анастомоза по Ру с использованием прецизионной техники и современных рассасывающихся шовных материалов, что позволяет существенно снизить частоту осложнений и тем самым улучшить результаты лечения пациентов стол тяжелого контингента.

Ключевые слова: рубцовая стриктура желчных протоков, декомпрессия желчных путей, билиодигестивный анастомоз.

[1]RASULOV N.A., [2]KURBONOV K.M., [2]NAZIRBOEV K.R.

OPTIMIZATION OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF VARIOUS PULSES OF RUBY BRAIN STRUCTURES OF BILLS

[1]Department of Surgery of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»
[2]Department of Surgical Diseases №1 of the Avicenna Tajik State Medical University

Article analyses the results of diagnosis and treatment of 74 patients with cicatrical stricture of the bile ducts. It is found that highly informative methods of diagnosis of the level and Extent of cicatrical stricture of the bile ducts are ERCP, CHCHH and Magnetic resonance cholangiopancreatography.

In the event of complications such as cholangitis, mechanical jaundice and biliary sepsis, the endoscopic decompressive interventions is advised at the first stage. The optimal option for correction of biliary ducts cicatricial strictures, according to Ru is the formation of frameless bioliodigestive anastomosis with the use of precision technology and modern absorbable suture materials. This allows significantly reduce the frequencies of complications and thereby improves the results of treatment of patients of such difficult contingent.

Key words: cicatrical stricture, of the bile ducts, biliary tract decompression, biliodigestive anastomosis.

Актуальность. Число больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков (РСЖП) не имеет тенденции к снижению, занимая одно из ведущих мест среди послеоперационных осложнений на желчных путях и печени [2]. Рост числа РСЖП, большинство из которых – до 90-95% – травматического происхождения и развитие в 4-7% воспалительного процесса указывают на актуальность затронутой проблемы [3, 4, 5, 8]. Послеопераци-

Назирбоев К.Р. – ассистент кафедры хирургической болезни №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; тел.: +99293-405-44-04; e-mail:dr.hero85@mail.ru

онная летальность при лечении РСЖП достигает 12-30%, а частота рецидивов стриктур – 30% [1, 6, 7, 9].

Для снижения количества РСЖП и их рестеноза важное значение имеет выбор способа восстановления пассажа желчи по пищеварительному тракту при повреждениях желчных протоков.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения рубцовых стриктур желчных протоков.

Материал и методы исследования. За период с 2000 по 2015 гг. на кафедре хирургических болезней №1 ТГМУ на базе ГКБ СМП прошли обследование и лечение 74 пациента с РСЖП. Мужчин было 24 (32,5%), женщин – 50 (67,5%) в возрасте от 18 до 74 лет.

Распределение пациентов производили в зависимости от уровня расположения РСЖП, согласно классификации Bistmuth-Corlete: I тип – у 8 (11%), II тип – у 12 (16%), IIIа тип – 21 (28%), IIIв тип – у 13 (17,5%), IV тип – у 20 (27%). Практически все больные поступили с синдромом механической желтухи, в 28 (38%) случаях – с явлением холангита. У 37 (50%) пациентов из 74 с РСЖП в прошлом была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. В 48 (65%) случаях факт повреждения внепеченочный желчных протоков (ВЖП) установлен интраоперационно и в ближайшем послеоперационном периоде. Этим пациентам в различных хирургических стационарах республики были выполнены хирургические вмешательства, направленные на наружное (n=18) либо внутреннее отведение желчи, которые оказались не совсем адекватными и привели к РСЖП. У 26 (35%) пациентов РСЖП возникли в отдаленном послеоперационном периоде, из них у 8 в анамнезе были операции по поводу холедохолитиаза и тотального гнойного холангита, а у 4 – по поводу прорыва эхинококковой кисты печени в желчные протоки.

Для определения уровня окклюзии желчных протоков наряду с общеизвестными методами исследования всем пациентам выполнены УЗИ и МРТ. Среди инструментальных методов диагностики и определения протяженности РСЖП в 42% наблюдений проводили эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ) и чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХ).

Результаты и их обсуждение. Основными симптомами РСЖП у наблюдаемых пациентов являлись: желтуха (n=22, 30%), холангит (n=18, 24%), боль и ощущения дискомфорта в животе (n=15, 20%) (табл. 1).

Таблица 1

Основные симптомы РСЖП (n=74)

Признаки	Количество	%
Желтуха	22	30
Холангит	18	24
Боль, дискомфорт в животе	15	20
Желчный свищ	8	11
Цирроз печени	4	5,5
Печеночная недостаточность	4	5,5
Билиарный сепсис	3	4
Всего	74	100

Наличие желчного свища наблюдали у 8 больных. Ещё у 8 (11%) пациентов был выявлен билиарный цирроз печени, у 4 (5,5%) из них с проявлениями печеночной недостаточности, в 3 наблюдениях при поступлении имелись явления билиарного сепсиса. Одновременное сочетание желтухи, холангита и боли в животе отмечено у 28 (38%) пациентов.

Всем пациентам с РСЖП проведено клинико–биохимическое исследование крови. При этом средней уровень билирубина в группе больных с желтухой составил 71,9±55,1мкмоль/л. Проявления холестаза в виде повышения уровня щелочной фосфатазы наблюдались у 42 (56,5%) пациентов: средний уровень щелочной фосфатазы составил 954,27±26,8 Е/л.

Комплексное УЗИ позволило выявить расширение желчных протоков выше зоны рубцовой стриктуры в 93,2% наблюдений и уровень стриктуры – в 82%. На основании данных УЗИ в дальнейшем выполняли ЭРХПГ и ЧЧХ. Необходимая информация об уровне, характере и протяженности стриктуры была получена у 54% пациентов.

Уровень стриктуры ВЖП, как правило, определял тяжесть состояния больных. У 23% пациентов с РСЖП наиболее информативным методом, отражающим как уровень стриктуры, так и ширину желчных протоков, оказалась магнитно-резонансная холангиопанкреатография.

Предварительная декомпрессия желчных путей выполнена по показаниям в 8 наблюдениях, направ-

лена на ликвидацию желтухи и холангита. При этом перед основным оперативным вмешательством в 6 наблюдениях выполняли ЭРХПГ с эндопротезированием гепатикохоледоха (n=4) и в ЭПСТ (n=2).

В 2 наблюдениях для коррекции билиарного сепсиса и эндотоксемии использовали методику чрескожной чреспеченочной эндогепатикотомии со стентированием протоков.

Несмотря на тот факт, что некоторые авторы [4] скептически относятся к выполнению предоперационной декомпрессии желчных путей, основываясь на том, что вопрос о декомпрессии желчных путей при РСЖП не следует решать по аналогии с остром холангитом, в 4 случаях наших наблюдений эндоскопические вмешательства являлись окончательными методами лечения РСЖП.

Основным видом оперативных вмешательств при РСЖП являлись билиодигестивные анастомозы (табл. 2).

Таблица 2

Характер оперативных вмешательств при РСЖП (n=74)

Вид операции	Количество	%
Гепатикоеюноанастомоз по Ру	32	43
Гепатикоеюноанастомоз по Брауну	15	20
Гепатикоеюноанастомоз по Ру с правыми сегментарными протоками на «едином» СТД	10	13,5
Билиодигестивный анастомоз с правыми долевыми протоками на СТД	8	11
Правосторонняя гемигепатэктомия	5	6,5
ЧЧХ эндогепатикотомия с стентированием	2	2,5
ЭРХПГ с эндопротезированием	2	2,5
Всего	74	100

В 18 (24,3%) наблюдениях при лечении РСЖП, особенно когда небольшой диаметр протока сопровождался холангитом и местными гнойно-септическими осложнениями, производили реконструктивные операции, используя сменный транспеченочный дренаж (СТД) в качестве каркаса. Операция в 7 наблюдениях сопровождалось осложнениями в виде: гемобилии (n=3), подпеченочного абсцесса (n=2), миграции СТД (n=2) из зоны анастомоза. При этом качество жизни больных было неудовлетворительным, т.к. они вынуждены были 2-2,5 года носить СТД.

Лечение пациентов с РСЖП претерпело значительные изменения в связи с разработкой методик выделения протоков с неизмененной слизистой с применением оптических приборов, прецизионной техники, а также с использованием атравматических игл с новым инертным рассасывающимся шовным материалом. С появлением современных технологий и шовного материала еще больше сузились показания к применению СТД, стремясь формировать прецизионный билиодигестивный анастомоз.

При формировании билиодигестивных анастомозов придерживались рекомендаций профессора Гальперина Э.И. и соавт. [2]:

– иссечение всех рубцовых тканей, так как в рубцово-измененных стенках происходят процессы созревания соединительной ткани, приводящие к дальнейшему увеличению рубца;

– хорошая адаптация слизистых оболочек при наложении анастомоза, препятствующая контакту желчи с соединительнотканными элементами стенки протока и развитию рубца;

– обеспечение сопоставление тканей без натяжения, т.к. последнее, помимо нагрузки на швы, ухудшает кровоснабжение и способствует развитию соединительной ткани и рубцеванию;

– наложение широкого анастомоза, т.к. любые соустья с желчными протоками резко суживаются в послеоперационном периоде.

К этому следует добавить целесообразность формирования анастомоза с выключенным по Ру участком тонкой кишки длиной 80 см для профилактики развития регургитационного холангита в послеоперационном периоде.

В дальнейшем в 32 (43,2%) наблюдениях формировали гепатикоеюноанастамоз по Ру, в 15 (20%) – по Брауну. При наличии высоких стриктур ВЖП, а также наличии внутрипеченочных абсцессов с явлением хронического холангита в 5 наблюдениях выполнили правостороннюю гемигепатэктомию.

В послеоперационном периоде после проведения 52 реконструктивных вмешательств при РСЖП осложнения возникли у 12 больных: специфические – у 7 (13%), неспецифические – у 5 (9,5%). Специфическими осложнениями являлись: несостоятельность билидигестивного анастомоза (n=2), печеночно-почечная недостаточность (n=2), внутриорганные кровотечения (n=2) и холангит

(n=1). Среди неспецифических осложнений следует отметить: нагноение лапаротомной раны (n=2), послеоперационная пневмония (n=2), спаечная кишечная непроходимость (n=1).

Отдаленные результаты хирургического лечения РСЖП прослежены у 52 (70%) пациентов из 74 прооперированных больных. Средний срок наблюдения составил 54±52,4 мес. (в среднем от 2 до 120 мес.). Основной причиной, не позволившей изучить отдаленные результаты, явилась смена места жительства пациента, а также некомплаэнтность больных или их родственников. Хорошие (n=20) и удовлетворительные (n=14) результаты отмечены у 34 (46%) больных, неудовлетворительные – у 18 (24%).

Основной причиной неудовлетворительных отдаленный результатов лечения являлись: рестеноз билиодигестивного анастомоза, который развился у 15 (20%) больных, в 2 наблюдениях через 10 лет после наложения гепатикоеюноанастомоза сформировался холангиогенный абсцесс левой доли печени, осложнившийся прорывом в свободную брюшную полость, и ещё 1 больного развилась гигантская послеоперационная грыжа.

Таким образом, при выборе методов лечения РСЖП необходимо учитывать тип рубцовой стриктуры желчных протоков, характер осложнений и функциональное состояние печени.

Выводы

1. Высокоинформативными методами диагностики уровня и протяженности РСЖП является ЭРХПГ, ЧЧХ и магнитно-резонансная холангиопанкреатография.
2. При наличии осложнений РСЖП холангитом, механической желтухой и билиарным сепсисом целесообразно на первом этапе выполнение эндоскопических декомпрессивных вмешательств.
3. Оптимальным вариантом коррекции РСЖП является формирование бескаркасного билиодигестивного анастомоза по Ру с использованием прецизионной техники и современных рассасывающих шовных материалов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Дюжева Т.Г. и др. Биодеградируемые материалы и методы тканевой инженерии в хирургии желчных протоков // Анналы хирургич. гепатол.- 2012.- Т. 17. № 1.- С. 94-99.
2. Лекции по гепатопанкреатобилиарной хирургии / под ред. Э.И. Гальперина. - М.: Видар-М, 2011.- 536 с.
3. Ничитайло М.Е., Скуме А.В. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия.- Киев: Маком, 2006.- 240 с.
4. Хотиняну В.Ф., Фердохлеб А.Г., Хотиняну А.Ф. Хирургическое лечение больных стриктурами внепеченочных желчных протоков // Анналы хирургической гепатологии.- 2008. - №1. – С. 61-65.
5. Черногорова М.В., Иванова Е.В., Федоров Е.Д. Эндоскопическая дилатация бигепатикоеюноанастамоза на изолированной петле по Ру // Анналы хирургической гепатологии.- 2011.- №1. – С. 113-116.
6. Coelho-Pradhu N., Baron T.H. Assesment of need for repeat EPCP during biliary stent removal after clinical resolution of postcholecystectomy bile leak // Am. J. Gastroentorol.- 2010.- Vol. 105.- P. 100-105.
7. Kolosovsky J.V., Galeev S.I. Results of repeatedrecon structive surgery for bile duct strictures following cholecystectomy // /World J. Surg.- 2011.- Vol. 35.- S. 461.
8. Weber A., Feussner H., Wincelmann F. Long-term outcome of endoscopic therapy in patients with bile duct injury after cholecystectomy // J. Gastroenterol. Hepatol.- 2009.- Vol. 24, № 5.- P. 762-769.
9. Кадыров Д.М., Восиев А.С. Значение предварительной чрескожной чреспеченочной декомпрессии жнлчных протоков при механической желтухе // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2017. – № 1. – С. 36-42.

[1]РАСУЛОВ Н.А., [2]ҚУРБОНОВ К.М., [2]НАЗИРБОЕВ Қ.Р.

МУНОСИБ КАРДАНИ ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ НАМУДҲОИ ГУНОГУНИ СТРИКТУРАҲОИ РОҲҲОИ ТАЛХАБАРОР

[1]Кафедраи ҷарроҳии МД ДТИБКС ВТ ва ҲИА ҶТ
[2]Кафедраи ҷарроҳии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: стриктураи роҳҳои талхабарор, декомпрессияи роҳҳои талхабарор анастомози билиодигестивӣ.

Дар мақола натиҷаи ташхис ва табобати 74 бемор бо стриктураҳои роҳҳои талхабарор мавриди таҳлил қарор гирифт. Муайян карда шуд, ки усулҳои дақиқи муайян намудани сатҳ ва дарозии стриктураҳои роҳҳои талхабарор таваccути холангиопанкреатографияи ретроградии дарунниғарӣ, холангиопанкреатографияи магнитӣ-резонансӣ ва холангиография бо убури пусту ҷигар имконпазир аст. Ҳангоми ҷой доштани оризаҳои беморӣ ба монанди холангит, зардшавии механикӣ ва сепсиси билиарӣ дар навбати аввал ичро намудани дасткориҳои дарунниғарӣ, ки ба декомпрессияи роҳҳои талхабарор равона карда мешавад мақсаднок аст. Яке аз роҳҳои муносиби бартараф намудани стриктураҳо ин таъсис додани анастомозҳои беқолаби билиодигестивӣ бо усули Ру ва бо истифодаи технологияи навину риштаҳои муосири минбаъд нобудшаванда ба ҳисоб меравад, ки имкон медиҳад то басомади оризаҳо кам гардада, дар навбати худ сифати табобати ин гурӯҳи беморони вазнинро беҳтар намояд.

УДК 618.146–006.6:615.28

САЙФУТДИНОВА М.Б.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ IB СТАДИИ

Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ

Полученные результаты настоящего исследования впервые позволили предложить альтернативную методику лечения рака шейки матки ранней стадии. Разработаны оптимальные режимы применения неоадъювантной полихимиотерапии и доказана их эффективность при раке шейки матки Ib стадии. Данная методика отличается от существующих стандартов лечения и является новым научно-обоснованным методологическим подходом к лечению рака шейки матки Ib стадии. Оценена эффективность неоадъювантной полихимиотерапии в зависимости от наиболее важных прогностических факторов. Изучены ближайшие и отдаленные результаты комбинированного и комплексного лечения рака шейки матки Ib стадии.

Ключевые слова: рак шейки матки, неоадъювантная полихимиотерапия, комбинированное и комплексное лечение.

SAIFUTDINOVA M.B.

OPTIMIZATION OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF IBSTAGE OF CERVICAL CANCER

State Establishment «Republican Oncological Scientific Center» of Ministry of Health and Social Protection of Population of Republic of Tajikistan

Obtained research results, for the first time allow to propose alternative method on the treatment of early staged cervical cancer. Optimal modes of neoadjuvant polychemotherapy application were developed and their efficiency in the treatment of cervical cancer of Ib stage were proven. Given method differs from existing standards of treatment and it is new scientifically grounded methodological approach in the treatment of cervical cancer of Ib stage. The efficiency of neoadjuvant polychemotherapy depending on the most important prognostic factors was assessed. Near and long – term results of combined and and comprehensive treatment of cervical cancer of Ib stage were studied.

Key words: cervical cancer, neoadjuvant polychemotherapy, combined and comprehensive treatment.

Актуальность. В Таджикистане, согласно отчетам онкологической службы, рак шейки матки (РШМ) в настоящее время также является наиболее частой злокачественной опухолью женских гениталий, удельный вес патологии в структуре онкозаболеваемости женщин в 2014 г. составил 17,98% [1, 2]. Доказан статистически значимый рост заболеваемости и смертности, по прогнозу стандартизованный показатель заболеваемости к 2020 г. достигнет 15,3 на 100 тыс. женского населения. Смертность возрастет до 5,5 на 100 тыс. женского населения. Выявленные тенденции к росту заболеваемости и процента запущенных случаев рака шейки матки подчеркивают актуальность разработки в Республике Таджикистан эффективных схем лечения онкопатологии уже на ранних этапах, в связи с чем с 2000 года мы начали внедрять в клиническую практику комплексную терапию РШМ Ib стадии, включая в схемы лечения неоадъювантную системную химиотерапию. Специалисты Республиканского онкологического научного центра МЗ СЗН РТ внесли свой вклад в опыт лечения рака шейки матки ранней стадии, используя химиотерапию в схеме лечения

Сайфутдинова М.Б – руководитель радиологического отделения ГУ «Республиканский онкологический научный центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан»; тел.: + 992 918 66 52 61; e-mail: detochka1984@bk.ru

заболевания [3, 4]. Противоопухолевые препараты обладают цитостатическим эффектом не только в отношении первичной опухоли и регионарных метастазов, но и способны воздействовать на отдаленные метастазы [5].

После публикации первых сообщений об эффективности первичной химиотерапии при раке шейки матки [6, 7], многие исследователи мира пытались оценить ее роль, изучали возможности различных схем цитостатиков и комбинации химиопрепаратов с лучевой терапией для получения наиболее полного ответа опухоли на лечение [5-7]. За прошедшие два десятилетия для лечения плоскоклеточного рака шейки матки применялось более 50 химиопрепаратов, но только около 20 из них продемонстрировали терапевтическую активность в пределах 15-25%, однако, широкое практическое внедрение получили лишь некоторые из них, наиболее эффективным оказался препарат цисплатин [7].

Цель исследования. Улучшение результатов комбинированного и комплексного лечения больных раком шейки матки 1b стадии путем разработки и внедрения научно-обоснованных методологических подходов к химиотерапии в комплексном лечении, с обсуждением непосредственных и отдаленных результатов.

Материал и методы исследования. Работа выполнена в рамках утвержденной Правительством РТ «Национальной программы по профилактике, диагностике и лечению злокачественных опухолей в Республике Таджикистан на 2010-2015 гг.». В основу исследования положен анализ результатов диагностики и лечения 104 больных раком шейки матки (РШМ) Ib стадии по классификации FIGO (2009). Все пациенты имели морфологическое подтверждение диагноза, находились под динамическим наблюдением в Государственном учреждении «Республиканский онкологический научный центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан» (ГУ РОНЦ МЗ СЗН РТ) в период с 2008 до 2013 гг. Большинство пациенток, страдающих раком шейки матки Ib стадии, относились к возрастным группам 41-50 (46,2%) и 31-40 лет (36,5%).

При анализе обращаемости исследованных больных раком шейки матки Ib стадии в Республиканский онкологический научный центр было установлено, что большинство проживали в Хатлонской области – 38,5% и в г. Душанбе – 30,8%.

Несмотря на достаточную эффективность самостоятельного хирургического метода при ранних стадиях болезни, проанализированы различные варианты применения химиотерапии с целью определения возможности улучшения результатов лечения, но спорным остается вопрос о применении химиотерапии в неоадъювантном или адъювантном режимах.

Исследователи указывают на низкую информативность магнитно-резонансной томографии (МРТ) при раке шейки матки, однако, на основании сравнения результатов МРТ с интраоперационными находками и результатами патоморфологического исследования мы смогли убедиться в высокой информативности данного метода при оценке распространенности опухолевого процесса. МРТ обладала высокой чувствительностью в выявлении инвазии опухоли шейки матки в окружающие структуры и органы. Интраоперационные данные показывают, что в большинстве случаев, когда при клиническом стадировании определялся пальпируемый инфильтрат в параметрии, он не имел истинно опухолевой природы. По нашим данным, чувствительность метода при РШМ Ib стадии составила 100%, специфичность – 92,3%, точность – 92,8%. Мы убедились, что применение МРТ и трехмерной эхографии с ангиографией уточняют данные клинического стадирования, что позволяет разработать индивидуальный план лечения пациенток.

По диагностической информативности метод трехмерной эхографии с ангиографией не уступает магнитно-резонансной томографии, представляя собой более доступную альтернативу.

Несмотря на достаточную эффективность самостоятельного хирургического метода при ранних стадиях болезни, рассматриваются различные варианты применения химиотерапии с целью улучшения результатов лечения. Но спорным остается вопрос о применении химиотерапии в неоадъювантном или адъювантном режимах.

Результаты и их обсуждение. Больные, включенные в исследование, были разделены на 2 группы: I группа (n=63) – пациентки, которые получили лечение в виде операции + телегаммаотерапии (ТГТ); II группа (n=41) – больные, которые на первом этапе получили неоадъювантную химиотерапию (НАХТ), а затем подвергались операционному лечению и ТГТ.

Лечение в первой группе проведено стандартно: на первом этапе всем больным произведена операция. Обязательным являлось проведение предоперационной антибиотикотерапии и местного противовоспалительного лечения, что позволяет уменьшить сопутствующие опухоли воспалительные изменения, отек перицервикальных тканей, снизить интоксикацию. Вследствие этого создаются лучшие условия для хирургического вмешательства и предупреждаются послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения. На втором этапе – сочетанная лучевая терапия в классическом режиме и фракционировании.

Анализ рецидивов заболевания показал, что наибольшая частота рецидивов и метастазов РШМ приходится на первые 2 года после окончания лечения. При появлении рецидива заболевания

основными клиническими симптомами были: болевой синдром – у 12 (19,0%) больных, бели – у 3(4,8%), кровотечение из половых путей – у 5 (7,9%), лимфостаз – у 9 (20,6%) больных. В ряде случаев у пациенток наблюдалось одновременное сочетание нескольких симптомов.

Рецидивы опухоли в различные сроки наблюдения после окончания комбинированного лечения выявлены у 23 (36,4%) больных. У 5 (7,9%) пациенток рецидивная опухоль локализовалась в прикультевой зоне, в 9 (20,6%) наблюдениях – в подвздошной области, у 9 (20,6%) женщин – в параметральной области.

Лечение во второй группе больных начиналось с неоадъювантной химиотерапии, в среднем они получили от 1 до 4 курсов. Анализ динамики симптомов после первого этапа лечения в данной группе пациенток показал, что такие симптомы, как кровянистые выделения их половых путей, бели и боли после проведенной лекарственной терапии в неоадъювантном режиме значительно уменьшились. Так, к началу следующего этапа лечения кровянистые выделения в незначительном количестве отмечали 2 (4,8%) больных, получивших полихимиотерапию, лимфорея почти отсутствовала после проведенного неоадъювантного этапа лечения. Болевой синдром при поступлении на II этап лечения отмечали 6 (14,6%) больных, что не всегда было обусловлено опухолевым процессом.

Для оценки непосредственных результатов НАХТ перед началом II этапа терапии у больных были взяты контрольные мазки на цитологическое исследование с поверхности опухоли шейки матки. Цитологический патоморфоз был изучен у 41 пациентки. В группе больных, получивших НАХТ в комбинации цисплатин + фторурацил, выраженный патоморфоз, соответствующий IV степени, имел место в 5 (12,2%) случаях, умеренный патоморфоз (III степени) отмечался у 20 (48,8%) больных, слабый патоморфоз выявлен в 16 (39%) наблюдениях.

На 21-25 сутки после НАХТ все больные (n=41) подверглись оперативному лечению, им производилась операция Вертгейма – расширенная экстирпация матки с придатками. Эффективность воздействия предоперационной НАХТ на первичную опухоль составила 100%, из которых в 53,7% наблюдений отмечен умеренный патоморфоз, слабый патоморфоз – у 46,3% оперированных пациенток. Эффективность воздействия НАХТ на метастазы рака шейки матки в регионарных лимфатических узлах составила 100%, из которых в 22,2% наблюдений отмечен патоморфоз IV степени, умеренный патоморфоз – в 44,4%, патоморфоз I-II степеней был установлен в 3 (33,3%) случаях.

У больных исследуемой группы (81 случай) были выявлены умеренно выраженные, в пределах I-II баллов, осложнения химиотерапии, которые не требовали прекращения лечения. Токсичность лечения оценивалась по балльной системе, согласно рекомендациям ВОЗ.

Следует отметить, что наиболее выраженными осложнениями химиотерапии почти у всех исследованных больных раком шейки матки Ib стадии были диспепсические явления – 39 (95,1%) случаев. Гематологические осложнения в 20 (48,8%) случаях развивались в виде анемий, лейкопений и тромбоцитопений.

Нами получены более высокие показатели выживаемости в группе больных, получивших комплексное лечение с НАХТ, по сравнению с группой больных, получивших комбинированную терапию.

Анализ результативности проведенных видов лечения больных РШМ T1bN0-1M0 показал, что осложнения после сочетанной лучевой терапии в основном были обусловлены воздействием радиационных источников на организм, а при включении в схему лечения химиопрепаратов к лучевым осложнениям присоединялось токсическое воздействие цитостатиков.

Сравнительная оценка осложнений хирургического лечения показала, что повышенная кровоточивость тканей в основном отмечались после проведения химиотерапии. Остальные осложнения хирургического лечения (урологические травмы) принципиальных различий не имели.

Местное прогрессирование рака шейки матки значительно снижает качество жизни больных, поскольку, помимо болевого синдрома, оно сопровождается кровотечением из половых путей, инфицированием, некрозом и распадом опухоли, гнилостными выделениями, что вызывает выраженный психологический дискомфорт и социальную дезадаптацию больных.

В процессе выполнения исследования мы убедились в том, что рецидивы носят как локорегионарный характер, так и характер отдаленных метастазов. Сравнительный анализ сроков реализации рецидивов и метастазов показал, что чаще всего они развивались в течение 12-24 месяцев.

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

позвоночника – у 2 больных, в забрюшинные лимфоузлы – у 2).

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

Анализ данных рецидивов и метастазов в группе больных, получивших комплексное лечение (НАХТ+операция+лучевая терапия), свидетельствует о том, что они коренным образом отличаются от таковых в группе с комбинированным лечением. Например, рецидивы опухоли отсутствовали в течение 36 месяцев (3 года!), затем у 3 пациенток и к 42 месяцу у 8 больных были установлены рецидивы опухоли.

Другим немаловажным фактом является то, что в первой группе (n=63) значительно раньше, т.е. с шестого месяца после лечения, начался процесс метастазирования у 3 больных, а к 30 месяцу наблюдения количество больных с метастазами в различных органах и тканях достигло 12 (19,4%).

Проведенные исследования этих же показателей у больных второй группы значительно отличаются от таковых в контрольной. Анализ появления рецидивов и метастазов в этой группе (n=41) свидетельствует о том, что в сроки до 36 месяцев после лечения мы не наблюдали прогрессирования опухолей. Только у трех больных через 36 месяцев, затем у 8 (19,5%) пациенток через 42 месяца, всего у 11 (26,8%) больных, установили рецидивы рака шейки матки. Говоря о метастазах, также можно отметить поздние сроки их развития – у 4 (9,7%) больных этой группы метастазы появились в сроках от 48 до 54 месяцев после лечения.

Таким образом, показатели эффективности лечения больных второй группы лучше, чем в первой. У этих больных рецидивы и метастазы развиваются значительно позже – через 3 года после проведенной терапии. Так, общее количество отдаленных метастазов, реализованных после комбинированного лечения, составило 19,4%, а после комплексного - 9,7%.

Длительные сроки клинической ремиссии, вероятно, связаны с проведением НАХТ в комплексном лечении рака шейки матки Ib стадии. Резюмируя результаты сравнительной оценки комплексной и комбинированной терапии рака шейки матки Ib стадии, можно утверждать, что комплексная терапия с назначением НАХТ значительно улучшает исход болезни и качество жизни больных.

Истинными показателями эффективности терапии рака шейки матки являются выживаемость и качество жизни больных. Из 104 больных, включенных в исследование, живы 88,5% пациенток, из них 45 (43,3%) женщин живут без прогрессирования болезни, у 47 (45,2%) больных отмечено развитие рецидивов и метастазов в разные сроки наблюдения. Умерли от прогрессирования опухолевого процесса 12 (11,5%) женщин.

Проведенный анализ одногодичной выживаемости показал, что общая выживаемость после комбинированного лечения составила 98,4%, безрецидивная – 92,1%.

Отдаленные же результаты значительно отличались, 5-летняя общая выживаемость после комбинированного лечения достигала 85,7%, безрецидивная – 53,9%. В то же время после комплексного лечения общая 5-летняя выживаемость составила 87,0%, безрецидивная за тот же период – 63,4%.

Таким образом, включение в схему лечения неоадъювантной химиотерапии позволило увеличить общую и безрецидивную выживаемость больных РШМ Ib стадии, улучшить качество их жизни.

Выводы

1. МРТ, чувствительность которой составляет 75,4%, является адекватным методом обследования для выявления рака шейки матки, в то же время УЗ-исследование в режиме 3D и с цветовым допплеровским картированием (чувствительность – 81,2%), обладая высокой информативностью, незначительно уступающей МРТ, остается менее дорогим и более доступным в практическом здравоохранении.

2. Включение в схему комбинированного лечения больных раком шейки матки T1bN0-1M0 стадий неоадъювантной химиотерапии позволяет добиться III и IV степеней лечебного патоморфоза первичной опухоли у 53,7% больных.

3. При включении в схему лечения больных раком шейки матки T1bN0-1M0 стадий неоадъювантной химиотерапии отмечается устойчивая тенденция к увеличению общей 5-летней выживаемости (87% и 85,7% соответственно) и достоверное увеличение безрецидивной выживаемости больных, по сравнению с результатами комбинированного лечения за тот же период (63,4 и 53,9% соответственно).

4. Значимыми прогностически неблагоприятными факторами у больных раком шейки матки T1bN0-1M0 стадий являются глубина инвазии опухоли, большое количество родов у женщин, наличие анемии, активный репродуктивный возраст, размеры опухли ≥4 см, ее морфологическая структура, наличие метастатических лимфоузлов таза.

5. Осложнения НАХТ, операции и сочетанной лучевой терапии у больных РШМ T1bN0-1M0 стадий вполне контролируемые и незначительно влияют на выживаемость больных.

6. Наличие метастазов в лимфатических узлах таза, подтвержденное морфологическим исследованием, достоверно ухудшает выживаемость больных раком шейки матки Ib стадии и исход болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Умарова С.Г., Зикиряходжаев А.Д., Зикиряходжаев Д.З. Эпидемиологические аспекты злокачественных новообразований органов репродуктивной системы у женщин в Таджикистане. - Душанбе: Оптима, 2013. - 120 с.

2. Каримова Ф.Н., Умарова С.Г., Раупова М.С. Эпидемиологические аспекты рака шейки матки в Республике Таджикистан // Вестник Авиценны.- 2011.- № 4 (149). - С. 59-63.

3. Ермакова Н.А. Роль химиотерапии на различных этапах лечения рака шейки матки // Практическая онкология.- 2002.- № 3. - С. 211-219.

4. Kim H.S., Sardi J.E., Katsumata N. et al. Efficacy of neoadjuvant chemotherapy in patients with FIGO stage IB1 to IIA cervical cancer: an international collaborative meta-analysis // Eur. J. Surg. Oncol. – 2013.- V. 39, № 2. - P. 115-124.

5. Тюляндина А.С. Современные тенденции в системном лечении онкогинекологических больных// Практическая онкология.- 2013.- Т. 14, № 1. - С. 43-50.

6. Modarress M., Maghami F.Q., GolnavazM. et al. Comparative study of chemoradiation and neoadjuvant chemotherapy effects before radical hysterectomy in stage IB-IIB bulky cervical cancer and with tumor diameter greater than 4 cm // Int. J. Gynecol. Cancer.- 2005.- V. 15. № 3. - P. 483-488.

7. Cheewakriangkrai C., Srisomboon J., Chitapanarux I. et al. Concurrent cisplatin-based chemoradiation and adjuvant hysterectomy for bulky stage IB-IIA cervical cancer // J. Med. Assoc. Thai. – 2005.- V. 88, № 10. - P. 1331-1337.

САЙФУТДИНОВА М.Б.

МУНОСИБ КАРДАНИ ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ САРАТОНИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН ДАР МАРҲИЛАИ Ib

МД «Маркази илмии саратоншиносӣ» ВТ ва ҲИА ҶТ

Калимаҳои калидӣ: саратони гарданаки бачадон, табобати бисёрҷабҳаи кимиёвии ғайриадъювантӣ, табобати мураккаб ва маҷмуавӣ.

Натиҷаҳои ба дастомадаи тадқиқоти мазкур имкон фароҳам овард, ки бори аввал усули алтернативии табобати марҳилаҳои аввали саратони гарданаки бачадон пешниҳод карда шавад. Реҷаҳои мувофиқи истифодаи табобати кимиёвии ғайриадъювантии бисёрҷабҳа коркард карда шуда, натиҷаи мусбӣ доштани он ҳангоми саратони гарданаки бачадон дар марҳилаи Ib исбот карда шуд. Усули мазкур аз стандартҳои мавҷудбуда фарқият дошта, ҳамзамон назари нави илман асосноккаштаи методологӣ нисбати табобати саратони гарданаки бачадон ба ҳисоб меравад. Манфиатнокии табобати ғайриадъювантии табобати кимиёвии бисёрҷабҳа вобаста аз омилҳои муҳими пешбиникунанда баҳогузорӣ карда шуд. Натиҷаҳои бармаҳал ва минбаъдаи табобати якҷоя ва маҷмуавии саратони гарданаки бачадон дар марҳилаи Ib омӯхта шуд.

УДК 616.833.58:616.85:616.718.41-001.6-053.1-089.844-77

САФАРОВ ДЖ.М., АРТЫКОВ К.П., САФАРОВ Д.Д.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОПАТИЙ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА ГОЛОВКИ БЕДРА

Клинико-диагностический центр «Мадади Акбар»
Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

В работе анализированы причины развития нейропатий после тотального эндопротезирования при врожденном вывихе бедра у 36 больных. Уточнены показания и сроки оперативного вмешательства нейропатий седалищного нерва. Предложена методика профилактики повреждения седалищного нерва во время операции, которая позволила значительно уменьшить количество и тяжесть травматических повреждений.

Ключевые слова: врожденный вывих головки бедра, седалищный нерв, нейропатия.

SAFAROV J.M., ARTICOV K.P., SAFAROV D.D.

PREVENTION AND TREATMENT OF NEUROPATHY OF THE SADDLE NERVE AT ENDOPROSTHESIS IN CONGENITAL DISLOCATION OF THE FEMORAL HEAD

Clinical and diagnostic Center "Madadi Akbar"
Department of surgical diseases № 2 of the Avicenna Tajik State Medical University

Paper analyses the reasons of neuropathy development after total endoprosthesis in congenital dislocation of the hip in 36 patients. Indications and terms of operational intervention in neuropathy of the saddle nerve were clarified. Prevention technique of the saddle nerve during the operation was proposed, which allowed significantly reduce quantity and severity of traumatic injuries.

Key words: congenital dislocation of the femoral head, saddle nerve, neuropathy.

Актуальность. В настоящее время тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (ТБС) при врожденном вывихе головки бедра стало основным методом хирургического ее лечения, дающие возможность восстановить опороспособность конечности, избавить пациента от боли, хромоты и возвратить его к активному образу жизни. В связи с большой эффективности в последние годы эндопротезирование тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра (ВВБ) приобретает широкое распространение [1, 6]. Несмотря на все ее преимущества эндопротезирование при ВВБ чревато развитием рядом осложнений как во время так и в послеоперационном периоде, среди которых особое место занимает повреждение седалищного и бедренного нервов. Так, частота развития нейропатии нижних конечностей при эндопротезировании тазобедренного сустава составляет 0,3-0,9%, а при врожденном вывихе бедра, когда имеется укорочение конечности, она регистрируется у каждого третьего пациента [2, 6]. Неврологический дефицит после тотального эндопротезирования проявляется такими явлениями как полного или частичного пареза стопы и голени, требующее долгого консервативного и иногда хирургического лечения. Вместе с тем топическая ее диагностика является трудоемкой работой, а существующие методы лучевой диагностики имеют невысокую специфичность и чувствительность. Рентгенологическое исследование может выявить наличие скрытых переломов и

Сафаров Д.М. – асс. кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.; тел.: +992907532253

инородных тел. Электромиография и МРТ оказывают эффективную помощь лишь при повреждениях периферических нервных стволов [3,4].

Традиционно при повреждении седалищного нерва восстанавливают ее путём наложение анастомоза «конец в конец» или с использованием нервных трансплантатов взятых из других областей. При повреждение седалишного или бедренного нервов без нарушения их целостности (сотрясение, сдавление, растяжение) оперативное вмешательство направлено на невролиз (удаление рубцовой ткани) или устранение факторов, блокирующих восстановление аксонального роста [5]. Однако после проведения таких хирургических манипуляций необходимо длительное реабилитационная терапия, включающее нейротропную терапию и электромиостимуляцию способствующее более быстрому восстановлению утраченных функций поврежденных нервов [4,7-9].

Цель исследования. сокращение числа нейропатий седалищного нерва при эндопротезировании по поводу врожденного вывиха головки бедра.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты лечения 36 пациентов, которым по поводу врожденного вывиха бедра было выполнено эндопротезирование тазобедренного сустава в период с 2006 по 2016 годы в клинико-диагностическом центре «Мадади Акбар». В 15 случаев больным было выполнено безуспешная однократная операция, у 8 пациентов две и более операции. У остальных 13 пациентов в анамнезе не имелся данных об проведенном какой либо хирургического вмешательства по поводу ВВБ.

Рентгенологически по высоте стояния головки бедренной кости вывихи были от 3 до 7 см. Всем пациентам после соответствующей предоперационной подготовки в плановом порядке было выполнено эндопротезирование тазобедренного сустава.

С целью уменьшения травматизации и повреждения седалищного нерва при операций эндопротезирования, нами предложен способ заключающееся в выделение седалищного нерва на протяжении в операционной ране. Затем под визуальным контролем выполняется основной этап эндопротезирования. К сожалению, в доступной литературе нам не встретилось данных, касающихся профилактики нейропатий во время операции, развившихся в результате эндопротезирования, которые можно было бы использовать в качестве сравнения с нашими данными.

Методика выделения седалищного нерва выглядит следующим образом. Поперечная операционная рана предназначенная для эндопротезирования расширяется на 3 см чем обычна, которая дает возможность более безопасно выделит седалищный нерв. В последующем перед выделения головки бедренной кости из межмышечного пространства, выделяют седалищный нерв, которую возьмут на тесемку и отводят медиально. Во время основного этапа эндопротезирования тазобедренного сустава седалищный нерв все время находится под визуальным контролем. В зависимости от применения разработанной методики профилактики нейропатии седалищного нерва пациенты были распределены на две группы. Первую группу составили 19 пациенты, которым профилактика нейропатии седалищного нерва не проводилась. Во вторую группу были включены 17 больные, которым целенаправленна была применена разработанная методика. По возрасту, полу и высоте стояния головки бедренной кости пациенты обеих групп были сопоставимы, что позволило провести сравнительную оценку полученных результатов исследований.

Диагностика повреждения седалищного нерва и эффективность проведенного лечения проводилась с помощью электронейромиографии (ЭНМГ) на электромиографе Neuro screen (Philips).

Статистическую обработку полученных результатов в ходе исследования проводили с использованием программы SPSS Statistica 5.1. Методами описательной статистики определяли средние тенденции с вычислением средне-арифметического значения (M), и его стандартной ошибки (m). Нулевая гипотеза отвергалась при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. При анализе результатов эндопротезирования в первой группе (n=19) в послеоперационном периоде была выявлена 5 (26,3%) случаев нейропатии тракционного характера седалищного нерва (преимущественно малоберцовой порции). У одного пациента наблюдалась нейропатия бедренного нерва. В одном случае была тотальная нейропатия седалищного нерва при переломе вертлужной впадины. Всем пациентам в течение более двух месяцев была назначена комплексная консервативная терапия. У трех пациентов с нейропатий тракционного характера и с нейропатий бедренного нерва была отмечена положительная динамика. У остальных двух пациентов в связи с неэффективности консервативной терапии была проведена оперативное лечение – невролиз седалищного нерва. В обоих случаях при ревизии седалищного нерва был обнаружен выраженный спаечный перипроцесс, возможным причиной которого мы считаем образование послеоперационной гематомы. Интраоперационно сдавление седалищного нерва диагностировалась с помощью электростимуляции, при которой не отмечался сокращение мышц разгибателей стопы.

Нами невролиз седалищного нерва осуществлялся под оптическим увеличением с использованием набора микрохирургических инструментов. При этом в обоих случаях имелся рубцовые изменения эпиневра седалищного нерва удаление которой достигалась техническими трудностями. Из-за эффекта компрессии седалищный нерв после невролиза имел ленточную форму. После полного невролиза

нами повторно была произведена электростимуляция при котором восстановилась сокращения мышц разгибателей стопы. В послеоперационном периоде у обеих пациентов отмечалась положительная динамика с полным восстановлением утраченных функций седалищного нерва и ее ветвей.

У одного пациента тотальная нейропатия седалищного нерва развилась через неделю после эндопротезирования правого тазобедренного сустава. Причиной перелома вертлужной впадины явился приступ эпилепсии при которой отмечался сильное сокращение мышц нижней конечности. У этой пациентки при повторной операции по поводу замены чашки протеза выявлено, что седалищный нерв находится в плотном конгломерате по линии перелома кости. При электростимуляции сокращения мышц на бедре и голени отсутствовал. Большими техническими сложностями седалищный нерв выделен из конгломерата и проведен невролиз. Эффект невролиза доказан проведением повторной электростимуляции, при которой появились сокращения мышц голени преимущественно сгибателей стопы. Тыльная флексия правой стопы составила 1-1,5 балла, подошвенная до 3,5-4 балла. Отмечалась постепенное восстановление чувствительности кожи в зоне иннервации малоберцовой порции седалищного нерва в области стопы и пальцев, появление минимальных движений в пальцах стопы после электростимуляции. Ортопедический статус: ходит с опорой на трость, движения в правом тазобедренном суставе сохранены, патологической подвижности в области эндопротеза не выявлено. Динамика ЭНМГ конечности пациента после операции представлена в таблице 1.

Таблица 1

Динамика ЭНМГ показателей больной после операции

Название мышц	Через 6 м-цев				Через год			
	слева		справа		слева		справа	
	мВ	к/с	мВ	к/с	мВ	к/с	мВ	к/с
Передняя большеберцовая мышца	0,35	290	–	–	0,42	280	0,21	140
Икроножная мышца	0,03	210	0,05	140	0,05	100	0,01	70
Прямая мышца бедра	0,04	200	0,06	190	0,08	140	0,04	90
Двуглавая мышца бедра	0,04	80	0,2	90	0,05	80	0,15	70

Обозначения: мВ – милливольт; к/с – колебания в секунду

Таким образом, в отдаленном периоде у пациентки регистрирована положительный эффект с восстановлением всех утраченных функций седалищного нерва.

Во второй группе у всех 17 оперированных больных седалищный нерв до основного этапа эндопротезирования был выделен, отведен в сторону и был под визуальным контролем до завершения операции. У 13 оперированных больных послеоперационный период протекал гладко и со стороны неврологического статуса, каких либо изменений не было.

У четырех пациентов высота стояния головки бедра был от 5 до 7см. У всех этих пациентов во время операции были технические сложности. Не смотря на то, что у этих пациентов выделенный седалищный нерв был защищен от травмы, в послеоперационном периоде у всех у них развились парезы малоберцового нерва легкой степени, которые прошли на фоне консервативного лечения и электронейростимуляции в ближайшем послеоперационном периоде. Динамика ЭНМГ одного из этих пациентов представлена в таблице 2.

Таблица 2

Динамика ЭНМГ показателей больной после операции

Название мышц	Через 6 м-цев				Через год			
	слева		справа		слева		справа	
	мВ	к/с	мВ	к/с	мВ	к/с	мВ	к/с
Передняя большеберцовая мышца	0,35	290	–	–	0,42	280	0,21	140
Икроножная мышца	0,03	210	0,05	140	0,05	100	0,01	70
Прямая мышца бедра	0,04	200	0,06	190	0,08	140	0,04	90
Двуглавая мышца бедра	0,04	80	0,2	90	0,05	80	0,15	70

Обозначения: мВ – милливольт; к/с – колебания в секунду

Как видно, показатели ЭНМГ в послеоперационном периоде на фоне консервативного лечения прогрессивно улучшились, что свидетельствует о минимальной интраоперационной травме. У всех больных при комплексном лечении нейропатий был использован метод электростимуляции, который позволил уменьшить проявления неврологических расстройств и болевого синдрома. На момент завер-шения курса электростимуляции амплитуда моторных ответов мышц пораженной конечности возросла в среднем на 26,0%, средняя амплитуда суммарной ЭМГ увеличилась на 18,2 % ($p<0,001$), а частота следования колебаний – на 19,8 % ($p<0,001$). В течение первых трех месяцев после операции амплитуда М-ответов характеризовалась выраженной положительной динамикой до 2-кратного возрастания ($p<0,001$) показателя.

По данным многих исследователей при врожденном вывихе бедра помимо дислокации головки происходит деформация таза, дегенеративные и дистрофические изменения, нарушения кровообращения, которые отрицательно влияют на нервнее сплетения и седалищный нерв [1, 2, 5]. Все это усложняет проведение операции эндопротезирования при врожденном вывихе бедра.

В большинстве научных работ посвященных нейропатиям седалищного и бедренного нервов, после эндопротезирования ТБС, отражены вопросы их диагностики и консервативного лечения [7, 8]. Однако некоторые моменты хирургической тактики при нейропатии остаются до конца не разработанными. Выявление факторов риска поражения вышеуказанных нервов и оптимизация их тактики лечения требуют оптимизации и дальнейших научных исследований.

Заключение. Больные с неврологическим дефицитом периферических нервов после тотального эндопротезирования суставов подлежат обязательному детальному обследованию (КТ или МРТ, ЭНМГ) для выявления уровней и причин поражения нерва с последующим оперативным вмешательством, направленным на восстановление функции пораженного нерва. Невролиз с последующим проведением курса временной электростимуляции способствует более быстрому восстановлению функции травмированного нерва. Предложенная нами методика профилактики повреждений седалищного нерва, путем выделения его на протяжении в операционной ране, и защиты его под визуальным контролем способствовала значительному уменьшению частоты и тяжести послеоперационной нейропатии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Волокитина Е.А., Зайцева О.П. Локальные осложнения эндопротезирования тазобедренного сустава // Современные технологии в травматологии и ортопедии: докл. науч. конф. СПб., 2010. - С. 156-158.

2. Мартель И.И., Мещерягина И.А., Митина Ю.Л., Россик О.С., Михайлова Е.А. МРТ-диагностика повреждений периферических нервов // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2011. - № 4-1. - С. 119-123.

3. Мещерягина И.А., Рябых С.О., Россик О.С. Применение прямой электростимуляции и механотерапии на программном комплексе «Локомат» у больных с неврологическим дефицитом // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2013. - № 5 (93). - С. 64-68.

4. Сафаров Дж.М., Артыков К.П. Оценка кровообращения области тазобедренного сустава до и после операции эндопротезирования при врождённом вывихе бедра // Вестник Авиценны. – 2016. – № 3 (68) –С. 18-21.

5. Филиппенко В.А., Жигун А.И., Подгайская О.А. Особенности эндопротезирования при застарелых переломо-вывихах тазобедренного сустава // Травма. - 2010. - № 2. - С. 221-225.

6. Aaron J. Krych, James L.Howard, Robert T. Trousdale, MD, Miguel E. Cabanela, MD, and Daniel J. Berry. Total Hip Arthroplasty with Shortening Subtrochanteric Osteotomy in Crowe Type-IV Developmental Dysplasia. // J. Bone Joint Surg Am. – 2009. - Vol. 91. - P. 2213-2221.

7. Kern H., Carraro U., Adami N., Biral D., Hofer C., Forstner C., Modlin M., Vogelauer M., Pond A., Boncompagni S., Paolini C., Mayr W., Protasi F., Zampieri S. Home-based functional electrical stimulation rescues permanently denervated muscles in paraplegic patients with complete lower motor neuron lesion // Neurorehabil. Neural Repair. - 2010. - Vol. 24, No 8. - P. 709-721.

8. Kumar K., Taylor R.S., Jacques L., Eldabe S., Meglio M., Molet J., Thomson S., O'Callaghan J., Eisenberg E., Milbouw G., Buchser E., Fortini G., Richardson J., North R.B. Spinal cord stimulation versus conventional medical management for neuropathic pain: a multicentre randomised controlled trial in patients with failed back surgery syndrome // Pain. - 2007. - Vol. 132, No 1-2. -P. 179-188.

9. Курбанов С.Х., Неверов В.А. Восстановительная терпаия с учётом индивидуальных параметров пациента при ортопедических операциях // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2016. – № 1. – С. 12-18.

САФАРОВ Ҷ.М., АРТЫКОВ К.П., САФАРОВ Д.Д.

ПЕШГИРӢ ВА ТАБОБАТИ НЕЙРОПАТИЯИ АСАБИ СУРИН ҲАНГОМИ ИВАЗ НАМУДАНИ БУҒУМИ РОН ОИДИ БАРОМАДИ МОДАРЗОДИИ САРАКИ УСТУХОНИ РОН

Маркази ташхисию клиникии «Мадади Акбар»
Кафедраи беморихои ҷарроҳии №2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: баромади модарзодии рон, асаби сурин, нейропатия.

Дар кори мазкур сабабҳои ташаккули нейропатияе, ки пас аз ивази пурраи эндопротезкунии баромади модарзодии устухони рон ба амал меоянд дар 36 бемор таҳлил карда шуд. Нишондод ва муҳлати амалиёти ҷарроҳӣ ҳангоми нейропатияи асаби сурин муайян карда шуд. Усули пешгирии осеб ёфтани асаби сурин ҳангоми ҷарроҳӣ пешниҳод гардид, ки имкон дод, то шумора ва вазнинии осебҳои давраи ҷарроҳӣ кам карда шавад.

УДК 616.31+616.321]-006.6-07-08

[1]ХАБИБУЛАЕВ Ш.З., [2]ГАНИЕВ Д.Ф., [2]САНГИНОВ Д.Р., [2]САЙФУТДИНОВА М.Б.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПАЛЛИАТИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ

[1]Кафедра онкологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино
[2]ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Главной целью хирургического вмешательства при местно-распространенном раке органов полости рта и ротоглотки является полное удаление всех проявлений опухоли в области первичного очага и путей регионарного лимфооттока. Такая операция считается радикальной, если иссечение новообразования выполняется в пределах здоровых тканей. После операции образуются обширные дефекты, резко нарушающие основные функции ротовой полости и ротоглотки и приносящие пациентам немалые страдания, в первую очередь, значительно ухудшается качество жизни. Выполнение сложных реконструктивно-восстановительных операций способствует восстановлению утраченных функций и внешнего вида больных, улучшая, тем самым, функционально-косметические результаты лечения.

Ключевые слова: рак слизистой оболочки полости рта и ротоглотки, паллиативное лечение, качество жизни.

[1]KHABIBULAEV SH.Z., [2]GANIEV D.F., [2]SANGINOV J.R., [2]SAIFUTDINOVA M.B.

THE RESULTS OF PALLIATIVE SURGICAL TREATMENT OF MALIGNANT TUMORS IN MUCOUS MEMBRANE OF ORAL CAVITY

[1]Department of Oncology of the Avicenna Tajik State Medical University
[2]Establishment «Republican Oncological Scientific Center» of Ministry of Health and Social Protection of Population of Republic of Tajikistan

The main goal of surgical intervention in the patients with locally spread cancer of the oral cavity and stomatopharynx is full removal of all tumor appearance in the area of primary center and ways of regional lymph circulation. Such operation is considered radical if excision of the tumor is carried out within healthy tissues. After operation the extensive defects, which sharply break the main functions of a mouth and stomatopharynx as well as cause to patients considerable sufferings are formed, first of all, quality of life considerably worsens. Performance of difficult reconstructive and recovery operations promotes restoration of the lost functions and appearance for patients, improving thereby functional and cosmetic results of treatment.

Key words: cancer of the oral cavity and stomatopharynx, palliative treatment, quality of life.

Актуальность. Рак слизистой оболочки полости рта и ротоглотки характеризуется быстрым агрессивным ростом, высоким индексом регионарного метастазирования и неудовлетворительными результатами лечения. Так, 5-летняя выживаемость больных с леченным раком III стадии, локализующимся в ротовой полости, не превышает 50%, а в ротоглотке и того меньше. Внедрение в практику здравоохранения реконструктивно-восстановительных операций, позволяющих значительно расширять объем иссечения пораженных тканей без существенного ущерба для качественных показателей жизни пациентов внесло значимые коррективы в определении степени ре-

Ганиев Д.Ф. – руководитель организационно-методологическое отдела ГУ РОНЦ МЗ и СЗН РТ; тел.: + 992 918 824581; e-mail: oncologdilovar@mail.ru

зектабельности злокачественных опухолей ротовой полости и ротоглотки [1, 2].

Тем не менее, возможности хирургического метода ограничены анатомической узостью изучаемой области и соседством жизненно важных сосудов и нервов. У определенной категории больных такое соседство и степень распространения новообразования не позволяют осуществить запланированный радикальный объем хирургического вмешательства на первичном очаге или путях регионарного лимфооттока. Такие операции признаются паллиативными и, как показал опыт, существенно не влияют на продолжительность жизни пациентов. Несмотря на проводимое послеоперационное лучевое лечение и адъювантную химиотерапию, результаты ощутимо не изменяются, и пациенты переводятся в группу паллиативного лечения. Продолжительность жизни таких больных варьирует от 3 до 12 месяцев и расценивается как период угасания жизни, или умирания [3].

Вторым по важности критерием эффективности радикального лечения онкологических больных после выживаемости является определение качества жизни, которое складывается из нескольких показателей физического и психического здоровья пациентов. Сейчас уже недостаточно добиться простого увеличения продолжительности жизни больных. Необходимо учитывать то состояние, в котором они находятся после выполнения им сложнейших операций, подведения высоких доз лучевой терапии и введения высокотоксичных химиотерапевтических препаратов. Задача современной онкологии состоит в сохранении жизненно важных функций организма, восстановлении внешнего вида пациентов и обеспечении достаточно высокого уровня качества жизни [4].

Несколько иначе обстоит дело в группе пациентов, получающих паллиативное лечение. Здесь прямо не ставится задача продления жизни больных с запущенными генерализованными формами злокачественных новообразований, а на первый план выступает борьба с патологическими симптомами прогрессирования заболевания, сохранение и улучшение качественных показателей жизнедеятельности умирающего организма. Эффективное лечение хронической боли, восстановление жизненно необходимых функций ротовой полости таких, как жевание, глотание, дыхание и речь у больных местно-распространенным раком органов полости рта и ротоглотки является актуальной задачей современной онкологической науки [5-9].

Цель исследования. Определить влияние паллиативных операций на качество жизни умирающих больных с распространенным раком органов полости рта и ротоглотки.

Материал и методы исследования. В период с 2015 по 2017 гг. в отделении общей онкологии ГУ «Республиканский онкологический научный центр МЗ и СЗН Республики Таджикистан» произведено 7 паллиативных операций по поводу местно-распространенного рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки. Для сравнения качественных показателей жизни нами проанализированы результаты лечения в двух группах пациентов: основной, куда вошли 7 больных в возрасте от 57 до 76 лет, и контрольной – 10 пациентов в возрасте от 61 до 78 лет, которым оказывалась традиционная паллиативная помощь (рис.).

Локализация опухолей у больных основной (n=7) и контрольной (n=10) групп

Хирургическое вмешательство в контрольной группе не производилось в связи с отказом части больных от операций или наличием тяжелых сопутствующих заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой систем, явившихся прямым противопоказанием для

выполнения операций. Оценка качества жизни до и после операции производилась с применением вопросников EORTC H&N и вербальной шкалы количественной характеристики физиологических и психологических показателей здоровья. Оценивалась выраженность симптомов, наиболее часто встречающихся у больных раком ротовой полости, таких как слабость, боль, подавленность, чувство тревоги, потеря аппетита, плохое жевание и глотание, одышка, речь. Больному предлагали отметить выраженность каждого из указанных симптомов в баллах с помощью цифровой оценочной шкалы от 0 до 10 баллов (0 - отсутствие симптома, 10 - симптом максимально выражен).

При анализе выраженности симптома применялась следующая градация степеней тяжести:

1-3 балла – незначительно выраженный симптом;

4-6 баллов – умеренно выраженный симптом;

7-10 баллов – значительно выраженный симптом.

При превышении пороговых значений (4 балла) симптом начинает оказывать существенное влияние на жизнедеятельность больного, и в этом случае следует рассмотреть мероприятия по его контролю. При оценке симптома в 7 баллов и выше требуется усиленное внимание к контролю данного симптома и подразумевается более активная лечебная тактика.

У всех пациентов стадия опухоли соответствовала категориям T3 и T4, а на шее определялись цитологически верифицированные регионарные метастазы N1-3 (табл. 1).

Таблица 1

Степень поражения регионарных лимфатических узлов метастазами в зависимости от локализации опухоли в полости рта в основной/контрольной группах (n=7/10)

Локализация опухоли	**$T_3N_1M_0$**	**$T_3N_2M_0$**	**$T_3N_3M_0$**	**T_4N_1M0**	**$T_4N_3M_0$**	**Всего**
Язык/корень языка	0/2		1/1	0/1	1/0	2/4
Дно полости рта		1/0	0/2			1/2
Щека	0/1			1/0	1/1	2/2
Небная миндалина	1/1		1/0	0/1		2/2
Всего	1/4	1/0	2/3	1/2	2/1	7/10

Как следует из таблицы, в основной группе опухоль распространенностью T3 диагностирована у 4 (57,1%) больных, а T4 – у 3 (42,9%) пациентов. Плоскоклеточный рак, соответствующий символу T4, как правило, прорастает кожу лица и распространяется на глубоко лежащие структуры, жизненно важные сосуды и нервы головы и шеи. Реконструкция послеоперационных дефектов предусматривала выполнение комбинированной пластики с целью замещения, как минимум, 2-х эпителиальных поверхностей и укрытия жизненно важного сосудисто-нервного пучка шеи.

В контрольной группе опухоли, соответствующие T3, диагностированы у 7 (70,0%) пациентов, а T4 – в 3 (30,0%) случаях. Таким образом, больные в обеих группах практически не различались по возрасту и степени распространенности опухолевого процесса.

Объем паллиативных операций включал иссечение первичной опухоли и клетчатки шеи (радикальная лимфодиссекция), а также реконструкцию образовавшегося дефекта кожно-фасциальными и кожно-мышечными лоскутами на ножке с осевым характером кровообращения. Учитывая, что основными факторами прогноза течения злокачественных новообразований полости рта являются «положительные края» резекции (positive margins) и наличие микрометастазов в регионарных лимфатических узлах, в конце каждой операции производился забор материала по краям резекции и маркировка подозрительных на наличие метастазов лимфатических узлов. Операция считалась паллиативной, если по краю резекции диагностировались комплексы клеток плоскоклеточного рака.

Помимо этого, хирургическое вмешательство признавалось паллиативным, когда общее состояние пациента или распространенность опухоли (инфильтрация крупных артериальных сосудов, распространение на структуры основания черепа и другие жизненно важные органы) не позволяли выполнить радикальный объем операции. В данной ситуации выполнялось паллиативное вмешательство, направленное на ликвидацию болевого синдрома и восстановление утраченных функций полости рта,

а также поддержание физиологического баланса организма. Выполнение паллиативной операции у таких больных также оказывает сильный психологический эффект, вселяя надежду на скорейшее выздоровление и возвращение к нормальной жизнедеятельности. После паллиативной операции отпадает необходимость в использовании сильнодействующих обезболивающих средств и дезодорантов. Пациенты, как правило, становятся активными, отпадает необходимость в постоянном наблюдении и уходе, а также в незапланированных вызовах бригад скорой медицинской помощи.

Результаты и их обсуждение. Главной целью хирургического вмешательства при местно-распространенном раке органов полости рта и ротоглотки является полное удаление всех проявлений опухоли в области первичного очага и путей регионарного лимфооттока. Такая операция считается радикальной, если иссечение новообразования выполняется в пределах здоровых тканей. После операции образуются обширные дефекты, резко нарушающие основные функции ротовой полости и ротоглотки и приносящие пациентам немалые страдания. В первую очередь, значительно ухудшается качество жизни. Выполнение сложных реконструктивно-восстановительных операций способствует восстановлению утраченных функций и внешнего вида больных, улучшая, тем самым, функционально-косметические результаты лечения.

При паллиативных операциях объем вмешательства соответствовал радикальному, но, как указывалось выше, по краям резекции определялись комплексы опухолевых клеток, оставленные вынужденно на стенках прилежащих жизненно важных артериальных сосудов (общая и внутренняя сонные артерии) и нервов.

Всем 7 пациентам основной группы выполнены расширенно-комбинированные операции с пластикой обширных дефектов кожно-мышечными и кожно-фасциальными лоскутами на питающей ножке с осевым характером кровообращения. У 3 больных с распространенностью новообразований Т4 замещение дефектов потребовало выполнения, так называемой, комбинированной пластики с применением 2-х лоскутов: одним (как правило, кожно-мышечным) закрывался дефект слизистой оболочки полости рта и ротоглотки, вторым (кожно-мышечным или кожно-фасциальным) – изъян кожи лица.

Осложнения гнойно-некротического характера (краевой некроз лоскута, расхождение единичных швов) имели место в 2-х наблюдениях, носили неопасный для здоровья характер и ликвидировались в течение нескольких суток консервативными мерами. У остальных 5 пациентов имело место первичное приживление трансплантатов в течение 10-12 суток после операции. Носо-пищеводный зонд для кормления удалялся на 12-14 сутки и пациенты начинали питаться самостоятельно.

Главный патологический синдром, преследующий неизлечимых онкологических больных практически с любой локализацией новообразования, – боль различного генеза и этиологии. При сильной и нестерпимой боли, особенно нейропатического типа, системная фармакотерапия по 3-ступенчатой системе обезболивания, рекомендуемой ВОЗ, не всегда достаточно эффективна. Такое обезболивание проводилось у больных в контрольной группе и не всегда давало желаемый результат. Несмотря на применение сильных опиоидных препаратов, большинство пациентов на протяжении всего периода проведения паллиативной помощи испытывали боль в той или иной мере. Помимо этого, отмечались и другие патологические симптомы со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также желудочно-кишечные расстройства, связанные с применением больших доз наркотиков.

В основной группе все пациенты отмечали отсутствие болевого синдрома в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах, что имело место на протяжении всего периода наблюдения. Только у одного больного основной группы отмечен рецидив болевого синдрома через 4 месяца после операции, связанный с возобновлением роста первичной опухоли и появлением регионарных метастазов. Пациенту до конца жизни проводилась обезболивающая терапия опиоидами слабой потенции.

При проведении анализа интенсивности патологических симптомов в основной и контрольной группах выявлены явные различия, оказывающие существенное влияние на качество жизни наблюдаемых пациентов. Учитывая, что группы по своему составу, возрасту и степени распространенности новообразований были однородны, выявленные различия были обусловлены только методом паллиативного воздействия: наличие или отсутствие паллиативной операции с восстановлением жизненно важных функций полости рта и ротоглотки. Патологическая симптоматика оценивалась не отдельно по каждому проявлению болезни, а в виде цельного симптомокомплекса, оказывающего непосредственное влияние на качество жизни леченных больных. Показатели качества жизни больных до и после лечения в основной и контрольной группе представлены в таблице 2..

Таблица 2

Сравнительные показатели результатов паллиативного лечения в основной и контрольной группах наблюдения (n=7/10), Me [25q; 75q]

	До лечения	**После лечения**	**p1**
Основная группа (n=7)	7,0 [7,0; 8,0]	2,0 [2,0; 3,0]	0,018 (<0,05)
Контрольная группа (n=10)	8,0 [7,0; 8,0]	6,0 [5,0; 7,0]	0,005 (<0,01)
p2	0,4747 (>0,05)	0,0012 (<0,01)	

Примечание: p1 – статистическая значимость различия показателей до и после лечения (по Т-критерию Вилкоксона); p2 – статистическая значимость различия показателей между основной и контрольной группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Из данных таблицы следует, что до лечения существенной разницы в показателях интенсивности патологических симптомов в обеих группах не отмечено (p>0,05), тогда как после лечения имело место статистически достоверное улучшение состояния пациентов основной группы по сравнению с контрольной (p<0,01).

Заключение. Традиционная паллиативная помощь больным запущенным раком органов полости рта и ротоглотки основана на борьбе с патологическими проявлениями прогрессирующего заболевания, посредством медикаментозного лечения и воздействия на психику больного и его родственников.

Паллиативная операция, выполняемая в радикальном или приближенном к нему объеме, приводит в конечном итоге к значительному улучшению качества жизни умирающих онкологических больных и способствует незначительному продлению жизни.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Кропотов М.А. Анализ результатов хирургического лечения рецидивов рака ротоглотки // Опухоли головы и шеи.- 2014.- № 2. – С. 4-9.

2. Саприна О.А., Кропотов М.А., Соболевский В.А., Унгиадзе Г.В. Применение реваскуляризированных лоскутов для реконструкции глотки и шейного отдела пищевода // Российский онкологический журнал.- 2015.- №6. - С. 19-22.

3. Chevlan E.M. Palliative chemotherapy. – In Principles and practice of supportive oncology. – 3rd ed. – Philadelphia, PA: Lippincott, Willims & Wilkins, 2007. – P. 549-560.

4. Алиева С.Б., Алымов Ю.В., Кропотов М.А. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению плоскоклеточного рака головы и шеи. М., 2014. – 11 с.

5. Хабибуллаев 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 // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2017. – № 1. – С. 96-99.

6. Эккерт Н.В., Новиков Г.А., Хетагурова А.К. и др. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи.- М.: ММА им. И.М. Сеченова, 2008. - 58с.

7. Биктимиров Т.З., Новиков Г.А., Горбунов В.И. и др. Организация паллиативной помощи на региональном уровне: учебное пособие.- Ульяновск: УГУ, 2009. - 60 с.

8. Паллиативная помощь онкологическим больным / под ред. Г.А. Новикова, В.И. Чиссова.- М.: Медицина за качество жизни, 2006. - 192 с.

9. Соловьев В.И., Новиков Г.А., Куликов Е.П. и др. Паллиативное лечение больных распространенными формами рака. Смоленск, 2004. - 139 с.

[1]ХАБИБУЛАЕВ Ш.З., [2]ГАНИЕВ Д.Ф., [2]САНГИНОВ Д.Р., [2]САЙФУТДИНОВА М.Б.

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

[1]Кафедраи саратоншиносии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино
[2]МД «Маркази илмии саратоншиносӣ» ВТ ва ҲИА ҶТ

Калимаҳои калидӣ: саратони пардаи луобии ковокии даҳон ва даҳону ҳалқ, табобати паллиативӣ, сифати зиндагӣ.

Мақсади асосии амалиёти ҷарроҳии саратони мавзеан паҳнгаштаи узвҳои ковокии даҳон ва даҳону ҳалқ ин пурра рафъ намудани ҳама нишонаҳои омос дар мавзеи сарчашмаи асосӣ ва роҳҳои лимфавӣ мебошад. Ин намуди амалиёт дар сурате радикалӣ ба ҳисоб меравад, ки агар бурриши омос дар сарҳади бофтаҳои сиҳат гузаронида шавад. Баъди амалиёти ҷарроҳӣ нуқсонҳои васеъ пайдо мегардад, ки боиси якбора вайрон гаштани вазифаҳои асосии ковокии даҳон ва даҳону ҳалқ мегардад ва ин дар навбати худ ба бемор азияти барзиёд, аз ҷумла ба пастшавии сифати зиндагии беморон оварда мерасонад. Амалӣ намудани ҷарроҳиҳои вазнини тармиму барқарорсозӣ боиси барқарор гаштани вазифаҳои аз байнрафта ва намуди зоҳирии беморон гашта, ҳамзамон натиҷаи дилхоҳи табобати косметикӣ ба даст меояд.

УДК 612.6:612.1

ХАЛИМОВА Ф.Т.

КЛАСТЕРНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Кафедра нормальной физиологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Обследовано 85 женщин репродуктивного возраста, из которых у 28 человек предшествующие беременности заканчивались рождением здоровых детей (здоровые женщины), а у 57 человек имелись признаки нарушения репродуктивного здоровья (невынашивание беременности, преждевременные роды). Анализировали взаимосвязь между отобранными лабораторными критериями, характеризующими гормональный и иммунный статусы, признаки антифосфолипидной реакции, с репродуктивным здоровьем женщин. На основе кластерного анализа был установлен рациональный способ группировки изучаемых контингентов женщин репродуктивного возраста. При исследовании женщин методом кластерного анализа было подтверждено, что патология репродукции может быть связана с изменениями по нескольким группам факторов - уровню в крови половых гормонов, состоянию функции щитовидной железы, уровню в крови кортизола, особенностям иммунного статуса, наличию признаков антифосфолипидной реакции.

Ключевые слова: кластерный анализ, репродуктивное здоровье, антифосфолипидная реакция, гормональный и иммунный статусы.

KHALIMOVA F.T.

CLUSTER APPROACH TO ASSESSMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN

Department of Normal Physiology of the Avicenna Tajik State Medical University

We examined 85 women of reproductive age, of whom 28 people before pregnancy resulted in the birth of healthy children (healthy women), and 57 people had signs of reproductive health disorders (miscarriage, premature birth). The relationship between selected laboratory criteria characterizing hormonal and immune status, signs of antiphospholipid reaction with reproductive health of women was analyzed. On the basis of cluster analysis, a rational method of grouping the studied contingents of women of reproductive age was established. In the study of women by cluster analysis, it was confirmed that reproductive pathology can be associated with changes in several groups of factors-the level in the blood of sex hormones, thyroid function, blood levels of cortisol, features of the immune status, and the presence of signs of an antiphospholipid reaction.

Key words: cluster analysis, reproductive health, antiphospholipid reaction, hormonal and immune status.

Актуальность. Охрана репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста является одной из основных медико-социальных проблем, поскольку именно женское население является главным потенциалом страны, ее демографическим ресурсом [1, 2].

В научной литературе еще не получили должного освещения вопросы влияния гормонального и иммунного статуса, признаков антифосфолипидной реакции на состояние репродуктивного здоровья женщин, а имеющиеся данные часто имеют противоречивый характер.

Актуальной является разработка критериев риска нарушений женского репродуктивного здоровья, позволяющих прогнозировать их развитие. Несмотря на достигнутые успехи, вопросы прогнозирования гормональных и иммунных нарушений, угрожающих репродуктивному здо-

Халимова Ф.Т.–зав. кафедрой нормальной физиологии ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139; e-mail: farizakhalimova@gmail.com

ровью, особенно на уровне широкомасштабных скрининговых исследований, пока еще находятся на стадии решения.

С этой точки зрения особого внимания заслуживают попытки перейти на количественный уровень оценки отдельных факторов риска нарушений репродуктивной функции у женщин путем внедрения шкал, интегрирующих наиболее информативные критерии риска. Первые такие попытки сделаны, например, английскими учеными для оценки патогенетического значения антифосфолипидного синдрома в нарушении женского репродуктивного здоровья [3-5].

Цель исследования. Разработать принцип формирования группы риска по угрозе репродуктивному здоровью женщин для создания системы надежных лечебно-профилактических мероприятий.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 85 женщин репродуктивного возраста, из которых у 28 человек предшествующие беременности заканчивались рождением здоровых детей (здоровые женщины), а у 57 человек имелись признаки нарушения репродуктивного здоровья (невынашивание беременности, преждевременные роды). Анализировали взаимосвязь между отобранными лабораторными критериями, характеризующими гормональный и иммунный статусы, признаки антифосфолипидной реакции с репродуктивным здоровьем женщин.

Гормональный статус изучали по показателям гипоталамо-гипофизарно-яичниковой, тиреоидной и кортикостероидной систем. Определяли концентрацию гонадотропинов – фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина, эстрадиола, прогестерона, 17-ОН-прогестерона (17-ОП); тиреоидных гормонов – тиреотропного гормона (ТТГ), общего трийодтиронина (Т3), общего тироксина (Т4); андрогенов – тестостерона, дигидроэпиандростерона (ДГЭА-С); стероидного гормона - кортизола. С целью исключения вариабельности данных обследование проводилось на 3-5-й дни менструального цикла: лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), эстрадиол (Е2), пролактин (ПРЛ), тестостерон (Т) и на 20-22-ой дни цикла прогестерон (П).

Уровни гормонов определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа, используя наборы иммобилизованных моноклональных антител и других реактивов производства DRG и комплекта аппаратуры (планшетный фотометр «OPSYS MR» (ридер) фирмы «THERMOLABSYSTEMS», планшетный вошер ПП2-428 фирмы «ИММЕДТЕХ», принтер «EPSON») в соответствии с инструкциями по применению приборов и реактивов. Обработку результатов проводили в автоматическом режиме с помощью прибора DRGELIZAMAT с его компьютерным обеспечением DRG Regression Program.

Определение числа В1-лимфоцитов крови проводилось в раздельной пробе крови; в каждом случае использовался комплект из двух моноклональных антител: меченные PE-Cy5 anti-CD19 МКАТ (IOTest, Beckman Coulter, США) и меченные PE anti-CD5 МКАТ (IOTest, Beckman Coulter, США). Исследование проводилось в полном соответствии с инструкцией по использованию приборов и моноклональных антител.

При оценке роли аутоиммунного компонента в нарушении репродуктивного здоровья изучались уровни аутоантител к тиреоглобулину, тиреопероксидазе.

Для определения степени информативности изучаемых факторов и количественных показателей проводился дисперсионный и кластерный анализы с вычислением стандартизированного канонического коэффициента дискриминантной функции (СККДФ).

Статистическая обработка данных проводилась на основе программ SPSS и включала дискриптивную и сравнительную непараметрическую статистику, кластерный, дискриминантный, регрессионный анализ, однофакторный дисперсионный анализ, расчет 95% доверительных интервалов, построение ROC-кривых.

В данном разделе исследований анализировалась взаимосвязь между отобранными лабораторными критериями, характеризующими гормональный и иммунный статусы, признаки антифосфолипидной реакции, и репродуктивным здоровьем женщин, проживающих на территории Таджикистана.

Результаты и их обсуждение. Признак сохранности или нарушения репродуктивного здоровья использовался как основа для проведения дискриминантного анализа. Девять информативных показателей такого разграничения, ранжированные по величине стадантизированного канонического коэффициента дискриминантной функции (СККДФ) выше 0,5, представлены в таблице 1.

За условную величину СККДФ, при которой признак считался высокоинформативным, приняты значения этого коэффициента выше 0,5.

Как следует из дискриминантного анализа, набор наиболее информативных признаков состояния репродуктивного здоровья занимали уровни кортизола, эстрадиола, прогестерона, пролактина и уровни различных аутоантител, в том числе определяющих развитие антифосфолипидной реакции.

Таблица 1

Стандартизированные канонические коэффициенты дискриминантной функции информативных показателей крови

Информативные показатели крови	**[СККДФ]**
Уровень IgG-антител к β2-гликопротеину (ЕД/мл)	3,879*
Уровень кортизола (нмоль/л)	3,326*
Уровень аутоантител к тиреопероксидазе (МЕ/мл)	2,649*
Уровень суммарных IgG-антител к фосфолипидам (ЕД/мл)	2,086*
Уровень эстрадиола (пмоль/л)	1,496*
Уровень IgG-антител к протромбину (ЕД/мл)	1,166*
Уровень пролактина (мМЕ/мл)	0,723*
Уровень общего тироксина Т4 (нмоль/л)	0,528*
Уровень аутоантител к тиреоглобулину (МЕ/мл)	0,508*
Число Т-лимфоцитов, CD3+ (%)	0,410
Уровень прогестерона, нмоль/л	0,272
Уровень лютеинизирующего гормона, МЕ/л	0,216
Уровень волчаночного антикоагулянта, ЕД/мл	0,216
Уровень дигидроэпиандростерона сульфата, нмоль/л	0,193
Уровень 17-ОН прогестерона, нмоль/л	0,187
Время свертывания крови в лебетоксовом тесте, мин.	0,175
Число Т-хелперов, CD3+CD4+ (%)	0,153
Уровень IgG-антител к аннексину V (ЕД/мл)	0,153
Уровень тиреотропного гормона, мМЕ/л	0,132
Число естественных киллеров, CD16+CD56+ (%)	0,133
Число цитотоксических Т-лимфоцитов, CD3+CD8+, (%)	0,127
Число ЕКТ, CD3+CD56+ (%)	0,125
Уровень тестостерона, нмоль/л	0,123
Уровень IgG, мг/мл	0,117

Примечание: * – отмечены величины СККДФ > 0,5

За условную величину СККДФ, при которой признак считался высокоинформативным, приняты значения этого коэффициента выше 0,5.

Как следует из дискриминантного анализа, набор наиболее информативных признаков состояния репродуктивного здоровья занимали уровни кортизола, эстрадиола, прогестерона, пролактина и уровни различных аутоантител, в том числе определяющих развитие антифосфолипидной реакции.

Далее был проведен кластерный анализ исследуемых лабораторных показателей, результаты которого показаны в таблице 2. Наиболее рациональным оказалось деление исследуемых женщин на 3 кластера и, соответственно, выделение 3-х групп исследования. Как следует из таблицы, по первым 6 показателям, в той или иной мере характеризующим гормональный статус, кластеры 1 и 3 полностью совпадают, а кластер 2 обладает определенным своеобразием: первые три показателя были ниже, а последующие три показателя по значениям принимали более высокие значения. По последним трем информативным показателям, ассоциированным с антифосфолипидной реакцией, каждый кластер характеризуется особенностями, при этом все 28 женщин с сохранной репродуктивной функцией попали в кластер 1. Этому кластеру были присущи диапазоны значения всех информативных показателей в пределах условной физиологической нормы. Половина женщин с нарушением репродуктивного здоровья соответствовали

по диапазону значений показателей кластеру 2, а остальные женщины с неблагоприятным акушерским анамнезом отвечали показателям кластера 3.

Таблица 2

Результаты кластерной обработки информативных показателей крови

Информативные показатели	Центры значений кластеров			Соответствие групп исследования кластерам		
	кластер 1	кластер 2	кластер 3	кластер 1	кластер 2	кластер 3
Эстрадиол (пмоль/л)	249,7	230,3	249,7	28 ;енщин с сохранным репродуктивным здоровьем (группа 1)	27 женщин с нарушенным репродуктивным здоровьем (группа 2)	29 женщин с нарушенным репродуктивны здоровьем (группа 3)
Пролактин (мМЕ/мл)	209,8	125,1	209,8			
Общий тироксин Т4 (нмоль/л)	100,3	79,9	100,3			
Аутоантитела к тиреоглобулину (МЕ/мл)	54,3	84,3	54,3			
Аутоантитела к тиреопероксидазе (МЕ/мл)	23,8	45,5	23,8			
Кортизол (нмоль/л)	250,4	340,2	250,4			
IgG-антитела к фосфолипидам человека (ЕД/мл)	6,5	6,5	9,6	28 ;енщин с сохранным репродуктивным здоровьем (группа 1)	28 женщин с нарушениями репродукции (группа 2)	29 женщин с нарушениями репродукции (группа 2)
IgG-антитела к β_2-гликопротеину (ЕД/мл)	7,2	7,1	10,0			
IgG-антитела к протромбину (ЕД/мл)	6,6	10,0	10,0			

У обследуемых женщин с неблагоприятным акушерским анамнезом удалось выделить группу с отклонениями в гормональном статусе в сторону снижения половых гормонов и тироксина в крови при росте аутоантител к компонентам щитовидной железы и уровня кортизола (кластер 2), а также группу со сдвигами содержания аутоантител в сторону антифосфолипидной реакции (кластер 3).

Выводы

1. На основе кластерно-популяционного анализа был установлен рациональный способ группировки изучаемых контингентов женщин репродуктивного возраста для выявления донозологических критериев нарушения репродуктивной функции.

2. При исследовании женщин методом кластерно-популяционного анализа было подтверждено, что патология репродукции может быть связана с изменениями по нескольким группам факторов: уровню в крови половых гормонов, состоянию функции щитовидной железы, уровню в крови кортизола, особенностям фенотипического состава лимфоцитов, наличию признаков антифосфолипидной реакции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аполихин О.И., Москалева Н.Г., Комарова В.А. Современная демографическая ситуация и проблемы улучшения репродуктивного здоровья населения России // Экспериментальная и клиническая урология, 2015. - № 4. - С. 4-14.

2. Данишевский К.Д. Репродуктивное здоровье: Глобальные цели развития и экономический потенциал России // Медицина.- 2013. - № 2. - С. 13-28.

3. Bertolaccini M.L. Sanna G. Recent advances in understanding antiphospholipid syndrome // F1000Res.- 2016. - Vol. 5. - P. 2908-2923.

4. Otomo K., Atsumi T., Amengual O. et al. Efficacy of the antiphospholipid score for the diagnosis of antiphospholipid syndrome and its predictive value for thrombotic events // Arthritis Rheum.- 2012. - Vol. 64, N 2. - P. 504-512.

5. Sciascia S. Cosseddu D., Montaruli B.et al. Risk Scale for the diagnosis of antiphospholipid syndrome // Ann. Rheum. Dis.- 2011. - Vol. 70, N 8. - P. 1517-1518.

ХАЛИМОВА Ф.Т.

МУНОСИБАТИ ГУРӮҲӢ БА БАҲОДИИ СОЛИМИИ РЕПРОДУКТИВИИ ЗАНҲО

Кафедраи физиологияи нормалӣ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: таҳлили гурӯҳӣ солимии репродуктивӣ, аксуламали антифосфолипидӣ, статуси гормоналӣ ва масъуният

Аз тарафи мо 85 занҳои сину соли репродуктивӣ муоина карда шуд. Аз инҳо 28 занҳои ҳомиладор фарзандони солим таввалуд шуд (занҳои солим) ва дар 57 нафар аломатҳои вайроншавии саломатии репродуктивӣ мавҷуд буд (пешгирии исҳоти ҳамл, таввалуди пеш аз мӯҳлат). Алоҳамандии байниҳамдигарии критерияҳои озмоишҳои гирифташуда, статуси масъуният ва гормонӣ, аломатҳои аксуламали антифосфолипидӣ бо занҳои солими репродуктивӣ таҳлил карда шуд. Дар асоси таҳлили гурӯҳӣ усули ратсионалии гурӯҳбандии занҳое, ки сину соли репродуктивиро меомӯзанд муайян карда шуд. Ҳангоми тадқиқи занҳо бо усули таҳлили гурӯҳӣ патологияи репродуксия метавонад бо тағйирёбии якчанд омилҳо алоҳаманд бошад- сатҳи гормонҳои ҷинсӣ дар хун,ҳолати вазифаи гадуди сипаршакл, сатҳи кортизол дар хун, махсусияти статуси масъуният, мавҷудияти аломатҳои синдроми антифосфолипидӣ тасдиқ карда шуд.

УДК 612.822.,612.0171

ХАМИДОВ Н.Х., ХАЛИКОВА.Н.А., МАХАДОВА К.Х, ХУРСАНОВ Н.М.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Влияние различных лекарственных средств на ремоделирование миокарда левого желудочка является одним из важных показателей при проведении лекарственной терапии. Указанное обстоятельство особенно касается лиц старших возрастов. С целью изучения влияния комбинированной терапии на структурно-морфологические параметры сердца обследованы 80 больных гипертонической болезнью пожилого возраста, у которых наряду с основным заболеванием констатирована коморбидная депрессия. Пациенты были разделены на две группы – основную и контрольную. В выделенных группах было одинаковое число больных (n-40), существенно не отличающихся по возрасту, длительности и степени тяжести АГ. Гипотензивная терапия в обеих группах проводилась комбинированным гипотензивным средством липразидом 10 (лизиноприл 10 мг + гидрохлортиазид 12,5 мг). В основной группе больные наряду с антигипертензивной терапией получали антидепрессант нового поколения – рексетин (пароксетин). Среднесуточная доза препарата составляла 15 мг. Эхокардиографические параметры изучались до и после 12-недельного назначения указанной терапии. К концу курса лечения в основной группе больных отмечено достоверное снижение САД (на 14,5%) и ДАД (на 13,2%). Динамика показателей гемодинамики на фоне лечения в контрольной группе, хотя также была статистически достоверной, но менее выраженной, по сравнению с показателями основной группы. К концу курса лечения у больных, получавших комбинированную терапию, наблюдалось положительное влияние препаратов на процессы ремоделирования ЛЖ сердца. Монотерапия липразидом в контрольной группе значимых сдвигов со стороны показателей ремоделирования не выявила.

Ключевые слова: артериальная гипертония, ремоделирование, коморбидная депрессия, антидепрессанты, пожилой возраст.

KHAMIDOV N.Kh., KHALIKOVA N.A., MAKHADOVA K.Kh., KHURSANOV N.M.

THE IMPACT OF COMBINED THERAPY ON THE MORPHOFUNCTIONAL PARAMETERS OF THE HEART IN PATIENTS WITH HYPERTENSIVE DISEASE COUPLED WITH COMORBID DEPRESSION

Department of Internal Diseases №2 of the Avicenna Tajik State Medical University

The impact of different medications on the left ventricular cardiac remodeling is one of the key indicators of the provision of medical therapy. The indicated circumstance is especially relevant to older persons. With the purpose of studying the impact of combined therapy on the structure and morphological parameters of the heart, 80 elderly patients with hypertension, having, apart from main disease, comorbid depression are examined. The patients had been divided in two groups – main and control groups. There were equal number of patients in the selected groups (n-40), not varying considerably in age, duration and severity of arterial hypertension. Antihypertensive therapy in both groups conducted with liprazid 10 (lisinopril 10mg + hydrochlorothiazide 12.5mg). Patients in the main group along with antihypertensive therapy had contemporary antidepressant medication – Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) – rexetin (paroxetin) average daily dosage of medication included 15mg. Echocardiographic parameters had been scrutinized before and after 12 weeks of indicated therapy. By the end of the course of therapy, the considerable reduction of systolic blood pressure (by 14,5%) and diastolic blood pressure (by 13,2%) were found in the main group of patients. The dynamics of hemodynamic parameters during the therapy in the control group, though, it was also statistically significant, but less pronounced compared with the main group. By the end of therapy there was a positive impact of medication on the remodeling of the left ventricle of the heart of patients receiving combined therapy. Liprazid-based monotherapy in the control group has not identified significant shifts from the remodeling indicators.

Key words: arterial hypertension, remodeling, comorbid depression, antidepressants, elderly age.

Актуальность. Проблема артериальной гипертонии (АГ) является одной из важных в кардиологии, т.к. около 30% взрослого населения планеты страдает той или иной её формой. Распространённость повышенного артериального давления (АД) во всем мире в 2014 году, по данным статистического отдела ВОЗ, составила 29,2% у мужчин и 24,8% – у женщин [1]. АГ особенно актуальна в гериатрии, поскольку распространенность этого заболевания увеличивается с возрастом, и после 50 лет она достигает 50%, а у лиц старше 80 лет – 80% [2].

Установлено, что индивидуальной прогноз у пациентов, страдающих АГ, кроме степени повышения АД во многом определяется сопутствующими заболеваниями и патологическими состояниями [3, 4].

В настоящее время общепризнано, что депрессия является независимым фактором риска, влияющим как на развитие АГ, так и на выживаемость пациентов с сердечно-сосудистой патологией. В 2001-2009 гг. опубликованы результаты двух крупномасштабных проспективных исследований, проведённых в Российской Федерации, – «КООРДИНАТА» и «КОМПАС» с включением более 15000 пациентов с кардиоваскулярной патологией. Депрессивные расстройства наблюдались у половины пожилых обследованных больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Самый высокий показатель отмечен при хронической сердечной недостаточности -61%; ишемической болезни сердца – 57% и АГ – 52% [2, 5, 6]. В докладе о состоянии здоровья населения РФ отмечено, что заболеваемость депрессией у пожилых (60-74 лет) в 2 раза выше, а у лиц старше 75 лет в 6 раз выше, чем у молодых [7].

Другим не менее важным фактором, влияющим на прогноз при АГ, является степень поражения органов-мишеней, в частности гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ). Наличие ГЛЖ в 4 раза повышает риск смерти от всех причин, в 7-8 раз – от ССЗ. Увеличение индекса массы миокарда ЛЖ на каждые 10 г/м^2 сопровождается нарастанием риска развития сердечно-сосудистых осложнений на 22% [8-12].

Цель исследования. Изучить влияние липразида 10 и его комбинированного применения с рексетином (пароксетин) на процессы ремоделирования у больных гипертонической болезнью пожилого возраста с коморбидной депрессией.

Материал и методы исследования. Работа выполнена на базе кардиологического отделения Городского медицинского центра г. Душанбе. В исследование включено 80 больных гипертонической болезнью пожилого возраста с коморбидной депрессией в возрасте от 60 до 74 лет. Из них у 17 выявлена I (мягкая), у 38 – II (умеренная) и у 25 – III (тяжёлая) степени АГ (по классификации ВОЗ/МОАГ, 1999). Женщин было 46, мужчин – 34. Средний возраст 65,5±6,9, длительность заболевания 11,2±5,9 лет.

На все исследования получено письменное информированное согласие пациентов. После общеклинического обследования больные подразделены на основную и контрольную группы. В выделенных группах было одинаковое число больных (n-40). Существенных различий по возрасту, длительности и степени тяжести АГ не отмечено.

Всем больным в течение 12 недель проводилась базисная гипотензивная терапия липразидом 10. Липразид 10 – комбинированный антигипертензивный препарат производства Борщаговского химзавода (Украина). Препарат в своём составе содержит ингибитор ангиотензинпревращаюшего фермента III поколения – лизиноприла дигидрат 10 мг и тиазидовый диуретик гидрохлортиазид 12,5 мг. Больные основной группы кроме липразида получали современный антидепрессант рексетин (пароксетин) – селективный ингибитор обратного захвата серотонина (СИОЗС) (производство ОАО Гедеон Рихтер, Венгрия). Этот препарат более эффективен, обладает менее токсичным действием, по сравнению с трициклическими антидепрессантами. Среднесуточная доза липразида составила 1,5 таблетки, рексетина – 15 мг.

Для выявления и оценки выраженности аффективных расстройств использованы опросник депрессии Бека (Beck Depression Inventory - BDI) и шкала тревоги Ч.Д. Спилбергера (State Trait Anxiety Invertory - STAI).

До и после 12-недельного курса лечения указанными средствами изучали морфофункциональные параметры сердца методом эхокардиографии (ЭхоКГ) и допплеркардиографии по стандартной методике на аппарате «Philips medical system 455961284641 (2006). Рассчитывали следующие показатели: конечно-диастолический размер (КДР) левого желудочка (ЛЖ), конечно-систолический размер (КСР) ЛЖ, фракция выброса (ФВ), конечно-систолический и конечно-диастолический обьемы (КСО и КДО) ЛЖ, трансмитральный допплеровский поток (Е/А).

Геометрическую модель ЛЖ оценивали по массе миокарда ЛЖ и относительной толщине стенок. По полученным данным выявлены нормальная геометрия, типы ГЛЖ и ремоделирования.

Статистический анализ проводили с помощью пакет программ STATISTICA 7.0. Сравнение независимых и зависимых выборок осуществляли с использованием t-критерия Стьюдента при нормальном распределении данных и непа-

Халикова Н.А. – 734058, Республика Таджикистан, г. Душанбе, 1-й проезд ул. Б. Гафурова, д. 6, кв.13; тел. +992 918 12 64 96; e-mail: j_munzim@yahoo.com

раметрических критериев Mann-Whitney (U) и Wilcoxon (W), отличном от нормального. Данные представлены в виде среднего арифметического (M) ± стандартная ошибка среднего (m). Различия считали достоверными при p<0,05

Результаты и их обсуждение. При включении в исследование больных исходные цифры АД в группах существенно не отличались. Систолическое артериальное давление (САД) в основной группе составило 152,2±3,4 мм рт.ст., диастолическое (ДАД) – 93,7±2,8 мм рт.ст. В контрольной группе – САД 153,2 ±3,6 мм рт.ст. и ДАД-94,6±2,9 мм рт.ст.

К концу курса лечения в основной группе больных наблюдалось достоверное снижение САД на 14,5% и ДАД на 13,2%. При этом позитивный гипотензивный результат (снижение АД на 10% и более от исходного уровня) был достигнут в 94,2% случаев. В контрольной группе динамика показателей гемодинамики была менее выраженной: «офисные» величины САД снизилось на 6,9% и ДАД на 9,1%. В общем позитивный эффект со стороны величин АД отмечен у 68,5% обследованных пациентов.

Все показатели, отражающие выраженность гипертрофии ЛЖ (ТЗС, ТМЖП, ИММ), имели однонаправленную тенденцию к снижению в обеих группах (табл. 1). Однако, степень выраженности этих динамических изменений в исследуемых группах существенно отличалась. В основной группе к концу курса лечения ТЗС ЛЖ уменьшилась на 12,8%, ТМЖП на 14,7%. ИММ ЛЖ также уменьшился на 13,7%.

Динамика морфофункциональных показателей больных до и после лечения

Показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	до	после	до	после
ТЗС ЛЖ, мм	11,7±0,1	10,2±0,1*	11,7±0,1	11,2±0,1*
ТМЖП, мм	12,2±0,1	10,4±0,1*	11,8±0,1	11,2±0,1*
ММ ЛЖ, г	218,6±4,0	190,9±3,4*	215,6±2,8	210,8±2,7*
ИММ ЛЖ, г/м	123,2±1,6	106,3±4,5*	117,2±1,2	113,2±1,3*
ИОТС ЛЖ	0,527± 0,006	0,469± 0,005*	0,534± 0,003	0,515± 0,003*
КДР, см	4,706± 0,004	4,721± 0,003*	4,687± 0,003	4,822± 0,005*
КСР, см	2,841± 0,004	2,796± 0,003*	2,873± 0,002	2,796± 0,003*
КДО, мл	91,4±1,0	86,4± 0,9*	85,3±0,7	86,1±0,7*
КСО, мл	37,5±0,2	33,8±0,2*	37,8±0,2	36,9±0,2*
ФВ, %	58,9±0,3	55,7±0,3	60,9±0,2	57,1±0,2*
Е/А, ед.	0,887±0,007	0,864±0,003*	1,112±0,020	0,945±0,003*

Примечание: * – достоверность по отношению к показателям до лечения (p<0,05)

Констатировано значимое достоверное снижение объёмных показателей – КСО (на 9,9%) и КДО (на 5,5%); КСР также имел тенденцию к снижению. Уменьшение ИОТС ЛЖ (на 11%) на фоне других вышеперечисленных изменений со стороны эхокардиографических показателей свидетельствуют о ремоделировании ЛЖ.

При оценке состояния диастолической функции ЛЖ отмечено значительное (на 25,1%) улучшение в виде возрастания соотношения пиковых скоростей раннего и позднего диастолического наполнения ЛЖ (Е/А). Позитивное действие проводимой терапии на сократительную функцию ЛЖ сердца подтверждалось также увеличением ФВ на 3,4%.

Динамика морфофункциональных показателей у пациентов контрольной группы на фоне лечения хотя была статистически достоверной, но менее выраженной, по сравнению с основной группой. Величина степени уменьшения размеров ТЗСЛЖ и ТМЖП к концу курса лечения была одинаковой. Изменения со стороны других эхокардиографических показателей оказались намного меньшими, по сравнению с данными основной группы обследованных больных. Одновременно констатировано уменьшение значений ММЛЖ на 2,2%, ИММЛЖ на 3,4%, ИОТСЛЖ на 3,6% и КСО на 2,4%. При этом отмечалось увеличение КДР на 2,9% и КСР на 2,1%. Наблюдалось тенденция к повышению насосной функции сердца – ФВ возросла на 2,3%. Повышение соотношения Е/А (на 9,3%) свидетельствует об улучшении процессов релаксации миокарда, т.е. диастолической функции ЛЖ. Однако, по сравнению с основной группой, оно было значительно менее выражен-

ным. Полученные данные согласуются с результатами ряда других исследований, в которых сообщается о положительном влиянии СИОЗС на сократительную функцию миокарда у пациентов с сердечно-сосудистой патологией и сопутствующими аффективными расстройствами [8-10].

До проводимого нами лечения в основной группе концентрическое ремоделирование ЛЖ (КРЛЖ) установлено в 22,5%, концентрическая гипертрофия ЛЖ (КГЛЖ) – в 35% и эксцентрическая гипертрофия ЛЖ (ЭГЛЖ) – в 10% случаев. Нормальная геометрия ЛЖ констатирована у 32,5% обследованных лиц.

К концу курса лечения в группе больных, получавших комбинированную терапию, наблюдалось положительное влияние препаратов на процессы ремоделирования ЛЖ сердца. За счёт уменьшения на 15% числа пациентов с КГЛЖ отмечалось увеличение на 10% количества больных с КРЛЖ. Динамика у лиц с ЭГЛЖ и нормальной геометрией сердца была менее выраженной (на 2,5%).

В контрольной группе до проводимой терапии КРЛЖ выявлена у 20% больных, КГЛЖ – у 37,5%, ЭГЛЖ – у 12,5%. Нормальная геометрия сердца установлена у 12 пациентов (30%). После курса монотерапии липразидом значимых сдвигов со стороны показателей ремоделирования не отмечалось. На фоне неизмененного количества больных с ЭГЛЖ до и после лечения число пациентов с нормальными параметрами сердца увеличилось только на один порядок. Отмечалась тенденция к уменьшению числа больных с КГЛЖ в группе, количество лиц с КРЛЖ возросло на 5%

Заключение.

Полученные данные свидетельствуют о более благоприятных сдвигах морфофункциональных показателей сердца у больных, получавших комбинированную терапию, в отличие от монотерапии липразидом.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Word Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs. Geneva, Word Health Organization, 2016. – 136 p.

2. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Ромасенко Л.В., Деев Л.Д., Юферева Ю.М. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца // Кардиология. – 2012. – №12. – С. 59-66

3. Lasserre A.M., Marti-Soler H., Strippoli M.P. et al.Clinical and course characteristics of depression and all – cause mortality: A prospective population – based study // J. Affect. Disord. – 2016. – Vol. 189. – P.17-24

4. Бокарев И.Н. Артериальная гипертония: Современный взгляд на проблему // Клиническая медицина. – 2015. – №8 . – С. 65-70

5. Белялов Ф.И. Депрессия, тревога, стресс и смертность // Терапевтический архив. – 2016. – №12 . – С. 116-119

6. Шимохина Н.Ю., Савченко А.А., Петрова М.М., Черняева (Пилюгина) М.С. Состояние систем гемостаза и иммунитета у больных острым коронарным синдромом в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами // Кардиология. – 2015. – №7 . – С. 12-20

7. Иванец Н.Н., Сысоева В.П., Кинкулькина М.А., Авдеева Т.И. Тревожные расстройства у больных пожилого возраста: психопатологическая характеристика, диагностика, сходство и отличия от тревожных депрессий // Журнал неврологии и психиатрии. – 2014. – №5. - С. 4-11

8. Гургенян С.В. Многофакторный генез ремоделирования левого желудочка при эссенциальной артериальной гипертонии // Кардиология. – 2013. - №5. – С. 38-42

9. Сапожникова И.Е. Варианты ремоделирования миокарда левого желудочка у пациентов с артериальной гипертензией и нарушениями углеводного обмена // Кардиология. - 2013. - №8. – С.44-48.

10. Хамидов Н.Х., Умарова С.А., Умаров А.А. Морфофункциональное состояние миокарда и вариабельность ритма сердца у больных с изолированной систолической гипертонией и коморбидной депрессией // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2016. – № 1. – С. 25-30.

11. Mancia G. et al. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of European Society of Cardiology (ESC) // J. Hypertens. - 2013. - Vol. 31. – P.1281-1357

12. Авдеева Т.И., Кинкулькина М.А., Иванец Н.Н. Оптимизация шкалы оценки поздних депрессий и разработка рекомендаций к её практическому применению // Журнал неврологии и психиатрии.-2012.-№12.-С.11-18.

ҲАМИДОВ.Н.Ҳ., ХОЛИҚОВА.Н.А., МАХАДОВА.К.Х, ХУРСАНОВ. Н.М.

ТАЪСИРИ МУОЛИҶАИ МУШТАРАК БА ХУСУСИЯТҲОИ МОРФОЛОГӢ – ФУНКСИОНАЛИИ ҚАЛБИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИИ ФИШОРБАЛАНДӢ БО АФСУРДАЙОЛИИ КОМОРБИДӢ

Кафедраи бемориҳои дарунии №2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: фишорбаландии шараёнӣ, бозсозӣ, афсурдайолии коморбидӣ, маводҳои зидди афсурдайолӣ, пиронсолӣ.

Таъсири доруворитҳои гуногун ба бозсозии миокарди меъдачаи чапи дил яке аз нишондиҳандаҳои муҳим ҳангоми гузаронидани муолиҷа тавассути доруворӣ мебошад. Ҳолати мазкур махсусан ба пиронсолон дахл дорад. Бо мақсади омӯхтани таъсири муолиҷаи муштарак ба хусусиятҳои сохторӣ –морфологии қалб, 80 нафар беморони фишорбаландии пиронсол, ки дар баробари бемории асосӣ, афсурдайолии коморбидӣ доштанд, мавриди тайқиқ қарор дода шуданд. Беморон ба ду гурӯҳ ҷудо шуданд – асосӣ ва санҷишӣ. Дар гурӯҳҳои ҷудошуда шумораи баробари беморон қарор доштанд (n-40), ки ба таври қатъӣ аз ҳамдигар аз рӯи синну сол, муддат ва дараҷаи вазнинии фишорбаландии шараёнӣ фарқ намекарданд. Муолиҷаи гипотензивӣ дар ҳарду гурӯҳ тавассути воситаи муштараки гипотензивии липразид 10 (лизиноприл 10 мг + гидрохлортиазид 12,5 мг) гузаронида шуд. Дар гурӯҳи асосӣ, беморон дар баробари муолиҷаи зидди гипертензивии насли ҷадиди маводи зидди афсурдайолӣ – ингибитори интихобшудаи гасби баргардандаи серотонин (ИИҒБС) – рексетин (пароксетин)-ро истеъмол намуданд. Миқдори миёнарӯзи дору 15 мг-ро ташкил медод. Нишондиҳандаҳои эхокардиографӣ то ва баъд аз таъини 12 ҳафтаинаи муолиҷа мавриди омӯзиш қарор дода шуда буданд. Дар охири курси табобат дар гурӯҳи асосии беморон коҳиши боэътимоди фишорбаландии шараёнии систоликӣ (ба 14,5%) ва фишорбаландии шараёнии диастоликӣ (ба 13,2%) қайд шудааст. Динамикаи нишондиҳандаҳои гемодинамика дар пасманзари табобат дар гурӯҳи санҷишӣ ҳарчанд аз нигоҳи оморӣ боэътимод бошад ҳам, аммо дар муқоиса бо гурӯҳи асосӣ камтар ифодашаванда мебошад. Дар охири курси табобати бемороне, ки табобати муштаракро қабул мекарданд, таъсири мусбии доруворӣ ба равандҳои бозсозии миокарди меъдачаи чапи дил ба назар мерасид. Табобат танҳо бо липразид дар гурӯҳи санҷишӣ нишондиҳандаҳои назаррасро дар робита ба бозсозӣ ошкор накард.

УДК 616.9:616.34-002-053.2(072)

ХУДЖАГЕЛДИЕВА З.У., САИДОВ Х.М., БОБОЕВА Б.Р., ЯДГАРОВА Л.Р., МУБОРАККАДАМОВА Р.Х., КЕНЖАЕВА Р.А
.

МИКРОБНАЯ ФЛОРА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Таджикский НИИ профилактической медицины МЗиСЗН РТ

В работе приведены результаты изучения микробиологической характеристики кокковой флоры, энтеробактерий и облигатной кишечной флоры, выделяемой у детей младшего возраста с острыми кишечными заболеваниями. Выявлены качественные и количественные изменения микрофлоры в кишечнике, а также определён уровень чувствительности выделенных штаммов к антибиотикам.

Показано, что в кале детей с острыми кишечными инфекциями были обнаружены бактерии группы кокковой флоры – 57,9%, из них: Staphylococcus epidermidis (29,2%), Staphylococcus aureus (14,6%), Staphylococcus saprophyticus (14,1%) от общего числа обследованных больных. Выявлены микроорганизмы группы патогенной, условно-патогенной кишечной флоры, что составило 53,7% в общем. Изучение количественного состава микроорганизмов показало, что бактерии присутствовали у 40,0% больных детей в разведении фекалий (1х105–1х106).

Представлена антибиотикограмма выявленных штаммов микроорганизмов, циркулирующих в Республике Таджикистан.

Ключевые слова: микрофлора кишечника, острые кишечные инфекции, питательные среды, антибиотикограмма, штаммы микроорганизмов.

KHUJAGELDIEVA Z.U., SAIDOV KH.M., BOBOEVA B.R., YADGAROVA L.R., MUBORAKKADAMOVA R.KH., KENJAEVA R.A.

MICROBIAL FLORA OF THE INTESTINE IN CHILDREN WITH ACUTE INTESTINAL DISEASES

Tajik Research Institute of Preventive Medicine of the Ministry of Health and Social Protection of Republic of Tajikistan

The paper shows the study results of Microbiological characteristics of the coccal flora, enterobacteria and obligate intestinal flora released in young children with acute intestinal diseases. Qualitative and quantitative changes of microflora in the intestine are identified, as well as the level of sensitivity of isolated strains to antibiotics was determined.

In the feces of children with acute intestinal infections, the bacteria of the cocci flora group were detected - 57,9%, from them: Staphylococcus epidermidis (29,2%), Staphylococcus aureus (14,6%), Staphylococcus saprophyticus (14,1%) from the total number of researched patients. The microorganisms of pathogenic group, conditionally pathogenic intestinal flora were identified, which accounted 53,7% in total. Study of the quantitative composition of microorganisms showed that, bacteria were present in 40,0% of sick children in a dilution of faeces (1x105–1x106).

Antibiogram of detected strains of microorganisms, circulating in the Tajikistan was presented.

Key words: Intestinal microflora, acute intestinal infections, nutrient medium, antibioticogram, strains of microorganisms.

Актуальность. Одной из серьёзных проблем педиатрии в мире, в т.ч. и в Республике Таджикистан, является высокий уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями среди детей. По данным ВОЗ, ежегодно по всему миру регистрируются от 68,4 до 275 млн. диарейных заболеваний. Острые кишечные инфекции являются широко распространённой патологией, занимающей 2 место (после ОРВИ) среди всех инфекционных заболеваний в детском возрасте. На долю детей приходится около 60-70% всех случаев, регистрирующихся в разных возрастных группах [1-3].

Актуальность этой группы инфекций обуславливает высокий уровень заболеваемости, летальности, социально-экономического ущерба [4].

В связи с этим возросло значение микробиологических исследований, направленных на обнаружение видовой принадлежности возбудителя и определение чувствительности его к антибактериальным препаратам [5].

Кроме того, широкое применение антибиотиков привело в последние годы не только к селекции множественно устойчивых штаммов, но и к видоизменению микрофлоры и этиологической структуры острых кишечных заболеваний [6].

Учитывая вышеизложенное, в настоящей работе представлены результаты определения частоты и массивности выделения микробов группы кокковой флоры и энтеробактерий у детей младшего возраста с острыми кишечными заболеваниями. Также представлена антибиотикограмма выделенных возбудителей инфекции.

Цель исследования. Изучить видовой состав микроорганизмов в кале больных детей с острыми кишечными заболеваниями и определить их чувствительность к антибиотикам.

Материал и методы исследования. Материалом для бактериологического исследования служили образцы проб испражнений от детей с острыми кишечными инфекциями.

Для выявления микроорганизмов в 1 г кала проведены качественные и количественные исследования фекалий (колониеобразующие единицы – КОЕ) с использованием элективных и селективных питательных сред (6,5% молочно-солевой и 5-10% кровяной агар, среды Эндо, Плоскирёва, Сабуро) [8-9].

Идентификация выявленных культур проводилась общепринятыми методами: бактериологическими, культуральными, морфологическими и биохимическими.

Худжагелдиева З.У. – старший научный сотрудник лаборатории острых кишечных инфекций ТНИИ профилактической медицины МЗиСЗН РТ, к.м.н.; 734043 г. Душанбе, ул. Шерози 39/4, кв. 3; тел.: +992935208654; E-mail: zuli-51@mail.ru

Морфологические свойства выделенных штаммов и их тинкториальных свойств определяли микроскопированием мазков, окрашенных по Грамму.

Определение биохимических свойств патогенных стафилококков проводилось на основе изучения плазмокоагулирующих, гемолитических, лецитиназных свойств, теста на каталазу и способности разлагать сахара (глюкоза, лактоза, маннит, сахароза, арабиноза, ксилоза, манноза).

Чувствительность микрофлоры к антибиотикам была изучена путем посева исходного материала на сухой питательный агар с бумажными дисками, пропитанных антибиотиками. Для определения чувствительности исследуемой бактериальной культуры готовили взвесь, содержащую стандартное количество жизнеспособных бактерий, засеянных газоном в чашки Петри сухим питательным агаром. Диски на засеянную поверхность накладывали с помощью аппликатора на расстоянии 2,5 см от центра чашки по кругу. Посевы инкубировали не более 18-20 часов при 37ºС. Учёт результатов проводился путем измерения диаметра зоны подавления роста. Интерпретацию полученных результатов осуществляли на основании критериев чувствительности.

Статистическая обработка материала проводилась по формулам, приведенным в справочнике И.П. Ашмарина и А.А. Воробьева (1962). При определении вероятности различий (Р) пользовались таблицей Стьюдента [10].

Результаты и их обсуждение. Работа проводилась на базе НИИ профилактической медицины в лаборатории острых кишечных инфекций. В процессе изучения аутофлоры кишечника 240 детей с острыми кишечными заболеваниями учитывались микроорганизмы группы кокковой флоры и энтеробактерий. Больные были разделены на 4 возрастные группы: 0-3 мес. (67 детей), 3-6 мес. (68), 6-12 мес. (50) и 1-3 года (55). Выявлено 139 штаммов стафилококков и 129 штаммов энтеробактерий. Исходное разведение 1 грамма кала составило 1х101 с физиологическим раствором, где готовили ряд последовательных десятикратных разведений надосадочной жидкости до 1х107, где по 0,1 мл взвеси засевали на плотные питательные среды из следующих разведений: 1х103 – на среду Плоскирёва, молочно-солевой агар и среду Сабуро, 1х105 – на среду Эндо.

Разведение кала 1х107- на среду Эндо, кровяной агар, лакто-бифидум агар.

При бактериологическом исследовании в 1 грамме кала у больных детей обнаружена группа стафилококков, равная 57,9±3,2%: Staphylococcus epidermidis (29,2±2,9%), Staphylococcus aureus (14,6±2,27%) и Staphylococcus saprophyticus (14,1±2,24%). В ходе исследования возрастных

групп от 0 до 3 мес. и от 3 до 6 мес. стафилококки выявлялись у 19,6±2,5% и 22,9±2,7%, соответственно от общего числа обследованных. В 13,3±2,2% случаев обнаружены в группе детей от 6 до 12 мес. В возрастной группе 1-3 года эти показатели были значительно ниже и составляли 2,1±0,9%. Полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Частота выявления стафилококков у детей с кишечными инфекциями

Наименование микробов	0-3 мес. в %	3-6 мес. в %	6-12 мес. в %	1-3 года в %
Staph. aureus (35)	12 (5,0±1,4)	17 (7,1±1,6)	6 (2,5±1,0)	0
Staph. epidermidis (70)	26 (10,8±2,0)	20 (8,3±1,8)	19 (7,9±1,7)	5 (2,1±0,9)
Staph. saprophyticus(34)	9 (3,75±1,2)	18 (7,5±1,7)	7 (2,9±1,1)	0
Итого: 139 штаммов	47 (19,6±2,5)* P>0,5	55 (22,9±2,7)	32 (13,3±2,2)* P<0,01	5 (2,1±0,9)* P<0,01

Примечание:* – статистически значимые различия в сравнении между больными детьми группы 3-6 мес. и группами больных детей 0-3 мес., 6-12 мес., 1-3 года

Количество изученных штаммов стафилококков в 1 грамме каловой массы больных в 96-ти случаях (40%) представлены в диапазоне от $1x10^5$ до $1x10^6$, что подтверждает стафилококковую этиологию патологического процесса.

В процессе изучения бактерий группы кокковой флоры нами также учитывались микроорганизмы группы патогенной, условно-патогенной флоры и облигатных представителей микрофлоры (бифидо-лактобактерии и колибактерии). При посевах испражнений было выделено 129 штаммов микробов. В таблице 2 представлены данные разнообразных микробов рода энтеробактерий при обычном культивировании кала в аэробных условиях. Результаты исследований показали, что энтеробактерии у обследуемых больных детей оказались равными 53,7±3,22% и были представлены 7-ю видами микроорганизмов. Среди условно-патогенных энтеробактерий наиболее часто обнаруживались микробы рода Клебсиелл (15,8±2,3% в группе детей 0-3 мес. и 8,7±1,8% в возрасте 1-3 года от общего числа обследованных). На втором месте по частоте обнаружения микробов в возрасте 0-3 мес. и 1-3 года наблюдались E. Coli (Lac-), что составило 5,83±1,5% и 2,1±0,9% соответственно. Наименьший процент выделения составили микробы группы: Salmonella редких групп, Pseudomonas aeruginosa, Citrobacter, Proteus SPP, Acinetobacter, где частота обнаружения от общего числа обследованных составило от 0,4±0,41% до 1,25±0,73%. Количество микроорганизмов содержимого в 1 грамме кала было представлено в пределах от $1x10^4$ до $1x10^6$.

Таблица 2

Видовой состав энтеробактерий у детей с кишечными инфекциями в зависимости от возраста

Наименование микробов	0-3 мес. в %	3-6 мес. в %	6-12 мес. в %	1-3 года в %
Salm. редких групп (8)	4 (1,7±0,8)	1 (0,4±0,41)	–	3 (1,25±0,73)
Klebsiella (76)	38 (15,8±2,3)	9 (3,75±1,23)	8 (3,3±1,2)	21 (8,7±1,8)
Citrobacter (4)	–	1 (0,4±0,41)	–	3 (1,25±0,7)
Pseud. aeruginosa (8)	2 (0,8±0,6)	2 (0,8±0,6)	–	4 (1,6±0,8)
Proteus SPP (5)	–	–	2 (0,8±0,6)	3 (1,25±0,7)
Acinetobacter (2)	–	–	–	2 (0,8±0,6)
E.Coli (Lac-) (25)	14 (5,83±1,5)	3 (1,25±0,7)	3 (1,25±0,7)	5 (2,1±0,9)
Итого: 129 штаммов	58 (24,2±2,8)	16 (6,7±1,6)**	13 (5,4±1,5)**	42 (17,5±2,4)*
Дисбактериоз (28)	12 (5,0±1,4)	4 (1,7±0,8)	5 (2,1±0,9)	7 (2,9±1,1)

Примечание:* – статистически значимые различия в сравнении между больными детьми 0-3 мес. и группами больных детей 3-6, 6-12 мес. и 1-3 лет (*P>0,01,**P< 0,001)

Состав микробов характеризовалась тем, что бактерии вегетируют в виде различных ассоциаций. В виде монокультуры преимущественно встречались бактерии рода Клебсиелл –7,5±1,7%. Частота встречаемости 2-компонентной микробной ассоциации определялась в пределах 42,5±3,2%.

Наиболее частая 2-компонентная ассоциация наблюдалась между штаммами Klebsiella и бактериями рода кокковой флоры. В 6,25±1,6% случаев встречалась 3-компонентная микробная ассоциация: Klebsiella + Pseudomonas aeruginosa + Staphylococcus; Klebsiella + Staphylococcus + E.Coli (Lac-) и др. (табл. 3).

Таблица 3

Ассоциация микроорганизмов, выделенных в испражнениях детей с кишечными инфекциями

Наименование	n	в %
Монокультура	18	7,5±1,7*
2-компонентная	102	42,5±3,2
3-компонентная	15	6,25±1,6 **

Примечание: достоверное отличие сравниваемых групп (* P<0,01, **P<0,002)

Кроме того, отмечены изменения в составе облигатных представителей микрофлоры: бифидобактерии, лактобактерии и колибактерии, что ведет к нарушению микробного пейзажа – дисбактериозу, о чём свидетельствует снижение содержания молочно-кислых палочек у 11,6±2,1% (табл. 2). При микробиологическом исследовании образцов 1 грамма фекалия детей с остро-кишечными инфекциями в 12 случаях (5,0±1,4%) в возрасте 0-3 мес. и в 7 случаях (2,9±1,1%) в возрасте 1-3 года нормальная кишечная флора либо не высевались, либо количество её снижено до 1×10^2-1×10^3, по сравнению с нормой. В группах детей 3-6 и 6-12 месяцев содержание облигатных представителей микрофлоры в кале составило 1,7±0,8% и 2,1±0,9% соответственно. У больных детей с острыми кишечными инфекциями рост бифидобактерий наблюдалось в разведении 1×10^3-1×10^2 при норме ($1\times10^{9\text{-}10}$). Среднее количество лактобактерий в 1 грамме кала в норме составляет 1×10^6-1×10^7. У обследуемого контингента лактобактерии в испражнениях высевались в разведении 1×10^3-1×10^5.

Нельзя недооценить клиническое значение группы микробов, относящихся к семейству кишечных палочек (E. Coli). У детей пределы колебаний минимальных и максимальных количеств в 1 грамме пробы представлены в диапазоне от 1×10^7 до 1×10^8. В бактериологических посевах кала E. Coli высевалась во всех случаях и колебалась в пределах от 1×10^4 до 1×10^6.

Таблица 4

Антибиотикограмма штаммов микроорганизмов, выделенных из кала детей с кишечными инфекциями

Наименование антибиотиков	Staph.epidermidis (n=70)		Staph. aureus (n=35)		Staph. saprophyticus (n=34)		Группа энтеробактерий (n=129)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс	%
Ципрофлоксацин	60	85,7	27	77,1	30	88,2	111	86,0
Пефлоксацин	30	42,8	11	31,4	13	38,2	69	53,4
Цефтриаксон	56	80,0	32	91,4	31	91,2	119	92,2
Цефотаксим	65	92,8	31	88,6	32	94,1	120	93,0
Цефазолин	48	68,5	18	51,4	16	47,0	112	86,8
Эритромицин	44	62,8	19	54,3	25	73,5	0	0
Сумамед	38	54,3	18	51,4	21	61,7	0	0
Пенициллин	23	32,8	6	17,1	7	20,6	21	16,2
Амоксициллин	22	31,4	5	14,3	9	26,5	35	27,1
Гентамицин	64	91,4	34	97,1	32	94,1	115	89,1
Тетрациклин	55	78,5	20	57,1	12	35,3	76	58,9
Левомицетин	61	87,1	24	68,6	30	88,2	95	73,6
Фурадонин	67	95,7	28	80,0	28	82,3	121	93,7

У всех выделенных микробов изучалась чувствительность к следующим группам антибиотиков: фторхинолоны, цефалоспорины, макролиды, препараты пенициллинового ряда и аминоглюкозиды (табл. 4)

Результаты проведённых исследований показали, что штаммы стафилококков оказались чувствительными к антибиотикам цефалоспоринового ряда (к цефтриаксону – от 80,0% до 91,4%, клафорану – 88,6-94,1 %) и ципрофлоксацину – 77,1-88,2%. Кроме того, против штаммов стафилококков эффективными оказались макролиды (эритромицин 54,3–73,5%, сумамед – 51,4-61,7%). Выраженные бактерицидные свойства проявлялись и к гентамицину (91,4-97,1 %), левомицетину (68,6-88,2%) и фурадонину (80,0-95,7%).

К остальным антибиотикам (абактал, пенициллин, амоксициллин) процент чувствительных штаммов варьировал от 14,3% до 42,8 %, что необходимо учитывать при проведении этиотропной терапии кишечных инфекций.

Цефалоспорины активны и в отношении большинства грамотрицательных микроорганизмов (энтеробактерий). В частности, чувствительность бактерий обнаружена к цефтриаксону (92,2%), цефотаксиму (93,0%) и цефазолину (86,8%). Высокую чувствительность энтеробактерии проявляли к гентамицину (89,1%), ципрофлоксацину (86,0%) и фурадонину (93,7%). Широкое применение антибиотиков при ряде заболеваний, в частности острых кишечных инфекций, обосновывается преимущественно тем, что эти препараты обладают весьма значительной активностью в отношении самых разнообразных видов микробов и в ряде случаев оказываются более эффективными.

Заключение. Анализ полученных данных позволяет прийти к мнению о том, что у детей острые кишечные инфекции в 57,9±3,2% случаев вызваны стафилококками и энтеробактериями (53,7±3,22%).Чаще всего стафилококки выделялись у детей 0-3 и 3-6 месяцев (19,6±2,5% и 22,9±2,7%, соответственно).

Среди условно-патогенных энтеробактерий наиболее часто обнаруживались микробы рода Клебсиелл (15,8±2,3% в группе детей 0-3 месяцев и 8,7±1,8% в возрасте 1-3 лет). Процент выделения других микробов (Salmonella редких групп, Pseudomonas aeruginosa, Citrobacter, Proteus SPP, Acinetobacter) был незначительным – 0,4±0,41% – 1,6±0,8%.

Выявленные изменения в составе облигатных представителей микрофлоры (бифидобактерии, лактобактерии и колибактерии), свидетельствовали о нарушении микробного пейзажа с возможным развитием дисбактериоза кишечника. Косвенным подтверждением сказанного является факт значительного снижения содержания молочно-кислых палочек у 11,6±2,1% обследуемого контигента.

Изучение противомикробного действия антибактериальных препаратов, относящихся к группе фторхинолонов, цефалоспоринов, макролидов, аминоглюкозидов, показало, что большинство возбудителей кишечных инфекций у детей проявляют высокую чувствительность к вышеперечисленным антибиотикам, что следует учесть при проведении этиотропной терапии этих заболеваний. Полученные данные могут быть использованы при составлении клинических протоколов лечения острых кишечных инфекций у детей.

Исследования по определению чувствительности патогенных микроорганизмов к антибиотикам следует периодически возобновлять, так как нерациональное применение последних может способствовать формированию устойчивости к ранее эффективным препаратам.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Ткаченко У.И., Суворова А.Н. Дисбиоз кишечника. Руководство по диагностике и лечению.- СПб.: Информ. Мед., 2009.- 276 с.

2. Ильянко Л.И. Дисбиотические нарушения кишечника у детей.- Методические рекомендации.- М., 2000.- 47 с.

3. Рафиев Х.К., Усманова Г.М., Дабуров К.Н. Социально-экономическая значимость внутри-больничных инфекций // Здравоохранение Таджикистана.- №2.- 2010. - С. 83-84.

4.Тец В.В. Микроорганизмы и антибиотики.- СПб, 2000.- 172 с.

5. Шепелин И.А., Миронов А.Ю., Шепелин К.А. Питательные среды. Справочник бактериолога.- М., 2015.- 194 с.

6. Ашурова Р.Ш., Ходжаева Н.М., Джураева Н.С., Салимов А.М. Бактериальные и грибковые оппортунистические инфекции у ВИЧ-позитивных детей // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2016. – №4. – С. 109-119.

ХУҶАГЕЛДИЕВА З.У., САИДОВ Ҳ.М., БОБОЕВА Б.Р.,
ЯДГАРОВА Л.Р., МУБОРАКҚАДАМОВА Р.Х., КЕНҶАЕВАР.А.

МИКРОФЛОРАИ РОҲҲОИ ҲОЗИМАИ КӮДАКОН ҲАНГОМИ БЕМОРИИ ШАДИДИ РӮДА

МД “Пажӯҳишгоҳи илмию тадқиқотии тибби профилактикӣ”-и ВТ ва ҲИА ҶТ

Калимаҳои калидӣ: микрофлораи рӯда, уфунатҳои шадиди рӯда, ғизоҳо, антибиотикограмма, штаммҳои микроорганизмҳо.

Татқиқотҳои бактериологӣ нишон дод, ки сабаби бемории шадиди рӯда миёни кӯдакон дар 57,9±3,2% стафилококкҳо ва дар 53,7±3,22 энтеробактерияҳо мебошанд.

Дар синну соли аз 0-3 моҳа, аз 3-6 моҳа, бештар стафилококкҳо (мутаносибан 19,6% ва 22,9%) дарёфт гардиданд. Дар байни микробҳои шартан касалиовар бошад асосан клебсиеллаҳо ба қайд гирифта мешуданд. Дар 11,6±2,1% кӯдакон дигаргуншавии шумора ва таркиби микрофлораҳои табиии рӯдаҳо муайян карда шуд, ки ин ҳолат метовонад сабаби дисбактериоз гардад. Инчунин, ҳассосноки микробҳои дарёфтшуда ба антибиотикҳо муқаррар гардид. Антибиотикограммаҳо метавонанд ҳангоми гузаронданитабобати ин гурӯҳ беморон мавриди истифода қарор гиранд.

УДК 616.314 – 089.231(075.8);614.2

ШАМСИДИНОВ А.Т., АХМЕДОВ А., ОЛИМОВ Х.

ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ И СТРУКТУРА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ШКОЛЬНИКОВ Г. ДУШАНБЕ (НА ПРИМЕРЕ СРЕДНЕЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ №35 ИМ. Ю. РУСТАМОВА РАЙОНА ШОХМАНСУР Г. ДУШАНБЕ)

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

В статье представлены результаты обследования состояния зубочелюстной системы у 1700 школьников в возрасте от 6 до 18 лет (1049 мальчиков и 651 девочки). У 37,47% (637) школьников отмечались аномалии структура формы зубов (гипоплазия, гиперплазия, шиповидные и гигантские зубы), аномалии прикуса (сагитальные и вертикальные) и различные сопутствующие заболевания. Самыми часто встречаемыми зубочелюстными аномалиями были аномалии прикуса - 19,7% (335 детей). Отмечалась значительная вариабельность по возрастным периодам. Это имеет научный и практический интерес, позволит уточнить показания для разработки принципов диагностики, проведения ортодонтического лечения и определения объёма лечебно-профилактических мероприятий у детей различных возрастных групп.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии и деформации, школьники, профилактика, лечение.

SHAMSIDINOV A.T., AKHMEDOV A., OLIMOV KH.

PREVALENCE FREQUENCY AND STRUCTURE OF DENTAL AND MAXILLARY ANOMALIES IN SCHOOLCHILDREN OF DUSHANBE (ON THE EXAMPLE OF THE SECONDARY SCHOOL №35, DUSHANBE)

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

The article presents the results of the study of dental and maxillary system in 1700 schoolboys and girls from 6 to 18 years old (1049 boys and 651 girls). In 37, 47% (637) of schoolchildren the anomalies of dental structure forms were noted (hypoplasia, hyperplasia, spine and giant teeth), bite anomalies (sagittal and vertical) and concomitant diseases.

The most common dental and maxillary anomalies were bite anomalies -19,7%, (335 children). The significant variability, depending on the age, was noted. This have scientific and practical importance, and will allow clarify indications for the development of diagnostic principles, carry orthodontic treatment and determinate the volume of treatment and prophylactic measures for children of different ages.

Key words: dental and maxillary anomalies and deformations, schoolchildren, prophylaxis, treatment.

Актуальность. Несмотря на значительные успехи в развитии ортопедической стоматологии в области диагностики, профилактики и лечения, статистика свидетельствует о росте зубочелюстных аномалий и деформаций среди детей различных возрастных групп в мире [1-4]. В соответствии с литературными данными,

Шамсидинов А.Т. – зав. кафедрой ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент; тел.: +992981007121

в большинстве крупных промышленных городов и столиц СНГ зубочелюстные аномалии и деформации выявлены у 33,7% детей и подростков, определена тенденция их роста, что отражает наличие стойких механизмов формирования патологии зубочелюстной системы, позволяющая стабильно сохранять высокую распространённость и частоту аномалий [5-7].

Зубочелюстные аномалии и деформации отрицательно влияют на развитие детского организма в целом и часто характеризуются сопутствующими функциональными нарушениями [8].

Полученные данные по изучению распространённости и структуры зубочелюстных аномалий имеют не только научный, но и практический интерес, что позволяет уточнить разработку принципов диагностики зубочелюстных аномалий, показания для проведения ортодонтического лечении, определить объём лечебно-профилактических мероприятий у детей различных возрастных групп. Всё эти данные свидетельствуют о чрезвычайно высокой нуждаемости обследованных лиц в соответствующей ортопедической помощи и определяют актуальность нашего исследования на примере обследования состояния зубочелюстной системы у учащихся средней общеобразовательной школы №35 им. Ю. Рустамова района Шохмансур г. Душанбе.

Цель исследования. Оценка распространённости и структуры зубочелюстных аномалий и деформаций у детей и подростков школьного возраста и определение потребности в ортопедической помощи на примере учащихся средней общеобразовательной школы №35 имени Ю. Рустамова района Шохмансур г. Душанбе.

Материал и методы исследования. Исследование ортодонтического статуса осуществлялось в 2016 г. у 1700 учащихся средней общеобразовательной школы №35 имени Ю. Рустамова района Шохмансур г. Душанбе в возрасте от 6 до 18 лет (1049 мальчиков и 651 девочки). Все обследованные дети распределены по возрастным периодам: 6-10 лет – 38,1% (646 детей), 11-15 лет – 49,8% (848 детей), 16-18 лет – 12,1% (206 детей). Вид и возможные сочетания зубочелюстных аномалий диагностировались согласно классификации зубочелюстных аномалий В.Ю. Курляндского (1957).

Полученные результаты статистически обработаны с помощью критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Обследование показало, что распространенность зубочелюстных аномалий у осмотренных школьников составила 37,47% (637 детей), имея значительную вариабельность относительно возрастных периодов. В наших исследованиях в основном регистрировали аномалии структуры и формы зубов (гипоплазия, гиперплазия, шиповидные и гигантские зубы), аномалии прикуса (саггитальные и вертикальные) и сопутствующие заболевания (табл.).

Структура зубочелюстных аномалий у учащихся школы №35 им. Ю. Рустамова района Шохмансур г. Душанбе

Возраст детей	Всего детей	Пол	Количество детей	Аномалии структуры и формы зубов						Аномалии прикуса								Сопутствующие заболевания		Рахит	
				Гипоплазия		Гиперплазия		Форма (гигантская/шиповидная)		Саггитальные				Вертикальные							
										Прогенический		Прогнатический		Глубокий		Открытый					
				Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
С 6 до 10 лет	646	М	358	33	9,21	39	10,89	29	8,10	23	6,42	4	3,91	11	3,07	15	4,18	81	22,62	3	0,83
		Д	288	40	13,81	25	8,68	28	9,72	21	7,29	24	8,33	18	6,25	15	5,20	121	42,01	3	1,04
С 11 до 15 лет	848	М	541	20	3,69	13	2,40	2	0,36	17	3,14	17	3,14	13	2,40	19	3,51	140	25,87	2	0,36
		Д	307	20	6,51	20	6,51	5	1,62	16	5,21	16	5,21	17	5,53	17	5,53	132	42,99	2	0,65
С 16 до 18 лет	206	М	150	8	5,33	10	6,66	0	0	7	4,66	7	4,66	9	6	9	6	50	33,33		
		Д	56	6	10,71	4	7,14	0	0	4	7,14	7	12,5	9	16,07	10	17,85	40	71,42		
Всего	1700	М	1049	61	5,81	62	5,91	31	2,95	47	4,48	38	3,62	33	3,14	43	4,09	271	25,83	5	0,47
		Д	651	66	10,13	49	7,52	33	5,06	41	6,29	47	7,21	44	6,75	42	6,45	293	45,00	5	0,76

Как видно из таблицы, самый низкий уровень частоты зубочелюстных аномалий наблюдается в период с 11 до 15 лет – 25% (212 школьников). В возрасте от 6 до 10 лет распространённость зубочелюстных аномалий составила 50,3% (325 школьников), что стало наиболее высоким показателем распространённости зубочелюстных аномалий. В период от 16 до 18 лет частота зубочелюстных аномалий у школьников была на уровне 43,68% (90 детей).

Аномалии структуры и формы зубов встречались в 17,76% (302 ребенка), при этом гипоплазия составила 7,47% (127 школьников). Гипоплазия нашла наибольшее распространение в возрастной группе от 6 до 10 лет – 11,3% (73 ребенка), среди которых 9,21% мальчиков (33 школьника) и 13,81% девочек (40 школьниц). Обратная динамика встречаемости гипоплазии наблюдалась в возрасте 11-15 лет и составила 4,71% (40 школьников) с различной тенденцией распределения среди мальчиков и девочек: 3,69% у мальчиков (20 школьников) и 6,51% у девочек (20 школьниц).

Гигантские и шиповидные зубы наиболее часто встречались среди школьников от 6 до 10 лет – 8,82% (57 школьников), с равномерным распределением: у мальчиков – 8,10% (29), у девочек – 9,72% (28). У школьников 16-18 лет аномалии формы зубов отсутствовали вовсе, а в возрасте 11-15 лет они имели незначительную распространенность – 0,82% (7 детей), среди них 0,36% (2 школьника) пришлось на долю мальчиков и 1,62% (5 школьниц) – на долю девочек.

Из общего количества выявленных зубочелюстных аномалий 19,7% (335 детей) составили аномалии прикуса. В раннем школьном периоде эта патология менее выражена и распространена, тогда как в старших классах, в которых обучаются школьники 16-18 лет, распространенность увеличивается, достигая максимальных значений. По данным проведенных нами исследований, у 16,07% девочек (9) 16-18 лет имеется глубокий, у 16,85% (10) – открытый прикус. Среди школьников 6-10 лет у девочек глубокий прикус составил 6,25% (18), а открытый прикус – 5,20% (15). В возрастной категории 11-15 лет глубокий и открытый прикус отмечен у 5,53% (17 школьников), что говорит о формировании и движении аномалий прикуса в данном возрастном периоде в одном направлении.

Саггитальные аномалии прикуса имели низкую частоту встречаемости у школьников в возрасте от 11 до 15 лет (7,78% - 66 школьников), более высокие показатели с массовым характером отмечаются в возрастном периоде 6-8 лет (11,1% – 72 школьника) и в возрасте 16-18 лет (12,1% – 25 школьников). Такая картина формирования и частоты, по-видимому, связана с действием компенсаторных механизмов челюстно-лицевой системы детей в различные возрастные периоды.

Сопутствующие заболевания более всего были распространены у школьников 16-18 лет – 43,68% (90 человек). От 11 до 15 лет сопутствующие заболевания отмечены у 32,07% (272 учащихся), что стало средним показателем. Наименьший показатель сопутствующих заболеваний имелся в возрасте 6-10 лет – 31,26% (202 школьника), хотя он незначительно ниже показателя сопутствующих заболеваний в 11-15 лет (32,07% – 272 ребенка). Такое положение, скорее, связано с тем, что в раннем школьном периоде от 6 до 10 лет зубочелюстные аномалии развиты неокончательно, и функциональные нарушения не так сильно проявляются, как в более поздний период – от 16 до 18 лет, где зубочелюстные аномалии сформированы полностью и несут, помимо функциональных нарушений, сопутствующие заболевания.

Рахит обнаружен у детей раннего школьного возраста 6-8 лет (0,92% – 6 детей) и 11-15 лет (0,47% - 4 ребенка) при незначительных показателях и полностью отсутствовал у мальчиков и девочек с 16 до 18 лет.

Таким образом, распространённость зубочелюстных аномалий у учащихся средней общеобразовательной школы №35 имени Ю. Рустамова района Шохмансур г. Душанбе составила 37,47% (637 детей), что совпадает с данными исследований, проведенных авторами в различных крупных промышленных городах и столицах СНГ. Например, в Российской Федерации, в частности в г. Омске, также как и в наших исследованиях, отмечена высокая распространенность зубочелюстных аномалий среди учащихся, которая варьировала от 56,1% до 78,8%. Названная патология имелась у 76,5% обследованных школьников Брянской области, в приволжских областях России данный показатель равен 61,3% [1]. В США, напротив, отмечается более низкая встречаемость зубочелюстных аномалий среди обследованных лиц аналогичных возрастных категорий – от 15,1% до 37,01%, что является, по-видимому, отражением более высоких уровней медицинской культуры населения и развития системы здравоохранения [9].

Заключение. Таким образом, структура зубочелюстных аномалий в разные периоды роста и развития школьников различна по количеству и видам. Максимальная частота встречаемости зубочелюстных аномалий у школьников отмечается от 6 до 10 лет (ранний школьный период) – 50,3% (325 детей), а минимальная частота наблюдалась у школьников от 11 до 15 лет – 25% (212 учащихся).

Среди мальчиков наиболее распространены аномалии структуры и формы зубов, а именно гиперплазия – 5,91% (62 школьника).

Среди девочек также наиболее распространены аномалии структуры и формы зубов, но не гиперплазия, а, наоборот, гипоплазия – 10,13% (66 девочек).

Самыми часто встречаемыми и широко распространенными зубочелюстными аномалиями стали аномалии прикуса – 19,7% (335 детей).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверьянов С.В., Зубарева А.А. Оценка уровня качества жизни у пациентов с зубочелюстными аномалиями // Современные проблемы науки и образования.- 2015.- №4.- С.10-13.

2. Ашуров Г.Г., Сабуров С.К. Результаты использования различных видов ортопедических конструкции у больных с сопутствующей соматической патологии по регионам Республики Таджикистан // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2016. - №3.- С. 79-85.

3. Бриль Е.А., Смирнова Я.В. Частота встречаемости зубочелюстных аномалий и деформаций в периоды формирования прикуса // Современные проблемы науки и образования.- 2014.- №6.- С.42-46.

4. Altug-Atac F.T., Erdem D. Prevalence and distribution of dental anomalies in orthodontic patient // J. Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.- 2007.- Vol. 131, N 4.- P. 510-543

5. Гонтарёв С.Н., Саламатина О.А. Распространённость зубочелюстных аномалий и дефектов зубных рядов у детей и подростков Белгородского региона. Оценка состояния ортодонтической помощи населению // Научные ведомости Белгородского университета.- 2011.- Т. 14, № 10 (105). – С. 212-216.

6. Панаков Н.А. Эпидемиология зубочелюстных аномалий и деформаций в Азербайджанской Республике // Вестник проблем биологии и медицины.- Баку.- 2013.- Т. 2 (101), Вып. 2.- С. 230-233.

7. Ромодановский П.О., Баширян М.С., Баринов Е.Х. Исследование распространенности аномалий зубных рядов у детей дошкольного возраста Республики Армения.- Ереван, 2011,- С.30-34.

8. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. Учебное пособие.- М.: МИА, 2010.

9. Wolfgang H. et all. Association of the canine guidance angle with maxillary and mandibular intercanine widths and anterior relapse: extraction as nonextraction treatment //J. Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.- 2008.- Vol. 133, N 5.- P. 669-670.

ШАМСИДИНОВ А.Т., АХМЕДОВ А., ОЛИМОВ Х.

СУРЪАТИ ПАҲНШАВӢ ВА ТАРКИБИ НОДУРУСТИИ ИНКИШОФИ ҶОҒУ ДАНДОНҲО ДАР БАЙНИ МАКТАББАЧАҲОИ Ш. ДУШАНБЕ ДАР МИСОЛИ МУАССИСАИ ТАҲСИЛОТИ МИЁНАИ УМУМИИ № 35 БА НОМИ Ю. РУСТАМОВИ НОҲИЯИ ШОҲМАНСУРИ Ш. ДУШАНБЕ

Кафедраи стомотологияи ортопедии МД ДТИБКС ВТ ва ҲИА ҶТ

Калимаҳои калидӣ: нодурустии инкишофи ҷоғу дандонҳо, мактаббачаҳо, пешгирӣ, табобат.

Дар мақола натиҷаи муоинаи ҳолати системаи ҷоғу дандонҳои 1700 мактаббачагони синну соли аз 6 то 18 солаи (1049 писарбачава 561 духтарбача) мактаби таҳсилоти миёнаи умумии №35 ноҳияи Шоҳмансури ш. Душанбе пешниҳод карда шудааст.

Натиҷаҳои муоина нишондод, ки дар 37,47% (637) мактаббачаҳо нодурустии инкишофи шакли дандонҳо (гипоплазия, гиперплазия, дандонҳои комагирак ва азим), нодурустии хобиши дандонҳо (миёнбуршуда ва амудӣ) ва беморириҳои ҳамроҳикунанда ба қайд гирифта шуд.

Аз ҳама нуқсонҳои ҷоғу дандони тез-тез вохуранда ин нодурустии хобиши дандонҳо – 19,7% (335 нафар) мебошад. Инчунин, қайд намудан лозим аст, ки бештар давраҳои гуногуни сину сол, ки барои манфиати илм ва таҷрибаи амалӣ ва хоста гирифтани коркарди асосҳои ташхис, гузаронидани табобати ортодонтӣ ва муқаррар намудани ҳаҷми кумаки чорабиниҳои табобати пешгирӣ дар кӯдакони синну солашон гуногун зарур буда, кумак мерасонад.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 614.2

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

ОБОБЩЕНИЕ ОПЫТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ АДМИНИСТРАТИВНЫХ РЕГИОНАХ БУХАРСКОГО ЭМИРАТА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ТОГО ПЕРИОДА

Академия медицинских наук МЗиСЗН РТ

Работа отражает материалы развития здравоохранения, формы и методы работы медицинских учреждений и медицинских работников в различных административных регионах Бухарского эмирата, послуживших отправным пунктом начала развития новой формы здравоохранения республики. До сих пор отсутствуют всесторонние исследования, освещающие состояние оказания медицинской помощи населению и санитарное состояние Бухарского эмирата. Имеющиеся данные составлены в соответствии с архивными материалами и не отражают истинных размеров заболеваемости, так как она была составлена только по обращаемости населения за медицинской помощью. А сохранившиеся брошюры и статьи не дают полного представления о сложных путях становления и развития здравоохранения того периода в различных административных территориях современного Таджикистана.

Ключевые слова: Бухарский эмират, местные лекари, амбулаторная лечебница, повивальные бабки, железная дорога.

AKHMEDOV A., AKHMEDOVA M.A., MASLOVA E.V., AKHMEDOV F.A.

GENERALIZATION OF HEALTHCARE EXPERIENCE IN DIFFERENT REGIONS OF BUKHARA EMIRATE AND ITS IMPACT ON THE HEALTH OF THE POPULATION IN THAT PERIOD

Academy of Medical Sciences of Ministry of Health and Social Protection of Population of Republic of Tajikistan

The paper reflects materials of healthcare development, forms and methods of medical institutions work in different regions of Bukhara emirate that served as a starting point for the beginning of a new form of healthcare in republic. There are still no comprehensive studies of healthcare of Bukhara emirate population. Available data is compiled in according to archival materials and they do not reflect the true incidence of the size as it is made only by negotiability population for medical help. And preserved brochures and articles do not give complete picture of the complex pathways of formation and development of public health of that period in different regions of modern Tajikistan.

Key words: Bukhara emirate, local healers, outpatient clinic, wise woman, railway.

Материалы, характеризующие организацию медицинской помощи населению, проживающему непосредственно на территории Бухарского эмирата, крайне скудны. В эмирате не проявлялось никакой заботы о здоровье подданных. Здесь до конца XIX века не было ни лечебных

учреждений, ни медицинских работников. Низкий экономический и культурный уровень коренного населения Бухарского эмирата, отсутствие какой-либо системы профилактических и противоэпидемических мероприятий служили причиной широкого распространения различных заболеваний, особенно инфекционных и социальных [18]. О заболеваемости населения Бухарского эмирата можно судить по некоторым сохранившимся литературным источникам и запискам должностных лиц, в том числе врачей, посещавших в прошлом Бухару и обративших внимание на наличие множества разнообразных тяжёлых заболеваний. По данным Д.Н. Логофета (1909, 1911), в Бухарском эмирате было множество тяжелых заболеваний, таких как оспа, лихорадка (малярия), желудочно-кишечные болезни, пендинка (кожный лейшманиоз), проказа, ришта, зоб, сифилис, трахома, туберкулез. Периодически возникали вспышки чумы и холеры [11, 12, 13, 18, 30]. Если тяжёлое санитарное состояние, прогрессирующее ухудшение здоровья населения, частые вспышки эпидемий, прежде всего особо опасных инфекций, вынуждали администрацию Туркестанского края в качестве одной из неотложных оздоровительных мер в регионах Северного Таджикистана начать строительство «новых» русских городов рядом со старыми «туземными» городами (в Ходженте и Ура-Тюбе), то в регионах центральной и южной частей республики подобного строительства не было [18, 26]. Бухарское правительство не принимало никаких шагов для поддержания санитарного порядка, даже в своей столице – Бухаре, что приводило к ежегодному свирепствованию различных болезней, уносящих много жизней и причиняя большие бедствия и горе народу. Об этом сообщалось в письме политического агента царского правительства, направленного в адрес генерал-губернатора «не только о полном отсутствии медицинской помощи населению эмирата, но и о варварском лечении больных туземными способами, что влекло за собой большую смертность, которая составляла 25% к числу заболевших [18, 25].

В порядке помощи для изучения санитарного состояния г. Бухары в 1895 году прибыла врачебная комиссия из Петербурга в составе бактериологов и видных русских врачей. Во время осмотра города и его окрестностей члены комиссии увидели зловонные бойни, гниющие болота, сточные ямы, мутные водоёмы, илистые каналы, грязные ручьи. Также они побывали в базарных харчевнях, шашлычных и в лавочках, где торговали вареным горохом или жарили рыбу на обжарке, где варили головы и студни. Они взглянули на посуду, на разносчиков, торговавших на улицах, сидя на земле, с медных подносов дешёвой снедью и сладостями [18]. После чего комиссия обратилась к властям Бухары с предложениями по реорганизации торговли пищевыми продуктами, устраняющими в какой-то мере распространение инфекционных болезней. Но правители Бухары рекомендовали членам комиссии обратиться за разрешением к богословам. А богословы, в свою очередь, решительно выступили против этих разумных предложений комиссии. С целью доказательства правоты своих суждений и убеждения богословов на практике о необходимости предлагаемых мер в целях предотвращения опасных заболеваний русские врачи и бактериологи в местной городской больнице устроили лабораторию, взяли туда на анализ воду из каналов, водоёмов и озёр, привезли продукты из харчевней, кровь и мясо с боень. Когда всё было готово, врачи попросили власти Бухары прислать в больницу местных учёных и богословов. Врачи поставили микроскоп перед ними и предложили им взглянуть на содержимое Бухарской воды и пищи, объясняя при этом, какие болезни вызывают те или иные микробы. После осмотра богословы заявили: «Мы с этими выводами не согласны!. Мы не боимся воды, нас хранит бог. Мы не продадим свою веру. Мы верим только одному богу: он, когда хочет, посылает болезни; он, когда хочет, даёт здоровье и ниспосылает выздоровление. Это фокусы, им нельзя верить, несуществующее через стекла представляется живым, мы не верим этому и не дадим себя обмануть» [18]. Таким был печальный конец этого исторического спора, возникшего между представителями научной медицины и местными реакционными «учёными». Все созданные и функционирующие медицинские учреждения того времени были сосредоточены, в основном, на территории нынешнего Северного Таджикистана (городские больницы в гг. Ходжент на 15 коек (1886), Ура-Тюбе на 5 коек, сельские лечебницы в Нау (село Гулакандоз), Ура-Тюбе (село Надеждино), Пенджикенте (каждая на 6 коек) и несколько амбулаторных пунктов (на 10 тыс. жителей приходилось около 0,4 больничных койки, 0,13 врача и 3,8 лиц среднего медперсонала) [18]. Лечение людей было отдано на откуп реакционному духовенству, многочисленным табибам, лекарям, знахарям, бабкам-повитухам, обычно не имеющим специального медицинского образования. Они убеждали своих пациентов в том, что «если Аллах захочет, то пошлет выздоровление, а если нет, то больной должен умереть и всякое лечение, хотя бы у самого искусного врача, бесцельно» [12, 18].

В основном, население лечилось народными средствами или обращалось за помощью к местным врачевателям – хакимам, лекарям и знахарям, не имеющим представления об анатомии, физиологии и патологии человека. Хакимы и лекари делили

Ахмедов А. – член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор

все болезни, лекарства и продукты на «горячие» и «холодные» и строили свое лечение на основе противопоставления, назначая при «горячих болезнях» соответствующие «холодные лекарства» и «продукты питания» и наоборот. Они совершенно не применяли хирургию и даже абсцессы вскрывали при помощи мазей. Широко использовали слабительные средства, в исцеляющую силу которых верили. Однако, среди указанных категорий местных лекарей были и весьма грамотные медики, которые, получив образование в общих школах (медресе), продолжали повышать свои знания по имевшимся медицинским книгам. К сожалению, количество таких настоящих представителей народной медицины не смогло обеспечить медицинской помощью столь широкие слои населения. В практике некоторых «хакимов» прослеживалось влияние трудов Ибн Сины (Авиценны), методов Гиппократа и "Фармакопея" Абумансура Муваффакка (хв.) [14].

Общий перечень лекарственных средств, изложенных в «Фармакопее Абумансура» (961–976), включал 584 наименования лекарственных средств и по происхождению они подразделялись на 3 основных класса:

1 класс: препараты растительного происхождения (465 препаратов, т.е. 79,7% из общего перечня лекарственных средств);

2 класс: препараты, изготовляемые из минералов и руд (74 препарата);

3 класс: препараты (45), приготовленные на основе использования различных органов домашних и диких животных, птиц, насекомых (мясо, кожа, змеиный яд, крови, желчи, жиров и др.).

В тот период впервые были использованы методы выделения лекарственных средств путем экстракции растительного сырья, описаны простейшие способы перегонки, позволяющие получить эфирные масла и дистиллированную воду. Введено впервые в обиход лекарственное средство - «питьевое золото», которому приписывались универсальные лечебные свойства, подобно «эликсиру долголетия». Также, рекомендовали применение в качестве лечебных препаратов тростниковый сахар и танин [14].

Функционирующих лекарей разделяли по следующим «специальностям»:

- перевязочники (занимались перевязкой ран и язв, выправлением переломов и лечением огнестрельных ран);
- хирурги-цирюльники (специализировались на лечении зубов и пускании крови);
- окулисты;
- повивальные бабки;
- прижигальщики (лечили болезни костей и суставов и облегчали боли в груди, животе и спине при помощи прижигания).

Знахари подразделялись по следующим направлениям:

- знахари по изготовлению талисманов;
- знахари по заговорам;
- колдуны.

Более подробно народная медицина охарактеризована в книгах и статьях И. Краузе и Л. Симоновой [7, 8, 17].

Эмир бухарский и его наёмные чиновники, опиравшиеся всецело на мусульманское реакционное духовенство, были против устройства лечебных учреждений. Они считали, что «… умереть от болезней должны все те, которым предназначено умереть и выздороветь - все те, которым по воле Аллаха суждено было поправиться. Знать об этой воле заранее, равно как и помочь этому, никаким способом невозможно» [13, 18].

По настоятельным требованиям проживающих в Бухарском эмирате русских врачей и в связи с началом строительства железной дороги, а также созданием ряда царских гарнизонов в пограничных районах эмирата на территории эмирата в конце XIX века возникли первые лечебные учреждения. При них открылись ведомственные амбулатории и амбулатории при санчастях с минимальными условиями для получения медицинской помощи [18]. В открытых ведомственных амбулаториях, наряду со строителями железной дороги, медицинскую помощь получала и некоторая часть населения близлежащих кишлаков. Созданные амбулатории при санчастях царских гарнизонов вначале содержались на средства Бухарского правительства, на их содержание отпускалось 2 тыс. рублей в год [12, 18]. Далее, через два года, такие затраты стали обременительными для Бухарского правительства, и оно прекратило выделять вышеуказанную сумму. Амбулатории взамен бесплатного приёма и бесплатной выдачи медикаментов вынуждены были взимать плату, которую определили в размере 15 копеек за совет, получение медицинской помощи и выдачу лекарств, что сделало амбулатории почти недоступными местному населению, влачившему и без того нищенское существование [12, 18].

Первым лечебным учреждением в эмирате была русско-туземная больница, которая открыта в г. Бухаре в 1891 г. Больница состояла из стационара на 30 коек (20 коек для мужчин и 10 для женщин), амбулаторий (для мужчин и женщин) и аптеки. Штат больницы состоял из 2-х врачей, 2-х фельдшеров, фельдшерицы и провизора. Проведенный анализ показывает, что в 1910 г. коечный фонд больницы был использован на 89,5%. За 1910 г. находились на стационарном лечении 587 человек, которыми было проведено 9133 койко-дня, из них умерло 57 человек (9,7%) [18, 27].

В Бухарском эмирате в 1913 г. имелись: русско-туземная больница и женская амбулатория

в г. Бухаре (1891 г); амбулатория при военном лазарете в Патта-Гиссаре; городской приёмный покой в Чарджуе и Керкинская амбулатория. Кроме того, здесь функционировало и еще несколько амбулаторных пунктов [18, 27]. Такая малая сеть лечебных учреждений с 30-35 больничными койками была предназначена для медицинского обслуживания населения эмирата, в котором проживало более 3 млн. человек. Врач Заплатынский, направленный в 1913 г. политическим агентом царского правительства при Бухарском правительстве для проверки Бухарской русско-туземной больницы, сообщал в Политическое агентство, что за 23 года существования больницы число её коек не изменилось, она продолжала оставаться в ветхом здании, где нет инвентаря, белья и другого необходимого оборудования. В больнице до 1 ноября 1913 г. лечилось всего 406 больных (286 мужчин и 120 женщин), а летальность составляла в среднем 18% [11, 18].

В более тяжелых условиях находилось население Памира. Они вообще были лишены медицинской помощи. Врач пограничной воинской части С.Н. Аверкиев охарактеризовал политическое, экономическое и культурное положение населения Памира, описал более чем скудную жизненную обстановку, царящую повсюду грязь и нищету, истощенных вследствие хронического недоедания, едва покрытых грязными жалкими лохмотьями таджикских мужчин, женщин и детей [5, 7]. С прибытием в конце XIX в. на Памир русских военных частей были открыты два приёмных покоя – в Хорогской и Памирской пограничных частях. Их услугами изредка пользовалось местное население (за 17 месяцев работы, с августа 1903 по январь 1905 г. к врачу обратились 411 больных (350 мужчин и 61 женщина), сделавших 2105 амбулаторных посещений [18, 21].

В Бухарском эмирате неравноправное положение женщин оправдывали и освещали в соответствии с шариатом (свод религиозных и юридических норм феодального права) и одатом (обычаями). Оно было узаконено и в Коране – «священной» книге мусульман. Широко были распространены многоженство и ранние браки. Гинзбург В.В., изучавший физическое развитие южных горных таджиков, отмечает, что «…ранние браки были очень распространены и около трети женщин были выданы замуж до наступления менструации. Отмечалась прямая связь раннего замужества с повышением смертности детей» [4]. Женщины не только были бесправны (являлись предметом купли и продажи как товар) и неграмотны, но и не имели элементарных санитарно-гигиенических навыков.

Население эмирата вообще было лишено медикаментозной помощи, не было и медицинской промышленности. Первые аптечные учреждения в некоторых крупных городах Бухарского эмирата появились (в г. Бухаре - частные) только в начале XX столетия. С прибытием в Бухарский эмират русских медицинских и фармацевтических работников началось изучение его богатой лекарственной флоры. Благодаря их исследованиям было получено много сведений о богатой флоре и описаны новые лекарственные растения [16, 22, 23].

На территории эмирата вообще не было никаких детских и родовспомогательных учреждений. Какая-либо статистика рождаемости, смертности и заболеваемости населения на территории Бухарского эмирата отсутствовала. Немногочисленные данные, встречающиеся в отдельных источниках, разрознены и не всегда точны (в соответствии с материалами Первой Всероссийской переписи населения 1897 года, территория Бухарского эмирата переписью не охватывалась).

По данным А. Панкова, доля лиц старше 60 лет в населении, проживавшем на территории Восточной Бухары, составляло всего 5%. Такая особенность возрастной структуры населения (крайне низкий удельный вес пожилых) при отсутствии интенсивной миграции населения отражает очень высокую смертность и низкую продолжительность жизни [18, 19]. По некоторым дошедшим до нас материалам Бухарской русско–туземной больницы (1910) можно судить о структуре зарегистрированной заболеваемости населения, проживавшего на территории Бухарского эмирата (табл. 1, 2) [29].

Как видно из таблиц 1 и 2, в Бухаре наиболее высок был удельный вес инфекционных болезней (включая венерические), что составило 43% по группе стационарных и 34% - по группе амбулаторных больных. Далее также видные места занимали механические и иные травмы, болезни органов пищеварения и органов дыхания, а также органов чувств (включая, по-видимому, и конъюнктивиты). Такие распространенные в настоящее время болезни, как новообразования, сахарный диабет, болезни сердечно-сосудистой системы и др. регистрировались в незначительном количестве (это объясняется, с одной стороны, малым удельным весом населения старших возрастных групп, а с другой стороны, низким уровнем диагностической работы медицинских учреждений того периода). Не выявлено существенных различий в структуре заболеваемости коренных и некоренных жителей (видимо, обе группы жили в условиях ужасающей антисанитарии, были плохо защищены от инфекционных болезней, являющихся наиболее распространёнными среди населения).

Таблица 1

Сведения о больных, лечившихся в Бухарской русско-туземной больнице в 1910 году

Болезни	Мужское отделение		Женское отделение		Всего
	местные	некоренные	местные	некоренные	
Инфекционные	144	33	18	26	221
Венерические	16	5	7	6	34
Отравления	3	4	-	-	7
Расстройства общего питания	1	-	1	-	2
Органов пищеварения	25	9	6	2	42
Органов кровообращения	16	1	6	1	24
Органов дыхания	29	3	3	2	37
Мочеполовых органов	18	2	4	1	25
Нервной системы	4	-	2	-	6
Органов движения	34	2	7	2	45
Органов чувств	12	1	7	1	21
Кожных покровов и подкожной клетчатки	52	4	9	3	68
Гинекологические	-	--	3	11	14
Повреждения механические	24	5	1	4	34
Повреждения термические	6	1	-	-	7
Всего	384	70	74	59	587

Таблица 1

Принятые амбулаторией пациенты Бухарской русско–туземной больницы в 1910 году

Болезни	**Местные жители**		**Некоренные жители**		**Всего**		
	муж.	**жен.**	**муж.**	**жен.**	**муж.**	**жен**	**оба пола**
Инфекционные	3207	2689	1981	1412	5188	4101	9289
Венерические	1288	815	447	361	1735	1176	2911
Отравления	4	–	4	–	8	–	8
Расстройства общего питания	33	81	28	67	61	148	209
Органов пищеварения	909	925	635	744	1544	1669	3213
Органов кровообращения	405	348	200	168	605	516	1121
Органов дыхания	444	469	247	275	691	744	1435
Мочеполовых органов	136	54	82	45	218	99	317
Нервной системы	189	183	112	138	301	321	622
Органов движения	353	356	204	209	557	565	1122
Органов чувств	1512	1169	488	590	2000	1759	3759
Кожного покрова и подкожной клетчатки	5463	1740	1255	831	6718	2571	9289
Женские	–	1022	–	648	–	1670	1670
Прочие	89	268	73	260	162	628	690
Повреждения механические	279	34	113	17	392	51	443
Повреждения термические	64	35	39	14	103	49	152
Всего	14375	10188	5908	5779	20283	15967	36250

Указания на структуру заболеваемости населения Памира имеются в статье Аверкиева (1905). По его данным, общее число зарегистрированных больных, обратившихся по поводу кожных болезней, составляло 38,9%, травматических, химических и термических повреждений – 16,7%, заразных болезней – 14,28%, заболеваний органов пищеварения – 9,72%, глазных болезней – 5,47%, болезни уха – 3,64% [18].

Сравнивая структуру заболеваемости населения Памира с остальными территориями Восточной Бухары и Средней Азии, можно сделать выводы, что, видимо, под влиянием климато–географических условий этого высокогорного края инфекционные болезни не преобладали в структуре заболеваемости (в структуре заболеваемости населения остальных территорий Средней Азии доминирующее положение занимали инфекционные болезни). Наиболее распространенным из заразных заболеваний среди населения Памира был сифилис (31,91% к числу инфекционных болезней). На этот период как на территории Бухарского эмирата, так и на территории современного Таджикистана не было ни научно-исследовательских учреждений, ни подготовленных специалистов какого-либо профиля для проведения научных исследований. Практически Восточная Бухара была краем, совершенно незнакомым для русской общественности. До присоединения Средней Азии к России туда удалось проникнуть лишь незначительному числу лиц, сумевших в последующем снабдить читателей правдивой информацией об этом крае. После присоединения Средней Азии к России усилились связи России с Бухарским эмиратом и стал расширяться поток информации в виде разного рода путевых заметок о быте таджиков, их жилище, обычаях, одежде, питании, медико-географических очерков, научных статей по вопросам этнографии, антропологии, медицины, прямо или косвенно затрагивающих вопросы здоровья или заболеваемости населения и сведения о таджикской народной медицине [1-3, 5-12, 15, 17, 24, 30-32].

Появились также единичные статьи и сообщения об имеющихся на территории Восточной Бухары термальных источниках. Как выяснилось из проводимых исследовательских работ, в которых, в основном, был использован описательный метод, что значительная их часть не принадлежала специалистам–медикам, они имели определенное познавательное значение и помогали составить впечатление о Восточной Бухаре как о местности, где, с одной стороны, чрезвычайно широко распространены различные, в первую очередь инфекционные заболевания, а с другой стороны, трудности борьбы с этими заболеваниями по причине того, что приёмы борьбы с этими болезнями часто в то время не были разработаны.

Выводы

1. До настоящего времени отсутствуют всесторонние исследования, освещающие оказание медицинской помощи населению Бухарского эмирата. Имеющиеся данные составлены на основании опубликованных статей, имеющих познавательное значение, архивных материалов и не отражают истинных размеров заболеваемости, так как она отражена только по обращаемости населения за медицинской помощью.
2. До конца XIX в на территории Бухарского эмирата не было ни лечебных учреждений, ни медицинских работников, лечили больных хакимы, лекари, духовенство, знахари, бабки и повитухи, не имеющие специального медицинского образования, что влекло за собой большую смертность (25% от числа заболевших). Все созданные и функционирующие медицинские учреждения того периода были сосредоточены, в основном, на территории нынешнего северного Таджикистана
3. Бухарское правительство не принимало никаких шагов для поддержания санитарного порядка в населённых пунктах, что приводило к ежегодному развитию тяжелейших эпидемий малярии, оспы и многих других инфекционных заболеваний, протекавших с очень высокой летальностью, причиняя большие бедствия и горе народу.
4. В Восточной Бухаре, с одной стороны, чрезвычайно широко были распространены различные, в первую очередь инфекционные заболевания, а с другой стороны, методы борьбы с этими болезнями часто не были разработаны.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Арандаренко Г.А. Дарваз и Каротегин. //Военный сборник.- 1883.- № 11-12.
2. Арандаренко Г.А. Досуги в Туркестане.- СПб, 1889.
3. Бобринский А.А. Горцы верховьев Пянджа.- М., 1908.
4. Гинзбург В.В. Горные таджики. М.,1935.- С. 2.
5. Ефремов Ф.С. Десятилетнее странствование (1774-1872) и приключения в Бухаре, Хиве, Персии, Индии и возвращение оттуда через Англию в Россию.- СПб., 1786.
6. Костенко Л.Ф. Туркестанский край. Опыт военно-статистического обозрения Турк. ВО. СПб., 1880.
7. Краузе И. О способах врачевания у туземцев Турккрая // Туркестанские ведомости.- 1871.- №34.
8. Краузе И. О косметических средствах туземцев Турккрая// Туркестанские ведомости.- 1871.- № 47.
9. Краузе И. Материалы для статистики Турккрая. СПб, 1873.
10. Липский В.И. Горная Бухара.- СПб, 1902-1905.- Ч. 1-3.
11. Логофет Д.Н. На границах Средней Азии.- СПб., 1909. С. 78.

12. Логофет Д.Н. Страна бесправия.- СПб., 1909.- С. 95-96.

13. Логофет Д.Н. Бухарское ханство под русским протекторатом.- СПб., 1911.- 152 с.

14. Нуров А.Р., Исупов С.Дж. Научное наследие Абумансура Муваффакка в области фармации //Здравоохранение Таджикистана.- 2013.- № 1.- С- 14-18.

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

16. Сафаров Н.М. Флора и растительность южного Памира–Алая (ботанико-географический анализ).- Душанбе: Дониш, 2015.- С. 11-14.

17. Симонов Л. Чародейство, гадание и лечение сартянок в Самарканде. Справочная книжка Самаркандской области на 1894 г.- Самарканд, 1894.- Вып. 2.

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

19. Таджикистан. //Сб. статей. Ташкент, 1925.- С. 88.

20. Туркестанские ведомости.- 1905.- № 178.

21. Туркестанские ведомости.- 1905.- № 185-186.

22. Федченко А.П. Заметки о сумбуле и сведения о естественно-исторических коллекциях, собранных г. Федченко А.П. в Турккрае. СПб, 1870.

23. Федченко Б.А. Ботанико географические исследования в 1914 г. - СПб: Русское географическое общество, 1914.- Т. L1. Вып.3. – С.177-181.

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

25. ЦГА Узб.ССР.Ф.1.оп. 29. ед. хр. 897, л. 4.

26. ЦГА Таджикской ССР,ф. 1, оп. 1, ед. хр. 272, л. 5.

27. ЦГА Узб.ССР, ф. 3, оп. 1, ед. хр. 48, л.л. 616-619.

28. ЦГА Узб.ССР, ф. 3, оп. 1, ед. хр. 567, л.л. 374-375.

29. ЦГА Узб.ССР, ф. 3, оп. 1, ед. хр. 248, л. 624.

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

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

32. Яворский И. Опыт медицинской географии и статистики Туркестана.- СПб., 1889.- Ч.1.- С. 433.

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

ХУЛОСАБАРОРИИ ТАҲРИБАИ ТАНДУРУСТӢ ДАР МИНТАҚАҲОИ ГУНОГУНИ МАЪМУРИИ АМОРАТИ БУХОРО ВА ТАЪСИРИ ОН БА ҲОЛАТИ СОЛИМИИ АҲОЛИИ ҲАМОН ДАВРА

Академияи илмҳои тиббии ВТ ва ҲИА ҶТ

Калимаҳои калидӣ: аморати Бухоро, табибони маҳалӣ, табобатгоҳи амбулаторӣ, кампирони момодоя, роҳи оҳан.

Кори мазкур маводҳои ташаккули тандурустӣ, шакл ва усулҳои кори муассисаҳои тиббӣ ва кормандони тиббии минтақаҳои гуногуни маъмурии аморати Бухоро нишон медиҳад, ки нуқтаи равонкунандаи огози шакли нави тандурустии кишвар ба ҳисоб меравад. То ин дам, тадқиқотҳои ҳамаҷонибае, ки ҳолати ёрии тибии аҳолӣ ва ҳолати санитарии аморати Бухороро дар бар гирад вуҷуд надорад. Маълумотҳои мавҷудбуда дар асоси маводҳои бойгонӣ омода гашта, миқдори аслии беморшавиро дар бар намегирад, зеро маълумотҳои мазкур дар асоси муроҷиати аҳолӣ барои ёрии тиббӣ тартиб дода шудааст. Мақолаҳо ва маводҳои маҳфузмонда тасаввуроти пурраро оиди роҳҳои мураккаби таъсисёбӣ ва ташаккули тандурустии ҳамон давра дар минтақаҳои гуногуни маъмурии Тоҷикистони муосир намедиҳанд.

УДК 616.36.-002.14

ПУЛАТОВА С.Д., МИРОДЖОВ Г.К., АЗИМОВА С.М.

ЦИТОКИНЫ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

ГУ «Институт гастроэнтерологии МЗ и СЗН Республики Таджикистан»

В статье анализирована роль провоспалительных и противоспалительных цитокинов в патогенезе основных клинических проявлений цирроза печени: фиброза, портальной гипертензии и асцита. Показано, что повышение уровней ФНО-α и ИЛ-6 коррелирует с развитием декомпенсации цирроза – асцитом, перитонитом, кровотечением из варикозных вен пищевода и энцефалопатией.

Ключевые слова: интерлейкины, циррозы печени, асцит, портальная гипертензия, печеночная энцефалопатия.

PULATOVA S.D., MIROJOV G.K., AZIMOVA S.M.

CYTOKINES AT CIRRHOSIS OF THE LIVER

State Institution "Institute of Gastroenterology of the Ministry of Health and social Protection of the population of the Republic of Tajikistan"

The article analyzes the role of proinflammatory and anti-inflammatory cytokines in the pathogenesis of the main clinical onset of the liver cirrhosis: fibrosis, portal hypertension and ascites. The level up of the FNO-α and IL-6 correlates with the development of decompensation of cirrhosis - ascites, peritonitis, bleeding from varicose veins of the esophagus and encephalopathy.

Key words: interleukins, cirrhosis of the liver, ascites, portal hypertension, hepatic encephalopathy.

Актуальность. Цирроз печени до настоящего времени остается актуальной социально–экономической и медицинской проблемой во всем мире, хотя эта болезнь впервые была описана более 1000 лет назад Абуали ибни Сино. Актуальность проблемы связана с широким распространением данного заболевания, резким увеличением числа этиологических факторов, а также прогрессирующим его течением с развитием тяжелых осложнений приводящим к летальному исходу [1]. Исследования, проведенные в последние годы показывают, что цирроз печени в США среди населения составляет 0,27%, а смертность от него достигает 26,4%. Цирроз печени как основная причина летальности среди возрастных групп 45-54 лет занимает 5-е место. Ежегодно в США регистрируется 25 тыс. смертных случаев от цирроза печени [2]. Эпидемологические исследования показали что в Европейских странах более 29 млн. населения страдают циррозом печени [3]. В России цирроз печени как причина смерти занимает 6-ое место и ежегодно от него умирают более 50 тыс. больных. [4]. По данным ВОЗ, ежегодно в мире от этого заболевания умирают более 1 млн. людей, что составляет 2% от общей смертности населения Земного шара [1]. В Австралии смертность от цирроза печени занимает 2-ое место после колоректального рака [2]. В 2010 году в этой стране умерло от цирроза печени более 1 млн. людей.

Общепризнано, что при циррозе печени развивается некровоспалительный процесс с выраженным фиброзом и нарушением архитектоники органа и образованием узлов регенерации, которые приводят к сдавлению внутрипеченочных вен и ветви воротной, что становится причиной портальной гипертензии. В последние годы в патогенезе цирроза печени и его грозных осложнений важную роль отводят цитокинам [5].

Известно, что цитокины, или медиаторы воспаления, – это низкомолекулярные белки, вырабатываемые иммунокомпетентными и эпителиальными клетками, участвующими в регуляции многих физиологических и патологических процессов в организме. Хотя в норме содержание

Мироджов Г.К. – 734064, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Маяковского, 2, ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ и СЗН РТ; e-mail: gastrotj@yandex.ru

цитокинов в организме минимальное, однако, они регулируют такие процессы, как регенерацию, иммунный ответ, апоптоз, воспаление, пролиферацию и фиброгенез [6]. В последние годы интенсивно изучается роль цитокинов в патогенезе хронических гепатитов и циррозов печени [5, 6-8].

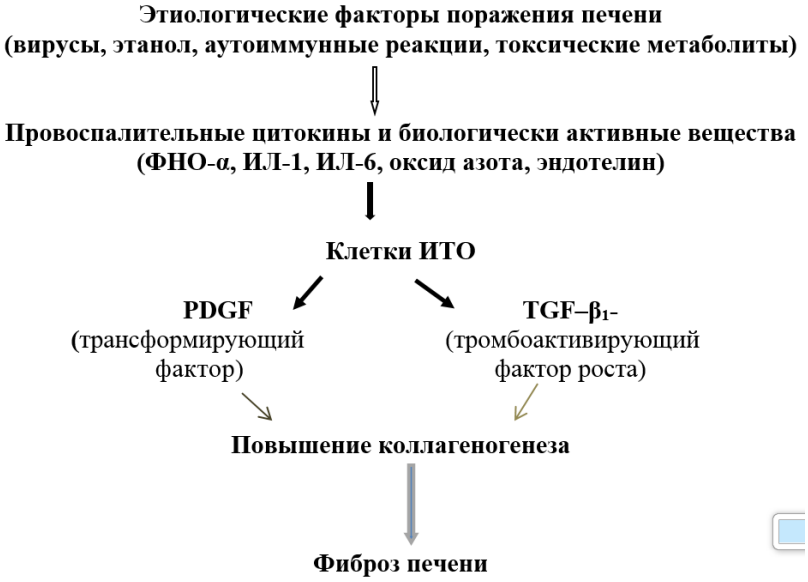
Цитокины были открыты в 40-х годах двадцатого столетия и обнаруживались в основном в крови больных туберкулезом и раковым процессом, у которых развивалась кахексия. В связи с этим их называли кахектинами, так как у этих больных наблюдалась анорексия, интоксикация, лихорадка и выраженная кахексия. У названной категории пациентов отмечалось резкое повышение уровняцитокинов, особенно фактора некроза опухоли (ФНО-α). В настоящее время идентифицированы более 200 видов цитокинов в зависимости от их функциональных особенностей [9]. Установлено, что цитокины продуцируются лимфоцитами, моноцитами, макрофагами, фибробластами, тучными, эпителиальнымии и эндотелиальными клетками. Они представляют собой антигеннеспецефичные белки с молекулярной массой от 15 до 25 тыс. дальтон, обеспечивающие передачу информации между клетками при помощи специфических рецепторов на поверхности клеток-мишеней. Специфические рецепторы содержат клетки крови, Т- и В-лимфоциты, эндотелиальные, эпителиальные и гладкомышечные клетки.

Для цитокинов характерна плейотропность [10].

В связи с тем, что цитокины могут воздействовать по-разному, то выделяют: аутокринное, когда влияет на ту, которая их синтезирует, паракринное – на соседнюю и на отдаленную клетку – эндокринное действие. Их также можно выделить как отдельную систему регуляции функции организма.

Существуют различные классификации цитокинов: а) провоспалительные (ИЛ 1,2,6,8, ИФ-γ); б) противовоспалительные (ИЛ 4,10 ТФР); в) регулирующие клеточный иммунитет (ИЛ-1, ИЛ-12 ИФН-γ, трансформирующий фактор роста – β); г) регулирующие гуморальный иммунитет (ИЛ-4, ИЛ-5, ИФН-γ, трансформирующий фактор роста-β). По характеру действия цитокины бывают: а) регуляторы иммунной системы (ИЛ-1, ИЛ-18); б) противовирусные цитокины (ИФН – α, β, γ); в) цитокины с регуляторным и токсическим действием (ФНО-α, ФНО-β); г) хемокины; д) регуляторы роста и дифференцировки клеток (ФРЭ, ФРФ, ТФР-β); е) регуляторы размножения кроветворных клеток (колониестимулирующие факторы – КСФ-Г, КСФ-М, КСФ-Г-М).

В физиологических условиях цитокины регулируют функцию печеночных фибробластов – клеток Ито, которые играют основную роль в фиброгенезе этого органа. Клетки Ито вырабатывают как профибротические, так и антифибротические факторы, которые находятся в динамическом равновесии. К антифиброическим факторам относятся металлопротеазы: коллагеназа, желатиназа, стромолизин. В свою очередь, активность металлопротеиназ подавляется их ингибиторами, которые вырабатываются теми же клетками Ито. При повреждении печени любой этиологии выделяются в большом количестве цитокины – интерлейкин-1, ФНО-α, которые в свою очередь активируют функции клеток Ито. При этом клетки Ито вырабатывают тромбоактивирующий фактор (PDGF) и трансформирующий фактор роста (TGF-β_1), которые принимают участие в патогенезе и прогрессировании поражения печени (схема).



Цитокины и фиброгенез в печени

Трансформирующий фактор роста – это группа цитокинов, стимулирующих регенераторные процессы, трансформацию клеток Ито в фибробласты с образованием внеклеточного матрикса и образованием коллагена [10]. Коллагеногенез в пространстве Диссе сопровождается нарушением кровообращения синусоидов с развитием некроза гепатоцитов [11].

В последние годы изучается возможная роль цитокинов в прогрессировании и развитии различных осложнений цирроза печени – печеночной энцефалопатии, портальной гипертензии и кровотечения из варикозных вен пищевода, полиорганной недостаточности [12]. Доказано, что под влиянием эндотоксинов грамотрицательных бактерий, поступающих в системный кровоток вследствие повышенной проницаемости кишечной стенки, у больных циррозом печени повышается уровень провоспалительных цитокинов. Известно, что в нормальных физиологических условиях эндотоксины грамотрицательных бактерий кишечника, поступающих в кровяное русло, нейтрализуются Купферскими клетками. Эндотоксин способствует образованию свободных радикалов с повышением активации перекисного окисления липидов, активации ФНО-α, усиление апоптоза, развитием некроза и воспалительной клеточной инфильтрации. ФНО-α способствует также гиперпродукции других провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8), которые усиливают некроз гепатоцитов, процесс апоптоза и фиброгенеза. Некоторыми авторами доказана роль ФНО-α в развитии портальной гипертензии в эксперименте у крыс [10, 11], ФНО-α в сочетании с ИЛ-8 участвуют в развитии полиорганной недостаточности, стимулируя продукцию активных форм кислорода и оксида азота, которые повреждают клетки различных органов и тканей.

Недавно проведенные исследования показали, что высокий уровень сывороточных провоспалительных цитокинов – ФНО-α, ИЛ-1, ИЛ-6 с одновременным снижением уровня противовоспалительных цитокинов ИЛ-4, ИЛ-10 являются неблагоприятными прогностическими признаками цирроза печени, ведущими к развитию печеночной недостаточности – портальной гипертензии, асциту, асцит-перитониту, печеночной энцефалопатии, полиорганной недостаточности [14]. В последние годы разработан ряд антицитокиновых препаратов типа инфлексимаба, ИЛ-10 и др., которые используются при лечении многих хронических заболеваний с аутоиммунным компонентом. Антицитокиновые препараты снижают портальное давление, уменьшают асцит, а также подавляют фиброгенез в печени.

Таким образом, при циррозе печени происходит нарушение взаимоотношения провоспалительных и противовоспалительных цитокинов. Провоспалительные цитокины играют важную роль в патогенезе декомпенсации и важнейших клинических проявлений цирроза печени – портальной гипертензии, асцита и печеночной энцефалопатии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Murray C J at all. // Lancet. - 2012.- Vol. 380. – P. 2197-2223.

2. Scaqlione S., Kliethermes S., Cao G. et all. The epidemiology of Cirrhosis in the Unided states: Alopulation – baset study //J. Clin. Gastroenterology. - 2015. - Vol. 49 (8). - P. 660-666.

3. Martin Blachier et all. The burden of liver disease in Europe: A review of available epidemiological data //Journal of hepatology. - 2013. - Vol. 58. – P. 593 – 608.

4. Слепцов В.Н. и соавт. // Региональная практическая конференция республики Саха. – 2013.- №2. - С. 115 116.

5. Мироджов Г.К, Одинаев Р.И, Саттарова М.И. Цитокины при хроническом гепатите С // Клиническая медицина. – 2009. - № 2. – С. 13-17.

6. Курышева М.А. Фиброзы печени: прошлое, настоящее и будущее // Рус. мед. жур. – 2010. – Т. 18, №22. - С. 3-6

7. Чеснокова Л.В. и соавт. Содержание провоспалительных цитокинов в зависимости от стадии фиброза печени у больных с метаболическим синдромом и неалкогольной жировой болезнью// Клиническая медицина. 2013. - №12. - С 30-34.

8. Ушкалова Е.А Пентоксифиллин при алкогольных и неалкогольных поражениях печени // Фармотека. - 2006. - №9. – С. 24-28.

9. Симбирцев А.У. Цитокины – новая система, регулирующая защитные реакции организма //Цитокины и воспаление. – 2002. - №1. - С. 9-16.

10. Царегородцева Т.М, Серова Т.И. Цитокины. В кн.: Гастроэнтерология. - М., 2003. – 96с.

11. Iredale J.P. Models of liver fibrosis: esploring the dynamic nature of information and repair in a solid organ //J. Clin. Invest. – 2007. – Vol. 117. – P. 539-548.

12. Булатова И.А. Цитокины у больных циррозом печени вирусного и невирусного генеза // Новости «Вектор-бест». - 2015.- №1. – С. 2-5.

ПУЛАТОВА С.Ҷ., МИРОҶОВ Ғ.Қ., АЗИМОВА С.М.

ЦИТОКИНҲО ҲАНГОМИ СИРРОЗИ ҶИГАР

МД «Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерология» ВТ ва ҲИА ҶТ

Калимаҳои калидӣ: интерлейкинҳо, сиррози ҷигар, астсит, фишорбаландии порталӣ, энтсефалопатияи ҷигарӣ.

Дар мақола нақши ситокинҳои боиси илтиҳоб ва зидди илтиҳоб дар патогенези нишонаҳои асосии пайдошавии сиррози ҷигар: фиброз, гипертензияи порталӣ ва астсит таҳлил карда шудааст. Нишон дода шудааст, ки баландравии сатҳи ФНО-α и ИЛ-6 аз ташаккули декомпенсатсияи сирроз – астсит, перитонит, хунравӣ аз варидҳои васеъгаштаи сурхрӯда ва энтсефалопатия вобастагӣ дорад.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Ко Дню рождения Абуали ибн Сино

УДК 616.36.-002.14

[1]ФАЙЗУЛЛОЕВ Н.Ф., [2]ХОДЖАЕВА Н.М.

О КАЧЕСТВАХ И СВОЙСТВАХ ВОДЫ В «КАНОНЕ ВРАЧЕБНОЙ НАУКИ» АБУАЛИ ИБН СИНО

[1]Академия медицинских наук МЗиСЗН РТ
[2]Таджикский госмедуниверситет имени Абуали ибн Сино

В статье, приуроченной ко дню рождения гениального ученого-энциклопедиста Абуали ибн Сино, представлен научный анализ его сочинений о воде, изложенных в «Каноне врачебной науки». Подчеркнуто, что, несмотря на весьма ограниченные возможности проведения лабораторных методов исследования, многие положения, высказанные им по санитарно-гигиеническим, лечебно-оздоровительным характеристикам воды и ныне выглядят актуальными. Многие предположения ученого в последующем были подтверждены современными научными исследованиями.

Ключевые слова: Абуали ибн Сино, «Канон врачебной науки», вода.

[1]FAYZULOEV N.F., [2]KHODJAEVA N.M.

ABOUT QUALITIES AND PROPERTIES OF WATER IN THE «THE CANON OF MEDICINE» OF ABU ALI IBN SINA (AVICENNA)

[1]Academy of Medical Sciences of Ministry of Health and Social Protection of Population of Republic of Tajikistan
[2]Tajik State Medical University named after Abu Ali ibn Sina

In the article, dedicated to the birthday of the brilliant scholar and lexicographer Abu Ali ibn Sina (Avicenna), presented scientific analyses of his essays about water, stated in the «The Canon of Medicine». It was emphasized, that despite very limited opportunities of conducting laboratory methods of research, many of the theses, that he expressed on the sanitary and hygienic, medicinal and health improving characteristics of water are still relevant today.

Subsequently, many statements of the scientist were confirmed by modern scientific research.

Key words: Abu Ali ibn Sina, Avicenna, The Canon of Medicine, water.

Ежегодно весь Таджикистан, в первую очередь медицинская общественность, 18 августа отмечает день рождения гениального ученого Абуали ибн Сино и приуроченный к этой дате профессиональный праздник работников здравоохранения.

Круг научных поисков ученого настолько разнообразен и широк, что великие мыслители его эпохи и последующих столетий считают его энциклопедический талант феноменальным явлением, уникальным событием, «божьим даром». Возможно, с этим связано то обстоятельство, что до сих пор идут споры об его этническом происхождении, хотя в своих комментариях известный ученый академик Мусо Диноршоев довольно обстоятельно излагает доводы о таджикском (персидском) происхождении Абуали ибн Сино. При этом справедливо подчеркивает, что Авиценна является достоянием всех цивилизованных народов мира [2].

На Востоке его назвали Шейх-ур-Раис. Почетное звание «Раис» характеризует его как государственно-политического деятеля. Звание «Шейх» свидетельствует о его глубоких познаниях в религии и философии.

Еще при жизни Абуали ибн Сино был удостоен следующих высоких титулов: Худжатун Хакк (Доказательство или авторитет истины), Шейхур-Раис (Глава мудрецов, старейшин, великий мыслитель), Пизишки, Хакими бузург (Великий целитель) и Шараф-ул-Мулк-Слава (гордость страны) [5].

Неоспорим тот факт, что ученый внес существенный вклад в области физики, математики, астрономии, музыки и других наук, мировую славу ему принесли его труды в области медицины и философии.

Медицина его привлекала ещё с юношеского возраста: « … потом я увлекся наукой врачевания и стал читать книги, написанные о ней. Медицина не из трудных наук, и поэтому за короткое время я настолько овладел ею, что даже самые превосходные мужи медицины стали учиться у меня науки врачевания. Вместе с тем, я продолжил изучать фикх и участвовать в диспутах по нему. В это время я был юношей шестнадцати лет» [2].

Из 60 и более работ, посвященных медицине, главным и поистине гениальным его сочинением является «Канон врачебной науки» -медицинская энциклопедия в 5 частях, итог опыта греческих, римских, индийских и среднеазиатских врачей, а также результаты собственных наблюдений автора. «Канон» в XII столетии переведен на латинский язык Герардом Кремонским, известным в свое время под именем «отца переводчиков», и в течение пяти столетий был настольной книгой врачей Средних веков. Он издавался около 30 раз на латинском языке и был переведен на многие языки мира.

В «Каноне» наряду с подробным научным описанием клинических проявлений, диагностики, лечения и профилактики заболеваний большое внимание уделено пропаганде здорового образа жизни и фармацевтике. Детально изложены многие разделы гигиены (коммунальная, питания, окружающей среды, водной санитарии и др.).

Как справедливо отмечает В.А. Покровский в своем учебнике по гигиене: «чрезвычайно большое значение имела деятельность великого ученого Средней Азии Абу Али Ибн Сины (Авиценны). Великий сын таджикского народа обессмертил свое имя многими замечательными сочинениями и, прежде всего, «Каноном медицины», в котором большое внимание уделялось вопросам гигиены. Необходимо особо отметить, что Авиценной была высказана гениальная догадка о возможности распространения некоторых болезней при помощи воды и воздуха. На этом основании он рекомендует проветривать жилища, кипятить или фильтровать воду» [4].

В канун дня рождения Абуали ибн Сино решено провести научный анализ материалов по водной санитарии, изложенных в «Каноне врачебной науки». Вопросы, касающиеся водной проблематики, настолько актуальны, что только за последние 15 лет по инициативе Президента Республики Таджикистан ООН приняла ряд программ по данной проблеме: Международный год «Чистой воды», 2003; Международное десятилетие «Вода для жизни, 2005-2010» и Международное десятилетие «Вода для устойчивого развития 2018-2028».

В «Каноне» качеству воды посвящена отдельная глава, в которой, в частности, говорится: «Вода – есть один из элементов и отличается среди совокупности элементов тем, что она входит во все, что мы принимаем (внутрь) – не потому, что она питает, а ради того, что она проводит питательное вещество, способствующее течению питательных веществ и их размягчению и сопутствует им, когда они проходят к сосудам и устремляются к проходам. Без такого рода помощи нельзя обойтись во всем процессе питания (I.208). Не имея современных технологий и оборудования, Абуали ибн Сино с характерной ему прозорливостью и особым интуитивным даром четко изложил значение воды не только в процессе всасывания пищевых продуктов, но и их транспортировку по организму.

Говоря о качестве воды, ученый отмечает «Далее вода различается не в отношении водянистого вещества, а смотря по тому, что к ней примешано, но и по преобладающим в ней качествам. Лучшая вода - это вода родников, но не всех родников, а (протекающих по чистой земле), в почве, в которой не преобладают никакие посторонние свойства и качества, или по земле каменистой, которая лучше (сохраняется) от загнивания земной гнилью. Но земля, состоящая из чистой глины, лучше, чем каменистая» (I. 208).

Отдавая предпочтение родниковой воде, ученый тем самым предполагает возможную опасность использования воды из других источников (рек, озер) из-за риска возникновения инфекционных и паразитарных заболеваний. Безопасной, по его справедливому заключению, является родниковая вода, текущая по открытому для солнца и ветра, по каменистому руслу, но более полезным является вода, протекающая по чистой земле. Далее, развивая эту мысль, Абуали ибн Сино показывает блестящую эрудицию по вопросам водной санитарии. Его высказывания по этой проблеме актуальны и ныне. Создается впечатление, что он жил и творил не в Средневековье, а в XX веке. «Знай, что воды с глинистым руслом лучше, чем те, что текут по камням. Ведь

глина очищает воду, отнимает у нее посторонние примеси и делает ее прозрачной, а камни не делают (всего) этого. Но глина в русле должна быть чистой, без (примеси) ила, соли или чего-либо другого, ибо случится, что если воды много и она течет с силой, примеси, вследствие своего обилия, переходят в её естество» (I. 208).

При отсутствии лабораторных возможностей обнаружения присутствия посторонних элементов (прежде всего солей тяжелых металлов и других примесей), ученый предлагает простой, доступной метод определения качества питьевой воды – взвешивание. «Знай, что взвешивание - один из удачных способов узнать качество воды: более легкая (вода) в большинстве случаев лучше. Вес иногда определяется при помощи мерки, иногда узнается (следующим образом): две тряпки или два куска хлопка одинакового веса смачивают водой различного качества, потом высушивают насухо, и взвешивают. Вода считается лучшей, если хлопок, смоченный водой, стал легче» (I. 209). Данный метод вполне пригоден и сегодня, когда по какой-либо причине под рукой не окажутся современные технологии определения качества воды.

В данной главе ученый особое внимание уделяет методам обезвреживания воды, делая акцент на важность кипячения, дискутируя с оппонентами по этому вопросу. «Возгонка и перегонка – один из (путей) исправления плохой воды, а если это невозможно, то кипячение. Кипяченая вода, как свидетельствуют ученые, меньше раздувает (живот) и быстро спускается (во внутренности). Невежественные врачи думают, что в кипяченой воде легкие части поднимаются (и испаряются), а тяжелые остаются, поэтому от кипячения (будто бы) нет пользы, так как оно делает воду более плотной». Однако тебе нужно знать, что (все) частицы воды, пока она остается водой, сходны между собой в отношении легкости и плотности, ибо вода – тело простое, не сложное. Но вода становится плотной либо вследствие усиления действия на нее качества холода, либо вследствие значительной примеси землистых частиц, не такого размера, чтобы быть в состоянии разорвать сцепление (частиц) воды и образовать в ней осадок. Кипячение сначала уничтожает плотность, возможно от холода, потом подвергает частицы воды сильному разрежению, так что они становятся жиже по консистенции, и делается возможным отделение от воды тяжелых землистых частиц, заключенных в ней, когда она была плотной. … То, что отделилось благодаря испарению, является однородным с оставшейся водой, недалеким он неё (по составу), ибо, когда вода освобождается от примеси, ее частицы становятся сходными в отношении тонкости, и поднявшиеся (при испарении) частицы не имеют большого преимущества над тем, что осталось. Кипячение лишь утончает воду, устраняя уплотнение от холода и примеси, примешанные к воде, выпадают в осадок. Доказательством этого служит то, что если оставить густую воду (стоять) долгое время, из нее не выпадет сколько ни будь значительного осадка; если же её вскипятить, станет легкой на вес и чистой» (I. 210). Таким образом, Абуали ибн Сино на основании неоспоримых фактов доказывает важность обезвреживания воды путем кипячения и опровергает некоторые мнения своих коллег (невежественных врачей) о бесполезности кипячения или даже его вредности. Возможно, благодаря его аргументированной позиции о целесообразности такого метода обеззараживания воды, удалось предотвратить эпидемии многих инфекционных заболеваний. Кстати, такого рода «толкования» со стороны «псевдоученых», представителей нетрадиционной медицины, некоторыми служителями культа до сих пор возникают в тех или иных уголках земного шара в отношении научно-доказанных фактов, нередко поддерживаемых и пропагандируемых средствами массовой информации (в частности, через социальные сети). Следовательно, еще со времен великого ученого в научном сообществе и среди общественности идет борьба между истинной наукой и лженаукой. Эта проблема стала настолько актуальной в XXI веке, что Российская Академия наук создала Комиссию по борьбе с лженаукой и фальсификации научных исследований.

Абуали ибн Сино также высказывает свою позицию в отношении чистоты и полезности вод больших рек. «Некоторые люди допускают крайнее преувеличение, расхваливая воду Нила, и объединяют ее похвальные качества в четырех (свойствах): в отдельности - начала её течения, в её обилии, в том, что у нее хорошее русло, и в том, что она направлена на север с юга, придавая нежность текущим (в русле) водам» (I. 210). Необходимо подчеркнуть, что сторонники безопасности и «целебности» больших рек до сих пор существуют (прежде всего, среди некоторой части населения, проживающих у берегов этих рек (Нила, Ганга и др.), что нередко приводило к развитию эпидемий водозависимых заболеваний (холеры, брюшного тифа, гепатитов А и Е, дизентерии и др.). Поскольку воду из больших рек полностью очищать невозможно, то единственно правильным способом обезвреживания таких вод, по его мнению, является кипячение. «Если ежедневно очищать дурную воду, (переливая ее) из сосуда в сосуд, то из нее обязательно будет каждый день снова появляться осадок; при этом то, что должно осесть, станет оседать лишь постепенно, не быстро, и (воду) все же нельзя будет хорошо очистить. Причина этого в том, что землистые примеси легко выпадают из вещества

тонкого по субстанции не имеющего густоты, вязкости и маслянистости, и не так легко оседаются из плотного (вещества), а кипячение придает веществу тонкость» (I. 210).

Важно также отметить высказывания ученого в отношении дождевой воды, так как до сих пор часть населения земного шара используют ее для питья и хозяйственных нужд. «К хорошей воде относится и дождевая вода, особенно та, что (выпадает) летом из грозовых туч. Вода же, которая (выпадает) из облаков (пригнанных бурными ветрами - мутная от пара, из которого рождаются (облака), а также мутная и от облака, из которого она капает. Поэтому вещество такой воды имеет примесь и она не чиста. К тому же гнилостность спешит к дождевой воде, даже если эта вода наилучшая, бывает, так как (дождевая) вода очень жидка и на нее быстро действует разрушение (начало) земли и воздуха» (I. 210). Мнение ученого о санитарно-гигиенической характеристике дождевой воды выглядит вполне современно. Доказано, что дождевая вода лишена многих качеств вод других источников. Научные исследования подтверждают тот факт, что воды из родников, рек подвергаются биологическому очищению теми частицами, которые в них имеются, возможно, по этой причине они долго могут не терять своих вкусовых, органолептических свойств и срок их хранения более продолжителен; также они не теряют свои качества от внешних факторов. К тому же у дождевой воды высок риск загрязнения и воздействия факторов окружающей среды, возможно и радиации. Точка зрения ученого и достижения современной науки о характеристиках дождевой воды должны быть учтены и использованы при проведении санитарно-просветительских работ с населением, использующим дождевую воду в питьевых и хозяйственных нуждах.

В «Каноне» имеются рассуждения и о водах других источников (колодцев, подземных каналов, льда, снега, стоячих болот). «Что касается воды из колодцев и подземных каналов, то по сравнению с водой она дурная, ибо (состоит из) спертых вод, в течение долгого времени смешанных с частицами земли и не свободных от некоторой гнилостности. Она извлекается (из глубины) и приводится в движение понуждающей (внешней) силой, а не силой, заложенной в ней самой, склонной устремляться наружу; (извлечение из глубины) достигается искусственно, с помощью хитрости, тем, что воде облегчают возможность просочиться. Хуже всего вода, для которой проложен проход в свинцовых трубах; она заимствует силу (свинца) и часто вызывает язвы в кишках. Подпочвенная вода хуже колодезной, так как вода в колодце быстро натекает вследствие изъятия и постоянно находится в движении, не оставаясь надолго запертой. Что касается подпочвенной воды, то она долго блуждает в порах гниющей земли и движение ее, когда она выбивается наружу, медленное, проистекающее не от силы собственного стремления, а от обилия массы (воды). К тому же (подпочвенная вода) находится только в испорченной, гниющей земле» (I. 211).

Мнение ученого вполне сопоставимо с нынешней оценкой санитарно-гигиенических характеристик этих источников. Действительно, по своему составу и качеству они уступают не только водам из родников, но и рек. Более того, эти воды могут быть загрязнены содержимым наружных туалетов, если они находятся на близком расстоянии. В таких случаях высок риск развития вспышек кишечных инфекций, тем более, что у населения существует ложное мнение о безопасности этих источников, поскольку они считают, что подземные воды не могут быть подвергнуты антропогенному воздействию и влиянию негативных факторов окружающей среды. Согласно существующим санитарно-гигиеническим нормативам, подземные воды могут быть безопасными, если они извлекаются из больших глубин – более ста метров. К сожалению, во многих населенных пунктах глубина доступа к подземным водам составляет несколько метров, что делает не безопасным их использование.

Его высказывания о тяжелых последствиях отравления свинцом, если подземные воды протекают по трубам, произведенным из этого металла, доказано современными исследованиями [3].

Абуали ибн Сино, говоря о качестве стоячей болотной воды, характеризует ее как дурную и тяжёлую. Употребление такой воды приводит к различным заболеваниям, как у взрослых, так и у младенцев. Эти последствия наиболее часто отмечаются в летнее время, когда болотная вода от действия солнца нагревается и подвергается активному гниению. Далее он излагает клиническую симптоматику состояний, которые могут иметь место у людей, пьющих эту воду. «Стоячая болотная вода, в особенности открытая дурная и тяжёлая. Из-за своей плотности и примеси землистых частиц, а также вследствие испарения жидкого (вещества), она порождает у пьющих её, заболевания селезенки, истончает брюшные стенки и запирает внутренности» (I. 211).

Ученый обращает внимание и на лечебные свойства воды, если в ней содержатся полезные минеральные вещества. «Вода, к которой примешивается минеральное вещество или нечто подобное, а также воды, в которых водятся пиявки всегда хуже, но у некоторых из них есть полезные свойства. Вода, в которой преобладает сила железа (соли железа) полезна тем, что укрепляет внутренности, препятствует расстройству желудка и поднимает все силы желания».

Его рассуждения в отношении купания в банях и о банях в целом звучат в унисон современным представлениям, особенно в части показаний, противопоказаний, рекомендациям по использованию банных процедур. В частности, он говорит: «Необходимо сначала увлажнять воздух вокруг себя разбрызгиванием пресной воды, затем быстро умыться и выйти. Занимающийся физическими упражнениями не должен спешить в баню, пока совсем не отдохнет. После выхода из бани или же в самой бане нужно воздерживаться пить холодные напитки… Нужно также остерегаться слишком горячего… Следует остерегаться выходить из бани сразу, обнажать голову, остуживать тело, а следует выходить из бани в зимнее время закутавшись в одежду. Больной лихорадкой, должен остерегаться бани…, а также имеющий непрерывности и опухоли. Вред (от бани) выражается в ослаблении сердца, если в ней (находиться), в наступлении обморока и тошноты …» (I. 337).

И ныне полезны его рекомендации о купании в холодной воде. «(Купание в холодной воде) благоприятствует тому, у кого режим во всех отношениях является совершенным. Возраст, сила и наружные данные, а также сезон должны подходить для этого. (Человек) не должен страдать несварением (желудка), рвотой, поносом, бессонницей, катарами. Кроме того, он не должен быть ни ребенком, ни стариком; тело его должно быть бодрым и движения соразмерными. Иногда купаются (в холодной воде) после горячей воды, чтобы укрепить кожу и удержать (в теле) прирожденную теплоту. Если желают купаться в холодной воде для этой (цели), то необходимо, чтобы она была не слишком холодной, а умеренной» (I. 338).

Весьма полезны советы ученого в отношении продолжительности пребывания в холодной воде, температурном режиме, правилах, соблюдение, которых обязательны при таком виде закаливания организма. «(Купающийся), остается в воде пока ему приятно и сносно и у него не появляется, «гусиная кожа». Когда он выйдет (из воды), ему нужно сделать массаж, побольше накормить, поменьше напоить. Затем нужно заметить, через сколько времени возвращается (в первоначальное состояние) цвет его (кожи) и теплота. Если они возвратятся быстро, то это значит, что он пробыл в воде умеренно; если они будут (восстанавливаться) медленно, то это значит, что он пробыл в воде больше, чем нужно. Исходя из этого, устанавливают продолжительность (пребывание в воде) для следующего дня. Если кто-нибудь хочет (купаться в холодной воде), то он должен сделать это постепенно, первый раз в середине жаркого, летнего дня» (I. 338). Анализируя его изречения о лечебных свойствах воды, можно смело считать Абуали ибн Сино одним из основоположников бальнеологии.

Отдельный параграф в «Каноне» посвящен режиму питья воды и напитков. «Знай, что вредно пить (воду) натощак, после физических упражнений, и особенно после бани на пустой желудок… Пить воду следует не залпом, а глотками, в особенности при ложной жажде. Пить очень холодную воду нехорошо, если нет, другого выхода, то следует пить после достаточной пищи» (I. 350-351). Эти рекомендации ученого должны быть учтены в жаркое время года и при соблюдении мусульманами великого поста-уразы, когда возникает необходимость восстановления дефицита воды в организме.

Уникальны его суждения по поводу профилактики так называемой диареи путешественников (О том, как уберечься путешественнику от вреда различной воды). «Поистине, от разнообразия воды путешественник может заболеть разными болезнями, чаще, чем от разнообразной пищи. Поэтому необходимо на это обратить внимание и заняться мерами исправление воды. К числу таких мер относится хорошее фильтрование, основательное пропускание через пористую глиняную посуду и кипячение. Самый совершенный из всех этих (способов) – это перегонка ее путем выпаривания. Часто из шерсти изготовляют фитиль, один конец его опускают в наполненный водою сосуд, а другой конец - в другой пустой сосуд, в результате вода будет капать в пустой сосуд. Это является одним из лучших видов фильтрования воды, в особенности, если оно проделывается несколько раз… Для лиц, встречающихся с разной водой, хорошей мерой является брать с собой воду своего города и смешивать ее с водой соседнего (пункта); забирать остатки воды каждой стоянки до следующей стоянки и мешать ее с водой последней. Так нужно поступать, пока не доедешь до места назначения. Нужно брать с собой и глину своего города и смешивать ее со всякой водой, с которой встречаешься, взбалтывать ее и затем оставлять до процеживания. Так же хорошо носить с собой кислые сгущенные соки для перемешивания к различным водам» (I. 387-388).

В «Каноне» имеется упоминание о вредных свойствах некачественной воды (соленой и мутной). «Что же касается соленой воды, то она сначала истощает, подсушивает и вызывает понос… Мутная вода порождает камни и закупорку; после нее следует принимать мочегонные» (I. 213).

Подытоживая вышесказанное, следует подчеркнуть, что, несмотря на весьма скудные возможности проведения лабораторных методов исследования, многие положения, высказанные ученым о санитарно-гигиенической и лечебно-оздоровительной характеристике воды, удивляют своей современностью и уникальностью. Более того, проблемы водной санитарии и водополь-

зования в XXI веке стали более актуальными и глобальными.

Гениальность и прозорливость Абуали ибн Сино заключается еще в том, что многие его догадки и предположения, в частности, о передачи инфекций через воду, в последующем были подтверждены современными методами исследования.

О месте Абуали ибн Сино в истории человечества, его вкладе в мировую науку удачно высказался академик Мусо Диноршоев, посвятивший долгие годы своей творческой деятельности изучению его философского наследия: «Пройдут века, сменятся на земле сотни поколений людей, человечество вступит в совершенно новую социально-экономическую, научно-технологическую и культурно-цивилизационную эру. Но величие и слава Ибн Сино, зажигающего в X веке свет разума и посеявшего семена знания на планете, не померкнут никогда» [2].

Научное наследие Авиценны, как волшебный неиссякаемый родник будет служить источником вдохновения нынешнего и будущих поколений. Непростая жизнь (скитания из-за преследования правителей и представителей духовенства, отсутствие семьи и пр.), целиком и полностью посвященная науке, является предметом гордости его соотечественников и последователей, примером бесконечной преданности любимому делу –врачеванию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абу Али ибн Сино. Канон врачебной науки.- Ташкент: издательство медицинской литературы им. Абу Али ибн Сино, 1996.- Т.1.

2. Абу Али ибн Сина. Сочинения. / ред. М. Диноршоев. – Душанбе, Дониш, 2005.- Т.1.- 959 с.

3. Отравления в детском возрасте / под ред. И.В. Марковой и А.М. Абезгаудза.- Л.: Медицина, 1977.- 272 с.

4. Покровский В.А. Гигиена.- М.: Медицина, 1979.- 496 с.

5. Шайфет М.С. 100 великих врачей.- М.: Веге, 2004. – 528 с.

[1]ФАЙЗУЛЛОЕВ Н.Ф., [2]ХОҶАЕВА Н.М.

ОИД БА СИФАТ ВА ХОСИЯТҲОИ ОБ ДАР «ҚОНУНИ ТИБ»-И АБӮАЛӢ ИБНИ СИНО

[1]Академияи илмҳои тибби Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон
[2]Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: Абӯалӣ ибни Сино, «Қонунитиб», об.

Дар мақолаи мазкур, ки ба зодрӯзи олими бузург Абӯалӣ ибни Сино бахшида шудааст, таҳлили илмии осори ба об бахшидаи ӯ дар «Қонуни тиб» дарҷ гардида дода шудааст.

Ба набудани шароити лозимии гузаронидани тадқиқотҳои лабораторӣ нигоҳ накарда, ақидаҳои олим оид ба хосиятҳои санитарию гигиенӣ ва табобатию солимгардонии об ҳоло ҳам актуалӣ буда, пешбиниҳои зиёди ӯ айни замон тасдиқ гардидаанд.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ СЕССИЯ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН «ВОДА И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА»

17 мая 2017 года в г. Душанбе состоялась Научно-практическая сессия Академии медицинских наук Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан на тему: «Вода и здоровье человека». В работе сессии приняли участия более 100 ученых и врачей.

Открывая сессию, президент АМН Гаибов А.Д. отметил, что 21 декабря 2016 года Генеральная Ассамблея ООН единодушно одобрила резолюцию A/RES/71/222 «Международное десятилетие действия «Вода для устойчивого развития на 2018-2028 годы», спонсорами которой выступили 177 государств – членов ООН. Инициатива о провозглашении Международного десятилетия действий «Вода для устойчивого развития» была выдвинута впервые Основоположником мира и национального единства – Лидером нации, Президентом Республики Таджикистан Эмомали Рахмоном в ходе седьмого Всемирного водного форума, состоявшегося в апреле прошлого года в Республике Корея. На Водном форуме Президент страны подчеркнул, что «… современные глобальные вызовы и угрозы, включая финансово-экономические кризисы, рост населения, изменение климата, учащение стихийных гидрометеорологических явлений, нехватка воды и, как результат, возрастающий уровень бедности, рост инфекционных заболеваний, детской и материнской смертности, все еще требуют мобилизации наших усилий и принятия соответствующих мер в этой сфере».

В связи с актуальностью проблемы и тесной связи здоровье населения от состояния питьевой воды АМН решила посвятить первую годовую научно-практическую сессию теме «Вода и здоровье человека».

Председатель Управления фармации, кадровой политики и науки Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан Юсуфи С.Дж. и вице-президент АН Республики Таджикистан Саидов А.С. в своих выступлениях подчеркнули значения инициативы и выступления Лидера нации по водной проблеме на высоких международных уровнях. Вода является существенным фактором формирования качества жизни и здоровья населения, поэтому специалисты в области общественного здоровья первостепенную значимость отдают питьевой воде.

В настоящее время в Республики Таджикистан разработаны ряд стратегических и нормативно-правовых документов, направленных на материальное и социальное улучшение благополучия населения. Постановлением Правительства Республики Таджикистан № 514 от 2 декабря 2006 утверждена «Программа по улучшению обеспечения населения РТ чистой питьевой водой на 2008-2020 годы». Её реализация направлена на обеспечение постоянного доступа населения страны к питьевой воде, в том числе в сельской местности. Правительством РТ в течение последних 5 лет были приняты более 15 программ, стратегий и планов действий, в рамках которых реализовываются десятки проектов по обеспечению населения чистой питьевой водой.

С докладами «Санитарно-гигиенические мероприятия по обеспечению безопасного водоснабжения населения Республики Таджикистан» и «Вода и инфекционные заболевания» выступили проф. К.Н. Дабуров и д.м.н. Э.Р. Рахмонов. Состояние здоровья населения является важным интегральным показателем и отражает результат взаимодействия различных факторов окружающей среды, в том числе водного, действующих на здоровье человека. Выявление и устранение возможного неблагоприятного влияния некачественной воды на организм являются важными условиями сохранения общественного здоровья.

Таджикистан обладает огромными запасами водных ресурсов и именно здесь формируется более 65% водных ресурсов бассейна Аральского моря. Однако, обеспеченность населения питьевой водой из централизованных систем водоснабжения составляет 58,1%: городского – 89% и сельского населения – 52%. Остальная часть населения – 41,9% – для хозяйственно-питьевых нужд используют воду из различных источников, опасных в эпидемиологическом отношении. Анализ заболеваемости населения Республики Таджикистан показал этиологическую роль водного фактора в развитии ряда заболеваний, в частности мочекаменной болезни и ряда инфекционных заболеваний. Высокая частота распространения МКБ, превышающая средне-республиканские показатели на 44,4-56,5%, отмечена в г. Душанбе и районах Турсунзаде, Шахринаве, Исфаре, Яване и ряда других. Минерализация воды в водоисточниках этих районов была более 1,0 г/л (1,2-4,9 г/л),

уровень жесткости варьировал от среднего – 2,0-4,5 мг-экв/л до жесткой – 6,5 мг-экв/л и выше.

В неблагополучных по инфекционной заболеваемости регионах республики из-за недостаточного водообеспечения и в связи с антропогенным загрязнением водоисточников в разные годы была отмечена высокая заболеваемость населения острыми кишечными инфекциями бактериальной, вирусной и паразитарной этиологии. В 1996-1998 годах в связи с резким ухудшением социально-эконо¬мической и санитарно-гигиенической ситуации наблюдалась эпидемия брюшного тифа. Только в 1997 году были зарегистрированы более 30000 случаев данной инфекции. Резкий подъем заболеваемости брюшным тифом сопровождался повышением заболеваемости дизентерией и вирусным гепатитом А. Перечисленные нозологические формы, как известно, имеют единый водный механизм заражения и проявлялись на фоне загрязнения воды.

Доклад член-корреспондента АМН С.М. Шукуровой был посвящён значению воды в развитии и лечении неинфекционных заболеваний. Как известно, учеными республики в разные периоды были изучены и доказаны лечебные свойства минеральных и родоновых вод источников Шохамбари, Ходжа Обигарм, Зумрад, Обигарм, Гармчашма и Хавоток. Установлено, что минеральные воды, повышая активность пищеварительных ферментов и нормализуя моторно-эвакуторную функцию желудочно-кишечного тракта, улучшают всасывание пищевых ингридиентов. Данные минеральные воды рекомендуется в лечении ряда заболеваний органов пищеварения (хронический гастрит, функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта, хронический панкреатит и другие).

В прениях выступили акад. Мироджов Г.К., акад. Файзуллоев Н.Ф., член-корр. Ахмедов А., член-корр. Ахмадзода С.М., проф. Рофиев Х.К. и другие, которые подчеркнули значения резолюции ООН «Международное десятилетие действия «Вода для устойчивого развития на 2018-2028 годы» и Республиканских программ и стратегий по обеспечению населения чистой питьевой водой и профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний. Высказано, что ученые и врачи поддерживают инициативу Лидера нации, Президента Республики Таджикистан Эмомали Рахмона и принимают активное участие в решения задач данных документов, связанных с медициной. На основе научных докладов и прений участники конференции приняли резолюцию со следующими рекомендациями:

• Ученые и специалисты здравоохранения должны участвовать в решения программ и стратегий по обеспечению населения чистой питьевой водой.

• Разработать Программу по профилактике и лечению инфекционных заболеваний, передающихся водным путем.

• Санитарно-эпидемиологические учреждения должны усиливать контроль за диагностикой и дезинфекцией источников питьевой воды и принимать участие в повышении образования населения по соблюдению санитарно-гигиенических норм.

• При выявлении риска подъема заболеваемости инфекционными болезнями осущетвлять современные методы профилактики и устранения очага инфекции (с учетом определения чувствительности бактерий к антибактериальным препаратам).

• Институту профилактической медицины совместно с Республиканским Центром иммунопрофилактики и кафедрой детских инфекционных болезней ТГМУ имени Абуали ибн Сино изучить эффективность вакцины против ротавирусной инфекции.

• Научным медицинским учрежлениям рекомендовать при выборе новых научных тем обратить внимание на изучение инфекционных и неинфекционных заболеваний, связанных с водой.

ЮБИЛЕИ

ПРОФЕССОРУ СУЛТАНОВУ ДЖАВЛИ ДАВРОНОВИЧУ ИСПОЛНИЛОСЬ 60 ЛЕТ

Султанов Джавли Давронович родился 10 июня 1957 года в поселковом совете Джиликуль Колхозабадского района Таджикской ССР.

После окончания средней школы в 1974 г. поступил на лечебный факультет Таджикского государственного медицинского института. В 1980 г. с отличием окончил вышеназванный институт и в том же году был направлен в целевую ординатуру по сосудистой хирургии в Институт сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева АМН СССР. В 1982-1985 гг. учился в целевой аспирантуре в этом же институте. В 1986 г. под руководством проф. Ю.Л. Гроздовского защитил кандидатскую диссертацию по теме: «Особенности внутримозговой гемодинамики у больных с атеросклеротическим поражением каротидных бифуркаций».

С 1986 г. по 1989 г. работал больничным ординатором в сосудистом отделении ГКБ №5 г. Душанбе.

С 1989 по 1996 гг. работал ассистентом кафедры госпитальной хирургии. В 1996 г. под руководством академика АН РТ Н.У. Усманова и академика РАМН А.В. Покровского защитил докторскую диссертацию на тему: «Хроническая ишемия верхних конечностей». С 1997 г. по настоящее время работает профессором кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино.

С 1997 по 2001 одновременно совмещал должности заведующего отделением сосудистой хирургии, с 2003 г. по 2011 г. - заместителя директора по науке, а с 2012 г. является руководителем отдела науки Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии.

С 1986 г. широко внедрял реконструктивные операции на брахиоцефальных артериях, артериях верхних конечностей, различные декомпрессионные операции при экстравазальных компрессиях сосудисто-нервного пучка верхних конечностей.

Разрабатывал и внедрял реконструктивные операции на глубоких венах нижних конечностей при хронической венозной недостаточности. При периферических окклюзиях подколенно-берцового сегмента артерий нижних конечностей проводил сложные реконструктивные операции: бедренно-тибиальное, бедренно-битибиальное, подколенно-тибиальное шунтирования. Впервые выполнил операцию в условиях неполного искусственного кровообращения при кинкинге и аневризмы дуги аорты.

Им разработаны и впервые предложены новые операции: многокомпонентные способы хирургического лечения при рудиментарном шейном ребре; способ селективной шейно-грудной симпатэктомии; способ трансаксиллярной резекции первого ребра; способ артериализации вен кисти при болезни Рейно; наложение АВ-фистулы при дистальных поражениях артерий верхних конечностей; способ латерализации кинкинга позвоночной артерии; способ интравазальной коррекции клапанов бедренной вены; иссечение притекающих вен под язвой при ХВН нижних конечностей. Всего внедрил в практику более 40 видов операций на сосудах.

С 1986 г. по настоящее время разрабатывает научные проблемы: хирургическое лечение окклюзирующих поражений ветвей дуги аорты; проблема защиты мозга при операциях на сонных артериях. Одним из первых в СНГ разрешил вопросы хронической ишемии верхних конечностей, острой ишемии верхних конечностей, критической ишемии верхних конечностей, травматических

повреждений подколенной артерии и артерий голени. Разрабатывал вопросы хирургического лечения экстравазальных компрессий сосудисто-нервного пучка у выхода из грудной клетки, хирургического лечения посттромботической болезни нижних конечностей. Серия его научных публикаций посвящена хирургическому лечению нейроваскулярных синдромов верхних конечностей.

Он впервые в 1988 г. в Республике Таджикистан внедрил допплерографическое исследование сосудов и подготовил много специалистов в этой области.

В 2000 году ВАК РФ удостоен учёного звания «Профессор по кафедре госпитальной хирургии».

Им опубликованы 330 научных работ, 3 монографии, является соавтором курса лекций по хирургическим болезням, учебного пособия по хирургическим болезням для иностранных студентов. Автор 8 патентов и 20 рационализаторских предложений.

Под его руководством защищены 10 кандидатских диссертаций, подготовлены к защите еще 2 диссертаций, идет работа по подготовке 2 докторских диссертаций. Султанов Д.Д. за годы трудовой деятельности являлся наставником многочисленных молодых специалистов, подготовил целый ряд ангиохирургов для практического здравоохранения.

Участник многих международных конференций, конгрессов Европы и России. Он является членом ассоциации ангиохирургов Европы и России. Многие работы регулярно публикуются в журналах ближнего и дальнего зарубежья. В разные годы выполнял общественную работу, в том числе являлся: председателем методической комиссии по хирургическим дисциплинам, председателем отдела молодых ученых и студентов, председателем ВОИР.

За серии научных публикаций по актуальным проблемам сосудистой хирургии он вместе с группой ученых удостоен звания Лауреата государственной премии им. Абуали ибни Сино в 2003 г., награжден юбилейной медалью «Абуали ибни Сино» и юбилейной медалью Министерства обороны РТ, знаком «Отличник здравоохранения».

Коллектив кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино,
Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии
и Редколлегия журнала «Вестник Академии медицинских наук Таджикистана»
сердечно поздравляют Джавли Давроновича с юбилеем и желают
ему крепкого здоровья и дальнейших творческих успехов!

БАРАТОВ АЛИШЕР КЕНДЖАЕВИЧ
(50 лет со дня рождения)

2 апреля 2017 г. исполнилось 50 лет со дня рождения и 25 лет научной, лечебной и педагогической деятельности кандидата медицинских наук, доцента Баратова Алишера Кенджаевича.

В 1984 году Баратов А.К. поступил и в 1992 году с отличием окончил лечебный факультет Таджикского государственного медицинского института им. Абуали ибн Сино. В 1987-1989 гг. был призван в ряды Советской Армии, где служил в качестве фельдшера медицинского пункта в/ч 83384. В 1994 году окончил клиническую ординатуру на кафедре госпитальной хирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино. В 1994-1997 годах являлся заочным аспирантом той же кафедры и в 1997 году под руководством академика Н.У. Усманова успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Каротидная эндартерэктомия у больных с сопутствующей ИБС».

Баратов А.К. начал свою трудовую деятельность будучи студентом 2 курса, совмещая учёбу с работой санитаром выездной бригады скорой медицинской помощи. Впоследствии он являлся сначала санитаром, а затем – операционным медбратом операционного блока 3-7 хирургических отделений ГКБ № 5. В 1994-1998 годах работал в качестве хирурга-перфузиолога лаборатории искусственного кровообращения Республиканского клинического центра сердечно-сосудистой и грудной хирургии, принимая активное участие в операциях на открытом сердце. В 1998 году был переведён на должность рентгенхирурга в отделение рентгеноэндоваскулярной хирургии, а с 1999 по 2014 годы – в течение 15 лет – возглавлял указанное отделение. В эти же годы Республиканский клинический центр сердечно-сосудистой и грудной хирургии был преобразован в Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. С 2014 года по настоящее время работает в качестве рентгенхирурга отделения рентгеноэндоваскулярной хирургии.

С 2004 года Баратов А.К. является хирургом высшей квалификационной категории. Как рентгеноэндоваскулярный хирург, он владеет всеми диагностическими и многими лечебными эндоваскулярными методиками. Баратов А.К. по праву считается одним из пионеров и основоположников рентгеноэндоваскулярной хирургии в нашей стране. Им впервые в истории Республики Таджикистан внедрены и выполнены многие интервенционные вмешательства: коронарография (2003); эмболизация периферических артерий (2003); внутриартериальная химиотерапия (2003); коронарное стентирование (2004); баллонная ангиопластика периферических артерий (2005); удаление инородного тела сердца (2006); стентирование почечной артерии (2006); эмболизация маточных артерий (2006); стентирование подвздошной артерии (2008); введение стволовых клеток в коронарные артерии (2010); рентгеноэндоваскулярная окклюзия ДМПП и ДМЖП (2010); стентирование подключичной артерии (2010); баллонная вальвулопластика аортального клапана (2012); стентирование чревного ствола (2012); одномоментное стентирование коронарных и почечных артерий (2012); гибридные операции (2013); введение стволовых клеток в спинальные артерии (2013); одномоментное стентирование чревного ствола и почечной артерии (2013); стентирование позвоночной артерии (2014); микрокатетерная эмболизация при носовых кровотечениях (2016) и др. Именно внедрённые и впервые выполненные Баратовым А.К. коронарография и коронарное стентирование дали толчок к успешному развитию коронарной хирургии в Таджикистане.

Баратов А.К. неоднократно проходил специализации и повышения квалификации в учреждениях ближнего и дальнего зарубежья (Австрия, Армения, Болгария, Израиль, Италия, Казахстан, Китай,

Кувейт, Кыргызстан, Российская Федерация) по различным направлениям медицины: перфузиология, сосудистая хирургия, трансфузиология, рентгеноэндоваскулярная хирургия, рентгенология, радиационная безопасность, сердечно-сосудистая хирургия и др.

Наряду с весомым вкладом в практическое здравоохранение, Баратов А.К. внёс определённую лепту и в развитие науки Таджикистана. Он является автором 237 опубликованных научных работ, в том числе 4 патентов на изобретения. Им сделано 45 докладов на различных международных (Австрия, Армения, Болгария, Казахстан, Кувейт, Кыргызстан, Российская Федерация, Турция, Узбекистан, Швейцария) и республиканских научных форумах. На II Международном конгрессе диабетологов Центральной Азии (1996) его доклад занял III место в конкурсе работ молодых учёных, а в 1997 году докладу Баратова А.К. присуждена II премия на III конгрессе Ассоциации кардиологов Центральной Азии. С 1996 года Баратов А.К. является членом Ассоциации хирургов имени Н.И. Пирогова, с 1998 – членом Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов. Кроме того, Баратов А.К. – член Ассоциации хирургов Таджикистана и Ассоциации лучевых диагностов Таджикистана. В 2005 году решением Высшей аттестационной комиссии Российской Федерации Баратову А.К. присвоено учёное звание доцента по специальности «Хирургия».

Педагогическая деятельность Баратова А.К. охватывает период с 1998 по 2014 годы, когда он работал по совместительству сначала ассистентом, а затем доцентом на кафедре хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино. В этот период на годичных конференциях молодых учёных ТГМУ им. Абуали ибн Сино многие студенты руководимого им кружка СНО, выступая с докладами, занимали призовые места.

В течение ряда лет (1998-2005) Баратов А.К. являлся главным учёным секретарём диссертационных советов ТГМУ им. Абуали ибн Сино. За этот период в диссертационных советах ТГМУ им. Абуали ибн Сино было защищено около 300 диссертаций на соискание учёных степеней доктора и кандидата наук. Этот период охарактеризовался достаточно высоким уровнем подготовки аттестационных документов соискателей, минимальным числом возвратов на доработку указанных документов со стороны ВАК России. Весомый вклад внёс Баратов А.К. и в процесс утверждения и переутверждения диссертационных советов. Он принимал личное и непосредственное участие в процедуре включения в «Перечень…ВАК» журнала «Вестник Авиценны», который одним из первых в Таджикистане был внесён ВАК России в реестр рецензируемых журналов, в которых было рекомендовано публиковать диссертационные материалы. С января 2017 года Баратов А.К. назначен ответственным редактором журнала «Вестник Авиценны».

Заслуги Баратова А.К. в области медицинской науки и практического здравоохранения высоко оценены Правительством и Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. В 2002 году за цикл научных работ «Лечение ишемии при поражении ветвей аорты и травмах артерий» ему присуждена Премия Исмоила Сомони. В 2008 году Баратов А.К. награждён медалью в честь 1025-летия Абуали ибн Сино, а в 2012 ему присвоено звание «Отличник здравоохранения Республики Таджикистан».

Алишера Кенджаевича отличает высокая работоспособность, целеустремлённость, аккуратность, большая ответственность, разносторонность интересов. Его трудолюбие, отзывчивость и порядочность по отношению к коллегам, больным и ученикам вызывают глубокое уважение и благодарность. Свой юбилей он встречает в расцвете сил, энергии и постоянном научном поиске.

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино
Редколлегия журнала «Вестник Академии медицинских наук Таджикистана»
поздравляют Баратова Алишера Кенджаевича
со славным юбилеем и желают ему крепкого здоровья, семейного благополучия
и дальнейших успехов в его нелёгком благородном труде!

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Правила направления научных статей в журнал «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.