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 20.08.2017 г.
Подписано в печать 05.09.2017 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

№3 (23)
ИЮЛЬ-СЕНТЯБРЬ 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), НЕЪМАТЗОДА О. (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

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

№3 (23)

JULY-SEPTEMBER 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), Nematzoda O. (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

Авгонов У.М., Зугуров А.Х., Султанов Д.Д., Гиёсиев И.К., Тохиров Ф.С., Косимов Ю.М.
Первая успешная гибридная операция при острой ишемии верхней конечности в Таджикистане 5

Алиева Р.Я, Ахмедова Т.М., Менгниязова З.Г., Бойматова З.К.
Состояние кровотока в системе мать-плацента-плод и перинатальные исходы у беременных с сахарным диабетом I типа 16

Асабаева Р.И., Шаназаров Н.А., Сейдалин Н.К.
Оценка эффективности диагностики и лечения гинекологических злокачественных новообразований в условиях специализированных и многопрофильных клиник 21

Ахмедова З.Б., Умарова С.Г., Хусейнов З.Х.
Показатели заболеваемости лимфомой Ходжкина у женщин в Республике Таджикистан 27

Гаибов А.Д., Джуракулов Э.С., Султанов Д.Д., Камолов А.Н., Авгонов У.М.
Результаты одно- и двухэтапного хирургического лечения острого варикотромбофлебита 32

Ганиева М.Х.
Основные факторы риска и вопросы профилактики заболеваемости женщин раннего репродуктивного возраста в Таджикистане 39

Ена И.И., Шаназаров Н.А., Сейдалин Н.К.
Оценка роли спленэктомии при хирургическом лечении рака желудка: за или против? 45

Кодиров Ф.Д., Кадыров Д.М., Амонов У.М.
Патофизиологическое обоснование функциональной хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом 51

Косимов З.Х., Мурадов А.М., Рахмонов Р.А.
Структурно-геометрические показатели, систолическая функция левого желудочка сердца у больных ишемическим и геморрагическим инсультом 60

Курлан Н.Ю., Ольховская О.Н.
Влияние инфицирования детей *h. pylori* на показатели клеточного иммунитета больных при шигеллезе 65

Мироджов Г.К., Амиркулова М., Авезов С.А., Одинаев Р.И.
Риск развития холелитиаза и хронического панкреатита при ожирении 69

Муллоджанов Г.Э., Ашуров Г.Г.
К вопросу об определении нуждаемости больных в имплантационном лечении окклюзионных дефектов при разнонаправленных межсистемных нарушениях 74

CONTENTS

ORIGINAL RESEARCH

Avgonov U.M., Zugurov A.Kh., Sultanov D.D., Giyosiev I.K., Tokhirov F.S., Kosimov Yu.M.
The first successful hybrid operation in acute ischemia of upper limb in Tajikistan

Alieva R.Ya, Akhmedova T.M., Mengniyazova Z.G., Boymatova Z.K.
Status of blood flow in the mother-platent-fruit system and perinatal outcomes in pregnant women with diabetes mellitus type I

Asabaeva R.I., Shanazarov N.A., Seydalin N.K.
Assessment of the effectiveness of diagnosis and treatment of gynecological malignant neoplasms in the conditions of specialized and multidisciplinary clinics

Akhmedova Z.B., Umarova S.G., Khuseynov Z.Kh.
Exponent of the morbidity of women with Hodgkin's lymphoma in the Republic of Tajikistan

Gaibov A.D., Dzhurakulov E.S., Sultanov D.D., Kamolov A.N., Avgonov U.M.
Results of one- and two-stage surgical treatment of acute varicothromboflebitis

Ganieva M.Kh.
Main risk factors and the state of prevention of morbidity of women of early reproductive age

Ena I.I., Shanazarov N.N., Seydalin N.K.
evaluation of the role of splenectomy in the surgical treatment of gastric cancer: for or against?

Kodirov F.D., Kadyrov D.M., Amonov U.M.
Pathophysiological substantiation of functional surgery of ulcer disease of duodenum complicated by stenosis

Kosimov Z.Kh., Muradov A.M., Rakhmonov R.A.
Structural-geometric indicators, systolic function of the left heart ventricle in patients with ischemic and hemorrhagic stroke

Kurlan N.Yu., Olkhovska O.M.
Impact of h. pylori infection of children on cell-mediated immunity indices of patients with shigellosis

Mirodzhov G.K., Amirkulova M., Avezov S.A., Odinaev R.I.
Risk of development of cholelitias and chronic pancreatitis at obesity

Mullodzhanov G.E., Ashurov G.G.
To question about determination of the need patient in implant's treatment of occlusion defects under different direction of between system disorders

Рузиев М.М., Сон И.М., Бандаев И.С.
Результаты внедрения дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Республике Таджикистан 79

Тахиров Р.Д., Ходжаева А.Р., Сулаймонов И.И.
Современные аспекты реабилитации детей, перенесших полиомиелит 84

Халилова Ш.Н., Ишанкулова Б.А.
Фармакологические свойства лука Розенбаха («Сиёхалаф») 88

Халимова Ф.Т.
Эпигенетические факторы в диагностике нарушений репродукции 92

Ходжаева Ш.А., Курбанов С.Б., Каландарова Ф.Д., Юсупова Ш.И.
Социально-гигиеническая оценка здоровья людей пожилого возраста в Таджикистане 99

Ходжиева М.М., Умарзода С.Г., Хусейнзода З.Х., Сангинов Д.Р.
Выживаемость больных саркомами матки в Республике Таджикистан 105

Холова Т.Н., Пулатова А.П., Камилова М.Я., Давлятзода Г.К., Шарипова Н.Н.
Структура ранней неонатальной смертности в стационаре III уровня 110

Шокиров Ю.А.,Чуклина Е.О.
Этиологические основы хронической болезни почек в Курган-Тюбинском регионе Республики Таджикистан 114

Ruziev M.M., Son I.M., Bandaev I.S.
The results of implementation of patrol epidemiological surveillance after HIV infection in the Republic of Tajikistan

Takhirov R.D., Khodzhaeva A.R., Sulaymonov I.I.
Modern aspects of rehabilitation of children transferred the poliomyelitis

Khalilova Sh. N., Ishankulova B.A.
Pharmacological property of Rozenbakhs onion («Siehalaf»)

Khalimova F.T.
Epigenetic factors in diagnostics of reproduction disorders

Khodzhaeva Sh.A., Kurbanov S.B., Kalandarova F.D., Yusupova Sh.I.
Social and hygienic health assessment of old-aged people in Tajikistan

Khodjieva M.M., Umarzoda S.G., Huseinzoda Z.H., Sanginov D.R.
Survival of pathients with uterine sarcomas in Republic of Tajikistan

Kholova T.N., Pulatova A.P., Kamilova M.Ya., Davlyatzoda G.K., Sharipova N.N.
Structure of early neonatal mortality in the hospital of III-rd level

Shokirov Yu.A., Chuklina E.O.
Etiological bases of chronic kidney disease in the Kurgan-Tyube region of the Republic of Tajikistan

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Шукурова С.М., Шодиев Б.Р., Курбонова Ф.У., Алиев Х.М.
Современный взгляд на коморбидность при ревматоидном артрите 119

REVIEWS

Shukurova S.M., Shodiev B.R., Kurbonova F.U., Aliev Kh.M.
Modern view on comorbidity in rheumatoid arthritis

ОРИГИНАЛЬНЫЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 617.5-089; 611.134

[1]АВГОНОВ У.М., [2]ЗУГУРОВ А.Х., [1,2]СУЛТАНОВ Д.Д.,
[1]ГИЁСИЕВ И.К., [1]ТОХИРОВ Ф.С., [1]КОСИМОВ Ю.М.

ПЕРВАЯ УСПЕШНАЯ ГИБРИДНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ В ТАДЖИКИСТАНЕ

[1]ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ
[2]Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

В статье описывается случай первого успешного выполнения гибридной операции (стентирование проксимального сегмента подключичной артерии с открытой тромбэктомией из плечевой артерии и артерий предплечья) при острой ишемии левой верхней конечности. Наличие декомпенсированного сахарного диабета и острой ишемии, рефрактерной к консервативной терапии, явилось основными предпосылками к проведению гибридной операции. В отдаленном результате регистрируется хороший результат с полным регрессом ишемии руки.

Ключевые слова: атеросклероз, окклюзия подключичной артерии, острая ишемия руки, ангиопластика, стентирование.

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

Основныи причинами ОАН верхней конечности являются эмболия сосудов на почве различных патологии сердца, аневризм и расслоение стенок артерий крупного калибра [1, 3]. Из-за хорошего развития коллатеральных сосудов тромботический процесс на фоне различных видов ангиопатии развиваются гораздо меньше, по сравнению с аналогичным эмболического генеза [3]. Одной из других причин острой ишемии верхней конечности является синдром грудного выхода, при котором происходит экстравазальная компрессия подключичной артерии с развитием её тромбоза или аневризмы с последующей эмболией дистальных артерий [4, 5].

Несмотря на разработку и внедрение самых современных диагностических технологий, новых методов операций и лекарственных препаратов, частота ампутаций при ОАН на сегодняшний день остается на высоком уровне – 30% [2, 6].

До начала XX века традиционно при лечении ОАН выполнялась открытая тромбэмболэктомия с различными видами реваскулязирующих операций. Прогресс технологии способствовал появлению нового направления в медицине – эндоваскулярной хирургии. Согласно рекомендациям TASC II, при острой ишемии конечности применение эндоваскулярных технологий – тромболизиса и аспирационной тромбэктомии – имеет более хорошие результаты [7].

На данный момент эти операции считаются «золотым стандартом» в лечении ОАН и широко выполняются в ежедневной клинической практике большинства крупных клиник мира. Однако, дороговизна таких технологий, необходимость подготовки высококвалифицированных специалистов, закупка и доставка одноразовых расходных материалов являются ограничивающим фактором распространения технологии «гибридных операций» в развивающихся странах, к которым относится, в частности, и наша республика [8].

В связи с этим приводим случай первого успешного выполнения такой операции при острой ишемии верхней конечности в нашей республики.

Клинический пример. Пациент С.М, 54 года, поступил 17.10.2014 г. в клинику с жалобами на острые боли, синюшность, онемение и ограничение движения в левой руке, головокружение, головные боли и шум в ушах.

Из анамнеза считает себя больным в течение двух последних суток, когда впервые отмечал появление и усиление болей в левой кисти и предплечье. Занимался самолечением, которое не принесло особой пользы. В связи с этим обратился в поликлинику по месту жительства, где после

осмотра врачей был направлен в РНЦССХ на консультацию и лечение.

При осмотре объективный статус без особенностей. Отмечается синюшность пальцев и кисти левой руки, ограничение движения пальцев. Левая рука холодная на ощупь, определяется снижение чувствительности пальцев и кисти. Пульсация в артериях левой верхней конечности на всех уровнях не определяется.

По данным ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) артерий верхних конечностей выявлена окклюзия подключичной артерии, тромбоз плечевой, лучевой и локтевой артерии. В вышеперечисленных артериях коллатеральный кровоток со скоростью 17 см/с (рис.1).

В артериях поверхностной ладонной дуги кровоток коллатеральный, скорость кровотока 12 см/с.

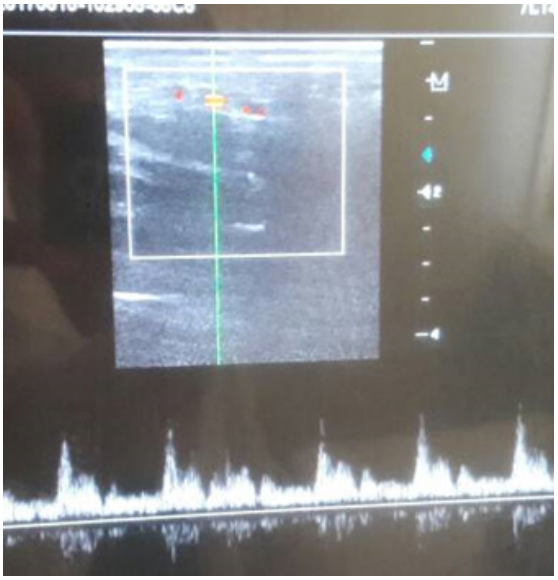


Рис. 1. Дуплексное сканирование локтевой артерии с доплеровским картированием кровотока. Определяется коллатеральный кровоток со скоростью 17 см/с

На основании клинических данных и данных УЗДС выставлен диагноз: Острая артериальная непроходимость левой верхней конечности. Острая ишемия левой руки IIб степени.

С целью более точного определения характера сосудистых поражений больному была проведена рентгеноконтрастная ангиография, на которой выявлена окклюзия проксимального сегмента левой подключичной артерии (рис. 2).

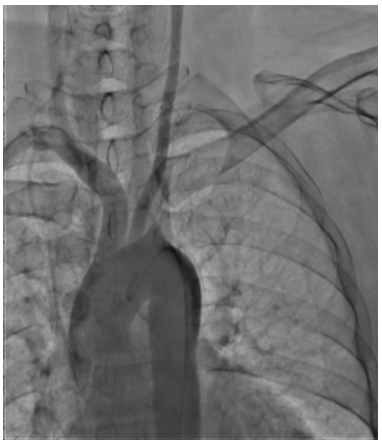


Рис. 2. Рентгеноконтрастная аортоангиография аорты и ветвей отходящих от её дуги. Отмечается окклюзия левой подключичной артерии

Была выполнена реокклюзия и баллонная ангиопластика левой подключичной артерии с использованием баллона Avantgarde, CID диаметром 4,5 мм, длиной 22 мм (рис. 3).

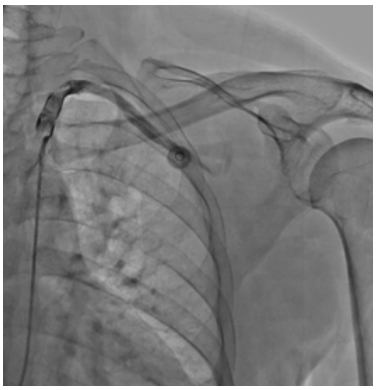


Рис. 3. Рентгеноконтрастная ангиография после выполнения реканализация и ангиопластики левой подключичной артерии. Отмечаются участки стеноза с атеросклеротическими бляшками

При контрольной ангиографии отмечаются участки стеноза и атеросклеротические бляшки в подключичной артерии. Также визуализируется тромбоз бифуркации плечевой артерии и артерий предплечья (рис. 4).

Рис. 4. Ангиография артерий левой верхней конечности. Визуализируется окклюзия дистального сегмента плечевой артерии и магистральных артерий предплечья

Устье левой подключичной артерии катетеризовано гайд-катетером RDC 8 Fr. Проводник 0,014" заведен в дистальные отделы подключичной и подмышечной артерии. В области стеноза имплантирован стент Hippocampus, Invatec 8,0×18,0 при давлении 14 Атм.

При контрольной ангиографии – остаточный стеноз = 0; антеградное заполнение подключичной артерии хорошее, синдрома обкрадывания нет (рис. 5).

Рис. 5. Контрольная ангиография левой подключичной артерии. Артерия полностью проходима, синдром подключичного обкрадывания не отмечается

Однако, средний и дистальный сегменты плечевой артерии и артерии предплечья не контрастируются (рис. 6).

Рис. 6. Ангиография левой плечевой артерии. Виден участок тромбоза в дистальном сегменте

В связи с этим проводилась открытая тромбэктомия из бифуркации плечевой артерии и артерий предплечья. Появился хороший анте- и ретроградный кровоток. На контрольной ангиографии все артерии конечности проходимы, признаки гемодинамических стенозов не визуализируются (рис. 7, 8).

Рис. 7. Контрольная артериография плечевой артерии. Отмечается полное восстановление проходимости сосуда

Рис. 8. Контрольная артериография предплечья. Проходимость артерий предплечья полностью восстановлена

В послеоперационном периоде больному рекомендован ежедневный приём 75 мг клопидогреля и 2,5 мг варфарина. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 3-е сутки после операции. Клинические признаки ишемии руки полностью регрессировали 6-8 часов спустя от проведенной операции. Мониторинг проходимости имплантированного стента и артерий руки проводился при помощи дуплексного ангиосканирования.

При контрольных осмотрах и проведении УЗДАС через 3 и 6 месяцев после операции больной жалоб не предъявлял, проходимость стента и артерий левой руки на всех уровнях удовлетворительная (рис. 9).

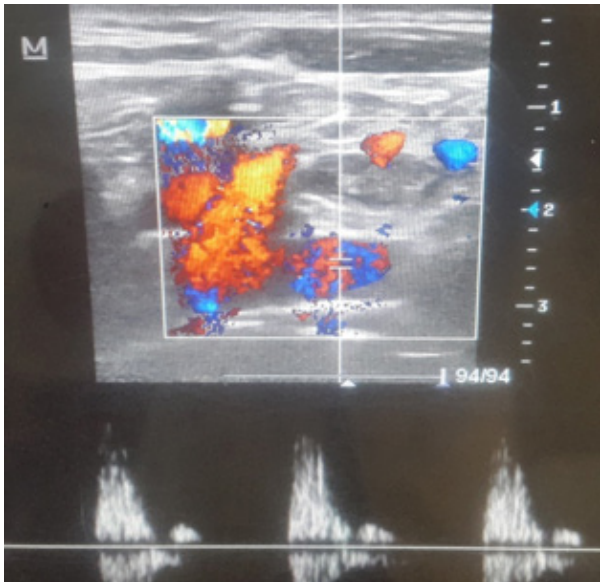


Рис. 9. Контрольное дуплексное сканирование проксимального сегмента подключичной артерии в режиме допплеровского картирования кровотока. Определяется магистральный кровоток в просвете стента

Обсуждение. Острая ишемия конечности характеризуется внезапным снижением артериальной перфузии конечности с угрозой ее жизнеспособности [2, 7]. Результаты лечения зависят от сроков поступления пациента в специализированную клинику, скоротечности проведения диагностических манипуляций и объема выполненной операции [2].

Для первичной диагностики ОАН, в основном, используется дуплексное сканирование, более полная информация о состоянии дистального артериального русла получают при помощи различных видов ангиографии [9]. В последние годы для диагностики ОАН все шире используют КТ ангиографию, которая, являясь неинвазивным методом, дополнительно позволяет получить поперечное сечение сосуда [9].

Целью хирургического лечения ОАН является восстановление проходимости сосуда, что достигается как эндоваскулярными методиками, так и традиционной открытой хирургией.

Сравнительная оценка эффективности и частоты осложнений различных видов хирургического лечения ОАН приведена в таблице.

Авторы	Эндоваскулярное лечение			Традиционное лечение		
	Количество больных	Эффективность операции	Летальный исход	Количество больных	Эффективность операции	Летальный исход
Ouriel L. et al. [10]	57	82	16	57	82	42
TOPAS Investigators [11]	144	82.7	13.3	54	81.1	15.7
The STILE trial [12]	246	88.2	6.5	141	89.4	8.5

Как видно из представленной таблицы данных, все хирургические методы лечения имеют приблизительно одинаковую эффективность. Однако, такое преимущество эндоваскулярной методики, как минимальная инвазивность, способствует снижению риска развития различных осложнений и связанных с ними летальных исходов. Также при выполнении катетерного

тромболизиса с аспирационной тромбэктомией происходит минимальный контакт с эндотелием сосуда и, следовательно, незначительное его повреждение. Вместе с тем, при помощи открытой тромбэктомии невозможно удалить сгустки крови из артерий мелкого калибра, что достигается с помощью катетерного тромболизиса.

При этом имеются некоторые ограничения в применении эндоваскулярных методик, к которым можно отнести: перенесенные различные виды инсультов в ближайшие 60 дней, активное кровотечение из различных органов, внутричерепная травма, недавно перенесенные операции на головном мозге и беременность.

В этих случаях традиционные оперативные вмешательства оказываются более эффективным в плане профилактики развития различных жизнеугрожающих осложнений.

Традиционно после любого вида тромбэктомии при обнаружении окклюзионно-стенотического поражения артерий выполняется реваскуляризация путем ангиопластики, стентирования или же шунтирующих операций.

Заключение. Таким образом, интерес приведенного клинического случая состоит в том, что, несмотря на продолжительное течение окклюзионного процесса подключичной артерии, нам удалось провести ее реканализацию, которая, согласно данным K. Linni et al., невозможна в 30% случаев [13]. Несмотря на наличие дистального тромбоза артерий левой верхней конечности и острой ишемии, после проведенной операции наступила компенсация кровообращения с отчетливой пульсацией дистального артериального русла. Выбор в пользу стентирования подключичной артерии был обусловлен и наличием декомпенсированного сахарного диабета, при котором открытая реваскуляризация сопровождается большой частотой осложнений. Как показывают опыт ведущих клиник мира и наше наблюдение, сочетание эндоваскулярной и открытой реваскуляризации артерий верхней конечности является эффективным, малоинвазивным и многообещающим методом лечения острой ишемии, позволяющим в отдаленном периоде достичь хороших результатов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. AntuševasA., Aleksynas N. The surgical treatment of the lower limb acute ischemia // MEDICINA. – 2003. – Vol. 39, N 7. – P. 646-653.

2. Гаибов А.Д., Садриев О.Н., Абдусамадов К.А., Султанов Д.Д., Зугуров А.Х. Диагностичекие и тактические ошибки при острой артериальной непроходимости // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2017. – №1. – С. 20-24.

3. Aune S., Trippestad A. Operative mortality and long-term survival of patients operated on for acute lower limb ischemia // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 1998. – Vol. 15. – P. 143-146.

4. Султанов Д.Д., Тухтаев Ф.М., Курбанов Н.Р., Садриев О.Н. Синдром верхней грудной апертуры // Вестник Авиценны. – 2014. – №3. – С. 121-127.

5. Гаибов А.Д., Кахоров А.З., Садриев О.Н., Юнусов Х.А. Хирургическое лечение синдрома верхней грудной апертуры // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2015. – Т. 174, №1. – С. 78-83.

6. Haskal Z. Mechanical thrombectomy devices for the treatment of peripheral arterial occlusions // Rev. Cardiovasc. Med. – 2002. – No 3. – P. 45-52.

7. Norgen L., Hiatt W.R., Dormandy J.A. et all. Inter-Society Consensus for the management of Peripheral Arterial Disease (TASC II) // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2007. – Vol. 3, Suppl 1. – P. 1-75.

8. Садриев О.Н., Джураев Ш.М., Косимов Ю.М., Тохиров Ф.С., Гиёсиев И.К., Рахимов Ф.Р. Случай успешного эндоваскулярного лечения окклюзии левой подключичной артерии // Здравоохранение Таджикистана. – 2016. – №4 (331). – С. 85-89.

9. Гаибов А.Д., Мухаммадиева Х.С., Калмыков Е.Л., Баратов А.К., Садриев О.Н. Возможности лучевой диагностики окклюзионно-стенотических поражений артерий нижних конечностей // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2016. – № 3. – С. 3-11.

10. Results of a prospective randomized trial evaluating surgery versus thrombolysis for ischemia of the lower extremity // The STILE trial. Ann Surg. – 1994. – Vol. 220. – P. 251-266.

11. Ouriel K., Veith F., Sasahara A. A comparison of recombinant urokinase with vascular surgery as initial treatment for acute arterial occlusion of the legs. Thrombolysis or Peripheral Arterial Surgery (TOPAS) Investigators // N. Engl. J. Med. – 1998. – Vol. 338. – P. 1105-1111.

12. Ouriel K., Shortell C., Deweese J., Green R., Francis C., Azodo M et al. A comparison of thrombolytic therapy with operative revascularization in the initial treatment of acute peripheral arterial ischemia // J. Vasc. Surg. – 1994. – Vol. 19. – P. 1021-1030.

13. Linni K., Ugurluoglu A., Mader N., Endovascular management versus surgery for proximal subclavian artery lesions // Annals of Vascular Surgery. – 2008. – Vol. 22, No.6. – P. 769-775.

UDC 617.5-089; 611.134

[1]AVGONOV U.M., [2]ZUGUROV A.KH., [1,2]SULTANOV D.D.,
[1]GIYOSIEV I.K., [1]TOKHIROV F.S., [1]KOSIMOV YU.M.

THE FIRST SUCCESSFUL HYBRID OPERATION IN ACUTE ISCHEMIA OF UPPER LIMB IN TAJIKISTAN

[1]Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery
[1]Avicenna Tajik State Medical University

The article describes the case of the first successful implementation of a hybrid operation (stenting of the proximal segment of the subclavian artery with open thrombectomy of the brachial artery and arteries of the forearm) with acute ischemia of the left upper limb. In connection with the prolonged course of subtotal stenosis of the subclavian artery, total thrombosis of the upper artery and the distal arterial bed of the upper Limbs with the development of acute ischemia. The presence of decompensated diabetes mellitus and acute ischemia refractory to conservative therapy, angioplasty and stenting of the proximal segment of the left subclavian artery with open thrombectomy from the shoulder, ulnar and radial arteries with good results were performed.

Key words: atherosclerosis, subclavian artery occlusion, acute ischemia of the hand, angioplasty, stenting.

The acute arterial obstruction (AAO) of the arteries of the extremities continues to be the most common urgent pathology of the cardiovascular system, which, according to different data, occupies from 43% to 60% of cases in the structure of emergency vascular pathology [1, 2].

The main causes of AAO of the upper extremity are embolism of vessels on the basis of various pathologies of the heart, aneurysms and stratification of the walls of arteries of large caliber [1, 3]. Because of the good development of collateral vessels, the thrombotic process against the background of various types of angiopathy develops far less compared to embolic genesis [3]. One of the other causes of acute ischemia of the upper limb is the thoracic outlet syndrome in which extravasal compression of the subclavian artery occurs with the development of its thrombosis or aneurysm followed by embolism of the distal arteries [4, 5].

Despite the development and implementation of the most advanced diagnostic technologies, new methods of operations and medicines, the frequency of amputations with AAO remains at a high level today – 30% [2, 6].

Until the beginning of the twentieth century, traditionally, in the treatment of AAO, open thrombectomy was performed from various types of revascularization operations. The progress of technology has contributed to the emergence of a new trend in medicine – endovascular surgery. According to the recommendations of TASCII for acute limb ischemia, the use of endovascular technology – thrombolysis and aspiration thrombectomy – has better results [7].

At the moment, these operations are considered the gold standard in the treatment of AAO and are widely performed in the daily clinical practice of most major clinics in the world. However, the high cost of such technologies, the need for training highly qualified specialists, the purchase and delivery of disposable consumables are a limiting factor in the spread of «hybrid operations» technology in developing countries, which include our republic in particular [8].

In this regard, we cite the case of the first successful execution of such an operation in acute ischemia of the upper limb in our republic.

Clinical case. Patient S.M., 54 years old, a medical history, entered the clinic on October 17, 2014 with complaints of acute pain, cyanosis, numbness and restriction of movement in the left arm, dizziness, headaches, tinnitus.

From an anamnesis he considers himself sick for the last two days, when he first noticed the appearance and intensification of pain in the left hand and forearm. I was engaged in self-medication, which did not bring much benefit. In this connection, I applied to the polyclinic of the place of residence, where, after examining the doctors, the patient was sent to the Russian Center for Consultation and Treatment.

When viewed, the objective status is without special features. Cyanosis of fingers and hands of

Sultanov Dzhavli Davronovich – MD, PhD, professor of Department of Vacular Surgery of the Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery; 734003, Dushanbe city, Sanoi street, 33; mobile: +992918334115; E-mail: sultanov57@mail.ru

the left hand, restriction of movement of fingers is marked. The left hand is cold to the touch, the sensitivity of the fingers and the hand is decreased. Pulsation in the arteries of the left upper limb at all levels is not determined.

According to ultrasound duplex scanning (UDS) of the arteries of the upper extremities, occlusion of the subclavian artery, thrombosis of the brachial, radial and ulnar arteries was detected. In the above arteries, collateral blood flow at a speed of 17 cm/s (Fig. 1).

In the arteries of the superficial palmar arc, the blood flow is collateral, the blood flow velocity is 12 cm/s.

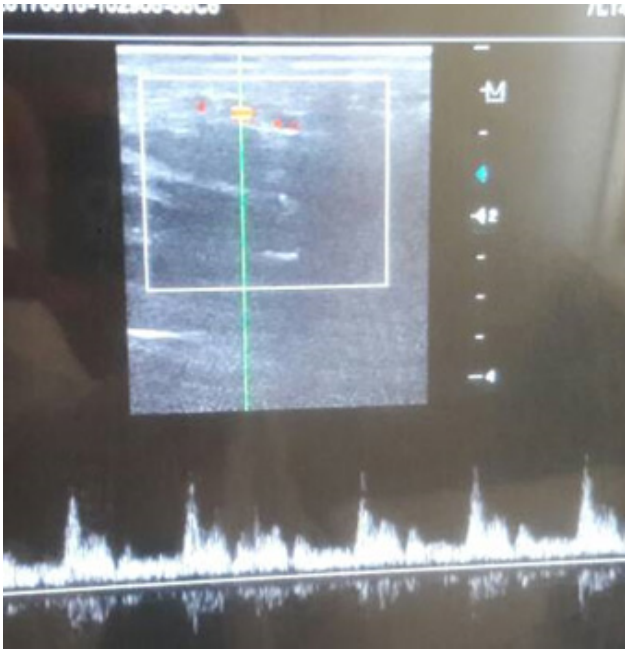


Fig. 1. Duplex scanning of the ulnar artery with Doppler mapping of blood flow. Collateral blood flow is determined at a speed of 17 cm / s.

Based on the clinical data and data from the UDS, the diagnosis is: Acute arterial obstruction of the left upper limb. Acute ischemia of the left arm of IIb degree.

In order to more accurately determine the nature of vascular lesions, the patient underwent radiopaque angiography, which revealed occlusion of the proximal segment of the left subclavian artery (Figure 2).

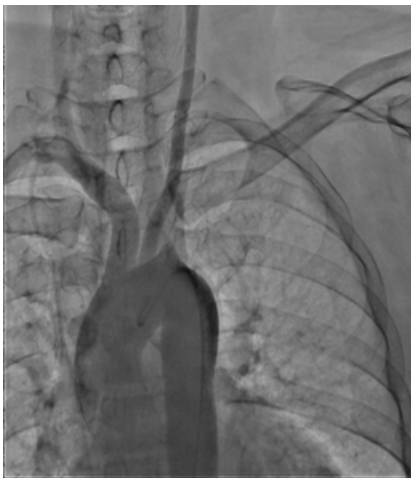


Fig. 2. Radiopaque contrasting aortoangiography of the aorta and branches leaving from its arch. Occlusion of the left subclavian artery is noted

Reocclusion and balloon angioplasty of the left subclavian artery were performed using an Avantgarde balloon, CID diameter 4.5 mm, length 22 mm (Figure 3).

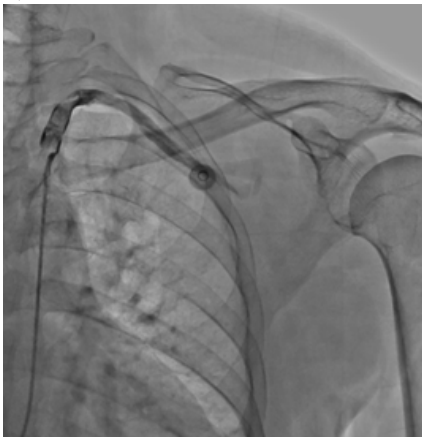


Fig. 3. Radiopaque angiography after reocclusion and angioplasty of the left subclavian artery. There are sites of stenosis with atherosclerotic plaques

In control angiography, areas of stenosis and atherosclerotic plaques in the subclavian artery are noted. Also visualized thrombosis of the bifurcation of the brachial artery and arteries of the forearm (Figure 4).

Fig. 4. Angiography of the arteries of the left upper limb. The occlusion of the distal segment of the brachial artery and the main arteries of the forearm is visualized

The mouth of the left subclavian artery is catheterized by the catheter RDC 8 Fr. The conductor 0.014 «is inserted into the distal sections of the subclavian and axillary arteries. In the field of stenosis implanted Stent Hippocampus, Invatec 8.0x18.0 at 14 Atm. pressure.

In control angiography, residual stenosis = 0; Antegrade filling of the subclavian artery is good, the syndrome is not stealing (Figure 5).

Fig. 5. Control angiography of the left subclavian artery. The artery is passable; the subclavian syring syndrome is not visualized

However, the middle and distal segment of the brachial artery and the artery of the forearm are not contrasted (Figure 6).

Fig. 6. Angiography of the left brachial artery. A segment of thrombosis in the distal segment is visible

In connection with this, an open thrombectomy was performed from the bifurcation of the brachial artery and the arteries of the forearm. There was a good ante- and retrograde blood flow. On control angiography, all the arteries of the limb are passable, signs of hemodynamic stenosis are not visualized (Fig. 7, 8).

Fig. 7. Control arteriography of the brachial artery. A complete restoration of the patency of the vessel is noted

Fig. 8. Control arteriography of the forearm. The passage of the arteries of the forearm is completely restored

In the postoperative period, the patient is recommended daily intake of 75 mg Clopidogrel and 2.5 mg Warfarin. The postoperative period proceeded without complications; the patient was discharged in a satisfactory condition on the 3rd day after the operation. Clinical signs of ischemia of the arm completely regressed 6-8 hours later from the operation. Monitoring of patency of the implanted stent and arteries of the arm was carried out with the help of duplex angioscanning.

During follow-up visits and UDS 3 and 6 months after the operation, the patient did not present any complaints, the stent and arterial hand passability was satisfactory at all levels (Fig. 9).

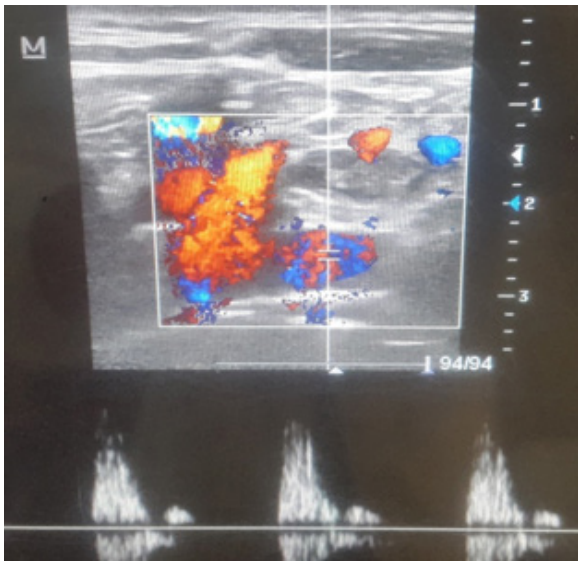


Fig. 9. Control duplex scanning of the proximal segment of the subclavian artery in the Doppler mapping of blood flow. The main blood flow into the lumen of the stent is determined

Discussion. Acute limb ischemia is characterized by a sudden decrease in arterial perfusion of the extremity with the threat of its viability [2, 7]. The results of her treatment depend on the timing of the patient's admission to a specialized clinic, the speed of diagnostic manipulations and the amount of surgery performed [2].

For the primary diagnosis of AAO, duplex scanning is mainly used, more complete information on the states of the distal arterial channel is obtained with the help of various types of angiography [9]. In recent years for the diagnosis of AAO, CT angiography is being increasingly used, which, being non-invasive, will additionally allow for transverse dissection of the vessel [9].

The goal of surgical treatment of AAO is to restore the patency of the vessel, which is achieved by both endovascular techniques and traditional open surgery.

Comparative evaluation of the effectiveness and frequency of complications of various types of surgical treatment of AAO are given in the table.

Comparative evaluation of the effectiveness and frequency of complications of various types of surgical treatment of AAO

Authors	Endovascular treatment			Traditional treatment		
	Number of patients	Effectiveness of the operation	Death	Number of patients	Effectiveness of the operation	Death
Ouriel L. etal. [10]	57	82	16	57	82	42
TOPAS Investigators [11]	144	82.7	13.3	54	81.1	15.7
The STILE trial [12]	246	88.2	6.5	141	89.4	8.5

As can be seen from the presented performance data table, all surgical methods of treatment have approximately the same efficacy. However, such advantages of the endovascular technique as minimal invasiveness contribute to reducing the risk of various complications and related deaths. Also, when performing catheter thrombolysis with aspiration thrombectomy, minimal contact with the endothelium of the vessel takes place and, consequently, its insignificant damage. However, with the help of open thrombectomy it is impossible to remove blood clots from arteries of small caliber, which is achieved with the help of catheter thrombolysis.

However, there are some limitations in the use of endovascular methods to which the various types of strokes can be transferred within the next 60 days, active bleeding from various organs, intracranial trauma and recent surgery on the brain and pregnancy.

In these cases, traditional surgical interventions are more effective in preventing the development of various life-threatening complications.

Traditionally, after any kind of thrombectomy, when an occlusive-stenotic lesion of the arteries is detected, revascularization is performed by angioplasty, stenting, or shunting operations.

Thus, the interest of this clinical case is that, despite the prolonged course of the occlusal process of the terminal artery, we were able to conduct its recanalization, which, according to the data of K. Linni et al., is impossible in 30% of cases [13]. Despite the presence of distal thrombosis Arteries of the left upper limb and acute ischemia, after the operation, blood circulation was compensated with a distinct pulsation of the distal arterial bed. The choice in favor of stenting of the subclavian artery was due to the presence of decompensated diabetes mellitus, in which open vascularization is accompanied by a high incidence of complications. As the experience of leading clinics of the world and our observation shows, the combination of endovascular and open revascularization of the arteries of the upper limb is an effective, minimally invasive and promising method of treating acute ischemia, which allows achieving good results in the long-term period.

[1]АВҒОНОВ У.М., [2]ЗУГУРОВ А.Х., [1,2]СУЛТОНОВ Ҷ.Д.,
[1]ҒИЁСИЕВ И.К., [1]ТОҲИРОВ Ф.С., [1]ҚОСИМОВ Ю.М.

АВВАЛИН АМАЛИЁТИ ҲИБРИДӢ ҲАНГОМИ ИШЕМИЯИ ШАДИДИ АНДОМИ БОЛО ДАР ТОҶИКИСТОН

[1]МД «Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рагҳо» ВТ ва ҲИА ҶТ
[2]Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон 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 аввалин таҷрибаи босамари амалиёти ҳибридӣ (стенткунонии қисми проксималии шараёнӣ зериқулфакӣ бо тромбэктомияи кушода аз шараёнҳои бозу, оринҷ ва соид) ҳангоми ишемияи шадиди дасти чап дарҷ гардидааст. Сабабҳои асосии ичрои амали ҳибридӣ ин ҷой доштани диабети қанд дар марҳилаи декомпенсатсия ва ишемияи шадиди ба табобати доруворӣ тобовар буд. Дар марҳилаи дури пас аз ҷарроҳӣ натиҷаҳои хуб бо бартарафшавии пурраи ишемия даст ба қайд гирифта шудааст.

УДК 616-005.3; 618.3-06;616.12;618.7

АЛИЕВА Р.Я., АХМЕДОВА Т.М., МЕНГНИЯЗОВА З.Г., БОЙМАТОВА З.К.

СОСТОЯНИЕ КРОВОТОКА В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

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

При наличии сахарного диабета I типа при беременности не происходит физиологического снижения пульсационного индекса в маточных артериях в течение третьего триместра. Однако, абсолютные значения пульсационного индекса остаются в пределах нормы для соответствующих сроков и поэтому не могут использоваться для прогнозирования перинатального исхода. Плацентарная недостаточность, которая обуславливает гипоксическое состояние плода при сахарном диабете I типа у матери, не является причиной возникновения и развития диабетической фетопатии.

Ключевые слова: сахарный диабет I типа, беременность, система мать-плацента-плод.

ALIEVA R.YA, AKHMEDOVA T.M., MENGNIYAZOVA Z.G., BOYMATOVA Z.K.

STATUS OF BLOOD FLOW IN THE MOTHER-PLATENT-FRUIT SYSTEM AND PERINATAL OUTCOMES IN PREGNANT WOMEN WITH DIABETES MELLITUS TYPE I

State Establishment «Scientific-Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology» of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

In the presence of diabetes mellitus type I, there is no physiological decrease in the pulsation index in the uterine arteries during the third trimester. However, the absolute values of the pulsation index remain within the limits of the norm for the relevant terms and therefore can't be used to predict the perinatal outcome. Placental insufficiency, which determines the hypoxic state of the fetus in mother with diabetes mellitus type I is not a cause of onset and development of diabetic fetopathy.

Key words: diabetes mellitus type I, pregnancy, mother-platent-fruit system.

Актуальность. Одной из основных проблем акушерства является плацентарная недостаточность (ПН) - клинический синдром, обусловленный морфологическими и функциональными изменениями в плаценте и проявляющийся задержкой роста и развития плода, его гипоксией, возникающими в результате сочетанной реакции плода и плаценты на различные нарушения состояния материнского организма. Перинатальная патология оказывает влияние на последующее физическое, психомоторное, неврологическое развитие ребенка, вызывая изменения со стороны центральной нервной системы, вплоть до тяжелых неврологических осложнений [1, 2]. Сам термин «плацентарная недостаточность» содержит вопрос, поскольку не уточняет её причину и следствие, не всегда отражает суть изменений в фетоплацентарном комплексе, так как накопленные теоретические знания о ней неадекватны практическим возможностям акушеров-гинекологов [2].

При рассмотрении проблемы плацентарной недостаточности особое внимание уделяется изучению показателей маточного кровотока, который определяет поступление кислорода и

Алиева Р.Я. – ведущий научный сотрудник акушерского отдела ГУ «НИИ АГ и П» МЗ и СЗН РТ, к.м.н., доцент; тел.: +(992)919030996; e-mail: tniiaqip@mail.ru

питательных веществ от матери к плаценте, а также изменениям в плаценте, опосредованным нарушениями маточно-плацентарного кровотока. В то же время следует понимать, что немаловажную роль в формировании плацентарной недостаточности играет и способность самой плаценты к адекватному транспорту этих веществ [1, 3].

Отмечается достоверная корреляционная зависимость между артерией пуповины и уровнем глюкозы в плазме крови у беременных с сахарным диабетом. Допплерометрия артерии пуповины обладает наибольшей точностью в выделении группы высокого перинатального риска при этом заболевании, чем КТГ, что позволяет более адекватно оценивать состояние плода и выбирать оптимальную тактику ведения беременности [3, 4, 5].

Известно, что сахарный диабет относится к числу заболеваний, повышающих риск возникновения плацентарной недостаточности, которая, как правило, приводит к нарушению состояния плода, поэтому является одним из ведущих факторов, определяющих состояние системы мать-плацента–плод.

Известно также, что проведение допплерометрического исследования в артериях пуповины с определением индексов сосудистого сопротивления позволяет объективно судить о состоянии плода при СД матери [5-7].

При использовании допплерометрии оценки состояния плода при сахарном диабете матери по показателям кровотока в артерии пуповины отмечается точность диагностики его страдания. Как отмечалось, наиболее показательным для оценки состояния плода и прогнозирования состояния новорожденного у беременных, страдающих сахарным диабетом, считается кровоток в артерии пуповины, аорте и маточных артерия [8, 9].

Установлено, что допплерометрическая оценка кровотока в одной из артерий пуповины плода во второй половине III триместра беременности позволяет выявить гипоксию у плода. Кровоток определяется, прежде всего, по результатам его допплерометрического исследования в артериях пуповины (АП). Большинство авторов считает, что его проведение с определением индексов сосудистого сопротивления позволяет объективно судить о состоянии плода при СД матери [1, 4, 5].

Цель исследования. Оценка зависимости перинатального исхода у беременных с сахарным диабетом I типа от состояния кровообращения в системе мать-плацента-плод.

Материал и методы исследования. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате «Aloka-650 SSD», снабженном допплеровским блоком пульсирующей волны (частотный фильтр 100 Гц, конвексный датчик 3.5 МГц и трансвагинальный датчик частотами 5-6,5-7,5 МГц), и включало фетометрию, плацентометрию.

Производилась допплерометрия обеих маточных артерий, артерий пуповины (Ап), аорты плода (Ао) в нисходящем отделе и средней мозговой артерии плода (См).

Изучали основные «уголнезависимые» показатели: систоло-диастолическое отношение (СДО), пульсационный индекс (ПИ) и индекс резистентности (ИР). Математическим путем рассчитывали также плацентарный кровоток (ПК), позволяющий учитывать изменения как маточного, так и плодово-плацентарного кровообращения.

Результаты и их обсуждение. Всего было обследовано 72 беременных, из них 42 беременные имели СД I типа. Контрольную группу составили 30 здоровых беременных.

Исследование производилось трехкратно в сроках 23-27, 28-33 и 34-40 недель.

Таблица 1

Характеристика новорожденных у женщин с сахарным диабетом

	n – 40		**n – 30**	
Родилось живыми	40	100%	30	100%
Диабетическая фетопатия	23	57.5	–	–
Асфиксия новорожденных	7	17.5	3	10.0
СЗРП	6	15.0	1	3.3
Врожденные пороки развития	3	7.5	–	–
Нарушения мозгового кровообращения	6	15.0	–	–
Синдром дыхательных расстройств	5	12.5	–	–
Внутриутробная инфекция	8	20.0	–	–

У 24 беременных (58,0%) с СД I типа (больше чем у половины) были выявлены сосудистые осложнения. У 64% пациенток, страдающих сахарным диабетом, беременность протекала на фоне гипертензивных состояний. Из них у 28 (67,0%) диагностирована умеренная преэклампсия, у 12 (29,0%) – тяжелая преэклампсия. У 2 беременных с СД на фоне ухудшения маточно-плацентарного

и плодового кровообращения, обусловленного дистрофическими изменениями в плаценте, произошла антенатальная гибель плодов (в сроки 34 и 38 недель беременности). Остальные беременные вступили в роды при наличии живого плода. 31 роды (74,0%) были своевременными, 11 (27,0%) – преждевременными. Преждевременное родоразрешение было обусловлено, как правило, ухудшением функционального состояния плода, гипертензивным состояниям (тяжелая преэклампсия), а также лабильным течением СД. Среди детей, родившихся живыми у пациенток с СД, 19 (48,0%) родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар на 1-й минуте 8 баллов, 16 (40,0%) – в состоянии средней тяжести с оценкой по шкале Апгар 7 баллов, 5 (13,0%) – в тяжелом состоянии. Следует подчеркнуть, что в исследуемые группы не вошли новорожденные, тяжесть состояния которых могла быть обусловлена осложнениями родового акта. Детей с признаками задержки внутриутробного развития было 6 (15,0%).

Диабетическая фетопатия наблюдалось у 57,5% детей. Высокая частота врожденных пороков развития новорожденных матерей с СД I типа может быть связана с декомпенсацией диабета в первом триместре беременности (7,5%). Высокая частота нарушений мозгового кровообращения у новорожденных, возможно, связана как с воздействием гипергликемии, так и перенесенной асфиксией в родах (17,5%). Синдром дыхательных расстройств встречался у (12,5%) новорожденных. Высокая частота внутриутробной инфекции у новорожденных матерей с СД I типа связана с высокой частотой воспалительных заболеваний у данного контингента женщин (20%). Наличие неврологической симптоматики у новорожденных с СД I типа связано не только с перенесенной в родах гипоксией, но и с неблагоприятным влиянием гипергликемии на плод.

Таблица 2

Параметры маточно-плацентарного кровотока у беременных с сахарным диабетом первого типа

Группа обследованных	**Сроки обследования (в неделях)**		
	23-27 недель	28-33 недели	34-40 недель
	Артерия пуповины		
СДО	3,311±0,121	2,739±0,049	2,498±0,040
ПИ	1,246±0,049	0,958±0,027	0,858±0,016
ИР	0,723±0,010	0,624±0,009	0,601±0,009
Контрольная группа	**Артерия пуповины**		
СДО	2,738±0,041	2,691±0,053	2,438±0,032
ПИ	0,930±0,023	0,899±0,018	0,846±0,014
ИР	0.625±0,007	0,619±0.007	0,597±0,008
Группа обследованных	**Правая маточная артерия**		
СДО	2,131±0,098	1,962±0,049	1,912±0,022
ПИ	0,789±0,053	0,714±0,026	0,680±0,028
ИР	0,527±0,023	0,482±0,014	0,488±0,013
Контрольная группа	**Правая маточная артерия**		
СДО	1,956±0,055	1,931±0,034	1,905±0,030
ПИ	0,727±0,054	0,674±0,019	0,667±0,022
ИР	0,471±0,015	0,484±0,012	0,475±0,010
Группа обследованных	**Левая маточная артерия**		
СДО	2,036±0,069	1,936±0,036	1,811±0,050
ПИ	0,709±0,035	0,729±0,024	0,680±0,028
ИР	0,503±0,018	0,498±0,012	0,488±0,013
Контрольная группа	**Левая маточная артерия**		
СДО	1,958±0,047	1,916±0,027	1,754±0,022
ПИ	0,702±0,0,30	0,654±0,014	0,660±0,022
ИР	0495±0,010	0,470±0,009	0,478±0,011

Динамика изменений кровотока в системе мать-плацента-плод у беременных с сахарным диабетом отличается рядом особенностей. При сахарном диабете I типа со II триместра беременности отмечается нарушение маточно-плацентарного кровотока, более выраженное во второй половине III триместра. Также после 34 недель беременности выявляется нарушение плодово-плацентарного и плодового кровотока. Состояние маточно-плацентарного кровотока у беременных с сахарным диабетом зависит от характера течения диабета во время беременности. Его течение (декомпенсация углеводного обмена или, при относительной его компенсации, наличие гипогликемии) приводит к ухудшению маточно-плацентарного кровотока, о чем свидетельствует повышение сосудистого сопротивления в маточно-плацентарных артериях.

Нарушение кровотока в маточно-плацентарных артериях является фактором риска развития хронической плацентарной недостаточности, тяжелых гипертензивных состояний.

У больных сахарным диабетом беременных при развитии тяжелых гипертензивных состояний в III триместре беременности отмечается выраженное тотальное нарушение артериального кровотока в системе плацента-плод, во второй её половине (на фоне клинических проявлений преэклампсии) – плодового кровотока. Выявляемые с помощью допплерометрии нарушения являются отражением прогрессирующей хронической плацентарной недостаточности и, соответственно, ухудшения состояния плода.

Допплерометрическая оценка плодово-плацентарного и плодового кровотока в III триместре беременности позволяет судить о функциональном состоянии плода при сахарном диабете матери. При этом отмечается повышение значений сосудистого сопротивления в артериях пуповины в III триместре беременности, во второй его половине (после 34 недель).

Заключение. Исследования выявили нарушения кровотока в системе мать-плацента-плод по мере увеличения срока беременности. Гипергликемия вызывает нарушение развития плаценты, тем самым предрасполагая к возникновению неблагоприятного перинатального исхода. Исследования продемонстрировали, что при наличии сахарного диабета у беременных не происходило физиологического снижения ПИ в маточных артериях в течение третьего триместра. Однако, абсолютные значения ПИ оставались в пределах границ нормы для соответствующих сроков и в связи с этим не могли использоваться для прогнозирования перинатального исхода. В отличие от этого, дискордантность значений С/Д в маточных артериях в течение третьего триместра может быть использована для выявления пациенток, имеющих риск развития дистресса плода.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Арханова О.Н. Плацентарная недостаточность, диагностика и лечение. – СПб.: Нодиездат, 2010. – 31 с.

2. Кузьмин В.Н. Фето-плацентарная недостаточность: проблема современного акушерства // Лечащий врач. – 2011. – №3. – С. 50-54.

3. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет. Острые и хронические осложнения. – М.: МИА, 2011. – С. 259-326.

4. International Association of Diabetes and Pregnancy study Groups Consensus Panel. Interna¬tional Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy // Diabetes Care. – 2010. – Vol. 33. – P. 676-682.

5. Gonzalez N.L., Gonzalez D.E., Castro A., Padron E., Plasencia W. Effect of pregestational diabetes mellitus on first trimester placental characteristics: three-dimensional placental volume and power Doppler indices // Placenta. – 2014. – Vol. 35, No. 3. – P. 147-151.

6. Харкевич О.Н., Барсуков А.Н., Панкратова О.А., Римашевский В.В., Скрипленок Т.Н. Ведение беременности у пациенток с сахарным диабетом I типа. – Минск: Право и экономика, 2014. – 40с.

7. Маризоева М.М., Садриев О.Н., Калмыков Е.Л., Султанов Д.Д., Бобджонова О.Б. Течение родов у женщин с варикозной болезнью // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2017. – Т. 25, № 1. – С. 97-102.

8. Мулкамонова Л.Н. Возможности прогнозирования плацентарной недостаточности у беременных с преэклампсиями // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2016. – № 1. – С. 31-36.

9. Назарова С.И. Акушерские и перинатальные исходы при гестационном сахарном диабете // Вестник Авиценны. – 2012. – № 1(50). – С. 72-78.

АЛИЕВА Р.Я, АХМЕДОВА Т.М., МЕНГНИЯЗОВА З.Г., БОЙМАТОВА З.К.

ҲОЛАТИ ГАРДИШИ ХУН ДАР СИСТЕМАИ МОДАР-ҲАМРОҲАК-ҶАНИН ВА НАТИҶАҲОИ ПЕРИНАТАЛИИ ҲОМИЛАДОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИИ НАВЪИ ЯКУМИ ДИАБЕТИ ҚАНД

МД Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии ВТ ва ҲИА ҶТ

Калимаҳои калидӣ: диабети қанд навъи якум, ҳомиладорӣ, системаи модар-ҳамроҳак-ҷанин.

Ҳангоми ҷой доштани бемории диабети қанди навъи якум, дар ҳомиладорон пастшавии индекси набзи шараёнҳои бачадон дар семоҳаи аввал ба қайд гирифта намешавад. Аммо, нишондодҳои мутлақи индекси набзӣ дар муҳлатҳои мувофиқ дар ҳудуди меъёр боқӣ мемонанд ва аз ин лиҳоз барои баҳогузории натиҷаи перинаталӣ истифода бурда намешаванд. Норасогии ҳамроҳак, ки ҳолати гипоксиявии ҷанинро ҳангоми бемории диабети қанд ба миён меорад сабаби пайдоиш ва инкишофи фетопатияи диабетикӣ гашта наметавонад.

УДК: 618-06:616-006(075.8)

[1]АСАБАЕВА Р.И., [2]ШАНАЗАРОВ Н.А., [2]СЕЙДАЛИН Н.К.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ И МНОГОПРОФИЛЬНЫХ КЛИНИК

[1]Южно-Казахстанский областной онкологический диспансер
[2]Больница медицинского центра управления делами Президента Республики Казахстан

В работе анализированы результаты хирургического лечения 401 пациентки с гинекологическими злокачественными новообразованиями (первая группа – 200 пациенток, которым лечение начато в гинекологических отделениях многопрофильных онкоцентров; проведено обследование и выполнены оперативные вмешательства с последующим направлением в специализированный стационар; вторая группа – 201 больная; обследованные и получившие лечение в специализированных онкологических центрах под наблюдением онкогинекологов). Выявлено, что онкогинекологи, которые работают в рамках мультидисциплинарных групп онкологических центров, могут получить лучшие клинические и онкологические результаты. Это подтверждает необходимость ведения пациенток в составе мультидисциплинарных групп онкологических учреждений в течение всего времени лечения, начиная от хирургического этапа.

Ключевые слова: рак яичников, рак эндометрия, диагностика и лечение.

[1]ASABAEVA R.I., [2]SHANAZAROV N.A., [2]SEYDALIN N.K.

ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GYNECOLOGICAL MALIGNANT NEOPLASMS IN THE CONDITIONS OF SPECIALIZED AND MULTIDISCIPLINARY CLINICS

[1]The South Kazakhstan regional Oncology Center
[2]Hospital of the medical centre of Administrative Department of the President of the Republic of Kazakhstan)

In the work were analyzed the results of surgical treatment of 401 patients with gynecological malignant neoplasms (first group – 200 patients, who started treatment in gynecological departments of multidisciplinary oncological centers; a survey was conducted and surgical interventions were performed with subsequent referral to a specialized hospital; second group – 201 patients; who examined and received treatment in specialized oncological centers under the supervision of oncogynecologists). Revealed that oncogynecologists who work in the framework of multidisciplinary groups of oncological centers, can get better clinical and oncological results. This confirms the necessity to manage patients in multidisciplinary groups of oncological centers during the whole period of treatment, starting from the surgical stage.

Key words: ovarian cancer, endometrial cancer, diagnostics and treatment.

Актуальность. Более одного миллиона новых случаев заболеваемости и полумиллиона смертей ежегодно во всем мире связаны с гинекологическими злокачественными новообразованиями, что представляет серьезную проблему для общества [1]. Согласно данным агентства по глобальной статистике рака, в 2012 году в мире зарегистрировано 14,1 миллионов случаев заболевания и 8,2 миллионов

случаев смерти от злокачественных опухолей, из них 57% всех заболевших и 65% всех умерших зарегистрировано в экономически развитых странах.

По данным мировой статистики, злокачественные новообразования репродуктивной системы занимают первое место в структуре онкологической заболеваемости женщин. К наиболее часто встречаемым опухолям женской репродуктивной системы относится рак молочных желез, рак яичников (РЯ), рак тела матки (РТМ) и рак шейки матки. В структуре онкогинекологической заболеваемости РЯ занимает 2 место после РТМ и первое место по смертности; 5-летняя выживаемость больных за последние 20 лет (1989-2010 гг.) изменилась незначительно: с 38% до 44%.

По данным литературы, в группах пациентов, обследуемых и получавших лечение под наблюдением специализированных врачей онкогинекологов в рамках мультидисциплинарных групп для лечения женщин с гинекологическими опухолями, были получены лучшие ответы на лечение и общая и безсобытийная выживаемость [2-4].

Мы полагаем, что при таком подходе онкогинекологи не только играют важную роль в проведении оптимального оперативного лечения, но также могут обеспечить лучшее общее качество лечения за счет целостной концепции диагностики, лечения и реабилитации онкологических пациентов. Однако, даже в странах с большим числом онкогинекологов, лишь немногие женщины с гинекологическими ЗНО получают помощь в специализированных учреждениях и у узких специалистов [5]. Только треть женщин с раком яичников лечатся под наблюдением онкогинекологов в США.

Наилучшим примером значения в прогнозе пациента хорошо подготовленного специалиста является рак яичников, где врач может положительно изменить клинические и онкологические прогнозы для конкретного пациента. Рак яичников является наиболее агрессивным гинекологическим раком с 5-летней общей выживаемостью 40% [6]. Документально подтверждены независимые прогностические факторы для поздних стадий заболевания: гистологический тип опухоли и степень дифференцировки, возраст пациента, стадия заболевания, состояние работоспособности и объем хирургической циторедукции [3]. Однако, только последний фактор является модифицируемым, это означает, что он поддается непосредственному влиянию и поэтому имеет первостепенное значение при рассмотрении усилий, направленных на улучшение результатов лечения этой болезни.

Шаназаров Н.А. – 010000, Республика Казахстан, г. Астана, ул. Е-495, стр. 2, РГП «Больница медицинского центра управления делами Президента РК» на ПХВ; тел.: +7 (7172) 708 081; +7 701 732 1113; e-mail: nasrulla@inbox.ru

Актуальность адекватного первичного хирургического лечения была отмечена в многочисленных исследованиях, которые привели к значительному улучшению результатов после полной резекции опухоли во время первичной хирургической циторедукции, по сравнению со случаями, в которых отмечалась остаточная опухоль после оперативного лечения [7-9].

Согласно последней консенсусной конференции Gynecological Cancer Inter Group (GCIG), «основой лечения местно-распространенного рака яичников является первичная операция, направленная на полную резекцию опухоли с последующей химиотерапией с применением препаратов платины и паклитаксела» [10].

Тем не менее, окончательное решение о том, следует ли выполнять циторедукцию опухоли, зависит от подготовки и уверенности оперирующего врача [10]. Многие исследования показывают, что пациенты, которым проводится оперативное лечение онкогинекологами, имеющими навыки проведения циторедуктивных вмешательств, чаще имеют адекватное хирургическое стадирование на ранней стадии заболевания и полную циторедукцию на поздних стадиях, по сравнению с пациентами, получавшими лечение у гинекологов или общих хирургов [2-4]. В цифрах, когда онкогинекологи выполняют операцию, вероятность получения полной циторедукции в два раза больше, чем у гинекологов и хирургов [2].

Однако, хирургическое лечение рака яичников является непростой задачей, и для этого требуется адекватная сопроводительная терапия, а также применение основанных на фактических данных клинических рекомендаций [11]. Несмотря на то, что онкогинекологи должны проводить эти операции, рекомендуется работа мультидисциплинарной группы с участием других специалистов, таких как хирурги, анестезиологи, радиологи и химиотерапевты. Эта стратегия направлена на улучшение качества и эффективности лечения конкретного пациента. Участие врачей-онкогинекологов от этапа диагностики и лечения до реабилитации у больных ЗНО женской половой сферы играет значительную роль в дальнейшем прогнозе для данной категории женщин.

Цель исследования. Изучение вопросов повышения эффективности диагностики и лечения больных РТМ и РЯ за счет улучшения качества и сокращения сроков первичной диагностики на этапе многопрофильной МО и оптимизация хирургического этапа лечения путем выполнения полного объема оперативного вмешательства в соответствии с принципами онкологического радикализма на первом этапе лечения.

Материал и методы исследования. Проведен анализ данных 268 пациенток с РЯ и 133 с РТМ (всего 401 больной), обследованныех и

получавших лечение в период с 2008 по 2013 годы в гинекологическом отделении ГКПП «Онкологический диспансер» г. Астаны и «Областном онкологическом диспансере» г. Шымкент (Казахстан).

В зависимости от условий хирургического этапа лечения все больные распределены в 2 группы. Первая группа – 200 пациенток, из них 156 больных РЯ и 44 больных РТМ, которым лечение начато в гинекологических отделениях многопрофильных МО, где проведено обследование и выполнено оперативное вмешательство с последующим направлением в специализированный стационар. Вторая (контрольная) группа – 112 больных РЯ и 89 пациенток с РТМ (всего 201 больной), обследованные и получившие лечение в специализированных онкологических центрах под наблюдением онкогинекологов.

В обеих группах преобладали пациентки с РЯ (78% и 55% соответственно), группы были однородны и сравнимы по возрасту и состоянию менструальной функции (большинство пациенток находились в периоде перименопаузы – 84,5% в исследуемой группе и 85,1% – в контрольной). Это позволило провести сравнительный анализ изучаемых групп по результатам диагностического этапа и эффективности лечения.

Всем пациенткам в результате комплексного клинико-инструментального и морфологического обследования устанавливали диагноз, проводили предоперационное стадирование опухолевого процесса по системе TNM, определяли операбельность. Признаками неоперабельности считали наличие ограничено смещаемых опухолевых масс в брюшной полости, неподвижных опухолевых инфильтратов в ректо-вагинальной клетчатке, выраженного асцита. Больным в обеих группах с выраженным асцитом производили лапароцентез, дренирование брюшной полости. Постоянный дренаж в брюшной полости использовали для эвакуации асцитической жидкости, ее динамического цитологического исследования и внутрибрюшинного введения химиопрепаратов.

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ общего статуса пациенток показал, что в обеих группах преобладали пациентки средней степени тяжести (ECOG 2-3 балла) – 75,7% и 66,7% в исследуемой и контрольной группах соответственно ($p>0,05$).

Длительность от появления жалоб до обращения за медицинской помощью у пациенток в изучаемых группах была порядка 3 месяцев в исследуемой (33,0%) и в контрольной (36,3%) группах. В период времени от 3 до 6 месяцев – 25,5% и 33,3%, в срок от 6 месяцев до года – 28,0% и 24,4% пациенток соответственно. Отмечается более высокая частота поздних обращений пациенток в многопрофильные МО, которая лучше прослеживается при сравнении частоты обращений в период более года с момента появления жалоб (13,5% в исследуемой группе и 6,0% в контрольной), однако различия между группами не достоверны.

Первым этапом всем поступившим было проведено ультразвуковое сканирование органов малого таза. Подавляющему большинству пациенток исследуемой (92,5%) и всем контрольной групп было проведено трансвагинальное УЗИ. Частота находок различных типов патологических изменений выше в контрольной группе, по сравнению с основной. Больший спектр в описании этих изменений в контрольной группе свидетельствует о высокой онкологической настороженности и большей практике в описании процессов, подозрительных на опухолевые врача-диагноста, проводившего исследование в специализированном онкологическом учреждении.

При обследовании пациенток в специализированном онкологическом учреждении минимальный рекомендованный объем обследования, включающий УЗИ органов малого таза и брюшной полости, рентгенографию грудной полости, был выполнен в 100% случаев. Пациенткам исследуемой группы минимальный объем рекомендованного обследования не был выдержан, поскольку рентгенография органов грудной полости произведена только в 62,5% случаев, а УЗИ органов брюшной полости – в 49,0% случаев. Дополнительные методы диагностики чаще выполнялись пациенткам контрольной группы, в результате чего была получена более подробная характеристика распространенности опухолевого процесса.

Окончательный диагноз РЯ или РТМ был установлен при обследовании в многопрофильной МО в 55,0% случаев. Оставшиеся 45,0% пациенток с подозрением на рак изучаемых локализаций нуждались в дополнительном обследовании и уточнении диагноза в условиях специализированного онкологического диспансера. Диагностика у этих пациенток носила двухэтапный характер, что негативно отражалось на длительности обследования.

В исследуемой группе у более половины пациенток диагностирован РЯ (78% случаев), оставшиеся 22% случаев приходились на рак эндометрия. РЯ среди пациенток исследуемой группы диагностирован преимущественно в III стадии (71,2%). Ранние (I-II) стадии РЯ диагностированы в 7,0% случаев (11 пациенток), причем первая стадия лишь у 3-х больных (1,9%). Достаточно большая доля больных с IV стадией заболевания (21,8%), что является одним из решающих факторов неблагоприятного прогноза для этой группы пациенток. Среди пациенток с РТМ преобладали пациентки с запущенным опухолевым процессом – 90,9% (III стадия – 65,9%, II-я – 25%); пациенток с IV стадией заболевания зарегистрировано

не было. Ранний рак эндометрия диагностирован лишь у 4-х пациенток (9,1%).

Анализ распределения пациенток по локализации и стадиям опухолевого процесса, проведенный в контрольной группе, показал, что у всех больных диагноз РТМ и РЯ был установлен после одноэтапного обследования в специализированном онкологическом учреждении. Среди пациенток контрольной группы РЯ и РТМ диагностированы одинаково часто: РЯ выявлен в 55,7%, РТМ – в 44,3% случаев. У большинства пациенток с РЯ (62,5%) диагностирована III стадия заболевания, что сопоставимо с аналогичным показателем в исследуемой группе (71,2%). Ранние стадии РЯ (I-II) диагностированы у 42 пациенток (37,5%), что значительно чаще, чем среди пациенток исследуемой группы (7,0%), в то время как IV стадия заболевания в контрольной группе не зарегистрирована. Ранние формы РТМ были диагностированы у преобладающего большинства пациенток – у 18,0% пациенток диагностирована I стадия и у 73,0% – II стадия опухолевого процесса; III стадия диагностирована в 9,0% случаев; пациенток с IV стадией не было.

В исследуемой группе диагностические операции, завершившиеся биопсией опухоли, произведены в 4,5% случаев. У 17,0% пациенток выполнен радикальный, мининимально необходимый объем оперативного вмешательства - надвлагалищная ампутация матки с придатками; 70,5% произведено оперативное вмешательство в паллиативном объеме. Всем пациенткам исследуемой группы, которые были прооперированы лапаротомным доступом, операция была произведена в радикальном объеме. Это свидетельствует о рациональности использования лапаротомии для операции у пациенток с РЯ и РТМ, которые оперируются в многопрофильных МО. Проведение оперативного вмешательства нерадикально при использовании лапароскопического доступа можно объяснить, с одной стороны, несоответствием выбранного доступа необходимому объему операции, а с другой стороны – недостаточной квалификацией хирурга, который в многопрофильной больнице не имеет возможности часто практиковать такого рода вмешательства.

В условиях онкологического стационара нерадикально оперированным пациенткам исследуемой группы было проведено повторное хирургическое вмешательство (21,5% пациенток) либо назначено комбинированное лечение, включавшее, помимо хирургического этапа, лучевую и химотерапию по показаниям. Послеоперационная химиотерапия проведена в 78,0%. Лучевая терапия, как компонент комбинированного лечения, была назначена 16,0% пациенткам; сочетанная по времени химиолучевая терапия назначена 6,0% больных. Учитывая, что в случае проведенной первым этапом нерадикальной операции дополнительное химиолучевое лечение носит паллиативный характер, а в целом случай лечения пациентки является осложненным, то для дальнейшего анализа ситуации проведена оценка общей эффективности комбинированной терапии.

У пациенток исследуемой группы полная регрессия опухоли не была зарегистрирована; частичная регрессия отмечена в 7,5% случаев; стабилизация процесса – в 8,0%; прогрессирование болезни – в 84,5% случаев. Самым частым вариантом прогрессирования было развитие местного рецидива болезни, которое отмечено в 43,2% случаев, что подтверждает отсутствие радикализма при проведении оперативного вмешательства.

В условиях специализированного онкологического учреждения всем больным контрольной группы первым этапом проводилось оперативное вмешательство, дополненное при необходимости лучевой и/или химиотерапией. Анализ структуры терапевтических опций, назначенных пациенткам контрольной группы, показал, что одноэтапное хирургическое лечение было выполнено у всех пациенток контрольной группы; у 50,7% помимо хирургического проведено химиотерапевтическое лечение и в 47,3% случаев было назначено лучевое лечение. То есть, адъювантная лучевая и/или химиотерапия была использована приблизительно у половины пациенток контрольной группы, что коррелирует с высокой частотой ранних стадий среди пациенток этой группы и приблизительно равным распределением пациенток по локализации опухоли.

Основным видом операционного доступа у пациенток контрольной группы была лапаротомия – она выполнена в 96,5% случаев; операции лапароскопическим доступом были произведены в 3,5% случаев. Радикальный объем оперативного вмешательства выполнен всего в 67,7% случаев; операции диагностического объема выполнены в 4,5% случаев; в 27,8% случаев произведены различные по объему циторедуктивные вмешательства.

При сравнении пациенток исследуемой и контрольной групп по виду примененного операционного доступа можно сделать вывод, что лапароскопический доступ достоверно чаще был использован у пациенток исследуемой группы, чем в контрольной (92,0% и 3,5% соответственно). В контрольной группе, по сравнению с исследуемой, достоверно чаще произведен радикальный объем операции (67,7% и 25,0% соответственно); паллиативные вмешательства, наоборот, достоверно чаще были выполнены пациенткам исследуемой группы, контрольной (70,5% и 27,8% соответственно). В то время как по количеству диагностических операций исследуемая и контрольная группы практически не отличались. Сравнительный анализ

изучаемых групп больных по объему оперативного вмешательства показал явные преимущества проведения хирургического этапа лечения больных с РТМ и РЯ в условиях специализированного онкологического учреждения, что подтверждает известные данные о важности квалификации оперирующего врача для выполнения необходимого объема оперативного вмешательства при онкогинекологической патологии.

Оценка эффективности терапии в контрольной группе пациенток показала высокую эффективность лечения: частота объективных ответов (полных и частичных регрессий) составила 83,6%; стабилизация процесса на фоне лечения отмечена в 14,4% случаев; прогрессирование заболевания на фоне проводимой терапии зарегистрировано в 2,0% случаев. При сравнительном анализе эффективности проведенного лечения больных злокачественными новообразованиями тела матки и яичников в условиях многопрофильной МО и в специализированном онкологическом стационаре отмечается, что она достоверно выше у пациенток контрольной группы, по сравнению с исследуемой, по показателю общей эффективности: доля полных и частичных регрессий составила 83,6% и 7,5% соответственно.

Эффективность комбинированного лечения пациенток контрольной группы по всем показателям значительно превышает эффективность терапии больных исследуемой группы за счет преобладания пациенток с начальными стадиями РТМ и РЯ в контрольной группе и значительно большей долей больных с распространенными формами опухолей в исследуемой группе. Более высокая эффективность комбинированной терапии пациенток контрольной группы связана с высокой результативностью первого хирургического этапа лечения, большей долей радикальных оперативных вмешательств в контрольной группе пациенток.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости организационного усовершенствования этапа первичной диагностики и формирования маршрута направления пациенток с подозрением на рак или установленным предварительным диагнозом РТМ и РЯ в специализированные онкологические диспансеры, которые обеспечивают более эффективное лечение этих пациенток. Консультация пациентки врачом-гинекологом с онкологической специализацией на начальном этапе диагностики может частично компенсировать низкую онкологическую настороженность врачей общего профиля, что в конечном итоге оказывается крайне важным для лечения пациентки. Целесообразно всех больных с опухолями тела матки и яичников, поступающим в плановом порядке на лечение в гинекологические стационары многопрофильных больниц, после этапа первичной диагностики направлять для дальнейшего обследования и лечения в профильные онкологические учреждения.

Оценка риска возникновения неблагоприятного исхода во время лечения у больных злокачественными новообразованиями тела матки и яичников в условиях многопрофильной МО и в специализированном онкологическом стационаре по критерию «осложнение хирургического лечения» показала, что степень риска подвержена значительным колебаниям и его величина резко повышается к 10 дню лечения. Риск возникновения осложнений хирургического лечения у пациенток в условиях стационара специализированного онкологического диспансера незначительно повышается на 9 день лечения и к 11 дню лечения снижается до достоверно более низких значений, чем в исследуемой группе. Это свидетельствует о более безопасном в плане риска послеоперационных осложнений лечении в условиях специализированного онкологического стационара.

Сравнение отдаленных результатов лечения пациенток РТМ и РЯ в изучаемых группах проведено по анализу показателя накопленного выживания. При сравнительном анализе накопленного выживания больных, получивших лечение в условиях многопрофильной МО и в специализированном онкологическом диспансере, необходимо отметить, что в исследуемой группе пациенток риск смертельного исхода повышается уже с 4 месяца лечения и резко увеличивается на 7-8 месяцы, плавно снижаясь к 10 месяцу и резко увеличиваясь к 11 месяцу после лечения. В контрольной группе пациенток, получивших лечение в специализированной онкологической МО, риск смертельного исхода начинает незначительно увеличиваться только с 9 по 10 месяцы после лечения, но затем снижается и продолжает уменьшаться на 11-12 месяцы после лечения.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что отдаленные результаты лечения, оцененные по функции накопленного выживания, достоверно лучше в контрольной группе, по сравнению с исследуемой. Это подтверждает необходимость ведения пациенток в составе мультидисциплинарных групп онкологических учреждений в течение всего времени лечения, начиная от хирургического этапа. Полученные результаты также свидетельствуют об определяющей роли первого этапа лечения как для непосредственных, так и для отдаленных результатов лечения.

Полученное несовпадение модели риска и фактически полученных данных свидетельствует о неадекватности лечении пациенток с РТМ и РЯ в условиях многопрофильного медицинского учреждения. С учетом проведенного ранее анализа это может быть связано с недостаточной онкологической настороженностью врачей-гинекологов общей лечебной сети и, как следствие, несоответ-

ствия лечебных мероприятий распространенности опухолевого процесса. Недостаточная точность диагностики и несоответствующий объем оперативного вмешательства приводят к снижению выживаемости больных РТМ и РЯ уже на первом году жизни после установления диагноза.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Sankaranarayanan R., Ferlay J. Worldwide burden of gynecological cancer. Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures. – New York: Springer, 2010. – P. 803-823.

2. Vernooij F., Heintz P., Witteveen E., van der Graaf Y. The outcomes of ovarian cancer treatment are better when provided by gynecologic oncologists and in specialized hospitals: a systematic review // Gynecol Oncol. – 2007. – Vol. 105, No. 3. – P. 801.

3. Du Bois A., Rochon J., Pfisterer J., Hoskins W.J. Variations in institutional infrastructure, physician specialization and experience, and outcome in ovarian cancer: a systematic review // Gynecol Oncol. – 2009. – Vol. 112, No. 2. – P. 422.

4. Fung-Kee-Fung M., Kennedy E.B., Biagi J., Colgan T., D'Souza D., Elit L.M. et al. The optimal organization of gynecologic oncology services: a systematic review // Curr. Oncol. – 2015. – Vol. 22, No. 4. – P. 282.

5. Bristow R.E., Chang J., Ziogas A., Randall L.M., Anton-Culver H. High-volume ovarian cancer care: survival impact and disparities in access for advanced-stage disease // Gynecol. Oncol. – 2014. – Vol. 132, No. 2. – P. 403.

6. Bookman M., Brady M., McGuire W., Harper P., Alberts D., Friedlander M. et al. Evaluation of new platinum-based treatment regimens in advanced-stage ovarian cancer: a phase III trial of the Gynecologic Cancer Intergroup // J.Clin.Oncol. – 2009. – Vol. 27. – P. 1419.

7. du Bois A., Reuss A., Pujade-Lauraine E., Harter P., Ray-Coquard I., Pfisterer J. Role of surgical outcome as prognostic factor in advanced epithelial ovarian cancer: a combined exploratory analysis of 3 prospectively randomized phase 3 multicenter trials: by the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Studiengruppe Ovarialkarzinom (AGO-OVAR) and the Groupe d'Investigateurs Nationaux Pour les Etudes des Cancers de l'Ovaire (GINECO) // Cancer. – 2009. – Vol. 115, No. 6. – P. 1234.

8. Winter W.E., Maxwell G.L., Tian C., Carlson J.W., Ozols R.F., Rose P.G. et al. Prognostic factors for stage III epithelial ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group Study // J. Clin. Oncol. – 2007. – Vol. 25, No. 24. – P. 3621.

9. Stuart G.C., Kitchener H., Bacon M., duBois A., Friedlander M., Ledermann J. et al. Gynecologic Cancer InterGroup (GCIG) consensus statement on clinical trials in ovarian cancer: report from the Fourth Ovarian Cancer Consensus Conference. Int // J. Gynecol. Cancer. – 2011. – Vol. 21, No. 4. – P. 750.

10. Chi D.S., Schwartz P.E. Cytoreduction vs. neoadjuvant chemotherapy for ovarian cancer // Gynecol Oncol. – 2008. – Vol. 111. – P. 391.

11. Икромова З.М., Хушвахтова Э.Х., Курбанова М.Х., Холоса С.Х. Современные методы исследования в диагностике доброкачественных опухолей яичников и опухолевидных образований у женщин репродуктивного возраста // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2017. – № 1. – С. 25-30.

[1]АСАБАЕВА Р.И., [2]ШАНАЗАРОВ Н.А., [2]СЕЙДАЛИН Н.К.

БАҲОГУЗОРИИ НАТИҶАИ ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ОМОСҲОИ БАДСИФАТИ ГИНЕКОЛОГӢ ДАР ШАРОИТИ БЕМОРХОНАҲОИ МАХСУСГАРДОНИДАШУДА ВА БИСЁРСАМТА

[1]Беморхонаи вилоятии саратоншиносии қисми ҷанубии Қазоқистон
[2]Маркази тиббии идораи корҳои Президенти Ҷумҳурии Қазоқистон

Калимаҳои калидӣ: саратони тухмдонҳо, саратони эндометрия, ташхис ва табобат.

Дар кори мазкур таҳлили муқоисавии манфиатнокии расонидани ёрии тиббӣ ба занони дорои саратони тухмдон ва эндометрия дар шароити марказҳои саратоншиносии бисёрсамта гузаронида шудааст. Табибони ботахасуси онкогинеколог, ки дар чорчубаи гурӯҳи мултидиссиплинарии марказҳои онкологӣ фаъолият менамоянд, метавонанд натиҷаҳои хуби клиникӣ ва онкологӣ ба даст оранд. Аммо, дастрасӣ доштан ба онкогинекологҳо барои занон бо гумони ҷой доштани саратони узвҳои занона на ҳама вақт кофӣ аст.

УДК 616-006.442

[1,3]АХМЕДОВА З.Б., [2]УМАРОВА С.Г., [1,3]ХУСЕЙНОВ З.Х.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА У ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

[1]ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ
[2]Кафедра онкологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино
[3]Кафедра онкологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Изучена заболеваемость населения Республики Таджикистан лимфомой Ходжкина (ЛХ) на основе отчётных форм №7 и №35 за 2002 и 2013 гг., отчетных данных Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан. Установлено ранговое место гемобластозов (7,1%) и удельный вес ЛХ у женщин в структуре гемобластозов (40%). Выявлено, что максимальные показатели заболеваемости наблюдались в возрасте 25-34 года, 35-44 года, 45-54 года.

Ключевые слова: лимфома Ходжкина, заболеваемость, женщины, Республика Таджикистан.

[1,3]AKHMEDOVA Z.B., [2]UMAROVA S.G., [1,3]KHUSEYNOV Z.KH.

EXPONENT OF THE MORBIDITY OF WOMEN WITH HODGKIN'S LYMPHOMA IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

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

Explored the morbidity of population of the Republic of Tajikistan with Hodgkin's Lymphoma (HL) on the basis of reporting forms №7 and №35 per 2002 and 2013, the accounting data of the Statistical Agency under the President of the Republic of Tajikistan. Installed the rank place of hemoblastoses (7,1%) and specific weight of HL in women in the hemoblastosis structure (40%). Revealed that the maximum incidence rates were observed at the age of 25-34 years, 35-44 years, 45-54 years.

Key words: Hodgkin's Lymphoma, incidence, women, the Republic of Tajikistan.

Актуальность. Несмотря на то, что ЛХ считается редкой патологией, в возрастной группе 15-24 лет данная патология встречается в каждом шестом случае выявленного онкологического заболевания [1-5]. Из всех больных ЛХ почти 50% составляют женщины, и, в отличие от других гемобластозов, пик заболеваемости среди них приходится именно на репродуктивный возраст, а 81% из всех заболевших женщин входят в эту возрастную группу [5-9].

В структуре общей онкологической заболеваемости на долю ЛХ приходится около 0,5%, она составляет 30% от общего числа лимфом [1-4, 10]. 20-летняя выживаемость, свободная от неудач лечения, в группе женщин детородного возраста достигает 60%, увеличилась за последние 10 лет на 11% [2, 11].

В России в 2012 г. гемобластозы заняли 6-е место в структуре онкологической заболеваемости у мужчин (4,9%) и 8-е место - у женщин (4,4%). В странах

Ахмедова З.Б. – соискатель, ученый секретарь ГУ РОНЦ МЗСЗН РТ, ассистент кафедры онкологии ГОУ ИПОвСЗ РТ; 734064, Душанбе, пр. Исмоили Сомони 59а; +992 900002577; e-mail: zorri@mail.ru

СНГ доля гемобластозов среди всех злокачественных новообразований колебалась от 3,1% до 11%. С 2007 по 2012 г. рост заболеваемости гемобластозами отмечен в Армении (на 17,1% у мужчин и 28,1% у женщин), в России (на 0,7% и 3,7% соответственно) и Кыргызстане (на 9,7% у женщин). В возрастной группе 15-39 лет лимфомы на 1-м месте в структуре онкологической заболеваемости у мужчин (15,6%) и на 4-м месте – у женщин (8,5%).

К концу 2012 года пик заболеваемости ЛХ среди женщин в СНГ наблюдался в возрасте 35-39, 55-75 лет – в Азербайджане, 20-34 лет – в Армении, 30-34, 50-59 лет – в Кыргызстане, 20-34, 60-64 года – в Казахстане, 15-39, 55-75 лет – в Беларуси и 15-29 лет – в России [11]. В связи с тем, что основная доля населения нашей республики имеет молодой возраст, изучение особенностей заболеваемости лимфомой Ходжкина в Таджикистане является актуальным.

Цель исследования. Изучить заболеваемость женского населения Республики Таджикистан лимфомой Ходжкина.

Материал и методы исследования. Изучение заболеваемости лимфомой Ходжкина осуществлялось на основе отчетных форм №7 (отчёт о заболеваниях злокачественными новообразованиями) и №35 (отчёт о контингенте больных злокачественными новообразованиями) за 2002 и 2013 гг., а также по отчетным данным Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан за 2012 год.

Анализ заболеваемости ЛХ в РТ осуществлялся на основе экстенсивных, интенсивных, стандартизованных показателей, рассчитанных прямым (мировой стандарт) методом. Исследовались временные тренды заболеваемости: определялся темп прироста и среднегодовой прирост. Для изучения влияния факторов, связанных с изменением численности и возрастного состава населения и с риском заболеть, проводился компонентный анализ приростов заболеваемости по методу Е.М. Акселя и В.В. Двойрина. Средний возраст больных ЛХ рассчитывался по методу взвешенной средней величины.

Динамика показателей исследовалась с использованием уравнений линейной регрессии. При помощи экстраполяции полученных уравнений линейной регрессии на последующие годы рассчитывались прогностические уровни заболеваемости.

Результаты и их обсуждение. По данным, опубликованным в статистических материалах Министерства здравоохранения и социальной защиты населения республики, в 2014 году зарегистрировано 3072 впервые выявленных больных злокачественными опухолями всех локализаций (38,4 на 100 тыс. нас.), из них 1265 (41,2%) мужчин и 1807 (58,8%) женщин. За период 2002-2014 гг. на территории Таджикистана зарегистрировано 2612 случаев гемобластозов, из них доля ЛХ составляет 839 (32,1%) случаев. Республика Таджикистан насчитывает 5 регионов: город Душанбе, Районы Республиканского подчинения, Согдийская область, Хатлонская область, Горно-Бадахшанская Автономная область.

Больше половины всех случаев заболевания ЛХ среди женщин приходятся на Согдийскую область – 466 (55,6%), 221 (26,3%) – на Хатлонскую область, 84 (10%) – на РРП, 42 (5%) – на Душанбе, 26 случаев (3,1%) – на ГБАО. Гемобластозы в структуре заболеваемости населения РТ злокачественными опухолями в 2014 году заняли пятое ранговое место – 7% (217 человек), из них на долю ЛХ приходится 93 (43%) случая (рис. 1).

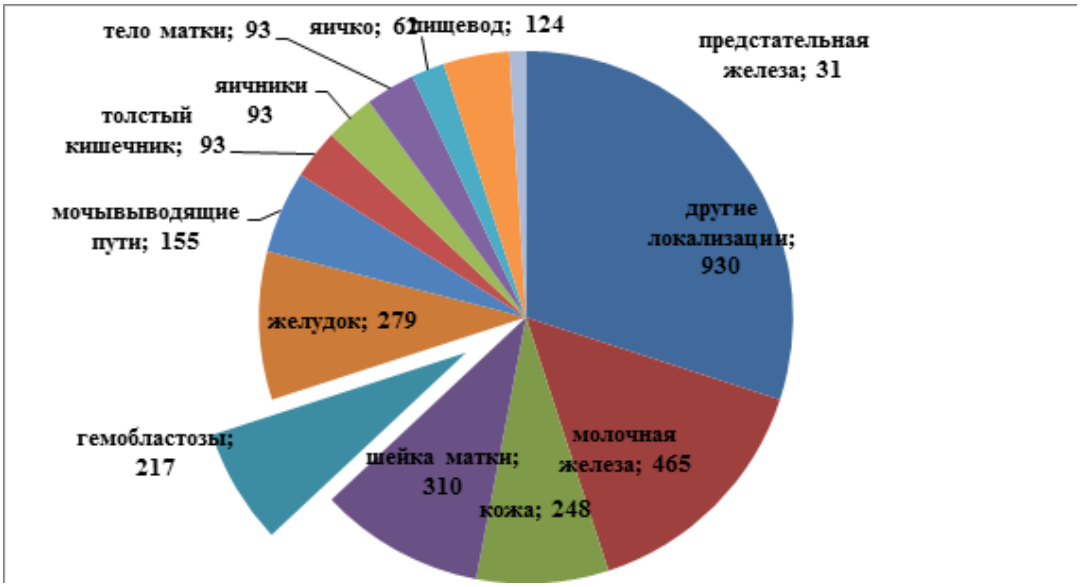


Рис. 1. Структура заболеваемости злокачественными опухолями населения Республики Таджикистана в 2014 году

Изучение соотношения гемобластозов к злокачественным новообразованиям других локализаций в Республике Таджикистан за 2002-2014 гг. показало, что их удельный вес находится на одном уровне (7,1-10,3%), занимая стабильно четвертое-пятое место.

С 2002 по 2014 гг. абсолютное число заболевших ЛХ составило 839 человек. Из них 530 мужчин (63,2%), женщин – 309 (36,8%).

Показатели заболеваемости среди женщин практически вдвое меньше показателей мужчин, что соответствует данным мировой статистики. В структуре злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей за 2014 год удельный вес ЛХ составил 40% (87 случаев), занимая второе место. Неходжкинские лимфомы составили 46% (99 случаев), на долю остальных нозологий приходится 14% (31) случаев.

За исследуемый период (2002-2012 гг.) отмечается снижение абсолютного числа заболевших, интенсивных и стандартизованных показателей заболеваемости женского населения ЛХ. Темп убыли составил (-35,2%).

Изучение возрастных особенностей ЛХ по годам отражает периоды роста и спада уровня заболеваемости. Анализ повозрастных показателей заболеваемости ЛХ женщин республики показал неравномерность их распределения (рис. 2, табл. 1).

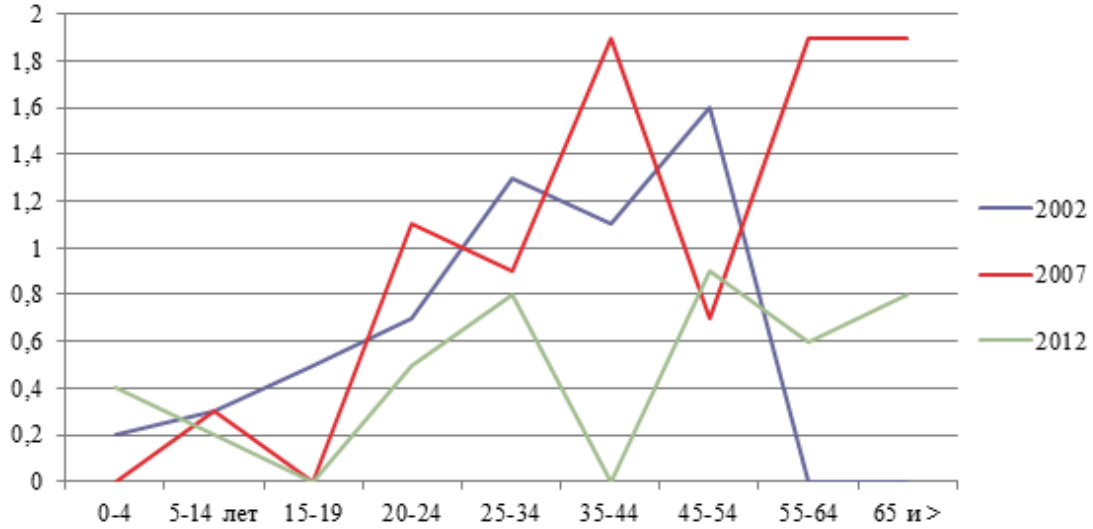


Рис. 2. Показатели заболеваемости женского населения РТ ЛХ по возрастным группам за 2002, 2007 и 2012 гг. (на 100 тыс. населения)

Максимальные показатели заболеваемости женщин ЛХ наблюдаются в возрастных группах 25-34 года (0,8-1,3%), 35-44 года (1,1-1,9%), 45-54 года (0,7-1,6%).

Таблица 3

Заболеваемость ЛХ женского населения РТ по возрастным группам (на 100 тыс. населения)

Возраст, лет	2002 г.		2012 г.		Темп прироста (убыли),%	Среднегодовой темп прироста, %
	ИП	ДИ	ИП	ДИ		
0-4	0,2	0-0,7	0,4	0-1,0	62,2	4,9
5-14	0,3	0-0,7	0,2	0-0,6	-30.9	-3,6
15-19	0,5	0-1,3	0	0	-100	–
20–24	0,7	0-1,7	0,5	0-1,1	-32,5	-3,8
25–34	1,3	0,25-2,3	0,8	0,1-1,5	-36,5	-4,4
35–44	1,1	0-2,2	0	0	-100	–
45–54	1,6	0-3,4	0,9	0-1,9	-45,6	-5,9
55–64	0	0-0	0,6	0-1,8	0	–
65+	0	0	0,8	0-2,4	–	–
ИП	0,7	0,4-1,0	0,4	0,2-0,7	-37,3	-4,6
СП	0,7	0,4-1,0	0,4	0,2-0,7	-35,2	-4,2

С 2002 по 2012 гг. отмечался рост интенсивных показателей заболеваемости в возрасте 0-4 года от 0,2% до 0,4% на 100 тыс. нас. Темп прироста составил 62,2%, среднегодовой тепм прироста – 4,9%. В целом за исследуемый период, как указывалось выше, наблюдалось снижение интенсивных и стандартизованных показателей заболеваемости женского населения РТ лимфомой Ходжкина от 0,7% до 0,4% на 100 тыс. нас. Темп убыли СП составил (-35,2%), а среднегодовой темп убыли (-4,2%).

Для сравнения: в России стандартизованный показатель заболеваемости женского населения ЛХ в 2012 году составил 1,9 на 100 тыс. населения [12-18].

Проведенный компонентный анализ показал, что убыль интенсивных показателей заболеваемости ЛХ обусловлен изменениями в численности и возрастной структуре населения.

Средний возраст женщин, заболевших ЛХ, в 2002 году составил 30,6 лет. В динамике в 2007 году отмечено значительное увеличение среднего возраста больных от 30,6±6,2 лет в 2002 до 39,9±6,7 лет в 2007 году. Однако, с 2007 года по 2012 г. наметилась тенденция к снижению показателя среднего возраста заболевших до 33,1 года. Для сравнения: в 2012 г. средний возраст больных ЛХ в Кыргызстане составил 37 лет и 58 лет – в Беларуси [11]. На основании ежегодных данных рассчитан прогноз заболеваемости ЛХ женского населения республики. По прогнозу, при сохранении имеющихся тенденций в 2020 г. стандартизованный показатель заболеваемости ЛХ может снизиться до 0,1 на 100 тыс. населения (табл. 2).

Таблица 2

Динамика показателей заболеваемости ЛХ женского населения РТ и РФ (на 100 тыс. нас.)

Год	Таджикистан		Россия	
	ИП (ДИ)	СП (ДИ)	ИП	СП
2002	0,7 (0,4–1,0)	0,7 (0,4–1,0)	–	–
2003	0,9 (0,7–1,4)	1,4(0,8-1,9) 12,4 (10,8–14,0)	–	–
2004	0,9 (0,7-1,4)	1,5 (0,9-2,0)	–	–
2005	0,4 (0,2-0,6)	0,4 (0,1-0,6)	–	–
2006	0,3 (0,2-0,6)	0,4 (0,2-0,7)	–	–
2007	0,8 (0,5-1,1)	0,9 (0,5-1,2)	–	1,92
2008	0,7 (0,4-1,0)	0,7 (0,4-1,1)	–	1,95
2009	0,7 (0,5-1,1)	0,8 (0,5-1,1)	–	1,99
2010	0,3 (0,2-0,6)	0,4 (0,1-0,6)	–	2,02
2011	0,6 (0,4-0,9)	0,8 (0,5-1,1)	–	1,85
2012	0,4 (0,2-0,7)	0,4 (0,2-0,7)	–	1,9
Прогноз в 2020 г.		0,1 (-0,004 - 0,23)	–	–

Указанные данные подтверждаются при расчете показателя кумулятивного риска, т.е. риска развития злокачественного новообразования, которому подверглась бы женщина в течение жизни (0–74 года), при условии отсутствия всех причин смерти. За исследуемый период среди женского населения Таджикистана кумулятивный риск развития ЛХ снижается (рис. 3).

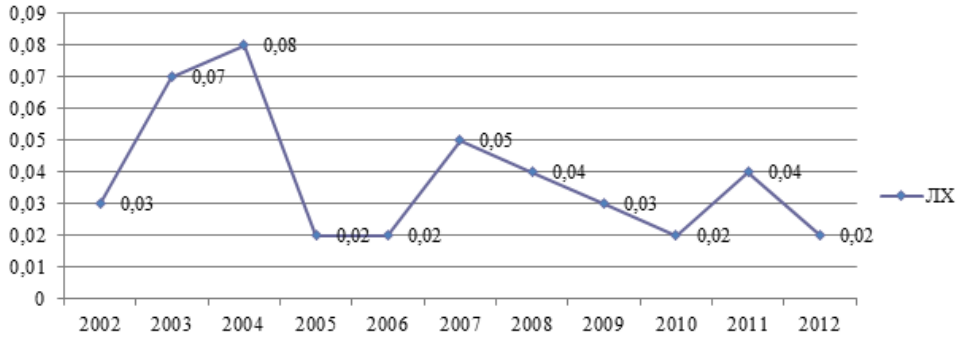


Рис. 3. Кумулятивный риск развития ЛХ у женского населения в Таджикистане, %

Анализ кумулятивного показателя развития ЛХ в зависимости от возраста показал, что риск развития ЛХ высок в активном и позднем репродуктивном возрастах женщин.

Заключение. Изучение заболеваемости населения Республики Таджикистан лимфомой Ходжкина позволило установить, что гемобластозы в структуре заболеваемости населения республики злокачественными опухолями в 2014 году заняли пятое ранговое место – 7,1%; удельный вес лимфомы Ходжкина у женщин среди всех гемобластозов составил 40% (второе ранговое место); темп убыли за 2002-2012 гг. составил (-35,2%), а стандартизованный показатель заболеваемости ЛХ снизился с 0,7 в 2002 году до 0,4 на 100 тыс. населения в 2012 г. Максимальные показатели заболеваемости женщин ЛХ наблюдаются в возрастных группах – 25-34 года (0,8-1,3%); 35-44 года – (1,1-1,9%); 45-54 года – (0,7-1,6%). Прогнозируется снижение стандартизованных показателей от 0,7 до 0,1 на 100 тыс. населения к 2020 году.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Пылова И.В., Демина Е.А., Шмаков Р.Г., Перилова Е.Е. Репродуктивная функция у пациенток с лимфомой Ходжкина и возможности её сохранения // Онкогематология. – 2006. – № 1-2. – С.113-120.

2. Herbertson R., Hancock B.W. Hodgkin Lymphoma in adolescents // Cancer Treat Rev. – 2005. – Vol. 31. – P. 339-360.

3. MacMabon B. Epidemiology of Hodgkin's disease // Cancer Res. – 1966. – Vol. 26. – P. 1189-1201.

4. Swerdlow A.J. Epidemiology of Hodgkin's disease and non-Hodgkin's lymphoma // Eur. J. Nucl. Med. Mol. Imaging. – 2003. – Vol. 30, No. 1. – P. 3-12.

5. Wallace W.H. Parenthood in female survivors of Hodgkin's lymphoma // Lancet. – 2015. – Vol. 16, No. 6. – P. 601-603.

6. Демина Е.А. Лимфома Ходжкина. Репродуктивное здоровье у женщин с онкогематологическими заболеваниями / под ред. Г.Т. Сухих, М.И. Давыдова, В.Г. Савченко. – Москва, 2012. – С. 16-25.

7. Демина Е.А. Лимфома Ходжкина. – РЛС. – М., 2004. – С. 605-614.

8. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине: учебное пособие для вузов / под ред. Ю.Л. Шевченко. – М., ГОЭТАР-МЕД, 2004. – С. 184-192.

9. Ахмедова З.Б., Умарова С.Г., Ашурова М.Д. Фертильность и лимфома Ходжкина // Вестник Авиценны. – 2013. – № 2(55). – С. 165-172.

10. Yung L., Linch D. Hodgkin's lymphoma // Lancet. – 2003. – Vol. 361. – P. 943-951.

11. De Vita V.T., Hellan S., Rosenberg S.A. Cancer: Principles and Practice of Oncology (6th ed.). – Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. – 2734 p.

12. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 году. – М., 2014. – 226 с.

13. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой; М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России. – 2014. – 250 с.

14. Злокачественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность) / под ред. В.И. Чиссова, Старинского В.В., Петровой Г.В.; М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России. – 2013. – 289 с.

15. Злокачественные новообразования в России в 2010 году (заболеваемость и смертность) / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой - М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России. – 2012. – 260 с.

16. Злокачественные новообразования в России в 2009 году (заболеваемость и смертность) / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой - М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Минздравсоцразвития России». – 2011. – 260 с.

17. Злокачественные новообразования в России в 2008 году (заболеваемость и смертность) / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой.− М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий». – 2010. − 256 с.

18. Злокачественные новообразования в России в 2007 году (заболеваемость и смертность) / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой − М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий». – 2009. − 244 с.

[1,3]АХМЕДОВА З.Б., [2]УМАРОВА С.Г., [1,3]ХУСЕЙНОВ З.Х.

НИШОНАХОИ БЕМОРИИ ЛИМФОМАИ ХОЧКИН ДАР ЗАНҲОИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

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

Калимаҳои калидӣ: лимфомаи Хоҷкин, беморшавӣ, занҳо, Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Таҳлили нишонаҳои бемории лимфомаи Хочкин дар аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар асоси шаклҳои ҳисоботи №7 ва №35 барои солҳои 2002 и 2013, маълумотҳои ҳисоботи Агентии омори назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, тасдиқнамудани ҳои гембластозхо (7,1%) ва хиссаи лимфомаи Хочкин дар занхо дар сохтори гемобластозхо (40%) гузаронида шуд. Нишонахои максималии бемории дар сини солхои 25-34, 35-44, 45-54 мушохида шуд.

УДК 616.14-002.-007.64-036.11-07-089

[1,2]ГАИБОВ А.Д., [2]ДЖУРАКУЛОВ Э.С., [1,2]СУЛТАНОВ Д.Д.,
[1,2]КАМОЛОВ А.Н., [2]АВГОНОВ У.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНО- И ДВУХЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА

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

Статья посвящена сравнительной оценке результатов одно- и двухэтапного хирургического лечения 185 больных с острым варикотромбофлебитом. Выявлено статистически значимое различие частоты таких ранних послеоперационных осложнений, как тромбоз глубоких вен (0,8% против 4,8%), кровотечения (0,8% против 6,7%), повреждение подкожных нервов (13% против 27,4%) и нагноений послеоперационной раны (4,1% против 20,9%) у больных обеих групп. Большее количество осложнений были устранены без остаточных явлений, однако, несмотря на усиленную патогенетическую терапию, у пациентов обеих групп полного восстановления поврежденных подкожных нервов не отмечалась, при этом в отдаленном периоде отмечалась значимая разница площади гипостезии кожи (82,7±8,3 мм^2 против 103,6±12,4 мм^2). С позиции качества жизни худшие результаты отмечались у пациентов, оперированных одноэтапно.

Ключевые слова: острый варикотромбофлебит, кросс-эктомия, флебэктомия, качество жизни.

[1,2]GAIBOV A.D., [2]DZHURAKULOV E.S., [1,2]SULTANOV D.D.,
[1,2]KAMOLOV A.N., [2]AVGONOV U.M.

RESULTS OF ONE- AND TWO-STAGE SURGICAL TREATMENT OF ACUTE VARICOTHROMBOFLEBITIS

[1]Department of Surgical Diseases №2 of the Avicenna Tajik State Medical University
[2]State Establishment «Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery» of the Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan

The article is devoted to a comparative evaluation of the results of one- and two-stage surgical treatment of 185 patients with acute varicothrombophlebitis. Identified a statistically significant difference in incidence of such early postoperative complications as deep vein thrombosis (0,8% versus 4,8%), bleeding (0,8% versus 6,7%), subcutaneous nerve damage (13% versus 27,4%) and suppuration of the postoperative wound (4,1% versus 20,9%) in patients of both groups. A large number of complications were eliminated without residual effects, however despite the increased pathogenetic therapy in patients of both groups there was no complete restoration of damaged subcutaneous nerves, while in the long-term period was a significant difference in area of skin hyposthenia (82,7±8,3 mm^2 in contrast to 103,6±12,4 mm^2). From the position of quality of life, the worst results were observed in patients operated in one stage.

Key words: acute varicothrombophlebitis, crossectomy, phlebectomy, quality of life.

Актуальность. Острый варикотромбофлебит (ОВТФ) продолжает оставаться одним из самых часто встречающихся ургентных сосудистых заболеваний, частота которого, по некоторым данным, достигает до 17,2% [1-3]. Наиболее грозным вариантом течения ОВТФ является восходящий

тромбоз ствола подкожной вены, при котором тромботический процесс имеет тенденцию к распространению в проксимальном направлении. При этом в связи с меньшим диаметром большой подкожной вены, по сравнению с общей бедренной, верхушка тромба в большинстве случаев остается не фиксированной, что создает реальную угрозу для развития тромбоза глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) [4, 5]. Так, по некоторым данным, ТГВ при ОВТФ встречается в 8,4% случаев, при этом до 40% пациентов вследствие сочетанного тромбоза поверхностных и глубоких вен становятся глубокими инвалидами [3, 6, 7]. Наиболее тяжёлым исходом сочетанного тромбоза является синяя флегмазия (венозная гангрена), которая встречается у 1,5% больных [8].

Симптомные и бессимптомные формы ТЭЛА, обусловленные ОВТФ, встречаются до 9,2%, и в большинстве случаев диагностируются на основании сцинтиграфии и рентгенографии лёгких [9-11].

Несмотря на внедрение современных ангиологических методов исследования, до сих пор имеются случаи поздней или неправильной диагностики, ошибки в выборе метода лечения ОВТФ, главной причиной которых является несвоевременное обращение пациентов в специализированные медицинские учреждения [12].

Так, по данным А.Ф. Красника (2005), частота диагностических ошибок в распознавании ОВТФ на догоспитальном этапе составляет 50%, основными причинами этого являются: недостаточные знания поликлинических врачей относительно возможных осложнений варикозной болезни, трудности в дифференциальной диагностике ОВТФ с воспалительными заболеваниями кожи и дерматитов, а также недостаточное обеспечение медицинских учреждений первичного звена современными ультразвуковыми методами исследования [13].

Несмотря на накопленный многолетний опыт, выбор метода лечения при ОВТФ остаётся одним из ключевых вопросов, так как существующие мнения часто противоречивы. Тактика лечения ОВТФ зависит от масштаба его распространения, длительности и стадии заболевания. В настоящее время имеются два направления в лечении ОВТФ: консервативный и хирургический. Независимо от метода лечения, их главной задачей является предупреждение перехода тромботического процесса в глубокую венозную систему и развития ТЭЛА.

Большинство авторов, являющихся сторонниками активной хирургической тактики, рекомендуют произвести паллиативную (кроссэктомия) или же радикальную (флебэктомия) операции, которые позволяют минимизировать осложнения и фатальные тромбоэмболии [14-18].

Сторонники одноэтапной радикальной флебэктомии отмечают, что такая тактика является весьма обоснованной, так как при этом регистрируется меньшее число послеоперационных эмболических и тромботических осложнений, уменьшаются сроки госпитализации пациентов и связанные с этим материальные расходы [13, 17].

Вместе с тем, при одноэтапном хирургическом лечении отмечается высокая частота таких послеоперационных осложнений, как тромбоз глубоких вен (2,7%), некроз краев раны (4,2%), гематома и лимфорея из ран (14,3%), повреждение кожных нервов (21,2%), а также нагноение раны [3, 19-23].

Другие авторы рекомендуют выполнить радикальные оперативные вмешательства в отсроченном порядке, после стихания воспалительных процессов, но еще до развития выраженных склеротических изменений в стенке вены и паравазальной клетчатке [3, 5, 24, 25].

Согласно данным А.В. Пешкова и соавт. (2006), двухэтапная тактика оперативного лечения при ОВТФ по эффективности и безопасности сравнима с одномоментной флебэктомией, вместе с тем, превосходя её по косметическим результатам [26].

Цель исследования. Сравнительная оценка непосредственных и отдаленных результатов одно- и двухэтапного лечения острого варикотромбофлебита.

Материал и методы исследования. В основу настоящего исследования положен анализ результатов лечения 185 больных с острым варикотромбофлебитом нижних конечностей, возникшем на фоне варикозной болезни, находившихся с января 2009 по декабрь 2014 г. в отделении хирургии сосудов Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии. Среди пациентов лица женского пола составили 146 (78,9%), мужского – 39 (21,1%). Возраст больных колебался от 16 до 72 лет, в среднем составляя 32,1±6,3 года.

Из общего числа больных правосторонняя локализация варикотромбофлебита наблюдалась у 82 (44,3%), левосторонняя - у 103 (55,7%) пациентов.

Локализацию и распространенность тромботического процесса определяли в соответствии с классификацией F. Verrel et al. (1998), согласно которой все пациенты были распределены следующим образом:

I тип (n=92) – тромботический процесс не достигал остиальных клапанов большой или малой подкожных вен, при этом распространение тромба на глубокие вены отсутствовали;

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

II тип (n=93) – проксимальная часть тромбоза находилась на уровень остиальных клапанов;

Сроки поступления пациентов от начала проявления клинических признаков варикотромбофлебита варьировали до 17 суток, составляя в среднем 4,3±0,6 суток. Основной причиной запоздалого обращения было большое расстояние между населенными пунктами пациентов и больницами. Установлено, что 15,1% больных обратились или лечились в непрофильных лечебных учреждениях с точно установленным диагнозом варикотромбофлебита.

Лечебная тактика при остром варикотромбофлебите зависела от локализации и протяженности тромботического процесса, давности заболевания, возраста пациентов, сопутствующих заболеваний и наличия осложнений (ТЭЛА, парафлебит, тромбоз глубоких вен).

В зависимости от тактики лечения все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу включены 123 (66,5%) пациента, которым для лечения острого варикотромбофлебита использовали двухэтапную хирургическую тактику с консервативным лечением воспалительного процесса в промежутках между ними. На первом этапе с целью профилактики распространения тромба в глубокие вены выполняли паллиативную операцию (кроссэктомия) с последующей консервативной терапией. После стихания воспалительного процесса в плановом порядке производили радикальную флебэктомию. Сроки выполнения последней зависели от степени регресса воспалительного процесса и в среднем составили 8-10 недель. Обоснованием для проведения такой тактики явился острый период тромботического процесса, где при проведении радикальной операции развивается большое число послеоперационных раневых осложнений и повреждения подкожных нервных стволов. Такая тактика использовалась также при отсутствии горизонтального рефлюкса по перфорантным венам у больных преклонного возраста и при наличии сахарного диабета.

Вторую группу составляли 62 (33,5%) пациента, которым была произведена одноэтапная радикальная флебэктомия. Показанием для проведения такого объема лечения явились поздние сроки заболевания, частичное или полное стихание острого периода воспаления и ограничение тромботического процесса в подкожных венах, локализация проксимальной границы тромботического процесса ближе к сафено-бедренному соустью.

Результаты оперативных вмешательств оценивали на основании оценки состояния конечности, болевого синдрома, неврологического дефицита, а также социальным, психологическим и функциональным параметрами качества жизни согласно опроснику CIVIQ 2 и SF-36. При обработке анкеты определяли индекс качества жизни пациентов, имеющий минимальное (0%) и максимальное (100%) значения. Чем больше этот показатель, тем хуже КЖ и наоборот. Градация нарушений КЖ выглядела следующим образом: при величине ИКЖ ≤25% нарушения КЖ крайне низкие или отсутствуют; при величине ИКЖ = 25-50% имеются умеренные нарушения КЖ; при величине 50-75% нарушения КЖ серьезные; при величине ИКЖ >75% отмечались тяжелые нарушения качества жизни.

Статистический анализ полученных результатов проведен с помощью пакета программ Statistica 6.0. При нормальном распределении в выборке данные представлены в средних величинах со средней квадратической ошибкой (M ± δ). Определение значимости различий полученных данных (p) в сравниваемых выборках при ненормальном распределении проводили по критерию Манна-Уитни (MW), для связанных выборок – по критерию Вилкоксона (W). Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. Оценка результатов хирургического лечения больных ОВТФ является крайне сложной задачей, что связано не только с изучением гемодинамических изменений в венозной системы после операции, но и качеством жизни больных после операции, наличием специфических и неспецифических осложнений, формированием грубых рубцов, а также неврологическими нарушениями, обусловленными повреждением подкожных нервов во время операции.

Ближайшие результаты лечения оценивали в послеоперационном периоде в стационаре и во время выписки больных из стационара в течение 7-30 дней. Анализировали характер, причины и исход всякого рода послеоперационных осложнений.

К специфическим осложнениям отнесли: острый рецидивный тромбоз глубоких вен после тромбэктомии или хирургических вмешательств, ТЭЛА в стационаре, повреждение подкожных нервов при флебэктомии, кровотечение из лигированных ветвей, к неспецифическим – лимфорею, инфильтрат и нагноение послеоперационной раны.

В раннем послеоперационном периоде различные специфические и неспецифические осложнения возникли у 45 больных, характеристика которых приведена в таблице 1.

Как видно из представленной таблицы 1, несмотря на комплексную консервативную терапию, проводимую в послеоперационном периоде, тромбоз глубоких вен развился у 4 пациентов (у одного после двухэтапной флебэктомии и у 3 – после одномоментной операции), ТЭЛА развилась у одного из них. Объем консервативной терапии при тромбозе глубоких вен соответствовал протоколу по ведению больных с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей.

Таблица 1

Характеристика послеоперационных специфических и неспецифических осложнений

Характеристика осложнений	Двухэтапная флебэктомия (n=123)	Одноэтапная флебэктомия (n=62)	p
Тромбоз глубоких вен	1 (0,8%)	3 (4,8%)	
ТЭЛА	–	1 (1,6%)	
Кровотечение	1 (0,8%)	3 (6,7%)	
Повреждение подкожных нервов	16 (13%)	17 (27,4%)	<0,05
Нагноение и инфильтрат раны	5 (4,1%)	13 (20,9%)	<0,05

К сожалению, несмотря на усиленную патогенетически обоснованную профилактическую терапию, у одного больного с ТЭЛА наступил летальный исход.

В четырех случаев развилось кровотечение из послеоперационной раны, которое было ликвидировано либо консервативными методами, либо ревизией раны с лигированием сосудов.

Вместе с тем, после одноэтапной хирургической коррекции ОВТФ из-за наличия нестихшего воспалительного процесса отмечали частые (27,4%) повреждения n. Safenus, по сравнению с пациентами, оперированными в два этапа (13%).

Повреждение n. safenus характеризовалось развитием парестезии и снижением чувствительности кожи в области внутренней поверхности голени.

Клинические проявления повреждений подкожного нерва во всех случаях вынуждали больных неоднократно обращаться к специалисту за рекомендациями по их лечению.

Показатели площади гипостезии кожи, динамика и длительность их частичного восстановления приведены в таблице 2.

Таблица 2

Сроки частичного восстановления гипостезии кожи

Сроки наблюдения	Площадь нарушения чувствительности кожи		p
	двухэтапная операция (n=16)	одноэтапная операции (n=17)	
Через 3 месяца	112,6±15,9	134,3±16,1	<0,05
Через 6 месяцев	107,4±11,1	118,1±12,7	<0,05
Через 12 месяцев	91,3±9,2	107,4±12,7	<0,05
Через 18 месяцев	82,7±8,3	103,6±12,4	<0,05

Как видно из представленной таблицы, у 23 оперированных больных обеих групп полного восстановления нарушенной чувствительности кожи не отмечалась. Однако, наименьшая площадь кожной гипостезии отмечалась у пациентов, оперированных в два этапа. Возможной причиной этого может быть частичное повреждение подкожного нерва, а не полный его перерыв.

Отдаленные результаты оценивали после выписки больных в сроке от 6 месяцев до 5 лет. В таблице 3 приведены результаты анкетирования пациентов с использованием опросника CIVIQ 2.

Таблица 3

Показатели качества жизни пациентов согласно опроснику CIVIQ 2

Показатели качества жизни	Двухэтапная (n=123)	Одноэтапная (n=62)	p
Нарушения незначительны или не имеются (0-25%)	54 (43,9%)	28 (45,1%)	<0,05
Умеренные нарушения (26-50%)	31 (25,2%)	25 (40,3%)	>0,05
Серьезные нарушения (51-75%)	3 (2,4%)	6 (9,7%)	>0,05
Тяжелые нарушения (75-100%)	2 (1,6%)	3 (4,8%)	<0,05

Как видно из представленной таблицы, у большинства больных имелись незначительные нарушения качества жизни. Однако, у 40,3% пациентов, которым выполнена одноэтапная радикальная флебэктомия, отмечались умеренные нарушения качества жизни, тогда как этот же показатель был достоверно ниже (p>0,05) у пациентов, оперированных в два этапа (25,2%). Также отмечалось статистически значимое серьезное снижение качества жизни у пациентов, оперированных радикально.

Несмотря на тяжесть патологии, только у 5 пациентов обеих групп отмечались тяжелые нарушения качества жизни, без статистически значимых различий (p<0,05).

Кроме определения глобального индекса качества жизни при помощи опросника CIVIQ 2, оно было исследовано при помощи общеизвестного опросника SF-36, результаты приведены в следующей таблице.

Таблица 4

Показатели качества жизни пациентов в отдаленном периоде, согласно опроснику SF-36

Показатели качества Жизни		**Двухэтапная (n=123)**	**Одноэтапная (n=62)**	**p**
Физическое функционирование	0-25% 26-50% 51-75% 76-100%	89 (72,4%) 29 (23,6%) 3 (2,4%) 2 (1,6%)	27 (43,5%) 26 (41,9%) 7 (11,3%) 2 (3,3%)	<0,05 <0,05 <0,05 >0,05
Ролевое функционирование	0-25% 26-50% 51-75% 76-100%	88 (71,6%) 30 (24,4%) 2 (1,6%) 3 (2,4%)	26 (41,9%) 27 (43,5%) 6 (9,8%) 3 (4,8%)	<0,05 <0,05 <0,05 >0,05
Боль	0-25% 26-50% 51-75% 76-100%	108 (87,8%) 7 (5,7%) 5 (4,1%) 3 (2,4%)	33 (53,2%) 14 (22,6%) 11 (17,7%) 4 (6,5%)	<0,05 <0,05 <0,05 >0,05
Общее здоровье	0-25% 26-50% 51-75% 76-100%	104 (84,6%) 8 (6,5%) 7 (5,7%) 4 (3,2%)	37 (59,7%) 10 (16,1%) 10 (16,1%) 5 (8,1%)	<0,05 <0,05 <0,05 <0,05
Жизнеспособность	0-25% 26-50% 51-75% 76-100%	92 (74,8%) 26 (21,2%) 2 (1,6%) 3 (2,4%)	42 (67,7%) 11 (17,7%) 6 (9,8%) 3 (4,8%)	<0,05 <0,05 <0,05 >0,05
Социальное функционирование	0-25% 26-50% 51-75% 76-100%	105 (85,4%) 10 (8,1%) 5 (4,1%) 3 (2,4%)	39 (62,9%) 13 (20,9) 7 (11,3%) 3 (4,8%)	<0,05 <0,05 <0,05 >0,05
Эмоциональное функционирование	0-25% 26-50% 51-75% 76-100%	96 (78,1%) 18 (14,6%) 7 (5,7%) 2 (1,6%)	41 (66%) 10 (16,1%) 6 (9,8%) 5 (8,1%)	<0,05 <0,05 <0,05 <0,05
Психическое здоровье	0-25% 26-50% 51-75% 76-100%	88 (71,5%) 20 (16,3%) 4 (3,3%) 11 (8,9%)	31 (50%) 8 (12,9%) 6 (9,7%) 17 (27,4%)	<0,05 <0,05 <0,05 <0,05

Как видно из представленной таблицы, качество жизни пациентов обеих групп после оперативного лечения статистически различается. При этом более худшие показатели качества жизни отмечались у пациентов, оперированных одноэтапно, возможными причинами чего явля-

лись: повреждение подкожного нерва, развитие инфильтратов и грубых рубцов в области послеоперационной раны.

Заключение. Таким образом, у пациентов, оперированных в два этапа, показатели качества жизни как по данным опросника CIVIQ 2, так и по данным SF-36 были лучшими, чем у пациентов, оперированных одноэтапно.

Мониторинг определения качества жизни является важной самостоятельной характеристикой самочувствия больного и эффективности проводимого лечения. Полученные в ходе исследовании данные свидетельствуют о том, что проведение двухэтапного лечения как с клинической, так и с социальной позиций имеет большие преимущества, чем при одноэтапной коррекции. В связи с этим выбор двухэтапной хирургической тактики с применением промежуточного консервативного лечения при лечении ОВТФ является оправданным и может быть рекомендовано к широкому применению.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л.А., Прядко С.И., Сергеев А.В. Современные тенденции диагностики и лечения варикотромбофлебита (обзор литературы) // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2008. – Т. 9, № 6. – С. 64-69.

2. Кириенко А.И., Матюшенко А.А., Андрияшкин В.В. Острый тромбофлебит.- М.: Литтера, 2006.

3. Гаибов А.Д., Садриев О.Н., Джуракулов Э.С., Султанов Д.Д. Важнейшие аспекты диагностики и лечения острого варикотромбофлебита // Вестник Авиценны. – 2016. – № 3. – С. 95-103.

4. Quenet S. et al. Factors predictive of venous thrombotic complications in patients with isolated superficial vein thrombosis // J. Vasc. Surg. – 2003. – V. 38, № 5. – P. 944-949.

5. Сабадош Р.В. Роль малой подкожной вены в развитии тромбоза глубоких вен при остром варикотромбофлебите нижних конечностей // Новости хирургии. – 2014. – Т. 22, № 2. – С. 184-190.

6. Blumenberg R.M. et al. Occult deep vein thrombosis complicating superficial thrombophlebitis // J Vasc Surg. – 1998. – Vol. 27. – P. 338-343.

7. Decousus H. et al. Superficial venous thrombosis and venous thromboembolism: a large, prospective epidemiologic study // Ann. Int. Med. – 2010. – Vol. 152, No. 4. – P. 218-224.

8. Гаибов А.Д., Садриев О.Н., Калмыков Е.Л., Султанов Д.Д., Камолов Р.С. Острый илеофеморальный венозный тромбоз // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2016. – Т. 9, № 5. – С. 66-71.

9. Kesteven P., Robinson B. Superficial thombophlebitis followed by pulmonary embolism // Royal Soc Med. – 2001. – Vol. 94. – P. 186-187.

10. Moser K.M. et al. Frequent asymptomatic pulmonary embolism in patients with deep vein thrombosis // JAMA. – 1994. – Vol. 271. – P. 223-225.

11. Sobreira M.L. et al. Prevalence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism in superficial thrombophlebitis of the lower limbs: prospective study of 60 cases // Int Angiol. – 2009. – Vol. 28, No. 5. – P. 400-408.

12. Булдышкин В.В., Ганжий В.В., Капшитарь А.В. Проблемы варикотромбофлебита нижних конечностей // Таврический медико-биологический вестник. – 2012. – Т. 15, № 2. – С. 47-49.

13. Красник А.Ф. Тромбофлебит подкожных вен как ургентная проблема сосудистой хирургии // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2005. – № 3(41). – С. 33-34.

14. Пустовойт А.А., Гаврилов С.Г., Золотухин И.А. Тактика лечения острого восходящего тромбофлебита // Флебология. – 2011. – № 3. – С. 46-52.

15. Lohr J.M. et al. Operative management of greater saphenous thrombophlebitis involving the saphenofemoral junction // Am J Surg. – 1992. – Vol. 164, No. 3. – P. 269-275.

16. Wichers I.M. et al. Treatment of superficial vein thrombosis to prevent deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a systematic review // Haematologica. – 2005. – Vol. 90. – P. 672-677.

17. Beatty J. et al. Acute superficial venous thrombophlebitis: does emergency surgery have a role // Int Angiol. – 2002. – Vol. 21, No. 1. – P. 95-93.

18. Kock H.J. et al. Crossectomy is ascending superficial thrombophlebitis of the leg veins // J. Zentrabl. Chir. – 1997. – Vol. 122, No. 9. – P. 795-800.

19. Шаталов А.В. Отдаленные результаты хирургического лечения острого варикотромбофлебита в бассейне большой подкожной вены (количественный и качественный анализы) // Вестинк ВолГМУ. – 2006. – № 1(17). – С. 32-38.

20. Hach W., Hach-Wunderle V. Chirurgische und konservative behandlung einer transfaszial progredierenden varikophlebitis der stammvenen und der perforansvenen // Gefäßchirurgie. – 1996. – No. 1. – P. 172-176.

21. Morrison C., Dalsing M.C. Signs and symptoms of saphenous nerve injury after greater saphenous vein stripping: prevalence, severity, and relevance for modern practice // J. Vasc. Surg. – 2003. – Vol. 38. – P. 886-890.

22. Sam R.C., Silverman S.H., Bradbury A.W. Nerve injuries and varicose vein surgery // Eur J Vasc Endovasc Surg. – 2004. – Vol. 27. – P. 113-120.

23. Wood J.J. et al. A prospective study of cutaneous nerve injury following long saphenous vein surgery // Eur. J. Vasc. Endovasc Surg. – 2005. – Vol. 30. – P. 654-658.

24. Садриев О.Н., Калмыков Е.Л., Гаибов А.Д., Иноятов М.С. Рецидив варикозной болезни после флебэктомии // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2016. – № 1. – С. 86-90.

25. Гаибов А.Д., Садриев О.Н., Буриева Ш.М. Рецидивы варикозной болезни // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2016. – № 1. – С. 3-8.

26. Пешков А.В., Чукин С.А., Корелин С.В. Результаты хирургического лечения восходящего поверхностного тромбофлебита нижних конечностей // УРМЖ. – 2006. – № 9. – С. 64-66.

[1,2]ҒОИБОВ А.Ҷ., [2]ҶУРАҚУЛОВ Э.С., [1,2]СУЛТОНОВ Ҷ.Д.,
[1,2]КАМОЛОВ А.Н., [2]АВҒОНОВ У.М.

НАТИҶАҲОИ МУОЛИҶАИ ҶАРРОҲИИ ЯК- ВА ДУМАРҲИЛАВИИ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТИ ШАДИД

[1]Кафедраи беморихои ҷарроҳии №2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибн Сино
[2]МД «Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рагҳо» ВТ ва ҲИА ҶТ

Калимаҳои калидӣ: варикотромбофлебити шадид, кросс-эктомия, флебэктомия, сифати ҳаёт.

Мақола ба баҳодиҳии нисбии натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии як- ва думарҳилавии 185 бемор бо варикотромбофлебити шадид бахшида шудааст. Фарқияти ҷиддии оризаҳои баъдиҷарроҳӣ ба намуди тромбози варидҳои амиқ (аз 0,8% таносубан то 4,8%), хунравӣ (аз 0,8% таносубан то 6,7%), осеби асабҳои пустӣ (аз 13% таносубан то 27,4%) ва фасодгирии захмҳо (аз 4,1% таносубан то 20,9%) дар ҳардуи гурӯҳи беморон ба қайд гирифта шуд. Бештари оризаҳо пурра бартараф карда шуданд, вале новобаста аз табобати ба таври патогенетикӣ асоснок кардашуда дар ҳардуи гурӯҳи беморон барқароршавии пурраи асабҳои осебёфтаи пустӣ ба амал наомада, дар марҳилаи дури баъди ҷарроҳӣ фарқияти ҷиддии масоҳати карахтии пуст (аз 82,7±8,3 мм² таносубан то 103,6±12,4 мм²) ба қайд гирифта шуд. Аз тарафи сифати ҳаёти беморон бошад натиҷаҳои гайриқаноъатбахш дар гурӯҳи беморони ба таври якмарҳилавӣ ҷарроҳишуда, дида шуд.

УДК 618.17;618.1-007

ГАНИЕВА М.Х.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЖЕНЩИН РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ТАДЖИКИСТАНЕ

ГУ «Национальный центр репродуктивного здоровья» МЗиСЗН РТ

В статье приводятся структурные факторы, влияющие на репродуктивные функции женщин. Констатируется зависимость развития страны от воспроизводства и качества потомства. Акцентируется необходимость системного усиления охраны материнства, детства и контрацептивной безопасности (при относительно высоких уровнях рождаемости - 29,6 на 100 тыс. населения, материнской и детской смертности - соответственно 29,8 на 100 тыс. живорожденных и 20,1 на живорожденных). Оценивается влияние основных факторов риска на нарушения репродуктивного здоровья женщин и развивающийся плод (спонтанные аборты, структурные аномалии, нарушения роста, инфекции, передающиеся половым путём). Это вызывает необходимость улучшения профилактической работы региональных центров репродуктивного здоровья Республики Таджикистан.

Ключевые слова: факторы риска, репродуктивное здоровье, женщины, заболеваемость, профилактика.

GANIEVA M. KH.

MAIN RISK FACTORS AND THE STATE OF PREVENTION OF MORBIDITY OF WOMEN OF EARLY REPRODUCTIVE AGE IN TAJIKISTAN

State Establishment "National Center of Reproductive Health" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population

The article contains structural factors affecting on women's reproductive function. Stated the dependence of the country's development from reproduction and quality of progeny. Accented the necessity of systemic strengthening of the protection of maternity, childhood and contraceptive safety (at relatively high birth rates – 29,6 per 100 thousand population, maternal and child mortality - respectively 29,8 per 100 thousand live births and 20,1 per live births). Estimated the influence of main risk factors on reproductive health disorders of women and developing fetus (spontaneous abortions, structural anomalies, growth disorders, sexually transmitted infections). It causes the necessity to improve the preventive work of the regional centers of reproductive health of the Republic of Tajikistan.

Key words: risk factors, reproductive health, women, morbidity, prevention.

Актуальность. Одной из важнейших приоритетных медико-социальных проблем является состояние здоровья женщин раннего фертильного возраста, как одного из важнейших факторов биологического существования человека, являясь естественной и непреходящей жизненной ценностью, значение которой возрастает по мере развития общества [1]. Молодые девушки репродуктивного возраста составляют демографический резерв страны и потенциал развития нации.

В 80-е годы прошлого века эксперты ВОЗ определили ориентировочную структуру основных факторов, обеспечивающих здоровье человека. Так, удельный вес генетических факторов состав-

Ганиева М.Х. – директор ГУ «Национальный центр репродуктивного здоровья» МЗ и СЗН РТ; тел.: +(992) 907736671

ляет 15-20,0%, состояние окружающей среды – 20-25,0%, медицинское обслуживание – 10-15,0%, условия и образ жизни людей – 50-55,0% [2]. В то же время степень влияния отдельных из них зависит от возраста, пола и индивидуально-типологических особенностей человека.

В условиях реформирования системы охраны здоровья и социальной защиты, децентрализации финансового обеспечения, формирования рынка медицинских услуг актуализируется применение адекватных форм и методов управления. При этом эффективность последнего зависит от комплекса многих факторов. Так, в «Национальной стратегии по охране здоровье населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 годы» подчеркивается необходимость улучшения доступности и качества медико-санитарных услуг и совершенствования деятельности центров репродуктивного здоровья.

Учитывая общеизвестный факт, что здоровье нации, прежде всего, определяется здоровьем лиц фертильного возраста, их способностью к качественному воспроизводству потомства является обязательным условием для развития человеческого общества [2]. Это положение побудило выделить как одну из его составляющих такое понятие, как репродуктивное здоровье, состояние которого стало предметом интереса всей общественности, так как оно напрямую зависит от здоровья детей – основы будущего государства. Вместе с тем, только решив проблему здоровья тех, кто вступает в репродуктивный возраст, можно ожидать рождения здорового поколения.

В этой связи проблема охраны репродуктивного здоровья населения приобретает особую социальную значимость в период, характеризующийся относительно высокими уровнями материнской и детской смертности в Таджикистане, соответственно 28,8 на 100 тыс. живорожденных и 20,1 на 1000 живорожденных детей.

Следовательно, прежде чем разрабатывать или корректировать проводимые профилактические мероприятия по сохранению репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста, необходимо провести анализ влияния на него таких движущих сил, как множество эндогенных и экзогенных факторов риска [3]. Воздействуя в период эмбриогенеза, роста и развития на родителей человека, на их соматическое здоровье, они снижают возможности для увеличения, как уровня, так и продолжительности жизни населения страны.

Проблемы репродуктивного здоровья девочек-подростков актуальны для многих стран мира, в т.ч. для Таджикистана, где имеет место высокая рождаемость, ранняя акселерация, национальные обычаи и традиции [4, 5].

Цель исследования. Оценить влияние основных факторов риска на репродуктивное здоровье женщин раннего фертильного возраста и повысить эффективность управления соответствующими профилактическими мероприятиями в Таджикистане.

Материал и методы исследования. Изучено состояние здоровья 1660 женщин фертильного возраста, взаимосвязанного и обусловленного влиянием основных факторов риска. Использованы данные, полученные в результате профилактических осмотров, проведенных в женских консультациях и центрах репродуктивного здоровья.

Возрастная структура женщин отражена на рисунке 1. Все они обследованы добровольно методом анонимного социологического опроса, при получении согласия на его проведение, с ноября 2016 по январь 2017 года, получив гарантии полной конфиденциальности.

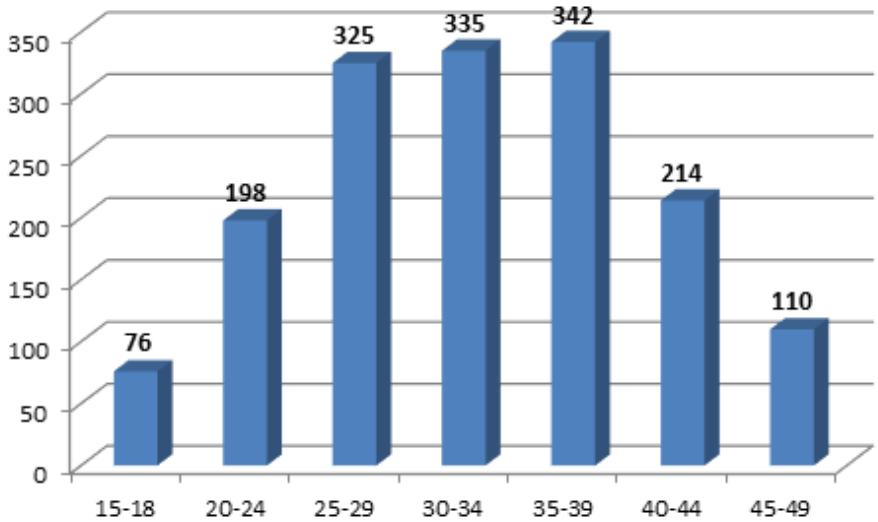


Рис. 1. Распределение обследованных лиц женского пола по возрастным группам (абс.ч., %)

Из общего количества женщин, охваченных исследованием, жителей села было 1107 (64,8%), городских поселений – 553 (35,2%); из Хатлонской – 426 и Согдийской – 370 областей, ГБАО – 128, РПП – 340 и города Душанбе – 369 человек.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась общепринятыми методами с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. В переходном периоде к рыночной экономике возник целый ряд проблем социально-экономического характера, которые негативно отразились на материальном благополучии и здоровье молодежи, большинство из которой относятся к семьям, проживающим в условиях ниже прожиточного минимума дохода. Более выраженными стали профессиональная неориентированность, в т.ч. к реальным составляющим жизни.

Среди факторов риска, приводящих к нарушениям репродуктивного здоровья, выделяются, в частности, факторы окружающей среды, действующие на развивающийся организм от момента его зачатия до и после рождения [6]. К ним относятся спонтанные аборты, структурные аномалии, нарушения роста и функциональная недостаточность, влияющие на репродуктивную способность, т.е. на мужскую и женскую фертильность (на либидо, сексуальное поведение, на сперматогенез и овогенез с индукцией мутаций, которые могут проявляться в последующих поколениях, репродуктивный цикл, гормональную активность и др.) [1].

Гигиенические условия жизни в большинстве регионов Таджикистана характеризуются высоким уровнем загрязнения воды и почвы, сопровождающихся воздействием естественного радиационного фактора и других физических параметров среды, вредно влияющих на здоровье и условия для полноценной и продолжительной жизни многих групп населения, в т. ч. женщин фертильного возраста.

В большинстве случаев длительная экспозиция к любым вредным факторам даже малой интенсивности может проявляться, прежде всего, в виде нарушений способности организма к адаптации в неблагоприятных условиях среды (снижение иммунорезистентности, ухудшение детоксикационной функции, вегетативные нарушения и т.п.) [4]. Это может сопровождаться увеличением частоты случаев неблагоприятного течения и исходов беременностей у женщин, например токсикозов беременности, преждевременных родов, хронической внутриутробной гипоксии плода и ряда других осложнений.

Следует отметить, что в результате воздействия многих вредных веществ на организм женщины, как во время беременности, так и в период ей предшествующий, нарушения репродуктивного здоровья могут возникать без признаков отравлений.

На рисунке 2 показано распределение женщин в зависимости от наличия или отсутствия нарушений репродуктивного здоровья.

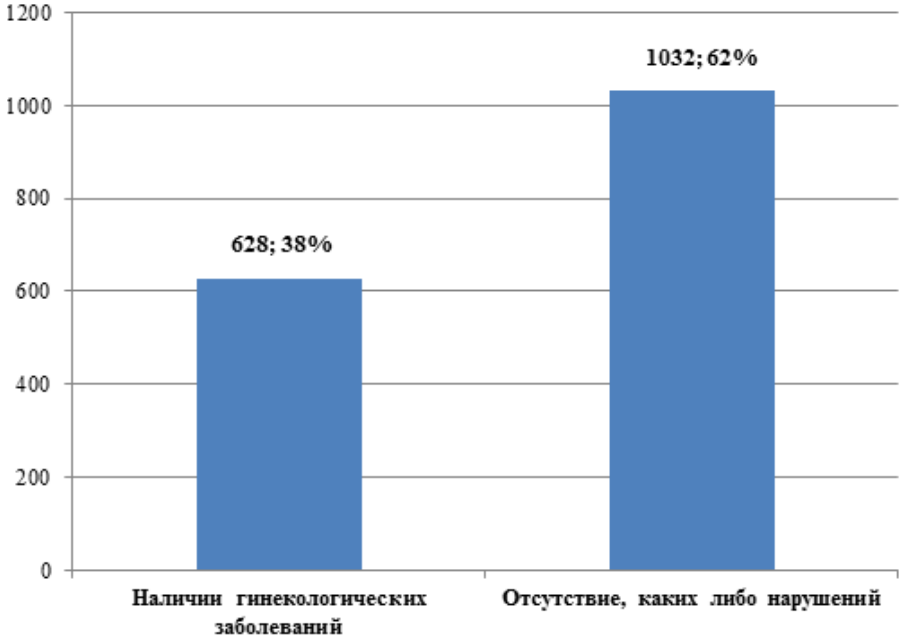


Рис. 2. Распределение молодых женщин в зависимости от состояния здоровья репродуктивной сферы (абс.ч., %)

Как видно из рисунка 2, из 1660 респондентов на вопрос о наличии гинекологических заболеваний положительно ответили 628 (37,8%) человек, отсутствие каких-либо нарушений ре-

продуктивной функции отметили 1032 (62,1%) респондента.

Среди женщин, которые считают, что у них нет гинекологических заболеваний, 50,9% живут половой жизнью регулярно, не посещая гинеколога. Следовательно, данные о наличии или отсутствии у последних гинекологических заболеваний следует воспринимать критически.

По итогам анкетирования в структуре гинекологических заболеваний сексуально активных женщин наибольшая доля принадлежит инфекциям, передающимся половым путем, – 298 (17,9%) случаев. Сексуально неактивные женщины на первое место ставили нарушения менструального цикла – в 142 (8,5%) случаев, на второе - воспалительные заболевания органов мочеполовой среды – в 126 (7,5%) случаев.

Особого внимания заслуживают 25 (1,5%) женщин, ранее обследованных, которые столкнулись с проблемой своего бесплодия. Столь значительная по степени тяжести клинико-эпидемическая ситуация, связанная с распространенностью заболеваний, передающихся половым путем, среди сексуально активных женщин, преимущественно молодых, вероятнее всего, обусловлена игнорированием или неэффективным использованием средств личной защиты при половых контактах, что свидетельствует о серьезных недостатках в работе по обеспечению контрацептивной безопасности населения в целом.

Высокая частота распространенности гинекологических патологий среди молодых женщин настоятельно требует разработки вдумчивых и строгих мер по их профилактике.

Для детального изучения состояния репродуктивного здоровья респонденток проведены их осмотры врачом-гинекологом в женской консультации или же в центрах репродуктивного здоровья по месту жительства. По результатам профилактических осмотров установлено, что только 39,0% женщин были признаны здоровыми, у 15,2% были определены заболевания репродуктивной системы. При этом в их структуре первое место принадлежит воспалительным заболеваниям органов репродуктивной системы – 314 (18,9%) случаев, второе – доброкачественным заболеваниям шейки матки – 18 (1,0%) случаев и третье место – нарушениям менструального цикла – 135 (8,1%) случаев.

Реализация репродуктивного потенциала определяется состоянием репродуктивной системы, наличием или отсутствием в разной степени выраженности нарушений в ней, вызванных соматическими болезнями [3].

В этой связи, по результатам анкетирования, только 686 (41,3%) женщин считают, что у них отсутствуют экстрагенитальные заболевания. В то же время среди обследованных в клинических условиях женщин в структуре их заболеваемости преобладала патология желудочно-кишечного тракта – 812 (48,9%) случаев. При этом следует учитывать особенности национальной кухни, традиции, нерациональный режим и рацион питания, дефицит времени при выполнении учебных, служебных обязанностей, домашней работы и т.д.

На рисунке 3 отражена распространенность нарушений пищеварительного тракта среди женщин репродуктивного возраста.

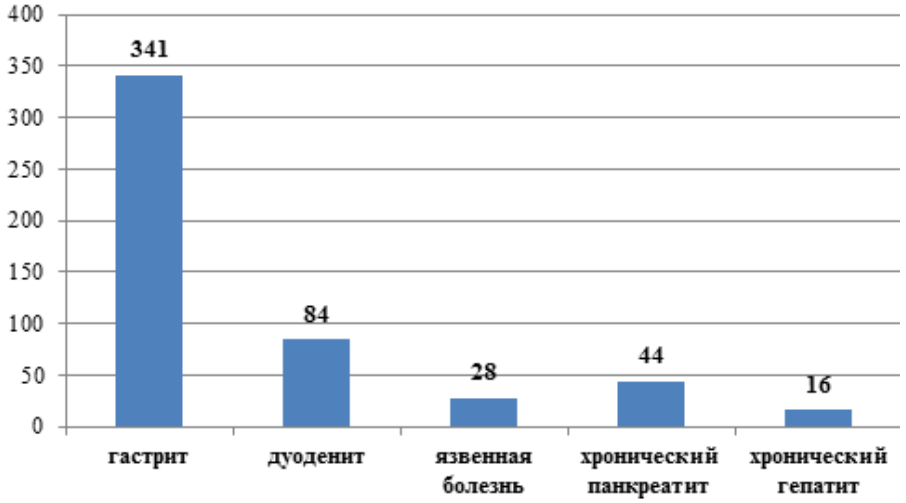


Рис. 3. Распространенность заболеваний пищеварительного тракта среди женщин репродуктивного возраста

Как видно из рисунка 3, одним из самых распространенных заболеваний пищеварительной системы оказался гастрит, на наличие которого указала 341 (20,5%) женщина, затем имели место дуодениты – 84 (5,0%), у 28 (1,7%) – язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, у 44

(2,6%) – панкреатиты и у 16 (0,9%) – хронический гепатиты из общего числа женщин, охваченных исследованием.

Несколько иные данные были получены при работе с амбулаторными картами женщин, согласно которым соматические заболевания диагностированы только в 468 (28,1%) случаях.

Как в научном, так и в практическом контексте приведенные данные весьма сомнительны в аспекте использования их для разработки и принятия управленческих решений, что свидетельствует о формальной диспансеризации не только при проведении диагностики заболеваний, но и в период обязательного последующего оздоровления женщин. Тем самым дискредитируется и не решается стратегическая задача диспансеризации как метода сохранения и повышения уровня здоровья женского населения, особенно девочек-подростков.

Не случайно данные исследования показывают, что в период обучения в учебных заведениях и в первые годы работы у молодых женщин происходит значительное ухудшение здоровья, расширяется спектр выявляемых заболеваний и изменяется структура общей соматической заболеваемости. Так, в частности, болезни органов пищеварения перемещаются на второе место, ведущее место занимают болезни глаза (чаще миопия), причем частота распространенности болезней мочевыводящих путей, занимающих третье место, и следующих за ними болезней сердечно-сосудистой системы остается достаточно высокой.

Таким образом, необходимо сохранить трехэтапную организационную структуру системы охраны репродуктивного здоровья женщин, при которой в начале определяют группы риска нарушений репродуктивной системы среди девушек. Второй этап включает в себя обследование и лечение молодых женщин с нарушениями системы репродукции в условиях стационара или поликлиники, динамическое наблюдение, консультирование по вопросам планирования семьи. Третий этап необходим для проведения обследования и лечения в условиях стационара, коррекция тактики ведения пациенток в кабинетах подростковой гинекологии и организационно-методической работы.

Выводы

1. Сохраняются негативные тенденции в динамике показателей репродуктивного здоровья женщин, в т.ч. раннего фертильного возраста, низкий уровень контрацептивной культуры.
2. Высокие уровни соматической и гинекологической заболеваемости, частоты распространенности ИППП, нарушений менструально-овариального цикла являются совокупностью факторов, позволяющих отнести женщин фертильного возраста к группе высокого репродуктивного риска.
3. Отмечается необходимость в принятии и проведении срочных и полномасштабных организационных и комплексных мер по совершенствованию диспансеризации женщин фертильного возраста.
4. Основой оценки эффективности деятельности центров репродуктивного здоровья и системы охраны материнства и детства должен стать вектор динамики, направлений на понижение уровней объективных показателей материнской, младенческой заболеваемости и смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каракушикова А.С., Тогузбаева К.К. и др. Оценка влияния экологического фактора на состояние здоровье сельского населения // Вестник КАЗНМУ. – 2014. – №3(3). – С. 23-26.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.
3. Красникова М.Б., Трубина Т.Б. Факторы, влияющие на сексуальное поведение и репродуктивное здоровье девочек-подростков // Казанский медицинский журнал. – 2010. – Т. 91, №1. – С. 94-96.
4. Халимова Ф.Т. Показатели иммуногенетического профиля в оценке репродуктивного здоровья женщин, проживающих в разных климато-географических зонах // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2016. – № 3. – С. 114-119.
5. Рустамова М.С., Бадалова М.Х. Частота соматической и гинекологической патологии у больных женщин с гиперпластическим процессом органов репродуктивной системы // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2016. – № 3. – С. 57-62.
6. Касымова Г.П., Жакупова М.Б. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста (обзор литературы) // Медицина. – 2013. – № 9. – С. 23-25.

ГАНИЕВА М.Х.

ОМИЛҲОИ АСОСИИ ХАТАРЗО ВА ҲОЛАТИ ПЕШГИРИИ БЕМОРИҲОИ ЗАНОНАИ СИННИ ИБТИДОИИ РЕПРОДУКТИВӢ

МД «Маркази миллии солимии репродуктивӣ»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Калимаҳои калидӣ: омилҳои хатарзо, солимии репродуктивӣ, занони синни фертилии ибтидоӣ, пешгирӣ.

Дар мақола мафҳумҳои ТУТ, омилҳои таркибии таъсиррасонӣ ба солимии аҳолӣ, аз он ҷумла ба вазифаҳои репродуктивии занон оварда мешаванд. Мавҷудияти вобастагии рушди мамлакат ба такрористеҳсол ва сифати насл зикр мегардад. Зарурати таҳкими системавии ҳифзи саломатии модар, кӯдакон ва амнияти контрасептивӣ дар мавриди сатҳи баланди таваллуд таъкид карда мешавад. Таъсири омилҳои асосии хатарзои коҳиши солимии репродуктивӣ ба беш аз 25,0% занон, ба ҷисми рушдёбанди инсон аз бордоршавии тухмҳуҷайра аз давраи то ва баъди ба дунё омадани ӯ, ҳамсонгардонӣ бо исқоти ҳамли оҷилӣ, аномалияҳои таркибӣ, вайроншавии рушд ва камбуди функсионалӣ, ки имкон дорад аз таъсири моддаҳои зиёди зарарнок бе муайянсозии аломатҳои клиникӣ рух додааст, нишон дода шудааанд. Дар баробари ин, таснифи занон аз рӯи набудан ё мавҷудияти ҳолати вайроншавии репродуктивӣ мутобиқан дар 25 ва 75,0% ҳолат, инчунин бар асари инфексия, ки ба воситаи алоқаи ҷинсӣ ба вуҷуд омадааст, нишон дода мешавад. Ҳамаи ин аз нигоҳи муаллиф, беҳсозии кори марказҳои минтақавии солимии репродуктивии Ҷумҳурии Тоҷикистонро тақозо дорад.

УДК 616.411-089.87:616.33-006.6-089

[1]ЕНА И.И., [2]ШАНАЗАРОВ Н.А., [2]СЕЙДАЛИН Н.К.

ОЦЕНКА РОЛИ СПЛЕНЭКТОМИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЖЕЛУДКА: ЗА ИЛИ ПРОТИВ?

[1]ОГАУЗ «Томский областной онкологический диспансер»
[2]Больница медицинского центра управления делами Президента Республики Казахстан

Проведен сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов расширенных гастрэктомий в сочетании со спленэктомией и без неё при лечении рака желудка 112 пациентов (основная группа – 55 пациентов, после расширенной гастрэктомии со спленэктомией; контрольная группа – 57 пациентов, перенесших спленосохранную операцию). Расширение объема операции до спленэктомии не привело к увеличению частоты несостоятельности швов анастомозов (1,82% в основной и 0% в контрольной группе). Поддиафрагмальные абсцессы выявлены у двух больных основной группы (3,64%). Панкреатит развился у 1 (1,82%) больного основной группы. Кровотечение наблюдалось у 1 (1,82%) больного из основной и у одного (1,75%) больного – из контрольной группы. Послеоперационная летальность в основной группе отмечалась в 7,27% случаев, в контрольной – у 5,26% пациентов.

Таким образом, расширенная гастрэктомия со спленэктомией при хирургическом лечении рака желудка не увеличивает количество ближайших послеоперационных осложнений (p=0,194) и показатель летальности (p=0,714), по характеру осложнений и причинам смерти не отличается от таковых после расширенной гастрэктомии с сохранением селезенки.

Ключевые слова: рак желудка, спленэктомия, гастрэктомия с лимфодиссекцией D2.

[1]ENA I.I., [2]SHANAZAROV N.A., [2]SEYDALIN N.K.

ASSESSMENT OF THE ROLE OF SPLENECTOMY IN SURGICAL TREATMENT OF STOMACH CANCER: FOR OR AGAINST?

[1]State Regional Budget Health Care Institution «Tomsk Regional Oncology Center»
[2]Hospital of the Medical Centre of Administrative Department of the President of the Republic of Kazakhstan

Conducted a comparative analysis of immediate and long-term results of extended gastrectomy in combination with splenectomy and without it in the treatment of 112 patients with stomach cancer (main group – 55 patients, after extensive gastrectomy with splenectomy; control group – 57 patients, after splencoperative operation). Expansion of the volume of operation till splenectomy did not lead to an increase of incidence of anastomotic stitches (1,82% in the main and 0% in the control group). Subdiaphragmatic abscesses were detected in 2 patients of the main group (3,64%). Pancreatitis developed in 1 patient of the main group (1,82%). Bleeding was observed in 1 patient of the main group (1,82%) and 1 patient of the control group (1,75%). Postoperative lethality in the main group was noted in 7,27% of cases, in the control group – in 5,26% of patients.

Thus, an expanded gastrectomy with splenectomy in the surgical treatment of gastric cancer does not increase the amount of nearest postoperative complications (p=0,194) and the lethality rate (p=0,714), by the complications nature and death causes does not differ from those after an extended gastrectomy with preservation of the spleen.

Key words: gastric cancer, splenectomy, gastrectomy with lymphodissection D2.

Актуальность. исследовании рандомизация была выполнена до операции, а нерезектабельность процесса была примерно у 20% пациентов. Исследование завершилось выводами о том, что профилактическая лимфаденэктомия со спленэктомией не была оправданной. Эти два испытания не являются достаточными для точного определения показаний к проведению спленэктомии.

В литературе описано одно небольшое японское РКИ (79 пациентов), проведенное в 1985 году, и метаанализ 3 РКИ, где было показано некоторое улучшение 5-летней выживаемости в группах больных со спленэктомией, но разница не была статистически значимой (относительный риск 1,17 с 95% доверительный интервал, ДИ 1,97-1,41) [19]. В двух европейских РКИ, сравнивающих эффективность лимфаденэктомии D1 и D2 для рака желудка [20, 21], пациенты со спленэктомией или панкреато-спленэктомией были включены в общую группу: гастрэктомия + D2 диссекция, было показано значительное увеличение осложнений и смертности при проведении этих процедур. Таким образом, на Западе спленэктомия или панкреатоспленэктомия не рекомендуются при полной гастрэктомии при раке желудка [22].

С другой стороны, в Японии частота послеоперационных осложнений и смертность после гастрэктомий со спленэктомией были низкими. Пациенты, имеющие метастатическое поражение селезеночных лимфатических узлов, чаще имели лучшие результаты лечения при проведении спленэктомии [23], и, таким образом, спленэктомия считается частью стандартной D2 диссекции при проведении гастрэктомии [13, 24]. Однако, ретроспективные исследования, проведенные в Японии, также не смогли показать увеличение выживаемости после спленэктомии перед сохранением селезенки [25, 26].

Цель исследования. Выяснение прогностического воздействия спленэктомии у пациентов с раком желудка различных локализаций и распространенности.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 112 больных раком желудка, проходивших лечение на базе Тюменского областного онкологического диспансера в 2005-2009 годах. В зависимости от объема проводимого хирургического лечения все пациенты были разделены на 2 группы. Первая (основная) группа – 55 пациентов, после расширенной гастрэктомии со спленэктомией. Вторая (контрольная) группа – 57 пациентов, перенесшие спленосохранную операцию.

Результаты и их обсуждение. Статистически значимых различий по возрасту между группами получено не было (p=0,56), в основной группе 51,9±5,1 лет, в контрольной – 52,4±4,9 года. Соотношение мужчин и женщин составило 2,86:1. Мужчин – 83 (74,1%), женщин – 29 (25,9%). Значимых различий в соотношении больных по полу в сравниваемых не выявлено (χ^2=0,287, p=0,592).

Статистически значимых различий общего состояния по шкале ECOG между группами не наблюдалось (χ^2=0,218, p=0,897).

Все больные, вошедшие в исследование, имели третью стадию рака желудка, статистически значимых различий по распространенности заболевания, согласно классификации TNM, между группами отмечено не было (χ^2=0,602, p=0,74). Как в основной, так и в контрольной группах преобладали язвенно-инфильтративная и диффузная формы роста, составляя для обеих групп 76,8%. Значимых различий по форме роста опухолей между группами больных получено не было (χ^2=1,554, p=0,67).

Распределение опухолей по локализации проводилось согласно классификации TNM, при этом для повышения статистической значимости исследования мы объединили кардиальный отдел и дно желудка в верхнюю треть, тело желудка – в среднюю треть, а антральный и пилорический отделы – в нижнюю треть. В группе больных, которым проводилась расширенная гастрэктомия со спленэктомией, доля пациентов с локализацией опухоли в верхней трети желудка была больше, а доля больных с локализацией опухоли в нижней трети – значительно меньше, по сравнению с группой контроля (χ^2=22,186, p=0,0001). Рак проксимального отдела желудка сопряжен с высокой частотой (20-30%) метастазирования в лимфатические узлы ворот селезенки, поэтому расширенная гастрэктомия со спленэктомией повышает эффективность лечения у данной категории больных. В нашем исследовании наиболее часто расширенная гастрэктомия со спленэктомией выполнялась при локализации опухоли в верхней трети желудка.

Аденокарцинома выявлена у 100 (89,3%) больных, в том числе: высокодифференцированная – 11 (9,8%), умеренно-дифференцированная – 23 (20,5%) и низкодифференцированная – 66 (58,9%). Железисто-плоскоклеточный рак наблюдался у 1 (0,9%) больного, недифференцированный рак – у 11 (9,8%). Распределение больных по гистологической структуре опухолей в сравниваемых группах было сопоставимым (χ^2=0,004, p=0,948).

Лечение пациентов проводилось исходя из принятых в клинике на момент проведения исследования стандартов. Статистически значимых различий по проведенному лечению в сравниваемых группах больных выявлено не было (χ^2=0,267, p=0,605). Единственное отличие в лечении больных заключалось в объеме проведенного оперативного вмешательства: больным первой группы выполнялась расширенная гастрэктомия со спленэктомией,

Шаназаров Н.А. – 010000, Республика Казахстан, г. Астана, ул. Е-495, стр. 2, РГП «Больница медицинского центра управления делами Президента РК» на ПХВ; тел.: +7 (7172) 708 081; +7 701 732 1113; e-mail: nasrulla@inbox.ru

больным группы контроля – расширенная гастрэктомия без спленэктомии.

Пациенты в сравниваемых группах сопоставимы по основным прогностическим признакам: возраст, пол, общее состояние, стадия заболевания, гистологическое строение и форма роста опухолей, объем проведенного лечения (p>0,05). Принципиальными отличиями между группами больных явились локализация опухолей желудка, которая определила объем оперативного вмешательства (p<0,05).

Расширенная лимфодиссекция при раке желудка предполагает удаление парагастральных и лимфатических узлов вдоль сосудов чревного ствола (1-12-е группы лимфатических узлов по JGCA). При этом спленэктомия признана обязательным этапом операции и выполняется с целью удаления лимфатических узлов ворот селезенки (10-я группа лимфатических узлов по JGCA). Однако, методов диагностики, которые бы определяли объем операции в зависимости от поражения лимфатических узлов ворот селезенки, не существует.

В связи с этим основными критериями оценки выбора хирургической тактики, как правило, являются данные ретроспективного анализа результатов патоморфологического исследования материала после расширенных операций. На основании этого определяют вероятность поражения лимфатических узлов 10-й группы и обоснованность их удаления при операции.

При анализе данных 55 расширенных гастрэктомий метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов обнаружено у всех больных, из них метастазы в N1 выявлены у 14 (25,4%), N2 – у 41 (74,6%). При морфологическом исследовании 10-й группы лимфатических узлов ворот селезенки метастатический процесс выявлен у 15 (27,3%) из 55 больных.

При анализе метастазирования в лимфатические узлы ворот селезенки в зависимости от локализации опухоли определено, что в 7 из 15 (46,7%) случаев метастазы отмечались при раке проксимального отдела желудка, в 3 из 15 (20%) случаях – при опухоли тела желудка и у 5 из 15 (33,3%) – при тотальном поражении желудка. Из 25 больных с локализацией опухоли в верхней трети желудка 7 (28%) имели метастазы в лимфатические узлы ворот селезенки. При поражении антрального и пилорического отделов желудка метастазов в лимфатических узлах ворот селезенки не наблюдалось.

Из 15 больных с низкодифференцированными опухолями метастазы выявлены в 11 (73,3%) случаях, умеренно-дифференцированные – в 1 (6,7%), недифференцированный рак в 3 (20%).

Была обнаружена зависимость лимфогенного метастазирования в удаленные во время операции лимфатические узлы 10-й группы и макроскопической формы роста опухоли. Так, при полиповидной форме роста метастазы обнаружены не были, при блюдцеобразной форме – выявлены у 1 (6,7%) больного, при язвенно-инфильтративном типе – у 5 (33,3%) пациентов. Наиболее часто поражение лимфатических узлов ворот селезенки отмечалось при диффузной форме рака желудка, что составило 60%.

Частое метастазирование в лимфатические узлы ворот селезенки отмечалось у больных с локализацией опухолей в верхней трети желудка (46,7%), с низкодифференцированной аденокарциономой (73,3%) и диффузной формой роста опухолей (60%). Из 25 больных с локализацией опухоли в верхней трети желудка 7 (28%) имели метастазы в лимфатические узлы ворот селезенки.

Послеоперационные осложнения, развившиеся у больных после расширенной гастрэктомии, мы разделили на две группы – хирургические и терапевтические.

Расширение объема операции до спленэктомии не увеличивает частоту несостоятельности швов анастомозов. Так, в I группе частота несостоятельности швов анастомоза составила 1,82%, а во II (контрольной) группе это осложнение не отмечалось (p=0,491).

Поддиафрагмальные абсцессы выявлены у двух больных основной группы (3,64%). Низкая частота осложнений связана с тщательной хирургической техникой и применением профилактического дренирования левого поддиафрагмального пространства после спленэктомии.

Панкреатит развился у 1 (1,82%) больного в I группе, в связи с этим нельзя уверенно говорить о причине развития этого осложнения как результат расширения объема оперативного вмешательства.

Кровотечение наблюдалось у 1 (1,82%) больного из основной и одного (1,75%) больного из контрольной группы. В первом случае потребовалась релапаротомия, в другом случае кровотечение удалось купировать консервативными методами.

Терапевтические осложнения были представлены пневмонией с дыхательной недостаточностью и тромбоэмболией легочной артерии. Частота этих осложнений была практически одинакова как в основной, так и в контрольной группах (p>0,05). Так, пневмония с ДН определена у 2 человек в каждой группе (3,64% и 3,51% соответственно) и ТЭЛА – у 1 человека в каждой группе (соответственно 1,82% и 1,75%). Среди факторов, влияющих на частоту этих осложнений, можно указать такие, как диафрагмотомия с последующей релаксацией купола и резким ограничением дыхательной экскурсии, обезболивание и правильное проведение раннего послеоперационного периода, особенно для больных, имеющих сопутствующие заболевания сердечно-легочной систем. Такое трудно прогнозируемое осложнение как тромбоэмболия легочной артерии во всех наблюдениях привела к летальному исходу.

Несмотря на различия в частоте послеоперационных осложнений в основной и контрольной

группах, 20% и 10,53% соответственно, статистически значимых отличий между группами выявлено не было (p=0,194). Данные свидетельствуют, что расширенная гастрэктомия со спленэктомией не повышает частоту послеоперационных осложнений по сравнению с расширенной гастрэктомией без спленэктомии.

Послеоперационная летальность составила 6,25%: в I группе – 7,27% и в контрольной группе – 5,26% (p=0,714). Несостоятельность швов анастомоза явилась причиной летальности 1 (1,82%) больного или 14,29% от числа больных, умерших от осложнений. В контрольной группе летальности от данного осложнения не наблюдалось.

От сердечно-сосудистой недостаточности умерли по 1 больному (соответственно 1,82% и 1,75%) в I и II группах от числа прооперированных, или 14,29% от числа умерших больных в обоих случаях. Аналогичное распределение наблюдается и при инфаркте миокарда.

Таким образом, расширенная гастрэктомия со спленэктомией при хирургическом лечении рака желудка не увеличивает количество ближайших послеоперационных осложнений (p=0,194) и показатель летальности (p=0,714), по характеру осложнений и причинам смерти не отличается от таковых после расширенной гастрэктомии с сохранением селезенки.

Так как селезенка является иммунокомпетентным органом, ее удаление приводит к нарушению динамического равновесия в иммунной системе, что усугубляет иммунологическую недостаточность, характерную для рака желудка: развитие стойких, длительно текущих и трудно корректируемых иммунодефицитов, что, в свою очередь, обусловлено особенностями оперативного лечения этого заболевания.

Были изучены иммунологические показатели больных раком желудка через месяц после операции. И в I, и во II группах больных РЖ происходит статистически достоверное снижение концентрации IgG: соответственно до 7,2±0,12 г/л и 10,2±0,11 (p<0,05) и IgM – до 0,6±0,02 г/л и 1,0±0,04 соответственно (p<0,05). Повышение Т-лимфоцито–лейкоцитарно-Т-лимфоцитарного индекса (ТЛИ) после операции было достоверно в обеих группах, но более выражено оказалось в I группе – до 23,0±0,54 усл.ед. Если в контрольной группе такие показатели, как ЦИК, CD3 (Т-лимфоциты), CD4 (Т-лимфоциты хелперы), CD8 (Т-лимфоциты супрессоры), CD16 (натуральные киллеры), CD19 (В-лимфоциты), CD4/CD8 (Тх/Тс) до и после операции практически не отличались (p>0,05), то в I группе необходимо подчеркнуть достоверные различия (p<0,05) до и после выполненной операции таких показателей, как CD4, CD16, CD19, CD4/CD8. Кроме того, различие этих показателей было достоверно (p<0,05) и при сравнении их с соответствующими показателями контрольной группы.

Не было выявлено значимых изменений (p>0,05) показателей активации лимфоцитов периферической крови ни в первой, ни во второй обследованных группах больных РЖ.

При сопоставлении полученных лабораторных и клинических данных установлено, что в группе пациентов с удаленной селезенкой развиваются осложнения, связанные с нарушениями иммунного статуса. Эти изменения проявлялись склонностью к частым простудам, выявленным у 41,2% больных за счет вовлечения в патологический процесс легких и бронхов, а у 11,8% обследованных была выявлена предрасположенность к гнойничковым заболеваниям кожи.

После гастрэктомии со спленэктомией у больных РЖ отмечался выраженный лейкоцитоз (p<0,05), повышение количества палочкоядерных (p<0,05) и сегментоядерных (p<0,05) нейтрофилов, лимфоцитов (p<0,05) и моноцитов (p<0,05).

В отдаленном послеоперационном периоде лучшие результаты получены в группе пациентов, которым были выполнены спленосохранные операции (контрольная группа). Из 54 обследованных этой группы 39 (72,2%) человек не предъявляли никаких жалоб, имеющих отношение к ранее перенесенной операции. Эти пациенты чувствовали себя удовлетворительно и вели активный образ жизни. При этом у 15 (27,8%) пациентов с осложнениями после спленосохранной операции выявлено 8 (14,8%) бронхо-легочных осложнений в виде хронического бронхита и пневмоний, течение которых не имело клинических особенностей. У трех пациентов помимо хронического бронхита отмечено развитие вегетососудистых нарушений, сопровождающихся головокружением и головной болью. У четырех больных отмечены частые простудные заболевания (более трех раз в год).

Сравнительно худшие результаты отмечались в группе больных, перенесших гастрэктомию со спленэктомией. 30 (58,8%) пациентов ощущали себя совершенно здоровыми. В то же время 21 (41,2%) пациент предъявлял разнообразные жалобы, основные из которых были обусловлены вовлечением в патологический процесс плевры и легких.

Осложнения, возникшие после операций с удалением селезенки, развивались постепенно. В течение первых месяцев появлялись неспецифические осложнения, связанных непосредственно с хирургическим вмешательством. В течение последующих 3-х лет на первый план выходят общесоматические жалобы, сопровождающиеся иммунологическими нарушениями, связанные, вероятнее всего, с развитием постспленэктомического синдрома. К первым проявлениям этого синдрома можно отнести снижение иммунной защиты организма, что выражалось склонностью к частым «простудным» заболеваниям и увеличению лимфатических узлов. Развитие осложнений именно

в такой последовательности было отмечено у 39 (76,5%) обследованных пациентов.

При одинаковой структуре отдаленных послеоперационных осложнений их количество в группе больных, перенесших расширенную гастрэктомию со спленкэтомией, было статистически значимо больше, чем в группе больных, перенесших спленосохранную операцию ($p<0,01$).

Была проведена оценка трехлетней общей и безрецидивной выживаемости в группе больных раком желудка перенесших расширенную гастрэктомию со спленэктомией (I группа, n=55), по сравнению с больными, которым была выполнена расширенная гастрэктомия без спленэктомии (II группа, n=57).

Так, годичная выживаемость в исследуемой группе составила 80,7±5,5%, в группе контроля – 85,2±4,8%. Показатели трехлетней выживаемость для исследуемой и контрольной групп составили 42,4±7,4% и 46,8±7,1% соответственно.

Несмотря на различия в показателях общей выживаемости в сравниваемых группах больных статистически значимых отличий обнаружено не было ($\chi^2=0,571$; $p=0,46$).

Одногодичная безрецидивная выживаемость в исследуемой группе составила 76,7±5,9%, в группе контроля – 81,5±5,3%. Показатели трехлетней выживаемость для исследуемой и контрольной групп составили 26,7±6,7% и 34,8±6,8% соответственно.

Показатели безрецидивной выживаемости в сравниваемых группах больных статистически значимо не отличались ($\chi^2=1,528$; $p=0,216$).

Таким образом, общая трехлетняя выживаемость у больных раком желудка, которым в процессе лечения проводилась расширенная гастрэктомия со спленэктомией, составила 42,4±7,4%, гастрэктомия без спленэктомии – 46,8±7,1%. Статистически значимых различий показателей выживаемости между группами больных получено не было ($\chi^2=0,571$; $p=0,46$). Трехлетняя безрецидивная выживаемость у больных раком желудка, которым в процессе лечения проводилась расширенная гастрэктомия со спленэктомией, составила 26,7±6,7%, гастрэктомия без спленэктомии – 34,8±6,8%. Статистически значимых различий показателей выживаемости между группами больных получено не было ($\chi^2=1,528$; $p=0,216$).

Заключение. Отсутствие различий в показателях общей и безрецидивной выживаемости в группе больных, перенесших расширенную гастрэктомию со спленэктомией, против группы больных, которым была выполнена спленосохранная расширенная гастрэктомия, является следствием выбора правильного показания для удаления селезенки: локализация первичной опухоли в верхней трети желудка.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2001 году // ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН. – М.: Мед. информ. агентство, 2003. – С. 95-224.

2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2005 году // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2007. – Т.18, № 2. – Прил. 1. – С.57-92.

3. Parkin D.M. Global cancer statistics in the year 2000 // Lancet oncol. – 2001. – Vol. 2. – P.533-543.

4. Базин И.С., Гарин А.М. Рак желудка: значение проблемы, современные возможности лечения // Рус. мед. журн. – 2002. – Т.10, № 14. – С. 588-593.

5. Шаназаров Н.А., Машкин А.М., Сагандыков Ж.К., Мидленко А.А. Рак желудка, эпидемиологические особенности на современном этапе // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4. – С. 256.

6. Мерабишвили В.М. Рак желудка: эпидемиология, профилактика, оценка эффективности лечения на популяционном уровне // Практ. онкология. – 2001. – № 3. – С. 2-8.

7. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2008 г. // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2011. – Т. 22, №S3. – С. 54-92.

8. Griffith J.P., Sue-Ling H.M., Martin I. et al. Preservation of the spleen improves survival after radical surgery for gastric cancer // Gut. – 1995. – Vol. 36. – P. 684-690.

9. Usui S., Tashiro M., Haruki S. et al. Spleen preservation versus splenectomy in laparoscopic total gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer: a comparison of short-term outcomes // Asian J. Endosc. Surg. – 2016. – Vol. 9, No. 1. – P. 5-13.

10. Watanabe M., Kinoshita T., Enomoto N. et al. Clinical significance of splenic hilar dissection with splenectomy in advanced proximal gastric cancer: an analysis at a single institution in Japan // World J. Surg. – 2016. – Vol. 40, No. 5. – P. 1165-1171.

11. Maehara Y., Moriguchi S., Yoshida M., Takahashi I., Korenaga D., Sugimachi K. Splenectomy does not correlate with length of survival in patients undergoing curative total gastrectomy for gastric carcinoma. Univariate and multivariate analysis // Cancer. – 1991. – Vol. 67. – P. 3006-3009.

12. Yu W., Choi G.S., Chung H.Y. Randomized clinical trial of splenectomy versus splenic preservation in patients with proximal gastric cancer // Br. J. Surg. – 2006. – Vol. 93. – P. 559-563.

13. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2010 (ver.3) // Gastric Cancer. – 2011. – Vol. 14. – P. 113-123.

14. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) // Gastric Cancer // Version 1.2017, March 21, 2017.

15. Wanebo H.J., Kennedy B.J., Winchester D.P. et al. Role of splenectomy in gastric cancer surgery: adverse effect of elective splenectomy on long term survival // J. Am. Coll. Surg. – 1997. – Vol. 185. – P. 177-184.

16. Wang F., Chang Y.C., Chen T.H. et al. Prognostic significance of splenectomy for patients with gastric adenocarcinoma undergoing total gastrectomy: a retrospective cohort study // Int. J. Surg. – 2014. – Vol. 12. – P. 557-565.

17. Csendes A., Burdiles P., Rojas J. et al. A prospective randomized study comparing D2 total gastrectomy versus D2 total gastrectomy plus splenectomy in 187 patients with gastric carcinoma // Surgery. – 2002. – Vol. 131. – P. 401-407.

18. Yu W., Choi G.S., Chung H.Y. Randomized clinical trial of splenectomy versus splenic preservation in patients with proximal gastric cancer // Br. J. Surg. – 2006. – Vol. 93. – P. 559-563.

19. Yang K., Chen X.Z., Hu J.K. et al. Effectiveness and safety of splenectomy for gastric carcinoma: a meta-analysis // World J. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 15. – P. 5352-5359.

20. Bonenkamp J.J., Songun I., Hermans J. et al. Randomised comparison of morbidity after D1 and D2 dissection for gastric cancer in 996 Dutch patients // Lancet. – 1995. – Vol. 345. – P. 745-748.

21. Cuschieri A., Fayers P., Fielding J. et al. Postoperative morbidity and mortality after D1 and D2 resections for gastric cancer: preliminary results of the MRC randomised controlled surgical trial. The Surgical Cooperative Group// Lancet. – 1996. – Vol. 347. – P. 9995-9998.

22. Waddell T., Verheij M., Allum W. et al. Gastric cancer: ESMO-ESSO-ESTRO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up // Ann Oncol. – 2013. – Vol. 24. – P. 57-63.

23. Aoyagi K., Kouhuji K., Miyagi M. et al. Prognosis of metastatic splenic hilum lymph node in patients with gastric cancer after total gastrectomy and splenectomy // World J. Hepatol. – 2010. – Vol. 2. – P. 81-86.

24. Юлдошев Р.З., Зикиряходжаев Д.З., Бохян В.Ю., Шуамсуддинов А.Т., Улуков А.У. Stomach cfncer complicated by bleeding, tactic of treatment and prognostic factors // Здравоохранение Таджикистана. – 2009. – №2. – С. 34-36.

25. Nashimoto A., Yabusaki H., Matsuki A. The significance of splenectomy for advanced proximal gastric cancer // Int. J. Surg Oncol. – 2012; 2012:301530. doi: 10.1155/2012/301530.

26. Otsuji E., Yamaguchi T., Sawai K. et al. End results of simultaneous splenectomy in patients undergoing total gastrectomy for gastric carcinoma // Surgery. – 1996. – Vol. 120. – P. 40-44.

[1]ЕНА И.И., [2]ШАНАЗАРОВ Н.А., [2]СЕЙДАЛИН Н.К.

БАҲОГУЗОРИИ НАҚШИ СПЛЕНЭКТОМИЯ ҲАНГОМИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ САРАТОНИ МЕЪДА: ТАРАФДОР Ё МУҚОБИЛ?

[1]Диспансери вилоятии саратоншиносии Томск
[2]Маркази тиббии идораи корҳои Президенти Ҷумҳурии Қазоқистон

Калимаҳои калидӣ: саратони меъда, спленэктомия, гастрэктомия бо лимфодиссексия D2.

Таҳлили муқоисавии натиҷаҳои бармаҳал ва минбаъдаи гастроэктомияи васеъ дар якҷоягӣ бо спленэктомия ва бе он ҳангоми табобати саратони меъда гузаронида шуд. Муайян карда шуд, ки зиёд намудани ҳаҷми ҷарроҳӣ боиси зиёдшавии шумораи оризаҳои марҳилаи баъдиҷарроҳӣ намегардад.

УДК 616.33-002 44-089.844(091)

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

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СТЕНОЗОМ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗиСЗН РТ

Представлены результаты изучения патофизиологических аспектов развития рубцово-язвенного дуоденостеноза. Дуоденостеноз сопровождается «каскадом» патофизиологических сдвигов в органах эзофагогастродуоденального комплекса, которые кардинально изменяют основные патогенетические механизмы ульцерогенеза. Для проведения функциональных операций при рубцово-язвенном дуоденостенозе разработаны патофизиологически и анатомически обоснованные технические решения одновременной коррекции кислотопродукции, коррекции «антирефлюкс-механизма» кардии и пластического восстановления дуоденальной проходимости при полном сохранении анатомической и функциональной целостности привратника. Функциональные операции обеспечивают не только функциональную полноценность органов эзофагогастродуоденального комплекса, но и восстанавливают более высокое качество жизни пациентов.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, пилородуоденальный стеноз, хирургическое лечение, функциональные операции, дуоденопластика.

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

PATHOPHYSIOLOGICAL SUBSTANTIATION OF FUNCTIONAL SURGERY OF ULCER DISEASE OF DUODENUM COMPLICATED BY STENOSIS

State Establishment «Institute of Gastroenterology» of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

Presented the results of research of pathophysiological aspects of the development of scar-ulcerative duodenostenosis. Duodenostenosis accompanied by a «cascade» of pathophysiological shifts in the organs of esophagogastroduodenal complex, which cardinally changes the basic pathogenetic mechanisms of ulcerrogenesis. In order to carry out functional operations in scar-ulcerative duodenostenosis were developed pathophysiologically and anatomically justified technical solutions of simultaneous correction of acid production, correction of the «antireflux-mechanism» of cardia and plastic restoration of duodenal patency with full preservation of anatomical and functional integrity of the pylorus. Functional operations provide not only the functional usefulness of organs of the esophagogastroduodenal complex, but also restore a higher quality of life for patients.

Key words: ulcer disease of duodenum, pyloroduodenal stenosis, surgical treatment, functional operations, duodenoplastcs.

Актуальность. В течение всей истории желудочной хирургии выбор метода оперативного лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являлся актуальным, по-разному решавшимся вопросом. Современный период хирургии гастродуоденальных язв характеризуется переоценкой вопросов тактики, показаний к операциям,

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

выбора объёма оперативного вмешательства с учётом изменившихся в последние годы взглядов на этиопатогенез язвенной болезни [1-3].

В настоящее время для хирургического лечения рубцово-язвенных стенозов применяются два противоположных по функциональной и анатомической сущности метода операции – резекция желудка и ваготомия в сочетании с дренирующими желудок операциями. Споры о преимуществах и недостатках этих операций продолжаются [1, 2, 4-8]. При этом единого подхода к установлению показаний к тому или иному методу хирургического лечения нет.

По мере накопления опыта стало ясно, что в основе патогенеза большинства пострезекционных и поставготомических синдромов лежит удаление или выключение привратника из пищеварения [6, 9-14], что приводит к нарушению порционной эвакуации, антральной сепарации и резкому усилению дуоденогастрального рефлюкса, развитию щелочного рефлюкс-гастрита.

Новым направлением в хирургическом лечении рубцово-язвенных стенозов двенадцатиперстной кишки являются так называемые «функциональные» операции [6, 8, 15]. Они включают в себя комплекс самостоятельных методик, устраняющих анатомо-физиологические нарушения ДПК и привратника, нормализующих кислотопродукцию, восстанавливающих «антирефлюкс-механизм» кардии. Основным звеном в этом комплексе является сохранение анатомической и функциональной целостности пилорического сфинктера.

Речь идет о принципиально новом органосохраняющем подходе к лечению язвенного больного, сближая интересы хирургов и терапевтов–гастроэнтерологов. Основой этого направления стали работы школы В.И. Оноприева [6, 9, 15, 16]. Этой школе принадлежат приоритетные разработки принципов и технологического исполнения «функциональной хирургии язвенной болезни. Тем не менее, «функциональные» хирургические технологии пока не получили широкого распространения вследствие отсутствия четко сформулированных патофизиологических обоснований, небольших сроков наблюдения, а также отсутствия достаточного материала от разных авторов, подтверждающих их реальные преимущества.

Цель исследования. Изучение закономерностей развития патофизиологических нарушений в органах эзофаго-гастро-дуоденального комплекса и разработка принципов «функциональной» хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной дуоденостенозом.

Материал и методы исследования. В настоящем исследовании обобщен опыт органосохраняющего хирургического лечения 284 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом, находившихся в клинике Института гастроэнтерологии АМН Республики Таджикистан за период с 1990 по 2016 г.

В зависимости от метода хирургического лечения больные распределены на две группы: первая – 161 больной, у которого одновременно были применены три «функциональные» органосохраняющие операции (селективнвная проксимальная ваготомия (СПВ) в сочетании с дуоденопластикой (ДП) и антирефлюксной операцией на кардии - 112, изолированная селективная проксимальная ваготомия (ИСПВ) в сочетании с антирефлюксной операцией на кардии – 37, дуоденопластика в изолированном виде, без ваготомии – 12 больных); вторая – 123 больных, у которых применена СПВ в сочетании с традиционными дренирующими операциями (гастродуоденостомия по Жабуле – 25, пилоропластика по Финнею – 25, поперечный гастродуоденоанастомоз – 59) и антирефлюксной операцией на кардии, поперечный гастродуоденоанастомоз без ваготомии – 14.

Для определения показаний к операции были применены следующие методы исследования: исследование секреторной функции желудка, внутриполостная манометрия пищевода и желудка, периферическая электрогастрография с электрической (АЭС ЖКТ) и медикаментозной стимуляцией, эзофагогастродуоденоскопия, рентгенологическое исследование желудка и ДПК, рентгенопланиметрия с церукалом, морфологическое исследование миоструктуры желудка.

Результаты и их обсуждение. Результаты наших исследований показали, что рубцово-язвенный дуоденостеноз приводит к значительным патофизиологическим сдвигам в органах гастродуоденального комплекса. Патофизиологические сдвиги вследствие дуоденостеноза носят системный характер, отражающий заинтересованность всех отделов ЖКТ: от пищевода до тонкого кишечника. Так, развитие дуоденального стеноза кардинально изменяет не только основные патогенетические механизмы ульцерогенеза, но и практически все функции гастродуоденального комплекса. При этом на первый план выступает стазовый компонент стеноза, который существенно меняет регуляцию секреторной и моторно-эвакуаторной функций, приводит к изменению соотношения гормонального и секреторного аппарата желудка, с одной стороны, и развитию анатомо-морфологических изменений в пилородуоденальной зоне.

Прогрессирование стеноза сопровождается повышением кислотно-пептической агрессии в желудке: базальная продукция кислоты от стадии формирования стеноза до декомпенсации повышается в два раза – с 3,6 до 8,6 ммоль/час ($p<0,05$), а гастриновая – с 14,8 до 31,6 ммоль/час ($p<0,05$). Такие сдвиги, на наш взгляд, связаны с активацией гуморальной (гастриновой) фазы секреции

вследствие гиперплазии пилорических G-клеток, увеличением секреторных полей желудка и нарушением механизма антро-дуоденального кислотного «тормоза».

Согласно нашим данным, дуоденостеноз обуславливает развитие недостаточности кардиального сфинктера, рефлюкс-эзофагита и гипомоторных нарушений пищевода. Так, если при формировании стеноза частота рефлюкс-эзофагита составляла 62,2%, при компенсиорванной форме – 71,4%, при суб- и декомпенсированных – 100%. Причем, по мере нарастания степени моторно-эвакуаторных нарушений желудка увеличивается тяжесть эзофагита.

Причинами нарушения запирательного механизма кардии являются повышение внутрижелудочного давления вследствие гастростаза, расширение и ослабление тонуса кардиального сфинктера и гипомоторные нарушения пищевода. Рефлюкс-эзофагит обусловлен недостаточностью кардии, постоянным рефлюксом высокоагрессивного желудочного сока и снижением резистентности слизистой пищевода.

Значительные изменения претерпевает МЭФ гастродуоденального комплекса. Формирующийся и компенсированный стеноз характеризуются повышением тонуса, двигательной активности и нарушением ритма сокращений желудка. На поздних стадиях стеноза, к которым относятся суб- и декомпенсированная стадии, последовательно развивается снижение тонуса, амплитуда сокращений наполненного пищей и пустого желудка, определяется длительная задержка начальной стадии эвакуации.

В зависимости от степени дуоденостеноза происходит развитие эвакуаторных нарушений. Одним из первых возникает снижение ваговагального рефлекторного расслабления тела желудка. Вначале это расстройство участвует в компенсации снижения механической проходимости двенадцатиперстной кишки. Далее расстройство релаксации тела ведет к усилению нагрузки на антральный отдел, что влечет срыв компенсации, развивается двигательная недостаточность антрального отдела.

Таким образом, по мере нарастания декомпенсации вследствие дуоденостеноза в первую очередь нарушаются экстраорганные и повреждаются интраорганные нервные механизмы координации моторной, секреторной активности и сенсорной функции. Затем, по мере развития структурных нарушений, страдает миогенная регуляция сократительной активности желудка и двенадцатиперстной кишки, что приводит к нарушениям эвакуации вплоть до атонии.

Выявленные с помощью электрофизиологического метода закономерности развития атонических процессов при дуоденостенозе, а также сдвиги сократительных реакций служат основой для выработки критериев, помогающих определить показания к выполнению СПВ и пластических вмешательств на раннем этапе декомпенсации дуоденостеноза.

Установлено, что прогрессирование стеноза от стадии компенсации к декомпенсации способствует постепенному ослаблению нейрогенных и миогенных компонентов моторно-эвакуаторной функции желудка. Анализ показал, что если при компенсированном стенозе нейрогенные и миогенные компоненты моторной активности желудка полностью сохранены, то субкомпенсированный стеноз характеризуется гипермоторикой желудка в ответ на электическую и медикаментозную стимуляцию

Декомпенсация I-II степеней сопровождается ослаблением нервных механизмов координации, которые чаще всего носят обратимый характер; при декомпенсации III степени, наряду с ослаблением нервного компонента, страдает миогенная регуляция сократительной активности желудка и привратника, что приводит к снижению функциональных резервов МЭФ, при декомпенсации IV степени происходят необратимые изменения в нерно-мышечном аппарате желудка вплоть до атонии, носящие необратимый характер.

Исходя из полученных результатов исследования, определены степень обратимости моторно-эвакуаторных нарушений и показания к органосохраняющему хирургическому лечению (рис. 1). Показаниями к применению «функциональных» органосохраняющих операций с СПВ являются: компенсированный и субкомпенсированный стеноз, декомпенсированный стеноз I и II степеней; при декомпенсации МЭФ желудка III степени ввиду высокого риска развития поствaготомического гастростаза примененяли дуоденопластику или ДО без ваготомии.

Итак, результаты изучения патофизиологических процессов в органах эзофаго-гастродуоденального комплекса имеют существенное значение для реализации принципов функциональной хирургии рубцово-язвенных дуоденостенозов. На этом основании разработаны технологические решения одновременной коррекции кислотно-пептического фактора, пластического восстановления «антирефлюкс-механизма» кардии и дуоденальной проходимости при полном сохранении анатомической и функциональной пилорического сфинктера.

Селективную проксимальную ваготомию (СПВ) выполняли после выделения стволов переднего и заднего вагусов. Далее, от места разветвления нерва Латарже в антральном отделе мобилизовывали малую кривизну желудка кверху до пищевода – тем самым денервировали кислотопродуцирующую зону желудка (рис. 2).

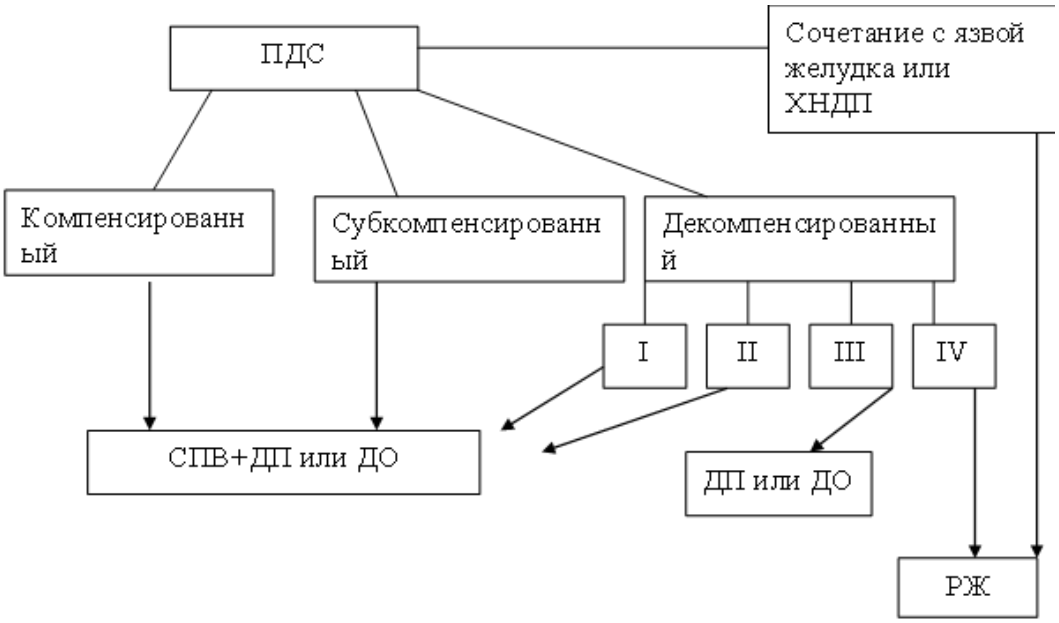


Рис. 1. Алгоритм выбора метода операции при рубцово-язвенном стенозе

Рис. 2. Этапы выполнения селективной проксимальной ваготомии

Дополнительно мобилизовывали забрюшинную часть кардии и абдоминальный отдел пищевода на протяжении 6–7 см. Для коррекции «антирефлюкс-механизма» кардии применяли способ фундопликации и фундо-эзофаго-круропексии (ФП+ФЭКП) (рис. 3).

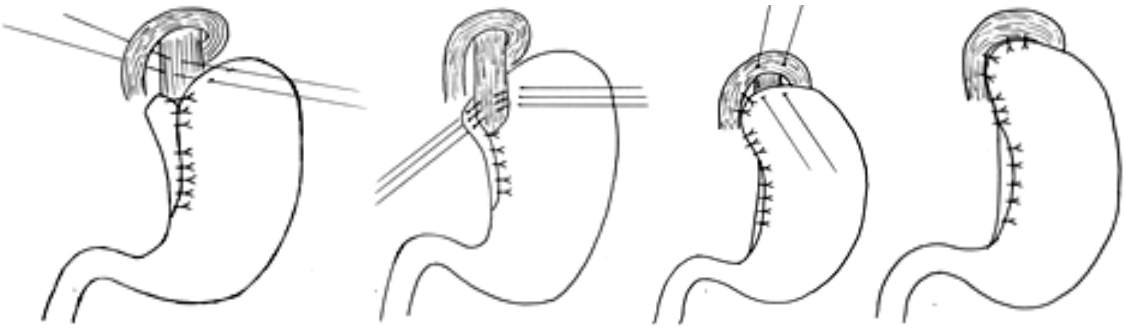


Рис. 3. Способ восстановления «антирефлюкс-механизма» кардии путем фундопликации и фундо-эзофаго-круропексии (ФП+ФЭКП)

Дуоденопластика (ДП) – нестандартное пластическое вмешательство, требующее творческого подхода к выбору технических способов восстановления проходимости ДПК. По анатомическим критериям деформации ДПК определяется точная локализация рубцово-язвенного стеноза, разработаны варианты пластического восстановления проходимости ДПК с сохранением целостности пилорического сфинктера (рис. 4).

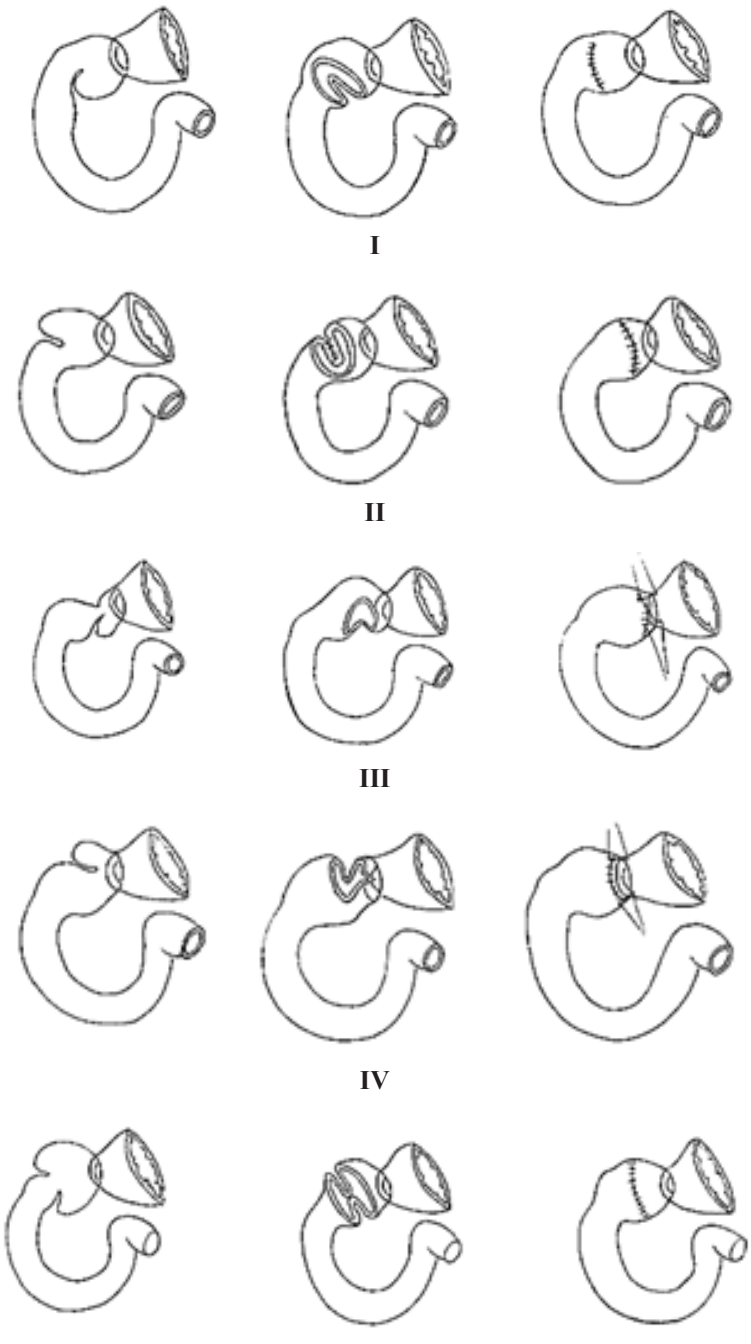


Рис. 4. Варианты выполнения дуоденопластики в зависимости от локализации, анатомической формы и протяженности дуоденостеноза

I – ДП при локализации псевдодивертикула со стороны малой кривизны луковицы;
II – ДП при локализации псевдодивертикула со стороны большой кривизны луковицы; III – ДП при локализации стеноза на базальном уровне луковицы;
IV – ДП при локализации стеноза на базальном уровне с вовлечением привратника;
V – ДП при симметричной локализации псевдодивертикулов со стороны малой и большой кривизны луковицы;
VI – бульбодуоденоанастомоз при постбульбарной локализации стеноза

Одним из важных этапов лечения является предоперационная подготовка больных, от эффективности которой зависит выбор СПВ с дуоденопластикой. При проведении предоперационной подготовки больных мы руководствовались следующими принципами: снижение активности воспалительного процесса и достижение рубцевания язвы; восстановление или улучшение резервных возможностей МЭФ желудка; адекватная коррекция гидроионных нарушений и белково-энергетической недостаточности. Объем и сроки предоперационной подготовки зависит от стадии стеноза.

Язвенный дуоденальный стеноз обусловлен язвенно-инфильтративным и рубцовым компонентами. Проведение целенаправленной предоперационной подготовки с учетом морфологической формы стеноза способствует повышению вероятности применения «функциональных» операций при декомпенсированном стенозе до 50%, улучшению условий для выполнения операции, снижению риска вмешательства и улучшению непосредственных их результатов.

В сравнительном аспекте изучены непосредственные результаты «функциональных» и традиционных органосохраняющих операций (табл. 1).

Таблица 1

Частота ранних послеоперационных осложнений

Ранние послеоперационные	Метод операции	
	«функциональные» операции (n = 161)	СПВ+ДО+ФП (n = 123)
Послеоперационные осложнения	5 (3,1%)*	7 (8,1%)*
Релапаротомия	1 (0,6%)	1 (0,8%)
Летальность	0	1 (0,8%)

Примечание: * – достоверность разницы p≥0,05

Отдаленные результаты операций изучены у 95 пациентов первой и 90 – второй групп.

Исследование эвакуаторной функции желудка показало, что после дуоденопластики практически у абсолютного большинства больных регистрируется порционно-ритмическая эвакуация из желудка, что свидетельствует о сохранности функции привратникового «механизма» (табл. 2). После традиционных дренирующих операций разрушение или шунтирование привратника способствует ускорению эвакуации из желудка, что сказывается на клинико-функциональных параметрах.

Таблица 2

Тип эвакуации из желудка в зависимости от метода операции

Тип эвакуации из желудка	Метод операции	
	СПВ+ДП (n =95)	СПВ+ДО (n = 90)
Порционно-ритмичный	97,9%*	33,3%*
Порционно-ускоренный	2,1%*	54,4%*
Непрерывно-ускоренный	0	12,2%*
По типу «провала»	0	4,2%*

Примечание: * – разница достоверна p≤ 0,05

Изучение отдаленных результатов операций по шкале Визика показало, что применение «функциональных» операций позволяет достичь отличных и хороших результатов у 92,4% обследованных (табл. 3).

Таблица 3

Оценка отдаленных результатов операций по шкале Visick

Метод операции	Visick I отличный	Visick II хороший	Visick III удовлетв.	Visick IV плохой
СПВ+ДП+ФП ФЭКП (n=95)	77 (81,5%)*	10 (10,9%)*	5 (5,2%)*	3 (3,1%)*
СПВ+ДО+ФП ФЭКП (n=90)	50 (55,5%)	18 (20%)	17 (16,6%)	7 (7,7%)

Примечание: * – разница достоверна p≤ 0,05

Большинство патологических синдромов, возникающих после традиционных органосохраняющих операций, связаны с техническими конструкциями дренирующих желудок операций, которые разрушают или шунтируют пилорический сфинктер, нарушая тем самым функцию привратникового «механизма» (табл. 4).

Таблица 4

Частота послеоперационных патологических синдромов

Патологические состояния	СПВ+ ДП (n =95)	СПВ+ДО (n=90)
Рецидив язвы	3 (3,6%)**	4 (4,6%)**
Демпинг-синдром 1 степени	–	2 (3,6%)**
Синдром диспепсии	6 (6,3%)*	22 (24,4%)*
Дуоденогастральный рефлюкс	8 (8,4%)*	100%*
Рефлюкс-гастрит	6 (6,3%)*	22 (24,4%)*

Примечание: * – разница достоверна p≤ 0,05, ** – разница недостоверна p≥0,05

В то же время «функциональные» операции способствует редукции агрессивной кислотопродукции в желудке до субнормальных величин (90%), восстановлению «антирефлюкс-механизма» кардии (92,3%), сохранению функции привратникового «механизма» (92,8%).

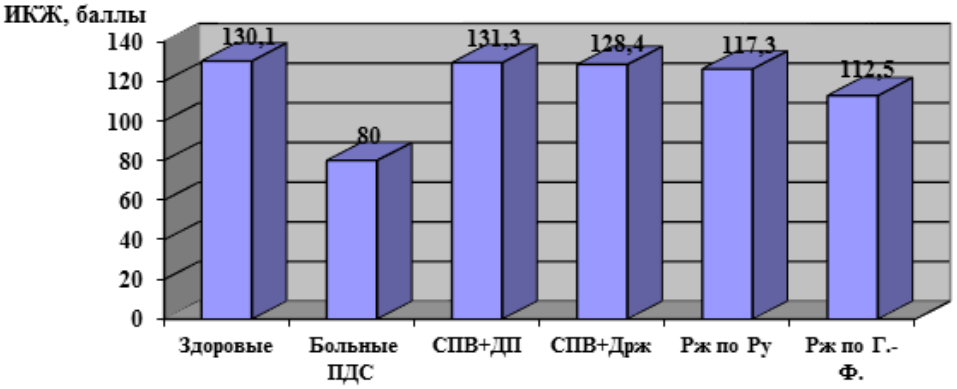


Рис. 5. Показатели ИКЖ в отдаленные сроки после различных методов хирургического лечения рубцово-язвенных дуоденостенозов

Исследование параметров качества жизни пациентов в зависимости от метода операции показало, что «функциональные» органосохраняющие операции восстанавливают утраченное за время болезни качество жизни больных до уровня показателей здоровых лиц. По степени восстановления показателей качества жизни пациентов «функциональные» органосохраняющие операции значительно превосходят аналогичные показатели больных, перенесших резекционные способы лечения.

Таблица 5

Динамика ИКЖ больных ПДС в зависимости от сроков после операции (баллы)

Вид операции	ИКЖ без учета срока после операции	Сроки после операции		
		до 5 лет	6-10 лет	более 10 лет
СПВ + ДП	131,21±12,85*	134,82±14,38*	132,85±10,04*	134,60±10,53*
ИСПВ	130,73±11,22	134,35±12,49	132,98±10,86	134,74±11,81
СПВ + ДО	128,40±18,04*	126,89±14,20*	121,17±19,88*	120,45±20,21*
РЖ Б-11	112,53±14,20*	118±12,30*	107,53±13,93*	104,91±12,33*
РЖ по Ру	117,73±12,30	124,67±9,74	112,96±13,73	109,26±17,2

Примечание: * – достоверность различия p≤ 0,05

Изучение качества жизни пациентов в зависимости от сроков после операции показало, что только после «функциональных» операций наблюдается долгосрочное восстановление параметров качества жизни до уровня показателей здоровых лиц. После резекции желудка спустя 10 лет и более ИКЖ постепенно и неуклонно снижается (табл. 5).

Заключение. Таким образом, патофизиологически и анатомически обоснованные технические решения одновременной коррекции кислотно-пептического фактора, пластического восстановления «антирефлюкс-механизма» кардии и дуоденальной проходимости при полном сохранении пилорического сфинктера индуцируют системное восстановление деятельности верхних отделов пищеварительного тракта. По своим клинико-функциональным характеристикам и степени восстановления качества жизни пациентов «функциональные» операции имеют несомненные преимущества перед традиционными органосохраняющими операциями.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Кульчиев А.А., Морозов А.А., Тедеев С.У., Галачиев С.М., Дзбоев Д.М. Хирургическое лечение рубцово-язвенного стеноза пилородуоденального канала // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2015. – № 3-4. – С. 62-70.

2. Лобанков В.М. Язвенная болезнь: концепция лечебной стратегии // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2012. – № 3. – С. 41-49.

3. Таранов И.И., Поленцова Н.П. Диагностика сочетанных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4. – С. 289.

4. Дзюбановский И.Я., Вийтович Л.Е. Орагнощадящий подход к выбору лечебной тактики у больных с сочетанными осложнениями язвенной болезни желудка // Хирург. – 2014. – № 12. – С. 33-39.

5. Дидигов М.Т., Дурлештер В.М., Кирипиди Г.К., Бабенко Е.С., Ключников О.Ю., Курилов А.В., Кешишян В.А. Хирургическое лечение декомпенсированного рубцово-язвенного дуоденального стеноза // Кубанский научный медицинский вестник. – 2010. – № 3-4. – С. 55-60.

6. Дидигов М.Т., Ключников О.Ю. Хирургическое лечение декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки: резекция желудка или дуоденопластика // В мире научных открытий. – 2013. – № 11.2 (47). – С. 175-196.

7. Захараш М.П., Полинкевич Б.С., Бекмурадов А.Р. Способ дренирования желудка в сочетании с ваготомией в лечении осложненных постбульбарных язв // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2009. – № 2. – С. 35-39.

8. Чернов В.Н., Долгарев С.О. Исторические и современные представления о дуоденопластике и ее применении в лечении язвенной болезни // Вестн. экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. – Т. IV, № 4. – С. 848-854.

9. Дурлештер В.М., Дидигов М.Т. Анализ результатов и сравнительная оценка хирургического лечения декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2012. – Т. 7, № 1. – С. 72-76.

10. Рычагов Г.П., Барсуков К.Н., Амельченя О.А. Послеоперационные осложнения в хирургии язвенной болезни // Военная медицина. – 2015. – № 3(36). – С. 105-106.

11. Кубачев К.Г., Мухиддинов Н.Д., Ризаханов Д.М. Эндоскопические технологии в лечении язвенных кровотечений из желудка и двенадцатиперстной кишки // Здравоохранение Таджикистана. – 2009. – №4. – С. 40-44.

12. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П., Зубарева М.В. Реконструктивные операции у больных с постгастрорезекционными синдромами // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2016. – № 3. – С. 38-39.

13. Шапошников В.И., Авакимян В.А., Карипиди Г.К. Повторные операции при язвенной болезни //Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 6. – С. 181-184.

14. Оноприев В.И. Новые концепции, тактика и технологии хирургического лечения осложненных дуоденальных язв // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 11-16.

15. Репин В.Н., Репин М.В., Гудков О.С., Ефимушкина А.С., Артмеладзе М.С., Поляков С.Н. Аспекты диагностики и реконструктивно-восстановительной хирургии функциональных нарушений пищеварительной системы // Пермский медицинский журнал. – 2016. – Т. 33, № 4. – С. 33-42.

16. Кодиров Ф.Д., Кадыров Д.М., Амонов У.М. Органосохраняющие хирургические технологии в лечении декомпенсированных рубцово-язвенных дуоденостенозов // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2017. – № 2. – С. 21-26.

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

АСОСНОКИИ ПАТОФИЗИОЛОГИИ ҶАРРОҲИИ ФУНКСИОНАЛИИ БЕМОРИИ ЗАХМИ РӮДАИ ДУВОЗДАҲАНГУШТА БО ОРИЗАИ СТЕНОЗ

МД Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерологияи ВТ ва ҲИА ҶТ

Калимаҳои калидӣ: захми рӯдаи дувоздаҳангушта, стенози пилородуоденалӣ, табобати ҷарроҳӣ, ҷарроҳиҳои функционалӣ, дуоденопластика.

Натиҷаи омӯзиши паҳлуҳои патофизиологии дуоденостенози сабабаш захм нишон дода шудааст. Дуоденостеноз ба як қатор дигаргуниҳои патофизиологии узвҳои маҷмуи эзофагогастродуоденалӣ равона мегардад, ки ба таври қатъӣ механизмҳои асосии патогении улсерогениро дигаргун месозад. Барои гузаронидани амалиётҳои ҷарроҳии функционалии сабабаш дуоденостенози захмӣ хулосаҳои патофизиологӣ ва анатомии далелдошта ва дар як навбат коррексияи ҳосилшавии кислотаи меъда, барқароркунии пластикии гузариши рӯдаи дувоздаҳангушта пурра нигоҳ доштани сиҳатии баромадгоҳи меъда коркард карда шуд. Амалиётҳои ҷарроҳии функционалӣ на танҳо пурарзишии узвҳои эзофагогастродуоденалиро таъмин менамояд, балки сифати нисбатан баланди ҳаёти беморонро барқарор менамоянд.

УДК 616.8-005

[1]КОСИМОВ З.Х., [1]МУРАДОВ А.М., [2]РАХМОНОВ Р.А.

СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, СИСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

[1]Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино

В работе анализируются структурно-геометрические показатели левого желудочка сердца у 70 больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (35 – с ишемическим инсультом, 35 – с геморрагическим инсультом). Выявлено, что в зависимости от тяжести основного и фоновых заболеваний отмечается увеличение толщины межжелудочковых перегородок, задней стенки и общей массы левого желудочка, что способствует снижению его систолической функции. Это вызывает концентрическое ремоделирование левого желудочка и нарушение его контрактильной способности. Изменения усугубляются по мере нарастания тяжести состояния больных. Эксцентрический тип геометрии ЛЖ прогностически является крайне неблагоприятным.

Ключевые слова: острое нарушение мозгового кровообращения, ишемический инсульт, геморрагический инсульт, систолическая функция левого желудочка, ремоделирование.

[1]KOSIMOV Z.KH., [1]MURADOV A.M., [2]RAKHMONOV R.A.

STRUCTURAL-GEOMETRIC INDICATORS, SYSTOLIC FUNCTION OF THE LEFT HEART VENTRICLE IN PATIENTS WITH ISCHEMIC AND HEMORRHAGIC STROKE

[1]Department of Efferent Medicine and Intensive Care of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»
[2]Department of Neurology and the Basics of Medical Genetics of the Avicenna Tajik State Medical University

The article considers the structural-geometric indicators of the left heart ventricle of 70 patients with acute disorders of cerebral circulation (35 with ischemic stroke, 35 with hemorrhagic stroke). Revealed, that depending from severity of basic and background diseases noted the increase of interventricular septal thickness, posterior paries and total mass of the left ventricle that helps to reduce its systolic function. This causes concentric remodeling of the left ventricle and a violation of its contractile ability. Changes have been accentuated as far as the severity of patients condition. The eccentric type of LV geometry is prognostically extremely unfavorable.

Key words: acute disorders of cerebral circulation, ischemic stroke, hemorrhagic stroke, systolic function of the left ventricle, remodeling.

Актуальность. Несмотря на впечатляющие достижения современной медицинской науки и техники, уровень заболеваемости инсультом неуклонно растет во все странах мира. Инсульт является одной из основных проблем здоровья взрослого населения и занимает третье место среди причин смерти в развитых странах [1, 2]. 31% пациентов, перенесших инсульт, требуют посторонней помощи для ухода за собой, а 20% не могут самостоятельно ходить. Лишь около

20% больных могут вернуться к прежней работе. Острый ишемический инсульт – одна из наиболее частых причин смерти и инвалидности во всем мире. Смертность от инсульта – 175 случаев на 100000 населения в год [3, 4].

Хотя разработанные и внедрённые в клиническую практику «Рекомендации Европейской «инсульт-инициативы» по лечению инсульта», «Руководство для раннего лечения больных ишемическим инсультом» (утвержденное Инсульт-Ассоциацией США) и руководства, разработанные и принятые Национальной Ассоциацией по борьбе с инсультом в Российской Федерации, значительно снизили смертность и инвалидизацию, летальность при ишемическом инсульте (ИИ) все еще составляет 19-21%, а при геморрагическом инсульте (ГИ) – 79-81% [3]. Это указывает на проблемы в профилактике, диагностике и лечении данной патологии и свидетельствует о необходимости дальнейшего её углубленного изучения. Одной из основных нерешенных проблем при острых нарушениях мозгового кровообращения (ОНМК) остаются структурные, геометрические изменения, или ремоделирование, систолическая и диастолическая дисфункции левого и правого желудочков сердца, которые требуют своего детального изучения и решения.

Цель исследования. Изучение структурно-геометрические показатели, систолическую функцию левого желудочка сердца в зависимости от тяжести состояния у больных ИИ и ГИ.

Материал и методы исследования. Исследованы 70 больных с ОНМК – 1 группу составили 35 больных ИИ и 2 группу – 35 больных с ГИ, 3 контрольную группу – 20 здоровых доноров. Обследование и лечение этого контингента проведено в областной клинической больнице им. Кутфидинова на кафедре неврологии ИПОвСЗ РТ Согдийской области и Городском научном Центре реанимации и детоксикации (ГНЦРиД) г. Душанбе, на кафедрах неврологии и эфферентной медицины, и интенсивной терапии ИПОвСЗ РТ.

Для корректности и репрезентативности были отобраны больные с ОНМК с достоверно подтвержденным диагнозом клинически и методом компьютерной томографии.

Из обследованного контингента мужчины составили 57,8%, женщины – 42,2%. ОНМК чаще проявлялись в молодом, наиболее трудоспособном возрасте: в основном, от 40 до 59 лет. 47,1% поступивших были жителями села, 52,9% – города.

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

В острейшем периоде (от 3 до 6 часов с момента появления первых признаков ОНМК) в клинику поступило всего 21,4% больных, у 78,6% поступление было поздним.

Анализ полученных данных указывает, что артериальная гипертензия (АГ) остается одной из основных причин ОНМК и составляет более половины случаев, при этом 28,6% случаев приходится на больных с ИБС, у которых имелись гипертония и её осложнения: стенокардия, постинфарктный кардиосклероз и др. Также значительную долю в структуре названной патологии занимают больные с заболеваниями эндокринной системы, в том числе сахарным диабетом, составляя более 21,4%, с сосудистой патологией – 8,6%, с нарушениями ритма сердца – 7,1%. Необходимо отметить низкий индекс здоровья обследованного контингента, т.к. более 3/4 больных с ОНМК имеют сочетание двух, трех и более соматических заболеваний в анамнезе.

При поступлении больных в стационар, после проведения диагностических лабораторных и инструментальных исследований, экстренных лечебных мероприятий, а также после осмотра невропатолога и реаниматолога, окулиста и терапевта были определены локализация и размеры поражения ЦНС, степень тяжести течения ОНМК, уровень сознания и другие необходимые критерии.

Для объективизации состояния больных при поступлении и в динамике использовалась Скандинавская шкала (Scandinavian Stroke Study Group, 1985). Тяжесть состояния при субарахноидальном кровоизлиянии оценивалась по шкале Hunt-Hess (0-Vстепень).

По тяжести состояния больные с ИИ были разделены на три группы: 1 – легкий инсульт – 13 (37,1%); 2 – инсульт средней тяжести – 15 (42,9%); 3 – тяжелый инсульт – 7 (20,0%) пациентов. Больные с ГИ (внутримозговой гематомой) были также разделены на 3 группы: 1 – легкий инсульт – 3 (12,0%); 2 – средней тяжести – 8 (32,0%); 3 – тяжелый инсульт – 14 (56,0%) человек. У 10 больных с ГИ, которым после КТ подтвержден диагноз субарахноидального кровоизлияния (САК), при диагностической люмбальной пункции был получен окрашенный кровью ликвор. Распределение больных по степени тяжести было следующим: II степень – 3 (30,0%); III – 5 (50,0%); IV – 2 (20,0%) пациентов. Для большей объективизации группы больных с ИИ и ГИ по количеству и тяжести состояния были приблизительно одинаковы и сопоставимы.

Все исследования проведены на основании письменного согласия больного или его законного представителя по «листу информационного согласия об научных исследованиях».

При поступлении всем больным нами проведены лабораторно-инструментальные методы

исследования ОНМК. Эхокардиографическое исследование сердечной и центральной гемодинамики (ЦГ) осуществлялось на аппарате «Toshiba-350» (Япония) по общепринятым методикам в одномерном и двухмерном режимах (Шиллер Н., Осипов М.А., 1993; Feigenbaum H., 1996). Оценивались: фракция выброса (ФВ) левого желудочка по Симпсону, диастолическая дисфункция по трансмитральному кровотоку, размеры левого желудочка в систолу и диастолу, диаметр левого предсердия, размеры правого желудочка, толщина межжелудочковой перегородки, проводилась допплерография внутрисердечных потоков.

Основные измерения проводили в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации Эхо-КГ по стандартным методикам.

Для расчета объема полости ЛЖ в диастолу и систолу (КДО и КСО) применялась формула, предложенная Tetchily [5].

Оценка диастолической функции ЛЖ проводилась в импульсном режиме по показателям трансмитрального/транстрикуспидального кровотока из апикальной позиции.

В своей работе мы руководствовались 3 типами ремоделирования ЛЖ [6]: концентрическая гипертрофия – показатели индекса массы миокарда (ИММ) ЛЖ были повышены и 2 Н/Д равнялся или превышал 0,45; эксцентрическая гипертрофия – показатели ИММ ЛЖ были повышены, а 2 Н/Д составлял меньше 0,45; концентрическое ремоделирование – показатели ИММЛЖ были в пределах нормы, а 2 Н/Д превышал 0,45 толщины свободной стенки ЛЖ, которую определяли из апикальной позиции.

Масса миокарда ЛЖ определялась по формуле R. Deverex и соавт.:

ММЛЖ=0,8×(1,04×(ТМЖП+КДР+ТЗС)3)+0,6

Поскольку масса миокарда ЛЖ зависит от пола, возраста, роста и массы пациента, то вычислялся ИММЛЖ в г/м^2.

В свою очередь ИММЛЖ является отношением массы миокарда левого желудочка к поверхности тела больного

ИММЛЖ=ММЛЖ/S тела

Для определения типа ремоделирования нами вычислялся индекс относительной толщины стенок (ОТС) (2 Н/Д) ЛЖ по формуле:

2 Н/Д=(ТМЖП+ТЗСЛЖ)/КДР ЛЖ

где: ТМЖП – толщина МЖП, ТЗСЛЖ – толщина задней стенки ЛЖ.. К повышенным значениям относили 2 Н/Д=0,45 и более.

Некоторые показатели центральной гемодинамики оценивали по общепринятым расчетным формулам: число сердечных сокращений (ЧСС), ударный объем (УО), минутный объем сердца (МОС), ударный (УИ) и сердечный (СИ) индексы, общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) и др.

Полученные результаты обработаны разностной, вариационной статистикой с помощью программы «БИОСТАТ». Разница считалась достоверной, если вероятность возможной ошибки (Р), определенная по таблице Стьюдента, была меньше 0,05.

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что нарушение общих параметров гемодинамики до и во время ОНМК приводило к изменению структурно-геометрических показателей, ремоделированию, систолической и диастолической функции ЛЖ у больных как ИИ, так и ГИ. В таблице представлены показатели КДО, КСО, ФВ, ИММЛЖ, ОТСЛЖ (2 н/д), которые являются критериями оценки систолической функции левого желудочка в зависимости от тяжести течения ОНМК. Все результаты рассчитаны по отношению показателей контрольной группы здоровых (20 человек) и между группами пациентов.

При анализе КДО (мл) у больных ИИ и ГИ отмечено: у 1 группы недостоверное увеличение на 16,4% и 17,1% соответственно; у 2 группы – на 7,7% и 4,9%, по сравнению с контрольной группой здоровых; при этом между 1 и 2 группами отмечается тенденция к снижению этого объема менее чем на 7,4% и 10,4%; в 3 группе статистически значимая разница изменения объема по отношению к контрольной группе отсутствовала (табл.). При этом между группами данный показатель имел тенденцию к снижению более чем на 14,2% и на 17,3% к 1 группе, на 7,2% и 7,7% – по отношению к показателям 2 группы.

Анализ другого показателя работы ЛЖ-КСО (мл) – показал его увеличение на 33,1% и 32,5% у 1 группы больных с ИИ и ГИ, на 29,9% и 29,6% соответственно – у 2 группы к показателю КСО ЛЖ у контрольной группы. При этом не выявлено статистической разницы между КСО ЛЖ 1 и 2 групп. В 3 группе больных ИИ и ГИ также имелось недостоверное увеличение этого объемного показателя на 28,4% и 28,4% к контрольной группе, тогда как между группами отмечалось его незначительное снижение (табл.).

ФВ (%) – один из основных критериев работы левого желудочка и состояния ССС. В наших исследованиях она уменьшается от 1 к 3 группе больных как при ИИ, так и при ГИ. У 1 и 2 групп больных ИИ и ГИ анализ ФВ показал тенденцию к снижению на 8,7% и 9,1%, а также на 12,3% и 12,1% в сравнении с контрольной группой. При этом у 3 группы больных ИИ и ГИ отмечено достоверное снижением ФВ более чем на 20,5% ($P<0,05$) и 24,2% ($P<0,001$) соответственно в

сравнении с нормой. Межгрупповым анализом выявлено достоверное снижение ФВ на 12,9% (P<0,05) и на 16,6% (P<0,01) к 1 группе, а также аналогичная тенденция по отношению ко 2-ой группе – на 9,4% и 13,8% (P<0,05) соответственно, что указывает на компенсацию систолической функции в 1 и 2 группах больных ИИ и ГИ, а также значительное снижение сократительной способности левого желудочка в 3 группе пациентов (табл.).

Структурно-геометрические показатели и систолическая функция ЛЖ у больных ИИ и ГИ

Показатели	1 группа	2 группа	3 группа
	ИИ n=10 (28,6%) ГИ n=8 (22,8%)	**ИИ n=10 (28,6%) ГИ n=10 (28,6%)**	**ИИ n=5 (14,3%) ГИ n=5 (14,3%)**
КДО, мл контр. гр. n=20 (103,7±12,4)			
ИИ n=35	120,7±6,2	111,7±5,0	103,6±6,4
ГИ n=35	121,4±7,2	108,8±6,2	100,4±5,2
КСО, мл контр. гр. n=20 (34,1±8,8)			
ИИ n=35	45,4±4,3	44,3±4,8	43,8±5,8
ГИ n=35	45,2±4,3	44,2±4,6	43,8±3,8
Фв, % контр. up. n=20 (66,8±4,6)			
ИИ n=35	61,0±2,8	58,6±2,2	53,1±2,4
ГИ n=35	60,7±2,1	58,7±1,6	50,6±2,2
ИММЛЖ, г/м 2 контр. гр. n=20 (105,7±8,7)			
ИИ n=35	127,2±5,2	136,2±6,3	158,4±5,8
ГИ n=35	126,6±6,2	134,4±5,7	150,2±6,1
ИОТСЛЖ (2н/д) контр. гр. n=20 (0,35±0,05)			
ИИ n=35	0,48±0,02	0,59±0,04	0,65±0,02
ГИ n=35	0,40±0,03	0,63±0,18	0,72±0,02

Примечание: *-P< 0,05; **-P< 0,01; ***-P< 0,001

Как указывалось выше, структурные изменения левого желудочка зависят от сопротивления току крови, СДД, ОПСС и компенсаторных возможностей сердечной мышцы, т.е. её массы или индекса массы миокарда и индекса толщины стенок левого желудочка, которые претерпевают ремоделирование.

Сравнительный анализ данных ИММЛЖ у больных ИИ и ГИ показал, что во всех группах он значительно повышен: в 1 группе на 20,3% (P<0,05) и 19,8% (P<0,05); во 2 группе - на 28,8% (P<0,01) и 27,1% (P<0,01) соответственно, по сравнению с нормой, но при этом также отмечается тенденция к его повышению на 7,1% и 6,2% во второй, по сравнению с первой группой. В 3 группе больных ИИ и ГИ отмечается достоверное увеличение ИММЛЖ на 49,8% (P<0,001) и на 42,1% (P<0,001), по сравнению с контрольной, при этом сравнительно с 1 группой отмечается достоверное повышение показателя на 24,5% (P<0,001) и 18,6% (P<0,05), а при его сравнении этого с показателями 2 группы повышение составляет 16,3% (P<0,01) в группе ИИ и тенденция к увеличению на 11,7% в группе больных ГИ.

Полученные данные указывают на наличие гипертрофии левого желудочка у больных с ИИ и ГИ, наиболее выраженные во 2 и 3 группах больных, что может привести к его ремоделированию с последующей дисфункцией.

Анализ индекса ОТС ЛЖ во всех группах пациентов с ИИ и ГИ показал его увеличение по отношению к контрольным показателям: у 1 группы достоверное повышение на 37,1%% (P<0,05) и недостоверное на 14,3% соответственно по нозологиям; у 2 группы - на 68,6% (P<0,001) и 80,0%, при том, что этот показатель достоверно возрастает во 2 группе, по сравнению 1, на 22,9% (P<0,05) и на 57,5% соответственно. В третьей группе больных также отмечено повышение индекса ОТС ЛЖ на 85,7% (P<0,001) и 105,7% (P<0,001), по сравнению к контрольным показателям, а по отношению к данным 1 группы этот индекс оказывается повышенным на 35,4%(P<0,001) и 80,0%(P<0,001) соответственно при ИИ и ГИ, а со 2 группой имела место тенденция к повышению более чем на 10,2% и на 14,3% соответственно (табл.).

Заключение. Сравнивая рассчитанные нам аналитические данные структурно-геометриче-

ских показателей и систолической функции левого желудочка, можно сделать вывод, что у больных с ишемическим и геморрагическим инсультом в зависимости от тяжести течения основного и фоновых заболеваний отмечаются изменения и увеличение толщины межжелудочковых перегородок, задней стенки и общей массы левого желудочка, что способствует снижение КДО, ФВ, вызывая концентрическое ремоделирование левого желудочка, или концентрическую гипертрофию, с нарушением контрактильной способности. Изменения усугубляются от 1 к 3 группе больных. Эксцентрический тип геометрии ЛЖ прогностически является крайне неблагоприятным.

Все описанные изменения являются причиной гемодинамических нарушений как по большому, так и по малому кругам кровообращения, требуют специальной детальной коррекции, а также изучения показателей легочной гемодинамики и диастолической дисфункции ЛЖ/ПЖ.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Пономарева Е.Н., Короткова Е.А. и др. Факторы риска инфаркта мозга, исход заболевания в зависимости от сроков госпитализации. //Неврологический журнал.- 2003.- № 1.- С. 16-20.

2. PROGRESS. Collaborative Group. Randomised trial of a perendopril -based bloot pressure - lowering regiment among 6,105 individuals with previons Stroke or transient icshaemic attack. // Lancet.- 2001.- V. 358.- P. 1003-1041

3. Волошин П.В., Малахов В.А., Завгородная А.Н. Эндотелиальная дисфункция у больных с церебральным ишемическим инсультом: пол, возраст, тяжесть заболевания, новые возможности медикаментозной коррекции //Международный неврологический журнал.- 2007.- № 2(12)

4. Виленский Б.С. Неотложные состояния в неврологии: руководство для врачей.- СПб.: ФОЛИАНТ, 2004. - 512 с.

5. Кубышкин В.Ф. Ионов В.А. Электрофизиологические и органометрические показатели сердца при инфаркте миокарда у больных хроническим бронхитом // Кардиология.- 1986.- Т. 26, № 8.- С. 86-87.

6. Teicholz L.E. et al. Problems in Echocardio-graphic Volume Determination: Echocardiographic Angiographic Cor¬relation in the Presence or Absence of Asynergy // Am. J. Cardiol.- 1976.- Vol. 37.- P. 7-11.

[1]КОСИМОВ З.Х., [1]МУРАДОВ А.М., [2]РАХМОНОВ Р.А.

НИШОНДИҲАНДАҲОИ ТАРКИБӢ-ГЕОМЕТРӢ, КОРИ СИСТОЛОГИИ МЕЪДАЧАИ ЧАПИ ДИЛ ДАР ШАХСОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИИ САКТАИ МАЙНАИ ИШЕМИКӢ ВА ГЕМОРРАГӢ

[1]Кафедраи тибби эфферентӣ ва табобати интенсивии МД ДТБКСТ ВТ ва ҲИА ҶТ
[2]Кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: вайроншавии шиддатноки гардиши хуни майнаи сар, сактаи майнаи ишемикӣ, сактаи майнаи геморрагӣ, кори систологии меъдачаи чап, аз нав амсиласозӣ.

Дар асар (рисола) нишондиҳандаҳои таркибӣ-геометрии меъдачаи чапи дил дар 70 нафар беморон, ки гирифтори вайроншавии шиддатноки гардиши хуни майнаи сар мебошанд (35 нафавр- бо бемории сактаи майнаи ишемикӣ, 35 нафар- бо бемории сактаи майнаи геморрагӣ), мавриди таҳлил қарор дода шудааст. Муайян гардид, ки вобаста аз вазнинии бемории асосӣ ва қиёсӣ гавсии қаторакхои байни меъдача, пардаи қафо ва қисми умумии меъдачаи чап афзоиш меёбанд, ки ин ба паст гардидани кори систеологии он мусоидат менамояд. Ин ҳолат аз нав амсиласозии маркази меъдачаи чап ва вайроншавии қобилияти мутақобилаи онро ба вуқуъ меоварад. Тағйиротҳо бо афзоиш ёфтани ҳолати вазнини беморон шиддат меёбад. Шакли омаркази геометрии меъдачаи чап ба куллӣ номусоид мебошад.

УДК [616.98:579.842.15:579.835.12] – 053.2 – 078:612.017.1

КУРЛАН Н.Ю., ОЛЬХОВСКАЯ О.Н.

ВЛИЯНИЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ *H. PYLORI* НА ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА БОЛЬНЫХ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ

Кафедра детских инфекционных болезней Харьковского национального медицинского университета, Украина

В статье представлены результаты оценки уровней популяций и субпопуляций лимфоцитов периферической крови детей, больных шигеллезом и инфицированных H. Pylori. Определено, что у детей с фоновым инфицированием воспалительный процесс сопровождается значительными изменениями показателей клеточного звена иммунного ответа с существенным угнетением Т-хелперного звена иммунитета. У детей, инфицированных H. Pylori, выявлены достоверно более значимые изменения Т-хелперного звена иммунитета в остром периоде, отсутствие полного восстановления показателей $CD3^+$, $CD4^+$ до физиологических уровней в периоде реконвалесценции и в динамике инфекционного процесса. Полученные данные свидетельствуют о влиянии инфицирования H. Pylori на показатели клеточного звена иммунного ответа у детей, больных шигеллезом, и могут быть использованы для дальнейшего совершенствования терапии таких больных.

Ключевые слова: шигеллез, Helicobacter pylori, дети, иммунитет

KURLAN N.YU., OLKHOVSKA O.M.

IMPACT OF H. PYLORI INFECTION OF CHILDREN ON CELL-MEDIATED IMMUNITY INDICES OF PATIENTS WITH SHIGELLOSIS

Department of Children's Infectious Diseases of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv

The article deals with assessment findings of lymphocyte population and subpopulation levels of peripheral blood in children with Shigellosis and infected with H. pylori. It has been established that in children with background infection, the inflammatory process is accompanied by significant changes of the levels of cellular arm of the immune response with probable inhibition of T-helper immunity component. In children infected with H. pylori, more significant changes of T-helper immunity component in acute phase, absence of full recovery of $CD3^+$, $CD4^+$ up to physiological levels in convalescence period and substantial changes of $CD3^+$, $CD4^+$ over time of infectious process were revealed. The obtained data are representative of substantial impact of H. Pylori infection on indices of cellular arm of the immune response in children with Shigellosis and can be applied fur further improvement of treatment of this category of patients.

Key words: Shigellosis, Helicobacter pylori, children, immunity.

Актуальность. До настоящего времени шигеллез остается распространенной бактериальной инфекцией, особенно среди детей раннего возраста [1, 2]. Во время инфицирования шигеллы находятся вне- и внутриклеточно, поэтому для эффективной санации организма нужна инициация как гуморального, так и клеточного звеньев иммунного ответа [3, 4]. Нормальное функционирование иммунной системы

Курлан Н.Ю. – аспирант кафедры детских инфекционных болезней Харьковского национального медицинского университета; тел.: +380509354381; e-mail: ik.natasha@gmail.com

базируется на балансе Th1 и Th2, основанном на равноценной продукции их регуляторных цитокинов. Избыточная активация любого из типов Т-хелперных клонов может направить иммунный ответ по одному из альтернативных вариантов, а расбалансирование их продукции приводит к иммунной патологии, поэтому в клинической практике важным является определение количества $CD4^+$ и $CD8^+$-клеток [5]. Доказано, что при шигеллезе запуск клеточно-опосредованного, цитотоксического ответа обусловлен не попаданием в организм шигелл как таковых или выделением ими растворимых продуктов, а инфицированием этими патогенами собственных клеток организма [6]. Вопросы активации клеточного звена иммунного ответа при шигеллезе до настоящего веремени остаются дискутабельними. Так, выявлено, что активированные $CD8^+$-клетки могут осуществлять цитотоксическую функцию после взаимодействия TCR с комплексом антигена и молекулы MHC I класса на поверхности инфицированной клетки-мишени [7, 8]. В то же время отдельные авторы указывают на наличие иммуносупрессорной активности шигелл при экспериментальном инфицировании шигеллами как животных, так и людей [7, 9]. Обнаружено, что $CD8^+$-лимфоциты не участвуют в формировании протективного иммунитета при кишечной инфекции, вызванной бактериями вида Shigella, несмотря на то, что Ipa-протеины активно секретируются шигеллами в клетки хозяина, подвергаются процессингу и представляются $CD8^+$ клеткам. Для определения способности шигелл стимулировать антиген-специфический $CD8^+$ Т-клеточный ответ был разработан штамм S. Flexneri, что производит через секреторную систему третьего типа гетерогенный вирусный $CD8^+$ Т-клеточный эпитоп. Т-клеток, специфичных к вирусному эпитопу, не было зафиксировано ни у мышей, ни в культурах клеток, зараженных этим штаммом [9]. Авторы утверждают, что ингибирование $CD8^+$ цитотоксичного ответа не связано с продуктами секреции шигелл [2]. При бактериальных инфекциях важная роль в выздоровлении организма принадлежит специфическим антителам, которые продуцируются В-лимфоцитами, развитие, активация и дифференцировка которых контролируется $CD19^+$- ключевой молекулой трансдукции сигналов [10, 11].

Вопросам клеточно-опосредованного ответа детей раннего возраста при шигеллезе посвящено небольшое количество работ. Однако, исследований, касающихся изучения иммунологических показателей при шигеллезе у детей, инфицированных H. Pylori (как одного из наиболее распространенных возбудителей, заражение которым происходит в раннем возрасте), в доступных нам научных ресурсах не обнаружено.

Цель исследования. Влияние инфицирования детей H. pylori на показатели клеточного звена иммунитета больных при шигеллезе.

Материал и методы исследования. В динамике острого шигеллеза нами проведено исследование показателей клеточного звена иммунного ответа 76 детей одного-трех лет жизни, которые были госпитализированы в Областную детскую клиническую инфекционную больницу города Харькова. Диагноз шигеллеза верифицировали по совокупности клинико-эпидемиологических, бактериологических и серологических данных. Все дети получали лечение в соответствии с утвержденными действующими клиническими протоколами. Были сформированы две группы наблюдения, сравнимые по возрасту и полу. Первую группу составили 36 детей, больных шигеллезом и инфицированных H. pylori. Последнее подтверждалось посредством выявления H. pylori в кале методом полимеразной цепной реакции и по результатам иммуноферментного CITO TEST H.Pylori Ag. Во вторую группу вошли 40 детей, больных шигеллезом без фонового инфицирования. В остром периоде и в периоде реконвалесценции шигеллеза были определены уровни популяций и субпопуляций лимфоцитов периферической крови больных методом непрямой иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител к поверхностным антигенам лимфоцитов $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, $CD19^+$. Сравнение содержания CD-клеток проводили с показателями контрольной группы из 30 практически здоровых детей, аналогичных по возрасту.

Статическая обработка полученных результатов проведена с помощью компьютерных программ Excel и Statistica 6,0.

Результаты и их обсуждение. Содержание основных субпопуляций лимфоцитов крови детей групп наблюдения в остром периоде шигеллеза представлено в таблице 1.

В периоде разгара шигеллеза у больных обеих групп определены существенные изменения в показателях клеточного иммунитета, по сравнению с группой контроля, характеризующиеся достоверным снижением уровней $CD3^+$, $CD4^+$ $CD8^+$ и повышением содержания $CD19^+$ ($P<0,01$). Следует отметить, что у детей первой группы в остром периоде болезни наблюдалось достоверное снижение количества $CD3^+$, $CD4^+$, по сравнению с показателями второй группы ($P<0,05$). Наиболее существенные различия в исследуемых группах выявлены в показателях уровней $CD8^+$ ($P<0,01$). Повышение содержания $CD19^+$ крови были более значимыми у детей второй группы ($P<0,05$). Таким образом, в остром периоде шигеллеза у больных обеих групп нами отмечены однотипные нару-

шения клеточного иммунитета, заключавшиеся в дефиците иммунорегулирующих Т-лимфоцитов и увеличении количества В-лимфоцитов, которые связаны с гуморальным ответом. В остром периоде шигеллеза иммунорегуляторный индекс (ИРИ), отображающий соотношение $CD4^+$ к $CD8^+$, был ниже нормы за счет существенного снижения количества $CD4^+$: соответственно 1,3±0,035 и 1,3±0,023 в группах исследования и 1,4±0,017 в группе контроля (P<0,05).

Показатели клеточного иммунного ответа больных шигеллезом детей в периоде ранней реконвалесценции предоставлены в таблице 2.

Таблица 1

Показатели клеточного иммунитета крови больных в остром периоде шигеллеза (M±m)

Показатель	Первая группа (n=36)	Вторая группа (n=40)	Группа контроля (n=30)
$CD\ 3^+$, %	52,16±0,77[1,2]	54,71±0,78[1,2]	60,60±1,20
$CD\ 4^+$, %	28,41±0,56[1,2]	30,59±0,54[1,2]	36,30±0,75
$CD\ 8^+$, %	21,10±0,64[1,2]	23,27±0,39[1,2]	25,70±0,68
$CD\ 19^+$, %	23,11±0,25[1,2]	24,67±0,62[1,2]	17,30±0,79

Примечание: 1 – относительно группы контроля; 2 – между группами наблюдения

Таблица 2

Показатели клеточного иммунитета крови больных в период ранней реконвалесценции (M±m)

Показатель	Первая группа (n=36)	Вторая группа (n=40)	Группа контроля (n=30)
$CD\ 3^+$, %	56,59±0,94[1,2]	58,97±0,68[2]	60,60±1,20
$CD\ 4^+$, %	32,23±0,89[1,2]	35,84±0,51[2]	36,30±0,75
$CD\ 8^+$, %	23,88±0,43[1,2]	25,84±0,86[2]	25,70±0,68
$CD\ 19^+$, %	20,15±0,78[1]	19,44±0,67[1]	17,30±0,79

Примечание: 1 – относительно группы контроля; 2 – между группами наблюдения

В периоде ранней реконвалесценции у детей без фонового инфицирования H. pylori проявлялась тенденция к нормализации количества $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, уровни которых не отличались от показателей группы контроля (P<0,05). У детей первой группы в периоде реконвалесценции шигеллеза содержание $CD3^+$, $CD8^+$ (P<0,05) и $CD4^+$ (P<0,01) сохранялось достоверно низким. Уровни $CD19^+$ в обеих группах наблюдения снижались к периоду реконвалесценции, но оставались высокими, по сравнению с контрольной группой (P<0,05). ИРИ детей первой группы был ниже нормальных величин (1,3±0,04 и 1,4±0,017 соответственно, P>0,05), в то время как у детей без фонового инфицирования он приближался к показателям контрольной группы (1,4±0,02).

Анализ показателей иммунитета больных двух групп в различные периоды шигеллеза выявил, что инфицирование H.pylori приводит к значимым изменениям супрессорной активности клеточнго звена иммунного ответа. Определено достоверное различие показателей $CD8^+$ в остром периоде и периоде ранней реконвалесценции шигеллеза у детей раннего возраста с фоновым инфицированием хеликобактер пилори (P<0,01). У больных без фонового инфицирования в динамике болезни были выявлены существенные изменения показателей $CD19^+$ (P<0,01), что, вероятно, обусловлено компенсаторными механизмами реагирования иммунной системы на транзиторную несостоятельность Т-хелперного звена.

Таким образом, течение шигеллеза у детей раннего возраста сопровождается существенными изменениями показателей клеточного звена иммунного ответа, максимальная степень выраженности которых определяется в остром периоде болезни. Инфицирование детей хеликобактер пилори приводит к угнетению Т-хелперного звена иммунитета больных шигеллезом в остром периоде, восстановление которого в полной мере не происходит вплоть до периода реконвалесценции, а также активацией супрессорной активности цитотоксических Т-лимфоцитов. Выявленные особенности иммунного реагирования больных расширяют наши знания о патогенетических механизмах формирования шигеллеза у детей, инфицированных хеликобактер пилори, а в будущем будут способствовать совершенствованию терапии таких больных.

Выводы

1. Течение шигеллеза у детей раннего возраста сопровождается значительными изменениями показателей клеточного звена иммунного ответа с угнетением Т-хелперного звена.

2. В остром периоде шигеллеза максимально выраженные изменения Т-хелперного звена иммунитета происходят у детей, инфицированных хеликобактер пилори.

3. В периоде ранней реконвалесценции у детей с фоновым инфицированием хеликобактер пилори не происходит полного восстановления показателей $CD3^+$, $CD4^+$ до физиологических уровней, что свидетельствует о сохранении депрессии Т-хелперного звена.

4. Течение шигеллеза у детей, инфицированных хеликобактер пилори, сопровождается существенной динамикой показателей $CD8^+$, что может свидетельствовать о значительной цитотоксической активности клеточных иммунных реакций.

5. Выявлены существенные отличия иммунного реагирования больных шигеллезом и инфицированных хеликобактер пилори детей, которые характеризуется неполноценностью хелперного звена защиты ($CD4^+$) при активации супрессорной активности цитотоксических Т-лимфоцитов ($CD8^+$).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванова Л.А. Гарас М.Н., Марусик У.И. и др. Особенности течения инвазивныйх диарей у детей на современном этапе //Актуальная инфектология.- 2015.- №3(8).- С. 34-37

2. Anderson M., Sansonetti P.J., Marteyn B.S. Shigella Diversity and Changing Landscape: Insights for the Twenty-First Century // Frontiers in Cellular and Infection Microbiology.- 2016.- Vol. 6. P. 45.

3. Тагирова З.Г., Ахмедов Д.Р., Амирова Д.М. Показатели провоспалительных цитокинов у больных шигеллёзами // Инфекционные болезни.- 2010.- Т. 8, №1.- С. 55-57

4. Phalipon A., Sansonetti P.J. Shigella's ways of manipulating the host intestinal innate and adaptive immune system: A tool box for survival? // Immunology and Cell Biology.- 2007.- № 85(2).- P. 119-129.

5. Salgado-Pabyn W. Celli S., Arena E.T., Nothelfer K., Roux P. et al. Shigella impairs T lymphocyte dynamics in vivo // Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.- 2013.- № 110.- P. 4458-4463.

6. Jehl S.P., Doling A.M., Giddings K.S., Phalipon A., Sansonetti P.J., Goldberg M.B., Starnbach M.N. Antigen-specific CD8(+) T cells fail to respond to Shigella flexneri // Infection and Immunity.- 2011.- Vol. 79 (5).- P. 2021-2030.

7. Червинец В.М., Червинец Ю.В., Михайлова Е.С. и др. Микробиоценоз кишечника и иммунный статус у детей младшего школьного возраста// Клиническая лабораторная диагностика.- 2013.- Т. 1.- С. 49-51

8. Carayol N., Tran Van Nhieu G. Tips and tricks about Shigella invasion of epithelial cells // Current Opinion in Microbiology.- 2013.- Vol. 16, Issue 1.- P. 32-37.

9. Maman Y., Nir-Paz R., Louzoun Y. Bacteria Modulate the $CD8^+$ T Cell Epitope Repertoire of Host Cytosol-Exposed Proteins to Manipulate the Host Immune Response // PLOS Computational Biology.- 2011.- Vol. 7(10).

10. Ashida H., Ogawa M., Mimuro H., Sasakawa C. Shigella Infection of Intestinal Epithelium and Circumvention of the Host Innate Defense System Molecular Mechanisms of Bacterial Infection via the Gut0 // Current Topics in Microbiology and Immunology.- 2009.- Vol. 337.- P. 231-255.

11. Rudel T. To Die or Not to Die—Shigella Has an Answer // Cell Host & Microbe.- 2012.- Vol. 11, Issue 3.- P. 219 – 221.

КУРЛАН Н.Ю., ОЛХОВСКАЯ О.Н.

ТАЪСИРИ СИРОЯТНОКИИ ҲЕЛИКОБАКТЕРИ ПИЛОРӢ БА НИШОНДОДИ МАСУНИЯТИ ҲУҶАЙРАГИИ КӮДАКОНИ БЕМОРИ ШИГЕЛЛЁЗ

Кафедраи бемориҳои сироятии кӯдакона Донишгоҳи тиббии миллии Харков

Калимаҳои калидӣ: шигеллёз, Helicobacter pylori, кӯдакон, масуният.

Дар мақола натиҷаҳои арзёбии сатҳи популятсия ва зерпопулятсияи лимфоситҳои хуни периферикии кӯдакони гирифтори беморii шигеллёз ва сироятёфтагони H. Pylori оварда шудааст. Муайян карда шудааст, ки дар кӯдакони ба ин беморӣ сироятёфта, раванди илтиҳобӣ бо тағйиротҳои куллии нишондоди қисмати (ҳалқаи) ҳуҷайрагии ҷавоби масунӣ бо заифшавии ҷиддии ҳалқаи Т-ҳелперии масуният зуҳур мекунад. Дар кӯдакони бо H. Pylori сироятёфта бошад, дар давраи шадид – тағйиротҳои куллии ҳалқаи Т-ҳелперии масуният, дар марҳалаи реконвалесентӣ – барқарорнашавии пурраи нишондоди $CD3^+$ ва $CD4^+$ то сатҳи физиологӣ, дар ҷараёни раванди сироятӣ – тағйиротҳои куллии нишондоди $CD8^+$ ошкор карда шуданд. Натиҷаҳои бадастомада аз таъсири сироятнокии H. Pylori ба нишондиҳандаҳои қисмати ҳуҷайрагии ҷавоби масунӣ дар кӯдакони гирифтори беморii шигеллёз шаҳодат медиҳанд, ҳамзамон барои такмили ояндаи табобати чунин беморон метавон истифода бурд.

УДК 616.366-003.7;616.37-002

МИРОДЖОВ Г.К., АМИРКУЛОВА М., АВЕЗОВ С.А., ОДИНАЕВ Р.И.

РИСК РАЗВИТИЯ ХОЛЕЛИТИАЗА И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ОЖИРЕНИИ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗиСЗН РТ

Изучены частота и риск развития желчнокаменной болезни и хронического панкреатита у 345 больных (138 мужчин и 207 женщин в возрасте 21-77 лет) с ожирением. У 81% больных диагностирован стеатоз печени, у 15,1% – желчные камни и у 128 – хронический панкреатит. Относительный риск развития стеатоза печени был 12,174 (95% ДИ 6,221-23,824), желчнокаменной болезни – 3,617 (95% ДИ 1,480-8,843) и хронического панкреатита – 3,180 (95% ДИ 1,907-5,302).

Сравнение клинико-биохимических показателей указывало на более выраженные признаки внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы у больных хроническим панкреатитом с ожирением. Между клиническими признаками, увеличением размеров поджелудочной железы, расширением вирсунгова протока и биохимическими показателями выявлена положительная корреляционная связь.

Ключевые слова: холелитиаз, панкреатит, ожирение.

MIRODZHOV G.K., AMIRKULOVA M., AVEZOV S.A., ODINAEV R.I.

RISK OF DEVELOPMENT OF CHOLELITIAS AND CHRONIC PANCREATITIS AT OBESITY

State Establishment «Institute of Gastroenterology» of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

Studied the frequency and risk of development of cholelithiasis and chronic pancreatitis in 345 patients (138 men and 207 women aged 21-77 years) with obesity. In 81% of patients, hepatic steatosis was diagnosed, in 15,1% – gallstones and in 128 – chronic pancreatitis. Relative risk of the development of hepatic steatosis was 12,174 (95% CI 6,221-23,824), cholelithiasis – 3,617 (95% CI 1,480-8,843) and chronic pancreatitis – 3,180 (95% CI 1.907-5.302).

Comparison of clinical and biochemical parameters indicated more pronounced signs of exocrine pancreatic insufficiency in patients with chronic pancreatitis with obesity. Between clinical signs, increase of pancreas size, expansion of the Virung duct and biochemical indicators revealed a positive correlation relationship.

Key words: cholelithiasis, pancreatitis, obesity.

Актуальность. Более одной трети взрослого населения мира имеют избыточную массу тела, которая ассоциирована с рядом хронических заболеваний, в том числе сахарным диабетом, ИБС, инсультом и злокачественными новообразованиями. Метаболические нарушения, возникающие вследствие ожирения, также являются этиологическим фактором заболеваний гепатобилиарной системы и поджелудочной железы [1, 2]. Инфильтрация жира в паренхиматозных органах [3], а также накопление провоспалительных медиаторов при ожирении [4, 5] способствуют дисфункции органа, и многие авторы находят зависимость между заболеваниями желчного пузыря и поджелудочной железы и ожирением [1, 6]. Установлено, что ожирение является ранним прогностическим признаком тяжести течения острого панкреатита [3, 7], больные с избыточной массой тела предрасположены к тяжелому и ослож-

Мироджов Г.К. – 734064, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Маяковского, 2, ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ и СЗН РТ; e-mail: gastrotj@yandex.ru

ненному течению острого панкреатита [8, 9]. При индексе массы тела более 30 относительный риск развития панкреатита и рака поджелудочной железы увеличивается в 1,2-3 раза, по сравнению с лицами, имеющими ИМТ меньше 25 [2, 7].

Механизмы связи ожирения и заболеваний гепатобилиарной системы и поджелудочной железы остаются до конца неясными и требуют дальнейшего изучения. Также до сих пор остаются не уточненными частота возникновения и риск развития холелитиаза и хронического панкреатита при ожирении.

Цель исследования. Изучение частоты и риска развития желчнокаменной болезни и хронического панкреатита, а также клинико-биохимических особенностей хронического панкреатита у больных с ожирением.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 345 больных (138 мужчин и 207 женщин в возрасте 21-77 лет) с ожирением (индекс массы тела – ИМТ более 26 кг/м^2). Контрольную группу составили 120 больных (36 мужчин и 84 женщин в возрасте 29-63 лет) с нормальным ИМТ (менее 25 кг/м^2). Холелитиаз и хронический панкреатит диагностированы на основании клинических, биохимических и сонографических данных.

Статистический анализ произведен с использованием описательной статистики (среднее значение ± стандартное отклонение). Статистические расчеты проводились с помощью STATISTICA 7.

Результаты и их обсуждение. При сонографии у 280 (81%) больных визуализирован стеатоз печени и у 52 (15,1%) – желчные камни (табл. 1). У 128 больных с ожирениями на основании клинико-анамнестических, лабораторных и инструментальных исследовании диагностирован хронический панкреатит.

Таблица 1

Частота развития стеатоза печени, желчнокаменной болезни и хронического панкреатита при ожирении

Нозология	Контрольная группа (n – 120)	Ожирение (n – 345)				
		ИМ	I степень	II степень	III степень	Всего
СП	8	62	138	62	18	280
ЖКБ	5	7	21	16	8	52
ХП	14	29	67	25	7	128
Всего	27	92	165	67	21	

Примечание: ИМ – избыточная масса, СП – стеатоз печени, ЖКБ – желчнокаменная болезнь, ХП – хронический панкреатит

Частота развития хронического панкреатита у больных с избыточной массой тела составила 26,8%, у больных ожирением I степени – 43,2%, ожирением II степени – 39,1% и ожирением III степени – 38,9%. Холелитиаз визуализирован у 6,5% пациентов с избыточной массой, у 13,5% у больных с ожирением I степени, у 25% больных ожирением II степени и у 44,4% больных ожирением II степени. Если частота развития холелиаза зависела от степени ожирения, т.е. с нарастанием степени ожирения увеличивался процент больных с желчными камнями, то кривая частоты развития хронического панкреатита пропорционально не изменялась в зависимости от степени ожирения (рис.1).

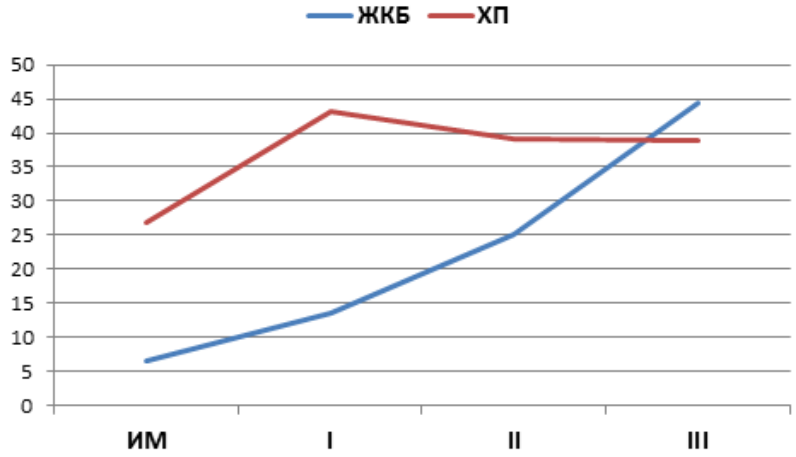


Рис. 1. Частота развития хронического панкреатита (ХП) и желчнокаменной болезни (ЖКБ)у больных с ожирением различной степени

У больных с ожирением наиболее высокий относительный риск развития имел стеатоз печени: 12,174 (95% ДИ 6,221-23,824). Относительные риски развития желчнокаменной болезни и хронического панкреатита также были статистически достоверно высокие: 3,617 (95% ДИ 1,480-8,843) и 3,180 (95% ДИ 1,907-5,302) соответственно (табл. 2).

Таблица 2

Риск развития стеатоза печени, желчнокаменной болезни и хронического панкреатита у больных ожирением

Показатель	СП	ЖКБ	ХП
Абсолютный риск в основной группе (EER)	0,812	0,151	0,371
Абсолютный риск в контрольной группе (CER)	0,067	0,042	0,117
Относительный риск (RR)	12,174	3,617	3,180
Стандартная ошибка относительного риска (S)	0,343	0,456	0,261
Нижняя граница 95% ДИ (CI)	6,221	1,480	1,907
Верхняя граница 95% ДИ (CI)	23,824	8,843	5,302
Снижение относительного риска (RRR)	11,174	2,617	2,180
Разность рисков (RD)	0,745	0,109	0,254
Число больных, которых необходимо лечить (NNT)	1,342	9,169	3,932
Чувствительность (Se)	0,972	0,912	0,901
Специфичность (Sp)	0,633	0,282	0,328

Примечание: СП – стеатоз печени, ЖКБ – желчнокаменная болезнь, ХП – хронический панкреатит

Желчные камни в абсолютном большинстве случаев у больных с ожирением, как и у здоровых камненосителей, не имели клинических проявлений. Только у 9 больных возникали эпизодические симптомы желчной колики. В 81% случаев визуализированы множественные мелкие конкременты, а в 19% – одиночные. В патогенезе формирования желчных конкрементов при ожирении, наряду с дисхолией, важными также являются желчно-пузырные факторы, так как у 35% и 47% больных соответственно нами выявлены гипотония и гипокинезия желчного пузыря. Желчные камни у больных с ожирением часто имеют холестериновую природу, являются рентгенонегативными, а при ультразвуковом сканировании дают изображение внутренней структуры и малоинтенсивную акустическую тень.

Одновременно стеатоз печени и хронический панкреатит диагностирован у 121 больного, холелитиаз и хронический панкреатит – у 35 больных. Данные факты свидетельствуют о том, что в патогенезе развития хронического панкреатита у больных с ожирением, наряду с билиарным фактором, участвуют и другие важные факторы. Многомерный корреляционный анализ показал зависимости возникновения данных заболеваний друг от друга.

Клинико-биохимические и сонографические показатели больных ХП на фоне ожирения (первая группа) были сопоставлены с показателями больных ХП с нормальным ИМТ (вторая группа). Обе группы не показали существенных отличий по возрасту. Соотношение мужчин к женщинам в первой группе составило 1:3,9, во второй группе – 1:2,5. У 74% больных ХП с ожирением и всего у 12% больных без ожирения отмечалась сопутствующая патология. Предположительный срок развития хронического панкреатита к моменту диагностирования установлен у 62% больных с ожирением, который в среднем составил 4,5±1,3, и у 53% больных без ожирения – 5,2±2,1 лет. Различия по ИМТ между группами были статистически достоверное ($P<0,05$). По мере развития панкреатита у большинства больных ИМТ уменьшался. Через 2 года от момента наблюдения 52 больных потеряли массу тела более чем на 12%. У 14 больных ИМТ нормализовался, а у 17 больных развились клинико-биохимические показатели недостаточности питания.

Сравнение клинической симптоматики указывало на более выраженные признаки внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы у больных ХП с ожирением. Болевой синдром и стеаторея практически в 2 раза чаще встречались у больных с ожирением. Среди первых также доминировали слабость, нарушение стула, иногда похудание и артралгия.

Содержание амилазы в сыворотке крови при хроническом панкреатите на фоне ожирения было повышено у 52% больных против 38 \% у больных с нормальным ИМТ. Средняя концентрация фермента у больных ХП с ожирением была повышена, по сравнению с показателями здоровых, на 75,6%, а у больных ХП без ожирения – на 35,9% (рис.

2). Активность трипсина в сыворотке крови была повышена только у 6 и снижена у 54 больных ХП с ожирением. В среднем, содержание фермента, по сравнению с нормальными показателями, было снижено на 66%. У больных ХП без ожирения данный показатель уменьшился всего на 21%.

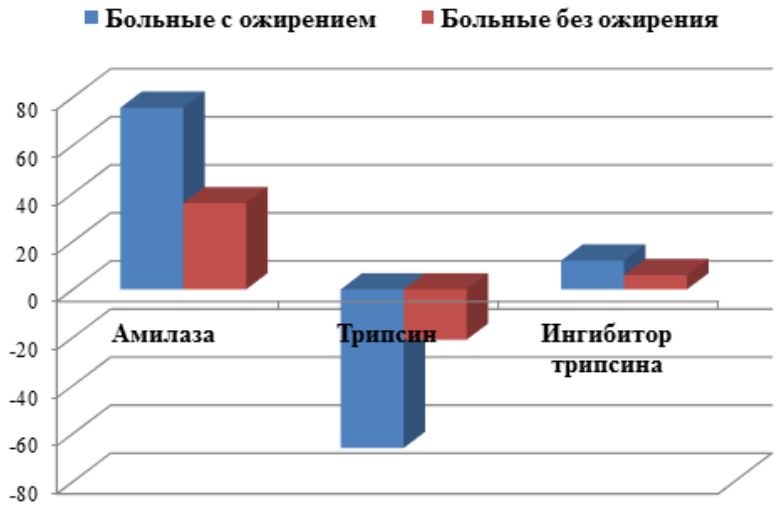


Рис. 2. Процентное изменение активности ферментов поджелудочной железы у больных хроническим панкреатитом на фоне ожирения

При сонографии увеличение размеров, изменение контуров и эхогенности поджелудочной железы при ультразвуковом исследовании наблюдались значительно чаще у больных с ожирением. Кистозный панкреатит диагностирован у 9 больных с ожирением и у 1 больного с нормальным ИМТ. О более тяжелом течении панкреатита при метаболическом синдроме также свидетельствовало наличие асцита, наблюдающегося у 7 пациентов с ожирением.

Между клиническими признаками, увеличением размеров поджелудочной железы, расширением Вирсунгова протока и биохимическими показателями выявлена положительная корреляционная связь (табл. 3).

Таблица 3

Корреляционная зависимость клиники, биохимических и сонографических показателей при хроническом панкреатите

	ИМТ	Б	С	А	Т	ИТ
ИМТ	1					
Б	0,282299	1				
С	0,036028	0,377964	1			
А	0,226009	0,785	0,649744	1		
Т	-0,01229	0,026959	0,369368	-0,08013	1	
ИТ	0,016642	0,179178	-0,06772	0,391356	-0,714	1
УЗИ	-0,07347	0,213201	0,564076	0,341119	0,100584	0,057301

Примечание: ИМТ – индекс массы тела, Б – болевой синдром, С – стеаторея, А – амилаза, Т – трипсин, ИТ – ингибитор трипсина, УЗИ – ультразвуковые признаки хронического панкреатита

Заключение. Таким образом, холелитиаз и хронический панкреатит у больных ожирением диагностируются чаще и протекают более тяжело, чем у пациентов без ожирения. Выяснено, что исходное ожирение отягощает течение панкреатита и прогноз. Преимущественный этиологический фактор развития панкреатита у больных ожирением является билиарный [8]. Однако, наличие положительной корелляционной связи между клиническими, сонографическими и биохимическими показателями указывает также на участие нарушений липидного и углеводного обменов в патогенезе ХП у больных ожирением. Жировая инфильтрация ацинарных клеток, микроэмболия сосудов поджелудочной железы жировыми частицами, тромбозы микрососудов с медленным прогрессированием дистрофических изменений в органе способствуют развитию ХП [7, 10]. Установлено, что стеатоз печени играет определенную роль в развитии панкреатита [10, 11]. Согласно экспериментальным и клиническим

данным, накопление провоспалительных цитокинов имеет пусковое значение в развитии острого панкреатита при ожирении.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Abu Hilal M., Armstrong T. The impact of obesity on the course and outcome of acute pancreatitis // Obes Surg. – 2008. – Vol. 18 (3). – P. 326-328.

2. Hwang H.K., Park J.S., Park C. The Impact of Body Mass Index on Pancreatic Fistula After Pancreaticoduodenectomy in Asian Patients on the Basis of Asia-Pacific Perspective of Body Mass Index // J. Pancreas. – 2011. – Vol. 12, No. 6. – P. 586-592.

3. Sempere L., Martinez J., de Madaria E.et all. Obesity and fat distribution imply a greater systemic inflammatory response and a worse prognosis in acute pancreatitis // Pancreatol. – 2008. – Vol. 8, No. 3. – P.257-264.

4. Segersvärd R., Tsai J.A., Herrington M.K., Wang F. Obesity alters cytokine gene expression and promotes liver injury in rats with acute pancreatitis // Obesity. – 2008. – Vol. 16. – P. 23-28.

5. Wade T.E., Mathur A., Lu D. et al. Adiponectin receptor-1 expression is decreased in the pancreas of obese mice // J. Surg. Res. – 2009. – Vol. 154. – P.78-84.

6. Evans A.C., Papachristou G.I., Whitcomb D.C. Obesity and the risk of severe acute pancreatitis. // Minerva Gastroenterol. Dietol. – 2010. – Vol. 56, No. 2. – P. 169-179.

7. Munigoti S.P., Rees A. Hypertriglyceridaemia, LPL Deficiency and Pancreatitis // Br. J. Diabet. Vascular Dis. – 2011. – Vol. 11, No. 3. – P.107-112.

8. Маев И.В., Москалева А.Б., Сальникова Е.А., Кучерявый Ю.А. Ожирение и болезни поджелудочной железы // Consilium med. – 2008. – № 1. – С. 27-32.

9. Frossard J-L., Lescuyer P., Pastor C.M. Experimental evidence of obesity as a risk factor for severe acute pancreatitis // World J. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 15, No. 42. – P. 5260-5265.

10. Pezzilli R. Chronic pancreatitis: Maldigestion, intestinal ecology and intestinal inflammation // World J. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 15, No. 14. – P.1673-1676.

11. Курбонов К.М., Гаюров У.Х. Хронический холангиогенный панкреатит // Здравоохранение Таджикистана. – 2014. – № 3(322). – С. 21-26.

МИРОҶОВ Ғ.Қ., АМИРҚУЛОВА М., АВЕЗОВ С.А., ОДИНАЕВ Р.И.

ХАВФИ ПАЙДОИШИ ХОЛЕЛИТИАЗ ВА ПАНКРЕАТИТИ МУЗМИН ҲАНГОМИ ФАРБЕҲӢ

МД Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерологияи ВТ ва ҲИА ҶТ

Калимаҳои калидӣ: холелитиаз, панкреатит, фарбеҳӣ.

Басомад ва хавфи пайдоиши беморӣ санги талха ва панкреатити музмин дар 345 бемор (138 мард ва 207 зан дар синни 21-77 сола) бо фарбеҳӣ омухта шуд. Дар 81% бемор стеатози ҷигар ташхис карда шуд, дар 15,1% - беморӣ санги талха ва дар 128 – панкреатити музмин. Хавфи нисбӣ пайдошавии стеатоз ҷигар дар 12,174 (95%ДИ 6,221-23,824), беморӣ санги талха - 3,617 (95%ДИ 1,480-8,843) ва панкреатити музмин - 3,180 (95%ДИ 1,907-5,302) ҷой дошт.

Муқоисаи нишондоҳои клинико-биокимиёвӣ ба нишонаҳои нисбатан бараълои норасогии тарашшуҳи берунаи гадуди зери меъда дар беморони панкреатити музмин бо фарбеҳӣ нисбат дорад. Миёни нишонаҳои клиникӣ, калоншавии андозаҳои гадуди зери меъда, васеъшавии маҷрои асосии гадуди зери меъда ва нишондодҳои биокимиёвӣ робитаи корелятсионӣ муайян карда шуд.

УДК 616.31(314)-073.916

МУЛЛОДЖАНОВ Г.Э., АШУРОВ Г.Г.

К ВОПРОСУ ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ НУЖДАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ В ИМПЛАНТАЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ ОККЛЮЗИОННЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ РАЗНОНАПРАВЛЕННЫХ МЕЖСИСТЕМНЫХ НАРУШЕНИЯХ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

В статье приводятся результаты изучения нуждаемости больных в методах дентальной имплантации при разнонаправленных межсистемных нарушениях в различных территориально-административных зонах Республики Таджикистан. Выявлено, что во всех зонах среди обследованного контингента наблюдается значительная инвалидизация жевательного аппарата в основном за счет общего количества утраченных зубов, что свидетельствует о высокой нуждаемости обследованных в методах дентальной имплантации и совершенствования методов ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов конструкциями, фиксированными на дентальных имплантатах.

Ключевые слова: соматическая патология, окклюзионный дефект, нуждаемость, имплантат.

MULLODZHANOV G.E., ASHUROV G.G.

TO QUESTION ABOUT DETERMINATION OF THE NEED PATIENT IN IMPLANT'S TREATMENT OF OCCLUSION DEFECTS UNDER DIFFERENT DIRECTION OF BETWEENSYSTEM DISORDERS

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

The article presents the results of the study need's patients under different direction betweensystem disorders to dental implant methods in different territorial-administrative zone of the Republic of Tajikistan. It is revealed that in all examined zone amongst contingent exists significant invalidation of chewing device basically to account of the gross amount lost teeth that is indicative of high needs of examined to dental implant methods and improvements of the orthopedic treatment patient with defect of the teeth rows design, fixed on dental implants.

Key words: somatic pathology, occlusion defect, need, implant.

Актуальность. С внедрением в стоматологическую практику метода дентальной имплантации появилась возможность расширить показания к применению несъемных протезов. Спектр возможностей применения дентальных имплантатов весьма широкий – от замещения одного зуба до реабилитации пациентов с полной потерей зубов [1-4]. Несмотря на большое количество исследований, посвященных проблеме применения зубных протезов с опорой на дентальные имплантаты [5-9], в Республике Таджикистан отсутствуют научно-обоснованные материалы по определению нуждаемости соматических больных в имплантационной стоматологической помощи.

В связи с этим поиск новых медико-социальных подходов организационного характера и обоснование тактики имплантационного лечения окклюзионных дефектов у больных с неблаго-

Муллоджанов Г.Э. – соискатель-докторант кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ; e-mail: mgairat65@mail.ru

приятным соматическим фоном разных территориальных зон Таджикистана остаются одной из важных задач стоматологии.

Цель исследования. Определение нуждаемости соматических больных в имплантационном лечении дефектов зубных рядов.

Материал и методы исследования. С целью определения нуждаемости соматических больных в имплантологической стоматологической помощи проведено эпидемиологическое обследование ортопедического статуса в различных административно-территориальных зонах Республики Таджикистан. Расчет достоверного числа эпидемиологических наблюдений осуществлялся по формуле бесповторной репрезентативной выборки с учетом численности генеральной совокупности, которая составила 1127 больных основной группы в г. Душанбе (296 чел.), Хатлонской (278 чел.), Согдийской (288 чел.) областей и Районы республиканского подчинения (РРП) (265 чел.). Общая численность обследованных соматических больных, данные которых были использованы для эпидемиологического анализа, составляла более чем 200 человек в каждой возрастной группе (табл. 1).

Единый методологический подход к выявлению и оценке ортопедического статуса при разнонаправленных межсистемных нарушениях был обеспечен путем заполнения на каждого обследованного специально разработанной карты «Комбинированная карта ВОЗ для стоматологического исследования и определения нуждаемости в лечении».

Таблица 1

Распределение обследованных лиц основной группы на основе массива эпидемиологических данных в зависимости от возраста и пола

Возраст, в годах	Гендерное распределение				Всего	
	мужчины		женщины			
	абс. к-во	%	абс. к-во	%	абс. к-во	%
20-29	113	10,0	111	9,9	224	19,9
30-39	122	10,8	115	10,2	237	21,0
40-49	117	10,4	113	10,0	230	20,4
50-59	114	10,1	107	9,5	221	19,6
60 и >	110	9,8	105	9,3	215	19,1
Всего	576	51,1	551	48,9	1127	100

Ортопедический стоматологический статус у обследованного контингента больных оценивали на основании ситуационного анализа осложненных форм кариеса, подлежащих удалению, и удаленных зубов согласно разработанной в Центральном научно-исследовательском институте стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Министерства здравоохранения России методике А.В. Алимского.

Статистические расчеты выполнены с использованием пакетов программ прикладной статистики (Statistica 6.0). При $p<0,05$ нулевая гипотеза об отсутствии различий между показателями отвергалась и принималась альтернативная гипотеза.

Результаты и их обсуждение. Как свидетельствуют полученные результаты, среди обследованного контингента больных в большинстве случаев были обнаружены заболевания дыхательной и пищеварительной систем, а также сердечно-сосудистой патологии. Остальные нарушения занимают промежуточное положение. Структурная оценка межсистемных нарушений среди обследованного контингента больных иллюстрирована на рисунке 1.

С целью планирования дентальной имплантации и совершенствования ортопедической стоматологической помощи у соматических больных в различных административно-территориальных зонах Республики Таджикистан нами проанализирован такой важный показатель, как утраченные зубы. Данный показатель формируется из числа удаленных (элемент «У») и подлежащих удалению (элемент «Х») зубов.

Как свидетельствуют данные таблицы 2, у 20-29-летних соматических больных, проживающих в г. Душанбе, показатель потери зубов по элементам «У» и «Х» был равен 2,46±0,1 и 0,58±0,1 соответственно. Более высокий удельный вес утраченных зубов (элемент «У») и осложнений кариеса, подлежащих удалению (элемент «Х») нами выявлен среди обследованных в возрасте 30-39 лет (соответственно 2,31±0,1 и 3,21±0,1), 40-49 (соответственно 3,66±0,4 и 2,90±0,1), 50-59 (соответственно 7,59±0,4 и 2,36±0,3) и старше 60 лет (соответственно 17,9±0,8 и 4,36±0,2).

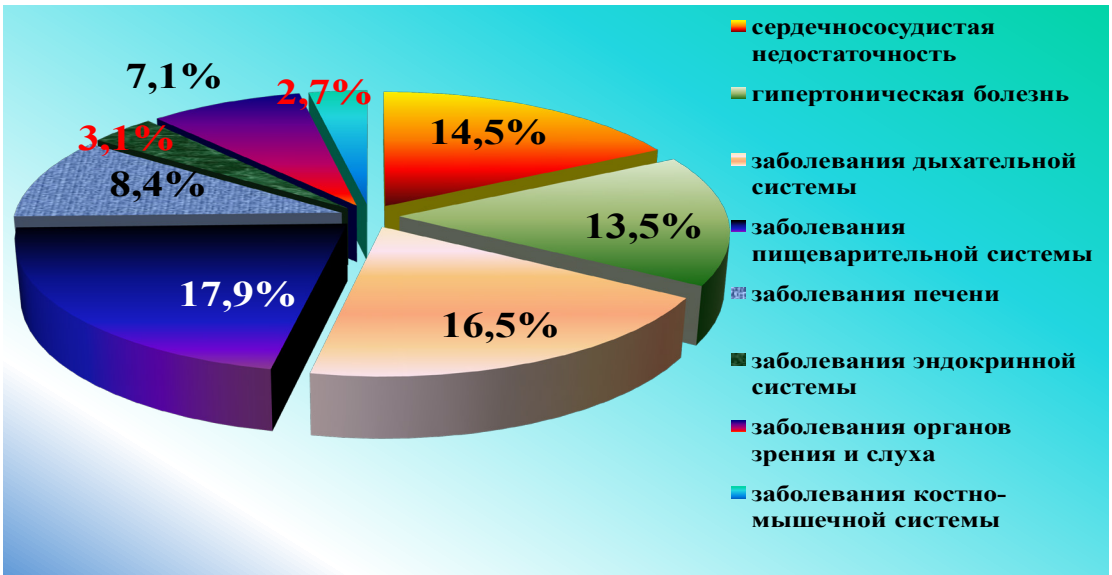


Рис. 1. Структурный анализ общесоматической патологии среди обследованного контингента

Таблица 2

Повозрастная структура показателей потери зубов, характеризующих нуждаемость в методах дентальной имплантации, у соматических больных различных зон Республики Таджикистан

Возраст, Лет	Территориально-административные зоны							
	г. Душанбе		Хатлонская область		Согдийская область		РРП	
	элемент «У»	элемент «Х»	элемент «У»	элемент «Х»	элемент «У»	элемент «Х»	элемент «У»	элемент «Х»
20-29	2,46±0,1	0,58±0,1	2,66±0,1	2,78±0,1	2,03±0,1	0,38±0,1	2,71±0,2	3,12±0,3
30-39	2,31±0,1	3,21±0,1	2,51±0,1	4,41±0,1	4,09±0,1	1,01±0,1	2,69±0,1	4,59±0,3
40-49	3,66±0,4	2,90±0,1	4,86±0,4	3,20±0,1	5,44±0,2	1,70±0,1	4,91±0,4	3,17±0,3
50-59	7,59±0,4	2,36±0,3	7,79±0,5	2,60±0,3	8,26±0,3	2,16±0,2	8,28±0,5	2,73±0,3
60 и >	17,9±0,8	4,36±0,2	18,1±0,7	4,86±0,2	19,8±0,6	3,06±0,2	17,9±0,6	4,92±0,3
В среднем	6,78±0,3	2,68±0,2	7,18±0,4	3,57±0,2	7,92±0,3	1,66±0,1	7,29±0,4	3,71±0,3

Суммарное значение показателя потери зубов у соматических больных г. Душанбе в среднем 9,46±0,50, что составляет 68,0% от общей величины (13,91±1,0) индекса интенсивности кариеса зубов. У соматических больных Хатлонской области величина вышеупомянутого показателя составила соответственно 10,75±0,60, 72,64%, Согдийской области – 9,58±0,42, 74,32%, Районов республиканского подчинения – 11,0±0,71, 73,97% от общей величины индекса КПУз (соответственно 14,80±1,0, 12,89±0,80, 14,87±1,11) (табл. 3).

Из полученных данных становится очевидным, что среди больных с сопутствующей соматической патологией информативность индекса интенсивности кариеса зубов значительно возросла при изучении ее структурных элементов «У» и «Х». Исследуемые элементы дают полную информацию о качестве лечебно-профилактической работы и нуждаемости обследованных лиц в получении имплантационного ортопедического лечения при разнонаправленных межсистемных нарушениях.

Таблица 3

Усредненное значение показателей потери зубов, характеризующих нуждаемость лиц с отягощенным анамнезом, в методах дентальной имплантации

Показатели потери зубов	Зона обследования			
	г. Душанбе	Хатлонская область	Согдийская область	РРП
Удаленные зубы («У»)	6,78±0,3	7,18±0,4	7,92±0,3	7,29±0,4
Зубы, подлежащие удалению («Х»)	2,68±0,2	3,57±0,2	1,66±0,1	3,71±0,3
Суммарное значение показателей («У»+«Х»)	9,46±0,5	10,75±0,6	9,58±0,4	11,0±0,7
В % к общей величине индекса интенсивности	68,0	72,64	74,32	73,97

Усредненные значения нуждаемости соматических больных различных зон проживания республики в имплантационном лечении отражены в виде иллюстрации (рис. 2).

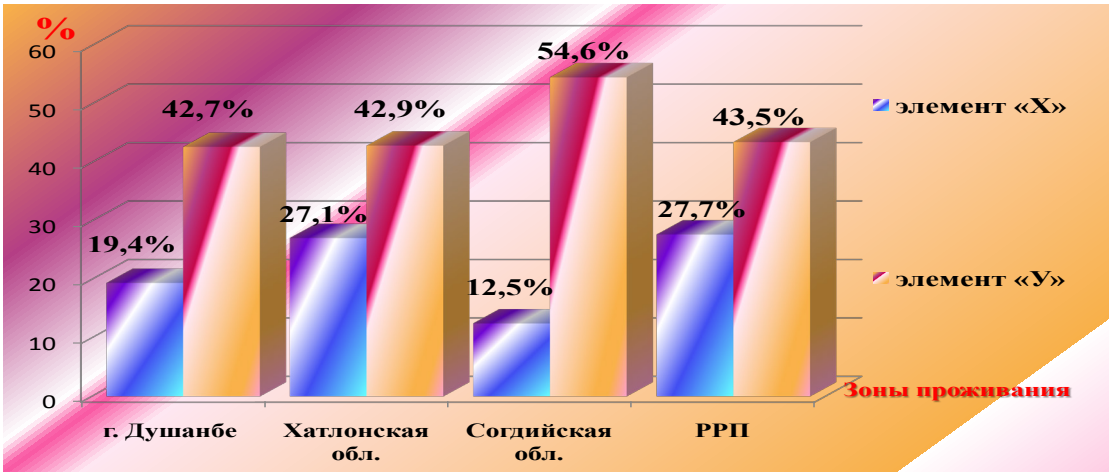


Рис. 2. Усредненное значение нуждаемости соматических больных Республики Таджикистан в имплантационном лечении окклюзионных дефектов

Полученные результаты позволяют существенно повысить эффективность зубного протезирования, осуществляемого на основе дентальных имплантатов, при разнонаправленных межсистемных нарушениях. В комплексе все это позволяет значительно совершенствовать оказание ортопедической стоматологической помощи и полностью сократить риск инвалидизации жевательного аппарата у соматических больных.

Заключение. На основании полученных результатов врачи-стоматологи могут обосновать и даже в определенной степени прогнозировать свою работу по применению зубных протезов с опорой на дентальные имплантаты. Данный материал взяли за основу при оценке структуры пораженности жевательного аппарата и, главное, для планирования имплантологической стоматологической помощи больным с сопутствующей соматической патологией в различных административно-территориальных зонах Республики Таджикистан.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Barrowman R.A., Grubor D., Chandu A. Dental implant tourism // Austral Dent J. – 2015. – Vol. 55. – P. 441-445.
2. Jovanovic S.A. Parodontale aspecten von tandheelkundige implantaten // Tandartsprajtik. – 2013. – No. 3. – P. 16-29.
3. Kassim B., Ivanovski S., Mattheos N. Current perspectives on the role of ridge (socket) preservation procedures in dental implant treatment in the aesthetoc zone // Austr. Dent. J. – 2014. – Vol. 59. – P. 48-56.

4. Tatum H. Maxillary and sinus implant reconstruction // Dent. Clin. N. Amer. – 2016. – Vol. 30. – P. 207-213.

5. Albrektsson T., Hansson C., Sennerby L. Biological aspects of implant dentistry: Osteointegration // J. Periodontol. – 2011. – No. 2. – P. 58-73.

6. Муллоджанов Г.Э., Ашуров Г.Г. Социологические и диагностические аспекты совершенствования имплантологической стоматологической помощи у соматических больных // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2016. – № 4. – С. 57-62.

7. Buser D., Schenk R., Steinemann S. Influence of surface characteristics on bone integration of titanium implants. A is to morphometric study in miniature pigs // J. Biomed. Mater. Res. – 2014. – Vol. 25. – P. 889-902.

8. Casar N., Nadel S., Tarazi E. Evaluation of a navigation system for dental implantation as a tool to train novice dental prctitioners // J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2014. – Vol. 69, No. 10. – P. 2548-2556.

9. Wiltfang J., Zernial O., Behrens E., Becker, S.T. Regenerative treatment of peri-implantitis bone defects with a combination of autologous bone and a demineralized xenogenic bone graft: a series of 36 defects // Clin. Implant. Dent. Relat. Res. – 2015. – Vol. 24. – P. 276-284.

10. Ашуров Г.Г., Муллоджанов Г.Э., Каримов С.М. Использование трехмерной дентальной компьютерной томографии для ортопедического лечения окклюзионных дефектов с применением дентальных имплантатов при разнонаправленных межсистемных нарушениях // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2016. – № 1. – С. 13-16.

МУЛЛОҶОНОВ Ғ.Э., АШУРОВ Ғ.Ғ.

ОИДИ МУАЙЯН НАМУДАНИ ТАЛАБОТИ БЕМОРОН НИСБАТИ ТАБОБАТИ ИМПЛАНТАТСИОНИИ НУҚСОНҲОИ ОККЛЮЗИОНӢ ҲАНГОМИ ВАЙРОНГАРДИИ ҲАМАСАМТАИ БАЙНИСИСТЕМАВӢ

Кафедраи стомотологияи муоличавии МД ДТБКСТ ҶТ

Калимаҳои калидӣ: патологияи соматикӣ, нуқсони окклюзионӣ, талабот, имплантат.

Дар мақола натиҷаҳои омӯзиши талаботи беморон ба усулҳои имплантатсияи денталӣ ҳангоми мавҷудияти вайрониҳои ҳамасамтаи байнисистемавӣ дар минтақаҳои гуногуни маъмурию территориявии Ҷумҳурии Тоҷикистон оварда шудааст. Муайян гардид, ки дар тамоми минтақаҳо байни шахсони муоинашуда маъюбии барзиёди узвҳои хоянда мушоҳида мешавад, ки он аз баландии талаботи муоинашудагон нисбати усулҳои имплантатсияи денталӣ ва такмилдодани усулҳои табобати ортопедии беморони мубтало ба нуқсони қатори дандон, бо истифода аз конструксияҳои пайвастгардида ба имплантатҳои денталӣ, шабоҳат медиҳад.

УДК 616-022.7; 351.77 (575.3)

[1]РУЗИЕВ М.М., [2]СОН И.М., [3]БАНДАЕВ И.С.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ДОЗОРНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

[1]ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе с СПИД», Таджикистан
[2]ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ
[3]ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины», Таджикистан

В работе приводятся результаты внедрения дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Республике Таджикистан, ставший ключевым инструментом проведения мониторинга распространенности ВИЧ-инфекции как среди групп повышенного риска, так и среди общего населения.

Результаты послужили основой для принятия решения и выработки стратегий и программ по её профилактике.

Ключевые слова: дозорный эпидемиологический надзор, ВИЧ-инфекция, дозорные группы, мониторинг, лабораторное тестирование.

[1]RUZIEV M.M., [2]SON I.M., [3]BANDAEV I.S.

THE RESULTS OF IMPLEMENTATION OF PATROL EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE AFTER HIV INFECTION IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

[1]State Establishment «Republican Center for Prevention and Fight against AIDS», Tajikistan
[2]Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation
[3]State Establishment «Republican Educational and Clinical Center of Family Medicine», Tajikistan

The work contains the results of implementation of patrol epidemiological surveillance after HIV infection in the republic of Tajikistan, which has become a key tool for monitoring after prevalence of HIV infection both among high-risk groups and among the general population.

The results served as a basis for decision-making and development of strategies and programs for its prevention.

Key words: patrol epidemiological surveillance, HIV infection, patrol groups, monitoring, laboratory testing.

Актуальность. Дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН) за ВИЧ инфекцией является ключевым элементом Второго поколения эпидемиологического надзора, рекомендованного ВОЗ Республике Таджикистан (РТ), и который начал функционировать в ней с 2005 г. Его основной целью является проведение мониторинга за распространением ВИЧ-инфекции и получения научно-обоснованных данных по тенденции развития эпидемии [1-3]. В построении системы ДЭН большую техническую помощь оказал офис CDC (USA) по подготовке специалистов Республиканского и областных центров по профилактике и борьбе со СПИД.

Цель исследования. Оценка результатов внедрения системы ДЭН за ВИЧ-инфекцией в Таджикистане.

Рузиев М.М. – к.м.н., научный консультант ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе с СПИД»; 734016, Таджикистан, г. Душанбе, ул. Дехоти – 48; e-mail: m.ruziev@mail.ru

Материал и методы исследования. Отчеты деятельности Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИД по внедрению и результаты раундов проведения ДЭН за ВИЧ-инфекцией в Таджикистане.

Результаты и их обсуждение. ДЭН за ВИЧ-инфекцией сочетает в себе проведение поведенческих и серологических исследований, регулярно проводимых среди определенных дозорных групп (ключевых) в городах и сельских районах республики. Система направлена на сбор информации относительно социально-демографического профиля и поведенческого фактора исследуемых групп населения с изучением распространенности ВИЧ, вирусного гепатита С (ВГС) и сифилиса среди них посредством проведения серологических исследований.

ДЭН за ВИЧ-инфекцией в Таджикистане является ключевым инструментом проведения мониторинга распространенности ВИЧ-инфекции как среди групп повышенного риска, так и среди общего населения. Результаты его проведения являются основой для планирования профилактических мероприятий и распределения ресурсов различных программ. Система проведения ДЭН является простой и гибкой, и её возможно постоянно совершенствовать. Сбор данных (проведение анкетирования и забор биологических проб) выполняется сотрудниками без особых затруднений. Используемость результатов исследований достаточно высока.

В РТ, стране с ограниченными ресурсами, переживающей концентрированную эпидемию ВИЧ-инфекции, проведение серологических исследований за ВИЧ среди дозорных групп рассматривается как основной вид надзорной деятельности для проведения оценки и мониторинга тенденций распространенности ВИЧ среди этих групп.

Распространенность ВИЧ-инфекции среди взрослого населения в 2016г. составила 0,19%, что приблизительно составляет 16327 человек, живущих с ВИЧ-инфекцией, женщины составляют 33,9% от общего числа ВИЧ-инфицированных [4]. Почти 86,2% лиц с ВИЧ-инфекцией находятся в возрастном диапазоне от 15 до 49 лет.

Движущей силой распространения эпидемии ВИЧ-инфекции в Таджикистане являются инъекционное наркопотребление и индустрия коммерческого секса. Возрастающая трудовая миграция рассматривается как возможный дополнительный фактор распространения ВИЧ-инфекции среди общего населения. Из всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции 40,9% связаны с инъекционным наркопотреблением и 47,9% - с передачей инфекции половым путем [5].

В Таджикистане ДЭН проводится с 2005 г. в следующих дозорных группах: ЛУИН, КРС, беременные женщины, пациенты с симптомами инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), осужденные лица, мужчины, практикующие секс с мужчинами, и трудовые мигранты.

В ходе проведенных раундов ДЭН за ВИЧ-инфекцией отмечено, что распространенность ВИЧ среди ЛУИН стабильно снижается, о чем свидетельствует снижение показатели распространённость с 23,5% в 2006 году до 12,9% в 2014 году. Распространенность ВИЧ-инфекции среди КРС составила 3,7% в 2005 г. и остается приблизительно неизменной в течение последующих двух раундов: 2,8% в 2008 г. и 3,5% в 2014 г. Распространенность среди осужденных лиц также остается неизменной и составляет 8,4% и 8,4% в 2006 и 2014 годы соответственно (табл.).

Распространенность ВИЧ-инфекции в дозорных группах за 2006-2015 гг. в %

Дозорные группы	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2014	2015
ЛУИН	23,5	19,4	17,6	17,3	16,3	13,5	12,9	
КРС	3,7	1,8	2,8	2,7	4,4	3,7	3,5	
Осужденные лица	8,4	6,8	7,8	8,6	8,5		8,4	
МСМ						1,5		2,7

Необходимо отметить, что по мере распространения эпидемии СПИД/ВИЧ женское население республики начинает составлять все более значимую долю в общей структуре зарегистрированных случаев ВИЧ. Первый случай ВИЧ-инфекции среди беременных женщин был зарегистрирован в Таджикистане в 2005 г. В 2016 г. было выявлено 183 случая ВИЧ-инфекции у беременных женщин, 84 из которых были обнаружены в период беременности и родов. Еще 99 случаев были диагностированы в ходе эпидемиологического расследования после обнаружения ВИЧ у детей спустя более одного года с момента рождения.

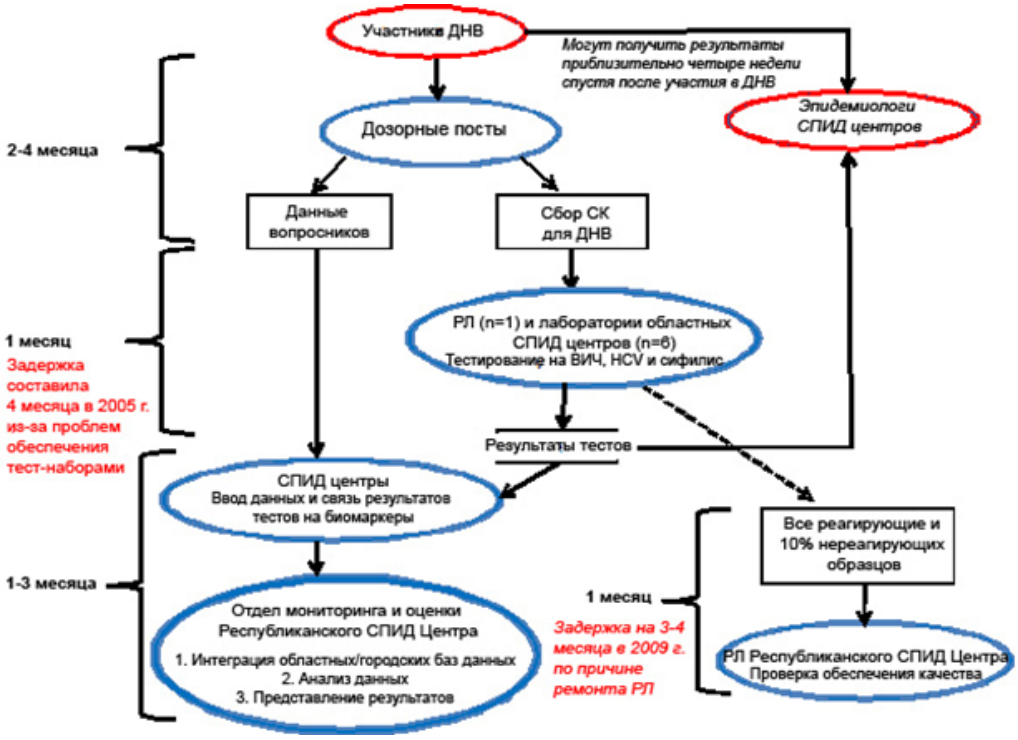
Результаты четырех раундов (2005-2008 гг.) ДЭН за ВИЧ-инфекцией среди беременных женщин указывают на то, что ВИЧ-инфекция в стране пока еще находится в концентрированной фазе. Также, начиная с 2010 года, все беременные женщины охватываются тестированием. Всего в 2016 году 242 037 беременные женщины подвер-

гались обследованию на наличие ВИЧ. Распространенность ВИЧ среди беременных женщин, обратившихся в клиники по дородовому уходу на обследованных административных территориях, варьирует от 0,1% [6].

Начиная с 2005 года, результаты ДЭН за ВИЧ-инфекцией составляют основу для принятия решения и выработки стратегий относительно программ по профилактике и контролю за ВИЧ/СПИДом, а также другими инфекциями, передаваемыми с кровью и половым путем. Система ДЭН представлена повторяющимися кросс-секционными связанными анонимными поведенческими и серологическими исследованиями за ВИЧ-инфекцией. Тестирование проводится посредством забора сухой капиллярной капли крови, специально исследуемой для проведения надзора. Образцы также тестируются на маркеры ВГС и сифилиса. Процедура проведения исследования предполагает получение информированного согласия, участнику присваивается уникальный идентификационный код, проводится до- и послетестовое консультирование относительно получения результатов тестов; при этом никакие идентификационные параметры не собираются. Данные относительно социально-демографического профиля респондентов, поведения повышенного риска, знаний о ВИЧ-инфекции, а также путях профилактики собираются посредством специально разработанных стандартизированных вопросников.

В 2005 году, когда ДЭН проводился только в гг. Душанбе и Худжанд, тестирование на биомаркеры производилось на базе референс-лаборатории РЦ СПИД в Душанбе и лаборатории Согдийского областного центра СПИД. Количество лабораторий, проводящих тестирование в рамках ДЭН, увеличивалось по мере включения новых дозорных сайтов. Лаборатории областных и городских центров СПИД гг. Вахдата, Хорога и Куляба были включены в 2007 г., а лаборатории гг. Курган-Тюбе и Турсунзаде – в 2009 г. Указанные лаборатории проводят тестирование в рамках ДЭН на три маркера (ВИЧ, ВГС и сифилис) [3]. Ответственные эпидемиологи Республиканского, областных и городских центров СПИД выдают результаты тестирования участвующим в исследовании респондентам и предоставляют послетестовое консультирование. Лабораторное тестирование собранных биообразцов проводится в течение одного месяца. В настоящее время в рамках ДЭН семь лабораторий Республиканского и областных центров СПИД проводят тестирование биообразцов.

Поток распределения информации в рамках проведения ДЭН в Таджикистане иллюстрирован на рисунке. В дозорных учреждениях респонденты после предоставления информированного согласия проходят опрос по стандартизированному вопроснику, составленному с учетом специфики исследуемой дозорной группы. Анкеты содержат вопросы, касающиеся социально-демографических характеристик, сексуального поведения и отношения к наркотикам, знаний о ВИЧ-инфекции, профилактики заражения и возможностей лечения ИППП.



Информационный поток системы ДЭН

Продолжительность интервью варьирует от 15 до 30 минут. Проводится дотестовое консультирование и производится забор образцов сухой капли капиллярной крови из пальца. После сбора первичной информации в дозорных учреждениях заполненные бумажные вопросники направляются в соответствующий Центр СПИД для процедуры ввода данных. Биообразцы направляются в соответствующую лабораторию Центра СПИД для проведения лабораторного тестирования на биомаркеры. Результаты тестирования направляются в центр СПИД для последующего введения их в базу данных. Все позитивные образцы и 10% негативных образцов направляются в референс-лабораторию РЦ СПИД для проведения процедуры контроля качества. Областные и городские центры СПИД направляют свои базы данных в отдел Мониторинга и оценки РЦ СПИД для создания единой базы данных ДЭН и подготовки отчета.

Предполагаемые временные рамки проведения каждого раунда ДЭН обычно включают период сбора данных, который длится от двух до четырех месяцев. Время с момента проведения лабораторного тестирования до получения окончательных результатов респондентами может длиться от 1 до 2 месяцев. Сбор данных в рамках ДЭН производится в строгом соответствии с необходимостью соблюдения правил анонимности и конфиденциальности.

Общие затраты на проведение ДЭН в 2009-2015 гг. составили около 200 000 долл. США, которые финансировались проектом Всемирного банка (Центрально азиатский проект по борьбе со СПИДом) (CAAP) и проектом Глобального фонда по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией (GFATM). Более половины из указанной суммы было выделено на обучение персонала, заработную плату и другие мероприятия по логистике и управлению, остальная часть – на закупку тестовых систем для тестирования биомаркеров и расходных материалов. В 2009-2015 гг. в проведении ДЭН участвовало 300 человек, большинство из которых являлись сотрудниками Республиканского, областных и городских центров СПИД, для проведения лабораторного тестирования было собрано 8900 биообразцов.

Полезность результатов проведения ДЭН оценена с учетом выполнения следующих задач.

1. Мониторинга тенденций распространенности ВИЧ среди популяций, наиболее подверженных риску.

2. Проведения расчетов распространенности ВИЧ-инфекции среди взрослого населения в общенациональном масштабе.

3. Оценка проводимых ответных мер реагирования на ВИЧ/СПИД с повышением адресности программ по проведению мероприятий по профилактике и уходу за больными.

Заключение. Результаты проведения ДЭН за ВИЧ-инфекцией стали ключевым инструментом проведения мониторинга распространенности ВИЧ-инфекции как среди групп повышенного риска, так и среди общего населения и послужили основой для принятия решения и выработки стратегий и программ по ее профилактике. Данные ДЭН используются для оценки национальных программ и вкладов международных доноров в программу противодействия распространения ВИЧ-инфекции и повышения эффективности проводимых мероприятий по профилактике и уходу.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Жусупов Б.Ж., Калашникова Т.В., Рузиев М.М. и др. Построение системы дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Центрально азиатском регионе. – Сб.тезисов по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва. – 2008. – С.46.

2. Рузиев М.М. Особенности распространения ВИЧ-инфекции среди осужденных в местах лишения свободы Республики Таджикистан // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2016. – № 3. – С. 69-76.

3. Рузиев М.М. Особенности распространения ВИЧ-инфекции, сифилиса и вирусного гепатита среди трудовых мигрантов Республики Таджикистан // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2016. – № 4. – С. 86-92.

4. UNAIDS/WHO Epidemiological Fact Sheets on HIV and AIDS, 2008 Update. Available at: http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS 2008_TJ.pdf (Accessed August 5, 2010).

5. Tajikistan National Coordinating Committee for Prevention and Combating HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria Multisectoral Technical Working Group on Monitoring and Evaluation. National report on implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS Special Session of United Nations General Assembly, Tajikistan, 2009. Submitted March 31, 2010.

6. Mirzoev Azamjon. National responses to HIV infection epidemic in Tajikistan. Presented at: Central Asia Regional Workshop on HIV Surveillance. Almaty, Kazakhstan, 2010.

[1]РУЗИЕВ М.М., [2]СОН И.М., [3]БАНДАЕВ И.С.

НАТИҶАҲОИ ВОРИД НАМУДАНИ НАЗОРАТИ ЭПИДЕМИОЛОГӢ АЗ РӮИ СИРОЯТИ ВНМО ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

[1]МД «Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бо ВНМО», Тоҷикистон
[2]МД «Пажӯҳишгоҳи марказии ташкил ва маълумотдиҳии тандурустӣ» ВТ ФР
[3]МД «Маркази ҷумҳуриявии таълимию клиникӣ тибби оилавӣ», Тоҷикистон

Калимаҳои калидӣ: назорати эпидемиологӣ, сирояти ВНМО, гурӯҳҳои назоратӣ, мониторинг, санҷишҳои озмоишӣ.

Дар мақола натиҷаҳои ворид намудани назорати эпидемиологӣ нисбати сирояти ВНМО дар Ҷумҳурии Тоҷикистон оварда шудааст, ки ҳамчун усули калидӣ барои гузаронидани мониторинги паҳншавии сирояти ВНМО ҳам миёни гурӯҳи аҳолии хавфи баланддошта ва ҳам аҳолии умумӣ истифода бурда мешавад.

Натиҷаҳои ба дастомада ҳамчун асос барои қабули хулоса ва коркарди стратегияву барномаҳои пешгирикунии ин сироят хизмат менамояд.

УДК 611.6;616.832.21-002;053.4

[1]ТАХИРОВ Р.Д., [2]ХОДЖАЕВА А.Р., [1]СУЛАЙМОНОВ И.И.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПОЛИОМИЕЛИТ

[1]ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ
[2]Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ

Исследована поэтапная реабилитация 145 детей с полиомиелитом с помощью комплекса современных методов в центрах восстановления. Паралитическая форма дикого паралича отмечалась у 114 пациентов, связанная с вакциной полиомиелита в детской реабилитационном центре – у 31.

Ключевые слова: полиомиелит, современные аспекты, поэтапная реабилитация, дети.

[1]TAKHIROV R.D., [2]KHODZHAEVA A.R., [1]SULAYMONOV I.I.

MODERN ASPECTS OF REHABILITATION OF CHILDREN TRANSFERRED THE POLIOMYELITIS

[1]State Establishment «Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Child's Surgery»
[2]Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

Investigated the phased rehabilitation of 145 children with poliomyelitis with the help of a complex of modern methods in the rehabilitation centers. A paralytic form of wild paralysis was noted in 114 patients associated with poliomyelitis vaccine in a children's rehabilitation center - in 31.

Key words: poliomyelitis, modern aspects, phased rehabilitation, children.

Актуальность. Полиомиелит – высоко контагиозное острое инфекционное заболевание, вызываемое полиовирусами. Ведущими в клинической картине являются вялые парезы и параличи, обусловленные поражением мотонейронов спинного мозга и ядер двигательных черепных нервов ствола. В период остаточных явлений параличи осложняются амиотрофиями, контрактурами, костными деформациями, остеопорозом [1].

Медицинские технологии реабилитации больных в восстановительном периоде полиомиелита, разработанные в 50-70 годы прошлого столетия после эпидемии полиомиелита, подтвердили свою достаточную эффективность и активно использовались как за рубежом, так и в Таджикистане [1, 2]. За последние два-три десятилетия не предлагалось модифицированных методов лечения больных, перенесших полиомиелит, что связано с резким сокращением частоты дикой формы заболевания, достижением Европейским регионом к 2002 статуса «территории свободной от полиомиелита» [3, 4]. Однако, ежегодно регистрируются случаи вакцинассоциированной формы полиомиелита, сохраняется риск завоза дикого полиовируса из эндемичных стран (где в 2010 г. было зарегистрировано на 61% больше случаев заболевания, по сравнению с 2003 г.) и при погрешности в проведении плановой иммунизации на фоне дестабилизации социально-экономических условий, возможно появление спонтанных очагов полиомиелита, относящегося, как известно, к разряду возвращающихся инфекций.

Существующие медицинские технологии лечения больных в восстановительном периоде полиомиелита включают мероприятия, направленные на восстановление нервно-мышечной проводимости, улучшение кровоснабжения и микроциркуляции, обеспечение полноценной

Тахиров Р.Д. – соискатель Республиканского научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии; тел.: +(992)987510001; e-mail: office.tfpa@gmail.com

трофики тканей, профилактику и устранение контрактур и деформаций, социальную адаптацию [2, 3].

Цель исследования. Разработка методики поэтапного лечения детей, перенесших полиомиелит, в условиях реабилитационного центра с использованием современного комплекса методов терапии.

Материал и методы исследования. Проведено обследование и восстановительное лечение 145 больных, перенесших паралитическую форму дикого (114) и вакцинассоциированного (ВАП) (31) полиомиелита, находившихся на лечении в Городской детской инфекционной больнице с последующей терапией в условиях Республиканского детского реабилитационного центра.

Таблица 1

Распределение больные по полу и формам полиомиелита

	Дикий		**ВАП**	
	абс.	**%**	**абс.**	**%**
Мальчики	74	64,9	19	61,3
Девочки	40	35,1	12	38,7

В работе использованы данные анамнеза, выписки из историй болезни, полученные из инфекционных клиник, карты эпидемиологического расследования случаев ВАП, данные оценки неврологического статуса больных во время их пребывания в указанной больнице.

Среди больных полиомиелитом 47 детей – жители Хатлонской области, Районов республиканского подчинения – 67 и г. Душанбе – 31 ребёнок.

Как видно из данных таблицы 1, заболеваемость полиомиелитом была сравнительно выше среди мальчиков. Возраст больных детей, перенесших полиомиелит, приведен в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, более 41% детей болели дикой формой полиомиелита в возрасте от одного до двух лет, аналогично на этот же возраст приходится максимальное число детей, переболевших вакцинассоциированным полиомиелитом.

Таблица 2

Возрастная структура заболевших полиомиелитом

	Дикий		**ВАП**	
	абс.	**%**	**абс.**	**%**
до 6 мес.	8	7,0	7	22,6
6-12 мес.	10	8,8	6	19,3
2-ой год	47	41,2	15	48,4
3 года	24	21,1	1	3,2
4 года	13	11,4	2	6,5
5 лет	12	10,5	–	–
Всего	114	100	31	100

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью стандартной статистической компьютерной системы «Microsoft Excel», с использованием критерия Стьюдента (t) для оценки достоверности разности абсолютных значений средних величин.

Результаты и их обсуждение. У 90,9% пациентов наблюдалось острое лихорадочное начало с быстрым развитием вялых параличей в первые 5 дней болезни со стойким двигательным дефицитом в раннем восстановительном периоде. В структуре полиомиелита преобладали спинальные формы – 64 (44,1%); у 2-х детей распространенные спинальные параличи сочетались с бульбарными симптомами (бульбоспинальная форма), у одного – с прозопарезом (понтоспинальная). Менингеальный и радикулярный синдромы отмечались у 32 больных (22,1%).

К моменту поступления в стационар течение полиомиелита соответствовало раннему восстановительному периоду у 41 больного, восстановительному – у 64, резидуальному – у 9. Клиническая картина характеризовалась вялыми парезами конечностей, мышечной гипотонией, амиотрофиями, угасанием рефлексов.

Таблица 3

Двигательный дефицит в остром периоде полиомиелита

Вялые парезы, параличи	Дикий		ВАП	
	абс.	%	абс.	%
Тетрапарез	38	33,3	5	16,1
Трипарез	7	6,1	6	19,4
Гемипарез	8	7,0	4	12,9
Н/парапарез	23	20,2	2	6,5
В/монопарез	27	23,7	1	3,2
Н/монопарез	11	9,7	13	41,9
Всего	114	100	31	100

Степень двигательного дефицита оценивалась с использованием шкалы, предложенной Черновым А.П. (1992).

I – легкий парез, сила мышц составляет 4 балла;

II – парез средней выраженности, сила мышц равна 3 баллам;

III – глубокий парез, сила мышц снижена до 2-1 балла;

IV – паралич, машечная сила равна 0.

При сравнительном анализе клинических проявлений дикой и вакционассоциированной форм полиомиелита установлено:

– в группе больных с дикой формой полиомиелита в острой фазе чаще наблюдались вялые тетра-, три- и нижние парапарезы, в восстановительном периоде - нижние парапарезы;

– у пациентов с ВАП и в остром, и в восстановительном периодах, как правило, выявлялись нижние монопарезы.

Распространенность парезов, степень двигательного дефицита и ортопедических дефектов у пациентов с дикой формой значительно выше.

На основе десятилетнего опыта лечения детей, перенесших дикую и вакцинассоциированную формы полиомиелита, разработана усовершенствованная медицинская технология поэтапной реабилитации в восстановительном периоде, основанная на использовании комплекса современных физиотерапевтических, консервативных, ортопедических методов и медикаментозных средств.

Комплекс лечебных мероприятий в раннем, позднем восстановительном и резидуальном периодах подбирается индивидуально для каждого больного.

Как только состояние больного начинает улучшаться, приступают к электролечебным процедурам, воздействующим на пораженные отделы спинного мозга с целью нивелирования снижения воспалительных явлений в нервной ткани, уменьшения отека и инфильтрации, стимуляции иммунобиологических механизмов.

Средняя продолжительность последовательных курсов восстановительного лечения 3 месяца, интервал 1-2 месяца. Обязательным является распределение лечебных мероприятий в течение дня. Сразу после физиотерапевтической процедуры или введения активизирующих препаратов методист проводит с больным индивидуальное занятие. Далее в течение дня идут групповые занятия, дыхательная гимнастика, ортопедические укладки. Обучают детей старшего возраста основам самомассажа. При выписке родителям дается инструктаж по организации специального режима дня дома. В перерыве между курсами стационарного лечения ребенок продолжает лечение в амбулаторных условиях согласно рекомендациям при выписке из стационара.

Основным условием эффективной реабилитации детей, перенесших полиомиелит, является преемственность и поэтапность лечения, что возможно только в условиях реабилитационного центра, располагающего неврологическими отделениями, физиотерапевтической службой с возможностью использования современных технологий и методик санаторного лечения, ортопедо-хирургическим отделением, территориальная близость и тесный контакт с протезным заводом (возможность быстрого индивидуального изготовления ортезных изделий), отделение коррекционной педагогики, кабинеты ЛФК, трудотерапии.

Лечебный эффект оценивался по клиническим критериям, при этом в первую очередь учитывалась степень восстановления двигательных функций по сравнению с исходным уровнем. Использовали 5-балльную систему оценки (М П. Елинский, 1984):

1 балл – отсутствие регресса неврологических нарушений;

2 балла – регресс отдельных симптомов, существенно не влияющий на функциональные возможности больного - незначительный эффект;

3 балла – удовлетворительный эффект, при котором наблюдали функционально значимый регресс двигательных нарушений;

4 балла – хороший лечебный эффект, характеризующийся выраженным восстановлением двигательных нарушений;

5 баллов – полный регресс двигательных нарушений.

Регресс двигательного дефицита наблюдался, как правило, в процессе пяти повторных курсов лечения, при этом наиболее эффективными оказались первые два: хорошие и удовлетворительные результаты достигнуты у 51 из 55 пациентов после первого, и у 39 ребенка из 42 – после второго.

Лучшие лечебные результаты достигнуты у больных с вакцинассоциированной формой, поступавших в стационар в раннем восстановительном периоде.

Данные, полученные при повторных электромиографических исследованиях, соответствовали клиническим. По окончанию лечения наблюдалось появление биоэлектрической активности в пораженных мышцах в покое и при синергических пробах, увеличение амплитуды интерференционной ЭМГ произвольного сокращения, увеличения СПВ, амплитуды М-ответа.

По окончанию реабилитационной терапии в резидуальном периоде полиомиелита бытовая и социальная адаптация достигнута у всех пациентов: полностью себя обслуживают 15 (27,3%), не полностью – 40 (72,7%) (возрастные ограничения), передвигаются с помощью ортезных изделий только 9 (16,3%) больных, все наблюдавшиеся нами дети посещают дошкольные детские учреждения и школы общего профиля.

Из 40 больных с вялыми параличами нижних конечностей укорочение ноги (наиболее инвалидизирующий исходный ортопедический дефект) выявлено у 28 (70%). Однако, величина укорочения конечности больше 4 см (консервативно некорригируемый дефект) отмечалась лишь у 2 детей (7,1%).

Контрактуры и деформации тазобедренных суставов развились у 2 больных (4,2%), коленного сустава – у 6 (12,5%), стопы - у 17 (35,4%). Сколиоз III степени сформировался у 1 больного (2,1%).

Оперативное ортопедическое вмешательство потребовалось 3 пациентам (5,5% из общего числа больных).

Усовершенствованная медицинская технология поэтапной реабилитации в восстановительном периоде, основанная на использовании современного арсенала физиотерапевтических, консервативных ортопедических методов и лекарственных препаратов, позволяет, по сравнению с известными аналогами, оптимизировать результаты реабилитационного лечения детей, перенесших полиомиелит: сократить число больных с укорочением конечности, требующей хирургической коррекции, на 5,6 %, деформациями суставов и контрактурами – в 1,5-2 раза, потребность в оперативном лечении – на 4%, добиться социальной и бытовой адаптации у всех пациентов.

Заключение. Поэтапная реабилитация больных полиомиелитом в период выздоровления с применением современных лечебных технологий в условиях реабилитационного центра способствует положительной динамике заболевания: уменьшаются число больных с деформациями подвижности суставов в 1,5 раза и потребность в хирургическом вмешательстве на 3,5%, при этом возникает эффект социальной и бытовой адаптации у всех больных.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Далматов В.В., Стасенко В.Л. Эпидемиологический надзор и социально-гигиенический мониторинг в системе управления здоровьем населения. В кн.: Эпидемиологический надзор и социально-гигиенический мониторинг / под ред. Б.Л. Черкасского. – М., 2010. – С. 26.

2. Балева Л.С., Коровина Н.А., Таточенко В.К. Современные подходы к лечению и реабилитации часто болеющих детей: пособие для врачей. – М.: Агентство Медицинского маркетинга, 2009. – 56 с.

3. Бичурина М.А. и др. Глобальная ситуация по полиомиелиту. Стратегия и тактика ВОЗ по ликвидации полиомиелита // Журнал инфектологии. – 2011. – Т. 3, № 2. – С. 5-14.

4. Yakovenko M. et al. Poliomyelitis outbreak in Tajikistanin 2010 caused by wild poliovirus type 1. – Scotland: St. Andrews, 2010. – 125 p.

ТОҲИРОВ Р.Ҷ., ХОҶАЕВА А.Р., СУЛАЙМОНОВ И.И.

ҶАМБАҲОИ ҲОЗИРАЗАМОНИ БАРҚАРОРКУНИИ КӮДАКОН БО ФАЛАҶИ КӮДАКОНА

МД «Маркази чумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона»

Калимаҳои калидӣ: полиомиелит, ҷанбаҳои муосир, барқарорсозии марҳилавӣ, кӯдакон

Реабилитатсияи марҳилавии 145 кӯдаки полиомиелит бо ёрии маҷмуи усулҳои муосир дар марказҳои барқарорсозӣ таҳлил карда шуд. Намуди паралитикии фалаҷи ёбоӣ дар 114 бемор ба қайд гирифта шуда, ба ваксинаи полиомиелит вобастабуда дар маркази барқарорсозии кӯдакон - 31.

УДК 615.2

ХАЛИЛОВА Ш.Н., ИШАНКУЛОВА Б.А.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЛУКА РОЗЕНБАХА («СИЁХАЛАФ»)

Кафедра фармакологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

В народной медицине Центральной Азии, особенно в горных местностях, «сиёхалаф» (лук Розенбаха) используют для повышения аппетита, улучшения процессов пищеварения, что объясняется содержанием в нём важных микроэлементов и витаминов. Авторы в экспериментах на животных доказали, что настой лука Розенбаха, действительно, достаточно эффективно стимулирует кислотность желудочного сока, а также нормализует липидный обмен, в связи с чем его можно рекомендовать в качестве биологически активной добавки больным с ан- и гипоацидным гастритом и при заболеваниях, связанных с пониженным липидным обменом.

Ключевые слова: лук Розенбаха, «сиёхалаф», желудочный сок, холестерин, липопротеиды, гастрит, липидный обмен.

KHALILOVA SH. N., ISHANKULOVA B.A.

PHARMACOLOGICAL PROPERTY OF ROZENBAKHS ONION («SIEHALAF»)

Department of Pharmacology of the Avicenna Tajik State Medical University

In traditional medicine of Central Asia especially in highlands siehalaf (Rozenbakhs onion) usually use to increase appetite, improve the digestive processes, because it contents important microelements and vitamins.

Authors in animal experiments proved that the infusion of Rozenbakhs onion indeed, effectively stimulates acidity gastric juice and also normalizes lipid metabolism. In this connection it may be recommended as a biological active supplement to the patients with an- and hipoacid gastritis and in diseases associated with a decreased lipid metabolism.

Key words: Rozenbakhs onion, «siehalaf», gastric juice, cholesterol, lipoproteids, lipid metabolism.

Актуальность. В зимний период, как известно, организм человека лишён натуральных витаминов и овощей, которые благодаря содержанию БАВ активно участвуют в эмульгировании жиров. Тем не менее, человек в любом случае употребляет в пищу животные жиры, углеводы, как и во все времена года, поэтому организм остро нуждается в весенний период в недостающих природных веществах. И здесь на помощь приходят ранние пищевые дикорастущие растения, потому как культивируемые ещё только всходят. Многие дикорастущие растения более полноценны по содержанию БАВ, чем некоторые культивируемые [1]. Добавление их в пищу делают её полезной, также своеобразной по вкусовым качествам и придают тонкий, неповторимый аромат [2]. На территории Центральной Азии, особенно в горных местностях, среди этих растений особой популярностью пользуется лук Розенбаха, известный в народе как «сиёхалаф» [3, 7, 8]. «Дай мне сказочный “сиёхалаф”, что светлей и мудрей прочих трав, у которой восточная кровь, а не полной печали укроп» – так пишет российский поэт и журналист Сергей Брель, гостивший много раз в Таджикистане [4]. В народной медицине его используют как средство, повышающее аппетит, улучшающее процессы пищеварения и др. [5, 6, 9]. В нём содержится достаточно микроэлементов и витаминов, что даёт основание для признания «сиёхалафа» целебным растением. Однако, до сих пор в научной литературе мы не встретили работ, посвящённых фармакологическим исследованиям настоя лука Розенбаха.

Цель исследования. Изучить влияние настоя лука Розенбаха («сиёхалаф») на уровень кислотности желудочного сока и липидный обмен.

Ишанкулова Б.А. – д.м.н., профессор кафедры фармакологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: ±(992)918.46.01.29; e-mail: ishankulova@yahoo.com

Материал и методы исследования. Экспериментальные исследования для изучения секреции желудочного сока были проведены на 12 кроликах массой 3000-3600 гр. Желудочный сок у кроликов собирали с помощью специального зонда до внутрижелудочного введения настоя сиёхалафа и через 1, 2, 3 и 4 часа после его введения. Животные были разделены на 4 серии, настой сиёхалафа вводили однократно внутрижелудочно в дозах 2 и 5 мл/кг массы. В качестве сравнения, как прототип, был использован известный сок подорожника (Succus Plantaginis).

Таблица 1

Влияние настоя лука Розенбаха на объём желудочного сока у кроликов

Серия опытов и доза в мл/кг массы	**Объём желудочного сока у кроликов в мл (M± m) P <**				
	До введения (100%)	**через час**			
		1	**2**	**3**	**4**
1. Контрольная дист. вода 5 мл/кг N=6	4,2±1,7	4,3±0,1	4,8±2,0	4,6±1,7	4,3±2,4
2. Настой лука Розенбаха «сиёхалаф» 2 мл/кг N=6	4,2±0,1	6,9±1,2 P<0,001 164%	6,4±3,0 P<0,001 152%	5,3±1,7 P<0,001 126%	5,0±1,4 P<0,01 119%
3. Настой лука Розенбаха «сиёхалаф» 5 мл/кг N=6	4,4±0,1	7,3±1,4 P<0,001 169%	6,8±1,7 P<0,001 154%	5,6±1,5 P<0,001 127%	5,3±2,2 P<0,01 120%
4. Сок подорожника 5 мл/кг N=6	4,5±0,1	7,8±2,2 P<0,001 173%	7,6±2,0 P<0,001 169%	7,2±2,5 P<0,001 160%	6,5±2,3 P<0,001 144%

Примечание: P – достоверность различий показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе

Таблица 2

Влияние настоя лука Розенбаха на обмен липидов в сыворотке крови у белых крыс при экспериментальной гиперлипидемической диете

Показатели	**Серия опытов и дозы в мл/кг массы**			
	Интактные - дистил. вода 5 мл/кг n=8	**Контрольные нелеченные - дистил. вода 5 мл/кг n=8**	**Настой лука Розенбаха «Сиёхалаф» 5 мл/кг n=8**	**Настой подорожника 5 мл/кг n=8**
Общий холестерин, ммоль/л	3,4±1,2	6,6±1,6 P<0,001	3,5±2,0 P<0,001	3,7±1,4 P<0,001
Триглицериды, ммоль/л	0,68±0,2	1,30±0,37 P<0,001	0,75±0,2 P<0,001	0,82±0,3 P<0,001
ЛПНП-β-липопротеиды, ммоль/л	8,4±2,0	15,2±2,0 P<0,001	9,5±3,0 P<0,001	9,9±3,2 P<0,001
ЛПВП-λ- липопротеиды, ммоль/л	52,4±4,2	30,8±3,4 P<0,001	44,7±3,4 P<0,001	39,4±3,2 P<0,001

Примечание: P – достоверность различий показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе

Влияние настоя лука Розенбаха на обмен липидов изучали общепринятым методом на 20 белых крысах обоего пола массой 220-380 гр. Белым крысам в течение месяца давали диету, содержащую холестерин – 2,5%, метилурацил – 0,12% и растительное масло, предварительно прогретое при высокой температуре и охлаждённое. Также в их пищу добавляли животный жир из расчёта 1:4. После 14 часов голодания проводили экспериментальные исследования. У

каждой крысы путём рассечения нижней десны были взяты на анализ пробы крови в объёме 2-3 мл. Оценку состояния липидного обмена при гиперхолестериновой диете проводили по следующим показателям: уровню общего холестерина, концентрации липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и триглицеридов.

Обработка статистических данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 6.0» (StatSoftInc., USA).

Для абсолютных величин вычисляли средние значения и ошибку среднего значения (M±m); для качественных показателей – относительную величину (P,%). Парные сравнения абсолютных величин проводились по U-критерию Манна-Уитни. Сравнение нескольких независимых выборок проводилось с применением метода ANOVA Крускала-Уоллиса. Различия между показателями считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. В экспериментах, где изучалось действие настоя «сиёхалаф» на секрецию желудочного сока, в контрольной серии объём желудочного сока до введения дистиллированной воды и после составлял 4,2±1,7 мл и далее, почти не изменяясь до конца эксперимента. В опытной серии однократное внутрижелудочное введение настоя «сиёхалаф» в дозе 2 мл/кг вызывало повышение секреции желудочного сока, и «пик» этого эффекта был отмечен через 1 час, достигая 6,9±1,2 мл, через 2 часа – 6,4±3,0 мл, 3 часа – 5,3±1,7 мл. К 4 часу исследования объём желудочного сока составил 5,0±1,4 мл (табл. 1). В последующие сроки исследования у кроликов наблюдалось постепенное снижение количества желудочного сока, но даже спустя 4 часа оно не возвращалось до показателей контрольной серии. При введении настоя в количестве 5 мл/кг массы к 1-му часу показатели возросли на 7,3±1,4 мл, через 2 часа – 6,8±1,7 мл, 3 часа – 5,6±1,5 мл. К 4 часу исследования объём желудочного сока составил 5,3±2,2 мл. Настой «сиёхалаф» немного уступал по своей эффективности соку подорожника, что объясняется его химическим составом [6]. Необходимо отметить, что к исходным цифрам секреция желудочного сока в опытных сериях приближалась к 6-7 часам от начала исследований.

В экпериментах, где изучался гиполипидемический эффект настоя «сиёхалаф», у контрольных крыс (нелеченные) содержание общего холестерина достигло 6,6±1,6 ммоль/л, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) до 30,8±3,4 ммоль/л, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) – 15,2±2,0 ммоль/л, содержание триглицеридов – до 1,30±0,37 ммоль/л (табл. 2). По сравнению с нелеченными, у крыс, получавших настой, достоверно уменьшалось содержание общего холестерина – 3,5±2,0 ммоль/л, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) – 9,5±3,0 ммоль/л, триглицеридов – 0,75±0,2 ммоль/л. Однако, концентрация липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) у крыс, то есть антиатерогенных липопротеидов, повысилась по сравнению с нелечённой контрольной группой, составив 44,7±3,4 ммоль/л ($P<0,001$).

Заключение.

Результаты экспериментальных исследований доказывают, что настой лука Розенбаха достаточно эффективно стимулирует кислотность желудочного сока, а также нормализует нарушенный обмен липидов, в связи с чем его можно рекомендовать в качестве биологически активной добавки (БАД) больным с ана- и гипоацидным гастритом, а также при заболеваниях, связанных с пониженным липидным обменом.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Марчукова С.М. Лекарственные растения Нового Света и стран Востока: в кн. Медицина в зеркале истории. – М.: Европейский Дом, 2003. – 165 с.

2. Лекарственные растения. Современная иллюстрированная энциклопедия / под ред. А.П. Горкина. – М.: Росмэн, 2006. – 560 с.

3. Қурбонов У.А. Энсиклопедияи мухтасари тиб. Сарредаксияи илмии энсиклопедияи миллии тоҷик, ҷилди IV. – Душанбе, 2012. – 512 с.

4. Брель С.В. Свой век (стихи и переводы). – М.: Время, 2006. – 142 с.

5. Лесиовская Е.Е., Пастушенков Л.В. Фармакотерапия с основами фитотерапии. Учебное пособие для вузов. – М.: Гэотар-Медиа, 2012. – 590 с.

6. Машковский М.Д. Лекарственные средства. – М.: Новая волна, 2010. – С. 338; 359.

7. Овчинников П.Н. Флора Таджикской ССР. Москва-Ленинград: Издательство академии наук СССР, 1963. – Т. II. – С. 349; 352; 355.

8. Чиков П.С. Атлас ареалов и ресурсов лекарственных растений СССР. – М.: Картография, 1983. – 340 с.

9. Ишанкулова Б.А., Халилова Ш.Н. Значение лука Розенбаха (сиёхалаф) и лука гигантского Регеля (мохдил) в укреплении здоровья населения // Вестник Авиценны. – 2017. – Т. 19, № 1. – С. 109-112.

ХАЛИЛОВА Ш.Н., ИШАНКУЛОВА Б.А.

ХУСУСИЯТҲОИ ФАРМАКОЛОГИИ ПИЁЗИ РОЗЕНБАХ «СИЁҲАЛАФ»

Кафедраи фармакологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: пиёзи Розенбах, «сиёҳалаф», шираи меъда, холестерин, липопротеидҳо, гастрит, мубодилаи чарбҳо.

Дар тибби халқии Осиёи Марказӣ, хусусан дар деҳаҳои кӯҳистон сиёҳалафро ҳамчун маводи ишиҳоовар ва барои хуб намудани ҷараёни ҳазмкунӣ истифода мебаранд, чунки дар таркиби он микроэлементҳои зарурӣ ва витаминҳо мавҷуданд. Муаллифон дар таҷрибаҳои худ дар ҳайвонҳо исбот намуданд, ки пиёзи Розенбах ҳақиқатан миқдори шираи меъдаро зиёд намуда, ба мубодилаи чарбҳо хуб таъсир мекунад. Ин маводро ҳамчун иловаҳои фаъоли биологӣ (БАД) ба беморони гирифтори гастритҳои ана ва гипоатсидӣ, ҳамчунин ба бемороне, ки вайроншавии мубодилаи чарбҳо доранд, тавсия карда мешавад.

УДК 612.63

ХАЛИМОВА Ф.Т.

ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКЦИИ

Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино

Обследованы 135 женщин из группы риска развития нарушений репродуктивной функции, которые имели отягощенный акушерский анамнез.

При анализе антигенов системы HLA I класса установлено, что в группе риска по репродуктивным нарушениям в сравнении с группой контроля наиболее часто встречались следующие антигены: A2 – в 1,6 раз; A10 - в 2 раза; A 29 – в 4,0 раза, B15 – в 2,8 раза; B18 – в 2 раза; B22 – в 3 раза, B40 – в 2 раза. Достоверно реже, чем в группе контроля встречались следующие антигены: A11 – в 6,4 раза; B7- в 5,6 раз; B16 - в 4,0 раза, Cw4 в 4,2 раза.

При анализе распределения частот аллелей системы HLA II класса по локусам DRB1, DQA1, DQB1 установлено, что в группе риска по репродуктивным в сравнении с контрольной группой обследуемых наиболее часто встречались следующие аллели: по локусу DRB1 аллель 01 в 1,9 раз; аллель 04 в 2,6 раза; аллель 11 в 2 раза; аллель 13 в 2,3 раза. По локусу DQA1 наиболее часто отмечен аллель 0501 в 2 раза. По локусу DQB1 по частоте преобладал аллель 0201 в 2,3 раза; аллель 0301 в 2 раза, аллель 0602-8 в 1,9 раз.

Выявление маркеров – ассоциаций полиморфизмов генов с репродуктивными нарушениями – актуальная задача на сегодняшний день. Это необходимо для предупреждения нарушений в течение беременности и своевременного лечения супругов. Полученные данные явились основой для поиска иммуногенетических маркеров наследственной предрасположенности к разным формам нарушения репродукции.

Ключевые слова: репродуктивная функция, антигены, система HLA классов I, II.

KHALIMOVA F.T.

EPIGENETIC FACTORS IN DIAGNOSTICS OF REPRODUCTION DISORDERS

Avicenna Tajik State Medical University

Examined 135 women from the risk group of development of reproductive function disorders, which had a burdened obstetric anamnesis. During the analysis of antigens of the NLA I class system found, that in the reproductive disorders risk group in comparison with the control group most frequently following antigens: A2 – 1,6 times; A10 – 2 times; A 29 – 4,0 times, B15 – 2,8 times; B18 – 2 times; B22 – 3 times, B40 – 2 times. Significantly less than in control group, the following antigens were encountered: A11 – 6,4 times; B7 – 5,6 times; B16 – 4,0 times, Cw4 in 4,2 times. During the analysis of the frequency distribution of alleles of HLA class II system at the loci DRB1, DQA1, DQB1, was found that the following alleles were most frequently encountered in the reproductive risk group in comparison with the control group of the examinees: at the locus DRB1 allele 01 in 1,9 times; allele 04 in 2,6 times; allele 11 in 2 times; allele 13 in 2,3 times. At the locus DQB1, the 0201 allele was 2.3 times more frequent in frequency; allele 0301 in 2 times, allele 0602-8 in 1,9 times.

Identification of markers - associations of gene polymorphisms with reproductive disorders – is an urgent task for today. This is necessary to prevent violations during pregnancy and timely treatment of spouses. The obtained data were the basis for the search of immunogenetic markers of hereditary predisposition to different forms of reproductive damage.

Key words: reproductive function, antigens, HLA Class I, II system.

Актуальность. Нарушение фертильности в настоящее время является весьма актуальной медицинской и социальной проблемой для значительного числа граждан. В Российской Федерации из всего женского населения, составляющего 74,4 млн., бесплодием страдают 12 млн. женщин [1]. Частота инфертильных брачных союзов составляет 8-17,5%, а это миллионы супружеских пар репродуктивного возраста. В настоящее время этот показатель не имеет тенденции к снижению. Поэтому проблема дифференциальной диагностики различных форм бесплодия является весьма актуальной для отечественного здравоохранения.

В 43-65% случаев бесплодие в браке обусловлено нарушением репродуктивной функции женщин, в 5-6% – мужчин, в 27,7 – 48,4% – нарушениями у обоих супругов. Приблизительно у 2,3% супружеских пар причину бесплодия выявить не удается [2].

Последние десятилетия ушедшего столетия характеризуются значительными достижениями в области диагностики и лечения различных форм нарушения фертильности. Традиционно и вполне оправданно в структуре нарушений репродукции выделяют анатомические причины, действие инфекционных агентов, эндокринные факторы, генетические и иммунологические причины. Особенно большие успехи достигнуты в расшифровке эндокринных нарушений, лежащих в основе бесплодия и невынашивания, что явилось базой для разработки современных высокоэффективных диагностических и лечебных мероприятий. Многочисленные исследования, посвященные изучению роли бактериальной и вирусной инфекции в формировании нарушений фертильности, привели к созданию алгоритма обследования и реабилитационных мероприятий у женщин с проблемами репродукции [3].

Но, несмотря на достигнутые успехи, проблемы беременности далеки от окончательного решения. Требуют уточнения данные по иммунологическим факторам нарушения фертильности. В последнее время многие исследователи пытаются осмыслить значение иммунной системы в процессах репродукции. Наши представления об иммунологическом взаимодействии организмов матери и плода всё ещё во многом остаются гипотетическими. Хотя установлено, что до 80 % такие варианты нарушения фертильности, как спонтанные аборты неясного генеза, обусловлены действием именно иммунологических факторов [4].

Кроме того, возникла потребность в уточнении структуры и создании классификации наследственной патологии репродуктивной системы для повышения возможностей проведения дифференциальной диагностики. Несмотря на возросший интерес к этой проблеме, при обсуждении принципов дифференциальной диагностики нарушений репродукции генетическим методам исследования по-прежнему отводится одно из последних мест в схеме обследования пациента либо оно вообще не предполагается.

Считается установленным факт участия в репродукции генов главного комплекса гистосовместимости. Имеются ссылки на то, что наличие у партнеров супружеской пары общих HLA-антигенов является одной из причин невынашивания беременности, так как слабое распознавание материнским организмом антигенных детерминант плода препятствует нормальной имплантации. Актуальным остается вопрос о степени совместимости фенотипов партнеров, т.е. наличие какого числа общих антигенов является критическим для наступления беременности [5].

Аллоиммунные факторы обусловлены наличием у обследуемых HLA-антигенов, аллелей, генотипов и гаплотипов «повышенного риска». Многие исследователи разделяют точку зрения о том, что в некоторых случаях нарушение репродуктивной функции связано с системой HLA [6]. Главный комплекс гистосовместимости (MHC – major histocompatibility complex) – это группа генов и кодируемых им антигенов клеточной поверхности, которые играют важнейшую роль в распознавании чужеродного и развитии иммунного ответа. Главный комплекс гистосовместимости человека получил название HLA – human leucocyte antigens – лейкоцитарные антигены человека (антигены тканевой совместимости) в связи с тем, что эти антигены, представляющие собой гликопротеины, наиболее полно представленына поверхности лейкоцитов [7].

Таким образом, в области нарушения фертильности открываются перспективы для продолжения исследований этой важной социальной и научной проблемы. Проблема не только не теряет своей актуальности, но становится все более социально значимой в условиях современной демографической катастрофы.

Цель исследования. Дать сравнительный анализ особенностей распределения антигенов системы HLA класса I, HLA класса II, осуществляющих генетический контроль иммунного ответа и поддержание репродуктивного гомеостаза, у обследуемых женщин из группы риска развития нарушений репродуктивной функции.

Материал и методы исследования. Работа выполнена в рамках Международных научных исследований СНГ, проводимых ФГБОУ ВПО «Липецкий государственный педагогический университет», кафедра медико-биологических

Халимова Ф.Т. – зав. кафедрой нормальной физиологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н., доцент; Республика Таджикистан, г.Душанбе, пр. Рудаки 139; тел.: (±992) 44 600 36 19; e-mail: farizakhalimova@gmail.com

дисциплин, г. Липецк, Россия и Таджикским государственным медицинским университетом, Республика Таджикистан, в 2015-2017 гг.

Основу работы составили результаты комплексного клинико-лабораторного обследования 135 женщин из группы риска развития нарушений репродуктивной функции, которые имели отягощенный акушерский анамнез (привычные выкидыши, тяжелые гестозы, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), синдром задержки внутриутробного плода (СЗВРП), антенатальная гибель плода (АГП) и др.), у которых после проведения гинекологического, гормонального, бактериологического и генетического исследований причина нарушений в репродуктивной системе оставалась неясной. Выборка определялась случайным порядком в процессе прохождения ими медицинского осмотра в женской консультации №1 г. Липецка.

Критериями включения в исследование являлись: возраст женщин до 35 лет, овуляторный менструальный цикл, отсутствие патологических изменений органов малого таза по данным эндоскопического обследования у женщин, нормальная морфологическая картина эндометрия, фертильная сперма мужа.

Контрольную группу составили 515 здоровых фертильных женщин репродуктивного возраста, которые не имели гинекологических заболеваний, а также не использовали внутриматочные и гормональные методы контрацепции.

Для анализа особенностей распределения антигенов системы HLA класса I, HLA класса II, осуществляющих генетический контроль иммунного ответа, проведены иммуногенетические методы исследования: исследование антигенов HLAI классов A и B проводилось на лимфоцитах периферической крови путем использования стандартного метода «комплементзависимой цитотоксичности», разработанного П. Терасаки (1991). Определение антигенов HLA II класса проводилось методом ПЦР – типирование локусов DRB1, DQB1, DQA1.

Статистическая обработка данных выполнена на индивидуальном компьютере с помощью электронных таблиц «MicrosoftExcel» и пакета прикладных программ «StatisticaforWindows» v. 7.0, StatSoftInc. Статистически значимыми считали отличия при $p<0,05$ (95%-й уровень значимости).

Результаты и их обсуждение. В исследовании проведен анализ частоты встречаемости генов системы HLA I и II классов у женщин, входящих в группу риска с отягощенным акушерским анамнезом. Распределение антигенов HLA I класса у обследуемых женщин отображено в таблице 1.

При анализе антигенов системы HLA I класса было установлено, что в группе риска по репродуктивным нарушениям в сравнении с группой контроля наиболее часто встречались следующие антигены: A2 – в 1,6 раз; A10 – в 2 раза; A 29 – в 4,0 раза, B15 – в 2,8 раза; B18 – в 2 раза; B22 – в 3 раза, B40 – в 2 раза.Достоверно реже, чем в группе контроля встречались следующие антигены: A11 – в 6,4 раза; B7– в 5,6 раз; B16 – в 4,0 раза, Cw4 в 4,2 раза.

Согласно одной из гипотез, у женщин с репродуктивными потерями отмечается изменение спектра частот аллелей HLA II класса [8], в связи с чем в исследуемой группе был проведен анализ частоты аллелей в локусах DRB1, DQA1, DQB1. В таблице 2 отражены полученные результаты у обследуемых групп.

При анализе распределения частот аллелей системы HLA II класса по локусам DRB1, DQA1, DQB1 установлено, что в группе риска по репродуктивным потерям, в сравнении с контрольной группой обследуемых, наиболее часто встречались следующие аллели: по локусу DRB1 аллель 01 в 1,9 раз; аллель 04 в 2,6 раза; аллель 11 в 2 раза; аллель 13 в 2,3 раза. По локусу DQA1наиболее часто отмечен аллель 0501 в 2 раза. По локусу DQB1по частоте преобладал аллель 0201 в 2,3 раза; аллель 0301 в 2 раза, аллель 0602-8 в 1,9 раз.

Репродукция – это присущее всем живым организмам свойство воспроизводить себе подобные особи, обеспечивающее непрерывность и преемственность жизни. Репродуктивное здоровье – это отсутствие заболеваний репродуктивной системы или нарушений репродуктивной функции при возможности осуществления процессов репродукции при полном физическом, психическом и социальном благополучии. То есть, репродуктивное здоровье является совокупностью условий, позволяющих человеку реализовать свое главное биологическое предназначение – стать родителем [9].

Иммуногенетика занимается исследованием механизмов генетического контроля иммунного ответа человека. Объектом иммуногенетики является так называемый главный комплекс гистосовместимости человека, иммуноглобулины, генетика антигенов и другие иммунологически значимые молекулы [10].

Участие главного комплекса гистосовместимости в репродукции человека является одной из важных физиологических функций, обусловленных основной функцией – контролем иммунного ответа [11]. В процессе развития беременности между организмом матери и плода возникают и формируются сложные иммунологические взаимоотношения, основанные на принципе прямой и обратной связи. Эти взаимоотношения обеспечивают правильное, гармоничное развитие плода и препятствуют отторжению плода как своеобразного аллотрансплантата [12, 13].

Таблица 1

Частота выявления стафилококков у детей с кишечными инфекциями

Антигены HLA I класса	**Частота встречаемости антигена (контрольная группа) (n=515), %**	**Частота встречаемости антигена (группа риска) (n=135), %**
A1	20,8	23,5
A2	**34,5**	**54,5****
A3	15,8	16,8
A9	14,8	17,2
A10	**19,5**	**39,2****
A11	**3,2**	**0,5***
A19	4,9	5,0
A28	5,2	4,8
A29	**2,1**	**8,8***
B5	12,7	14,2
B7	**6,8**	**1,2***
B8	12,3	13,2
B12	17,9	18,5
B13	9,8	10,4
B14	4,9	5,0
B15	**8,7**	**24,2***
B16	**12,3**	**4,0***
B17	8,9	10,5
B18	**20,2**	**40,3***
B21	5,2	6,2
B22	**3,8**	**11,5***
B27	12,6	13,0
B35	22,1	24,1
B40	**17,8**	**34,5***
CW2	30,2	28,3
CW3	36,5	40,2
CW4	**2,1**	**0,5***
CW5	20,1	25,2

Примечание: *p<0,05; ** p<0,001 в сравнении с группой контроля

Выявление маркеров – ассоциаций полиморфизмов генов с репродуктивными нарушениями – актуальная задача на сегодняшний день. Это необходимо для предупреждения нарушений в течение беременности и своевременного лечения супругов.

Распространение различных HLA-структур неодинаково и зависит от национальной и расовой принадлежности. Некоторые антигены и аллели встречаются довольно часто, тогда как другие – редкое исключение. Аллельные варианты HLA неодинаково реагируют с различными пептидами, определяя прецедент для генетического контроля за интенсивностью иммунных реакций. Это означает, что индивидуумы с разными HLA-фенотипами по разному реагируют на один и тот же антиген, потому что их молекулы различаются по взаимодействию с однотипными пептидами. Имеется корреляция между HLA-фенотипом и особенностями иммунного ответа [14, 15].

Таблица 2

Распределение аллелей HLA II класса по локусам DRB1, DQA1, DQB1 у обследуемых групп

Аллели	Частоты встречаемости аллелей (основная группа) (n=515), %	Частоты встречаемости аллелей (группа риска) (n=135), %
Локус области HLA, DRB1		
01	**16,8**	**31,8***
04	**10,2**	**26,8***
06	–	–
07	19,0	18,3
08	10,3	8,2
09	2,5	2,1
11	**18,3**	**36,5****
12	7,0	7,2
13	**15,3**	**36,2****
14	3,5	3,8
15	27,3	26,3
16	5,0	4,2
17	15,0	14,3
Локус области HLA, DQA1		
0101	32,2	31,2
0102	35,6	35,2
0103	19,8	20,6
0201	18,3	16,1
0301	24,3	23,8
0302	6,0	3,5
0401	5,4	4,2
0501	**26,3**	**55,2****
Локус области HLA, DQB1		
7	1,3	1,6
15	1,7	1,8
0201	**10,8**	**25,2***
0301	**24,3**	**49,2****
0302	16,0	16,5
0303	8,3	8,1
0308	1,2	1,0
0401-2	6,0	5,9
050	1,3	1,2
0501	18,2	22,0
0502	1,8	1,6
0503	7,3	7,0
0601	1,7	1,6
0602	1,3	1,2
0602-8	**24,3**	**45,2****

Примечание: *p<0,05; **p<0,001 в сравнении с группой контроля

Как правило, хромосомный регион, в котором локализуются HLA-A, -B, -C, -DR, -DQ, -DP аллели, наследуется как единый блок, как один гаплотип. Таким образом ребенок получает один гаплотип от матери и другой – от отца. Причиной снижения жизнеспособности гомозиготных индивидуумов является то, что с HLA-антигенами I и II классов ассоциируется предрасположенность ко многим аутоиммунным и иммунопатологическим заболеваниям. Если человек является носителем двух одинаковых HLA-антигенов, то вероятность развития болезни, к которой этот человек предрасположен, многократно увеличивается, и природа различными способами лишает этого человека способности к деторождению либо резко уменьшает его шансы воспроизвести потомство. Подобная ситуация возникает у возможного эмбриона, когда родители являются совместимыми друг с другом более, чем по трем локусам HLA-комплекса [16].

Для того, чтобы понять роль генов HLA в репродукции человека, была поставлена задача: выявить, существует ли связь отдельных антигенов или сочетаний антигенов HLA с репродуктивными нарушениями у женщин фертильного возраста?

При анализе антигенов системы HLA I класса у женщин из группы риска по репродуктивным нарушениям отмечено увеличение частоты встречаемости некоторых аллелей и HLA-фенотипов: A2; A10; A 29, B15; B18; B22, B40. Достоверно реже, чем в группе контроля, встречались следующие антигены: A11; B7; B16, Cw4.

При анализе распределения частот аллелей системы HLA II класса по локусам DRB1, DQA1, DQB1 установлено, что в группе риска по репродуктивным в сравнении с контрольной группой обследуемых наиболее часто встречались следующие аллели: по локусу DRB1 аллель 01; аллель 04; аллель 11; аллель 13. По локусу DQA1 наиболее часто отмечен аллель 0501 По локусу DQB1 по частоте преобладал аллель 0201; аллель 0301, аллель 0602-8.

Исходя из полученных данных, можно предположить, что выявленные антигены системы HLA могут оказывать некоторое влияние на формирование иммунного ответа при нарушении репродуктивной функции и являться маркерами, ассоциированными с аутоиммунными процессами. Считать наличие этих антигенов иммуногенетическими маркерами репродуктивных нарушений на основании более частой встречаемости нельзя, но отнести женщин в группу риска целесообразно.

Заключение. Эпигенетические факторы находятся в настоящее время в центре внимания научного интереса в медицине, включая акушерство. Полагают, что в настоящее время имеется значительное количество доказательств того, что последствия программирования развития могут проявляться в следующих поколениях. Так называемая программа плода находится в тесной взаимосвязи между патологическими состояниями матери во время беременности, факторами окружающей среды и развитием хронических болезней в зрелом возрасте [17, 18].

При анализе антигенов системы HLA I класса было установлено, что в группе риска по репродуктивным нарушениям в сравнении с группой контроля наиболее часто встречались следующие антигены: A2 – в 1,6 раз; A10 – в 2 раза; A 29 – в 4,0 раза, B15 – в 2,8 раза; B18 – в 2 раза; B22 – в 3 раза, B40 – в 2 раза. Достоверно реже, чем в группе контроля встречались следующие антигены: A11 – в 6,4 раза; B7– в 5,6 раз; B16 – в 4,0 раза, Cw4 в 4,2 раза.

Согласно одной из гипотез, у женщин с репродуктивными потерями отмечается изменение спектра частот аллелей HLA II класса, в связи с чем в исследуемой группе был проведен анализ частоты аллелей в локусах DRB1, DQA1, DQB1. При анализе распределения частот аллелей системы HLA II класса по локусам DRB1, DQA1, DQB1 установлено, что в группе риска по репродуктивным в сравнении с контрольной группой обследуемых наиболее часто встречались следующие аллели: по локусу DRB1 аллель 01 – в 1,9 раз; аллель 04 – в 2,6 раза; аллель 11 – в 2 раза; аллель 13 – в 2,3 раза. По локусу DQA1 наиболее часто отмечен аллель 0501 – в 2 раза. По локусу DQB1 по частоте преобладал аллель 0201 – в 2,3 раза; аллель 0301 – в 2 раза, аллель 0602-8 – в 1,9 раз.

Получена оценка роли иммуногенетических факторов, приводящих к нарушениям репродуктивных процессов у женщин г. Липецка. Полученные данные явились основой для поиска иммуногенетических маркеров наследственной предрасположенности к разным формам нарушения репродукции. Результаты данного исследования эпигенетических факторов могут создать новые возможности для разработки расширенного алгоритма обследования женщин с нарушением репродуктивной функции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян Н.А. Адаптационная и этническая физиология. Продолжительность жизни и здоровье человека. – Москва, 2009. – С. 48.

2. Беспалова О.Н. Генетика невынашивания беременности // Журнал акушерства и женских болезней. – 2007. – Т. 56, № 1. – С. 81-95.

3. Хаитов Р.М., Алексеев Л.П. Иммуногенетика и биомедицина // Российский аллергологический журнал. – 2013. – № 1. – С. 5-14.

4. Анохова Л.И., Белокриницкая Т.Е., Тарбаева Д.А., Смоляков Ю.Н. Полиморфизм генов HLAII-DRB1 у пациенток с преждевременными родами // Забайкальский медицинский вестник. – 2017. – № 1. – С. 24-27.

5. Айрапетов Д., Ордиянц И. Иммуногенетическая причина ранних репродуктивных потерь // Врач. – 2011. – № 1. – С. 39-40.

6. Тетруашвили Н.К., Агаджанова А.А., Ионанидзе Т.Б. Ведение беременности у женщин с привычным выкидышем, обусловленным иммунологическими нарушениями // Consilium Medicum. – 2010. – Т. 12, № 6. – С. 34-38.

7. Боровикова А.В., Нагимтаева А.А., Камалиева Б.О., Абильдинова Г.Ж. Роль генетических факторов в развитии привычного невынашивания // Вестник СурГУ. Медицина. – 2013. – № 4(18). – С. 19-24.

8. Гаджиева И.А., Чистякова Г.Н. Нарушение иммунной регуляции на этапе плацентации как причина репродуктивных потерь // Проблемы репродукции. – 2011. – № 4. – С. 102-107.

9. Хаитов Р.М., Алексеев Л.П. Система генов HLA и регуляция иммунного ответа // Аллергия, астма и клиническая иммунология. – 2000. – № 8. – С. 7-16.

10. Спицына Н.Х., Балинова Н.В. Генетические факторы ответственные за репродуктивные особенности в Бурятской популяции // Медицинская генетика. – 2007. – Т. 6, № 2. – С. 24-28.

11. Макарченко О.С., Гордеева Л.А., Шабалдин О.А. Роль генов иммунной презентации и иммунной регуляции в формировании потерь плода // Мать и дитя в Кузбассе. – 2008. – № 3(34). – С. 13-19.

12. Малышева Е.В., Назирова А.А., Гулин А.А. Характеристика иммунного статуса у женщин в различных условиях резидентного проживания // Вестник ТГУ. Серия «Естественные и технические науки». – Тамбов. – 2011. – Т. 16, Вып. 2. – С. 544-546.

13. Машкина Е.В. Лаптина Т. А. Коваленко К. А. Исследование частоты полиморфных вариантов генов цитокинов в бесплодных супружеских парах // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6. URL: https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=7587 (дата обращения: 08.09.2017).

14. Проскурина А.С., Невзорова Е.В., Гулин А.В., Засядько К.И. Состояние репродуктивной системы женщины в условиях неблагоприятной экологической обстановки окружающей среды // Вестник ТГУ. – Тамбов. – 2015. – Т. 20, Вып. 2. – С. 363-366.

15. Петросян Л.А. Иммунологические аспекты привычной потери беременности (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2008. – № 2. – С. 62-67.

16. Тарбаева Д.А., Кузник Б.И., Загородняя Э.Д., Иозефсон С.А. Функция HLA в репродуктивной системе // Забайкальский медицинский вестник. – 2009. – № 1. – С. 19-32.

17. Хонина Н.А., Селедцова Н.В., Пасман Н.М. Клинико-лабораторные особенности бесплодия у женщин с отсутствием блокирующих факторов // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: биология, клиническая медицина. – 2010. – Т. 8, № 4. – С. 36-40.

18. Халимова Ф.Т. Кластерный подход к оценке репродуктивного здоровья женщин // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2017. – № 2. – С. 67-71.

ҲАЛИМОВА Ф.Т.

ОМИЛҲОИ ЭПИДЕМИОЛОГӢ ВА ГИНЕКТИКӢ ДАР ТАШХИСИ ВАЙРОНШАВИИ РЕПРОДУКТИВӢ

Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: вазифаи репродуктивӣ, антигенҳо, системаи HLA синфҳои I, II.

Аз гурӯҳи хавфи пайдоиши вайроншавии вазифаи репродуктивӣ, ки дорои анамнези акушерӣ буданд 135 зан санҷида шуд.

Ҳангоми таҳлили антигенҳои системаи HLA синфи I муайян карда шуд, дар гурӯҳи озмоишӣ нисбат ба гурӯҳи санҷишӣ бисёртар антигенҳои зерин ба назар мерасанд: A2 –1,6 маротиба; A10 – 2 маротиба; A 29 – 4,0 маротиба, B15 – 2,8 маротиба; B18 – 2 маротиба; B22 – 3 маротиба, B40 – 2 маротиба. Нисбат ба гурӯҳи санҷишӣ, бо таври дақиқ антигенҳои зерин ба қайд гирифта шуд: A11 – 6,4 маротиба; B7 – 5,6 маротиба; B16 – 4,0 маротиба, Cw4 4,2 маротиба.

Ҳангоми таҳлили тақсимоти басомади аллелҳои системаи HLA синфи II аз рӯи локусҳои DRB1, DQA1, DQB-1муайн карда шуд, ки дар гурӯҳи хавфи репродуктивӣ нисбат ба гурӯҳи санҷишӣ бисёртар аллелҳои зерин ба чашм мерасанд: аз рӯи локуи DRB1 аллели 01 – 1,9 мароиба; аллели 04 – 2,6 маротиба; аллели 11 – 2 маротиба; аллели 13 – 2,3 маротиба. Аз рӯи локуси DQA1 бисёртар аллели 0501 ба қайд гирифта шуд. Аз рӯи локуси DQB1 аз рӯи басомад аллели 0201 2,3 маротиба бартарӣ дошт; аллели 0301 – 2 маротиба, аллели 0602-8 – 1,9 маротиба.

Муайян намудани маркерҳо – ҳамҷояги полиморфизми генҳо бо вайроншавии репродуктивӣ имрӯз вазифаи муҳим ба ҳисоб меравад. Ин раванд барои пешгирии пайдошавии иллати ҳомоладорӣ ва табобати саривақтии зану шавҳар ҳатмӣ мебошад. Маълумотҳои ба дастомада барои ҷустуҷуи маркерҳои иммуногенетикии беморихои ирсӣ ба намудҳои гуногуни вайроншавии репродксия асос гаштанд.

УДК 314.04;314.4;613.98

[1]ХОДЖАЕВА Ш.А., [2]КУРБАНОВ С.Б., [3]КАЛАНДАРОВА Ф.Д., [4]ЮСУПОВА Ш.И.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ТАДЖИКИСТАНЕ

[1]ГУ «НИИ профилактической медицины Таджикистана»
[2]ГОУ ИПОвСЗ РТ
[3]ГОУ «Республиканский медицинский колледж»
[4]Городской центр здоровья № 14 г. Душанбе

В статье определена проблема исключения лиц пожилого возраста из активной жизнедеятельности и снижения их социального статуса в Республике Таджикистан. Оценивается состояние здоровья по регистрируемой заболеваемости, инвалидности и смертности населения. Установлены основные причины обращаемости пожилых людей в лечебно-профилактические учреждения: болезни органов кровообращения (37,3%), дыхания (21,7%), костно-мышечной и соединительно-тканной (11,5%) и пищеварительной (8,6%) систем. Выделяется пенсионный возраст, установленный государством (63 и более лет - для мужчин, 58 лет и более лет - для женщин), порог которого перешли 6,0% населения страны, при удельном весе лиц в возрасте 65 лет и старше, составляющем 3,2%. Выявлено, что смертность среди лиц пожилого возраста обусловлена прогрессированием атеросклероза, патологией органов кровообращения и онкологическими заболеваниями.

Ключевые слова: пожилые люди, возрастная классификация, индикаторы, заболеваемость, оценка, здоровье.

[1]KHODZHAEVA SH.A., [2]KURBANOV S.B., [3]KALANDAROVA F.D., [4]YUSUPOVA SH.I.

SOCIAL AND HYGIENIC HEALTH ASSESSMENT OF OLD-AGED PEOPLE IN TAJIKISTAN

[1]State Establishment «Scientific and Research Institute of Preventive Medicine of Tajikistan»
[2]State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"
[3]State Education Establishment «Republican Medical College»
[4]City Health Center № 14, Dushanbe

The article defines a problem of excluding of old-aged people from active life and reduction of their social status in the Republic of Tajikistan. Evaluated state of health by registered morbidity, disability and mortality of the population. Installed the main causes of negotiability of old people in to the treatment-prophylactic establishment: diseases of blood circulation organs (37,3%), respiration (21,7%), musculoskeletal and connective tissue (11,5%) and digestive (8,6%) systems. Highlighted the retirement age set by the state (63 and more years for men, 58 years and more for women), threshold which crossed 6,0% of the country's population, with a specific weight of individuals aged 65 and over, accounting for 3,2%.

Key words: old-aged people, age classification, indicators, morbidity, evaluation, health.

Актуальность. В соответствии с нормативно-законодательными документами, социальная работа с пожилыми людьми должна повсеместно исходить из присущих им особенностей социального, личностного и общественного функционирования [1]. Однако, в настоящее время к основным проблемам этой категории жителей Таджикистана

Ходджаева Ш.А. – тел.: +(992)935964444; e-mail: s_amon@mail.ru

относятся ограничение или исключение из активной жизнедеятельности, резкое снижение статуса в обществе при большом количестве свободного времени и низком качестве его наполнения.

Переоценка жизненных приоритетов, произошедшая за годы независимости Республики, вывела на первое место здоровье человека, имеющего зависимости от степени удовлетворения потребностей всего населения различными компонентами, составляющими его благосостояние. При этом ведущие специалисты общественного здоровья и демографической политики во всех развитых странах отмечают постепенный рост удельного веса пожилых людей в возрастной структуре общего населения [2]. Однако, в период экономических и социальных преобразований пожилые люди оказались наиболее уязвимым слоем населения, что часто приводит, особенно в кризисной ситуации, к повышению уровня их заболеваемости, инвалидности и смертности [3].

Между тем, Таджикистан, как страна – член Международной организации труда, обязывается в случаях заболеваемости предоставлять пожилым людям, как минимум, обслуживание семейными врачами, включая визиты на дому, и врачами-специалистами в стационарных и амбулаторных условиях. Соответствующая информация, получаемая в процессе медико-социального мониторинга и оценки соответствующей ситуации, является основой для принятия корректных решений, по управлению общественным здоровьем и системой здравоохранения. Кроме того, она должна быть объективной и надежной, так как в противном случае оптимизировать этот механизм как способ регулирования по конечному результату не представляется возможным [4].

Цель исследования. Изучить и оценить в социально-гигиеническом аспекте основные показатели здоровья пожилых людей в Таджикистане.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились 600 человек, из них 420 мужчин в возрасте 63 и более лет и 180 женщин в возрасте 58 и более лет. Изучены отчетно-учетные формы ЛПУ, материалы Государственной службы медико-социальной экспертизы и Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан за период 2010-2014 гг. Обработка материалов проведена информационно-аналитическим и экспертным методами исследования с определением средней ошибки средней арифметической величины.

Результаты и их обсуждение. Определение понятия старость относится к числу «вечных проблем» многих стран и континентов. Ведутся дискуссии вокруг понятия старости, её первых проявлений, возраста и границ.

Трудности в их определении связаны, прежде всего, с тем, что старение – процесс длительный, плавный, т.к. не существует точной границы, которая отделяли бы старость от среднего возраста [5]. В целом, старение – процесс индивидуальный, у одних людей он начинается раньше, у других – позже.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), возраст от 60 до 74 лет рассматривается как пожилой; 75 лет и старше – как старый; возраст 90 лет и старше относится к долгожителям. Кроме того, условно выделяется возраст 45-60 лет как пострепродуктивный (климактерический) период, предшествующий пожилому (предстарческому - 60-75 лет) и старческому (75-90 лет) возрастам [3].

Согласно международным критериям, население страны считается старым в случае, если доля ее граждан в возрасте 65 лет и старше превышает уровень 7,0%. По этому показателю население, в частности России, давно можно считать таковым, около 20,0% ее граждан (т.е. каждый пятый россиянин) относятся к вышеуказанной возрастной категории [4]. В Таджикистане доля людей в этой возрастной категории составляет немногим более 3,0%.

Выделяется также пенсионный возраст, границы которого устанавливаются государством: для мужчин – 63 года, для женщин – 58 лет. При его определении исходят из возраста хронологического, т.е. количества прожитых лет.

В силу естественного старения организма проявляется ряд хронических заболеваний, растет удельный вес лиц, нуждающихся в постоянном медицинском наблюдении, в помощи кардиологов, невропатологов, геронтологов, гериатров. Так, уровень заболеваемости пожилых людей (60-74 лет) почти в 2 раза выше, чем лиц старческого возраста (75 лет и старше) – в 6 раз выше, чем лиц молодого возраста [2].

Характерной чертой старения организма является постепенная утрата им способности к адаптации, в т.ч. к физическим нагрузкам, к повышенной или пониженной температуре окружающей среды, к изменениям характера питания и т.д.

Отмечено, что население старших возрастных групп страдает множественными тяжелыми хроническими заболеваниями, протекающими на фоне сниженных компенсаторных возможностей. Так, почти 80,0% пенсионеров по старости нуждаются в медико-социальной помощи, более 70,0% имеют 4-5 хронических заболеваний сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной, кроветворной и костно-суставной систем, органов дыхания, пищеварения и другие. К началу 2014 года в структуре населения Таджикистана удельный вес лиц, достигших пенсионного возраста как мужчин, так и женщин составил 6,0% от общей численности населения или около 50 тысяч человек, значительная часть которых страдает хроническими заболеваниями и нуждается в медико-социальной поддержке. При этом следует отметить, что для пожилых людей сохраняется риск необеспеченности качества дальнейшей

жизни вследствие потери заработка или трудового дохода, в том числе расходуемого на медицинские и реабилитационные услуги.

Структура заболеваемости лиц пожилого возраста Таджикистана в период 2010-2014 гг. отражена на рисунке 1.

Рис. 2. Структуры заболеваемости лиц пожилого возраста в период 2010-1014 гг. (%)

Как видно из рисунка 1, наибольший удельный вес среди соответствующих классов болезней традиционно занимали в 34,2% случаев болезни органов пищеварения. Более чем с 2-кратным отрывом от них на втором месте оказывались болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (15,1%), далее следовали с небольшим отрывом по уровню показателей – болезни системы кровообращения (13,2%), эндокринной системы (11,3%) и органов дыхания (10,5%). Соответственно доля перечисленных видов патологии в структуре общей заболеваемости среди пожилых людей составила 73,8%.

Причины обращаемости последних в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) отражены на рисунке 2. Как видно из рисунка 2, основными из них являются болезни сердечно-сосудистой системы (37,3%), которые превалировали над другими классами болезней, такими как (в порядке убывания их удельного веса) заболевания органов дыхания (21,7%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (11,5%) и органов пищеварения (8,6 %). Названные виды патологии обусловливают 76,1% всех случаев первичных посещений пациентов пенсионного возраста в ЛПУ.

Рис. 2. Основные причины обращаемости пенсионеров за медицинской помощью в период 2010-1014 гг. (%)

Важное значение для оценки состояния здоровья пожилых людей имеет анализ их госпитализированной заболеваемости, отражённый на рисунке 3. Как видно из рисунка, в её структуре лидирующее место занимали болезни системы кровообращения (41,6±3,7%). В 2 с лишним раза было меньше болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (16,5±1,6%), в 3 и более раз – болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушений обмена веществ (12,8±0,5%). Причиной стационарного лечения каждого десятого стационарного больного пожилого возраста были обращения за помощью вследствие болезней органов пищеварения (11,3±0,5%), то есть 79,2±4,5% случаев госпитализация в стационары ЛПУ Таджикистана были связаны с названными выше классами болезней.

Рис. 3. Госпитализированная заболеваемость пожилых людей в период 2010-2014 гг. (%)

Первичный выход на инвалидность лиц пенсионного возраста коснулся 5527 человек. На рисунке 4 показаны основные причини инвалидности, статус которой обусловлен различными классами болезней.

Как видно из рисунка 4, в половине числа случаев причиной инвалидизации людей пожилого возраста становились болезни системы кровообращения (51,2±4,6%), за которыми расположились, намного от них отставая, злокачественные новообразования (13,3±2,1%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (9,3%±0,7%), органов дыхания (4,4±0,2%), глаза и его придаточного аппарата (2,9±0,1%) и другие (16,7±2,2%).

Рис. 4. Причины первичного выхода на инвалидность лиц пенсионного возраста в период 2010-2014 гг. (%)

Результаты исследования причин общей смертности пожилых лиц отражены на рисунке 5. Как видно из рисунка, основными причинами ее случаев выступают болезни системы кровообращения (61,6±5,2%), на втором месте находятся злокачественные новообразования (18,3±1,6%), на третьем – болезни крови, кроветворных органов (7,2±0/,4%). За ними далее следовали болезни органов дыхания (6,3±0,4%), травмы и отравления (3,9±0,3%), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (3,1±0,3%) и другие (1,2±0,1%).

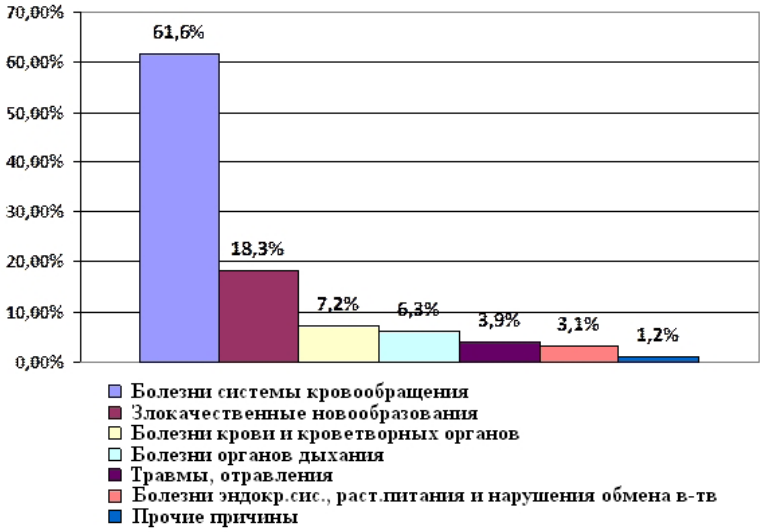


Рис. 5. Причины общей смертности лиц пенсионного возраста в период 2010-2014 гг. (%)

При этом особенностями течения и лечения заболеваний у лиц старших возрастных групп являются: множественность ходов развития патологии, быстрая лекарственная интоксикация, неспецифическое проявление болезни (возникновением изменений в организме), быстрое ухудшение состояния здоровья в случае отсутствия обеспечения лечения, высокая частота осложнений, необходимость длительной реабилитации. К тому же, у них наблюдается более частое, чем в предыдущие годы возрастного периода, развитие онкопатологии и синдрома взаимного отягощения (депрессия и соматическая патология).

Старение сопровождается явлением дезадаптации, уменьшением резерва здоровья и, соответственно, повышением риска смерти. Анализ научной литературы показывает, что, начиная с 30-35-летнего возраста, каждые последующие 8 лет жизни вероятность смерти удваивается, но после 90 лет эта зависимость снижается. Что же касается риска онкогенеза, то интенсивность этого процесса удваивается каждые 11 лет. После 60 лет жизни риск развития дезадаптации и соответствующего патологического процесса значительно выше, чем в более молодом возрасте.

Качество жизни пожилых людей существенно ухудшается в случае развития деменции. Так, если в возрасте 65-75 лет она занимает 3,0% в структуре заболеваемости, то в возрасте старше 75 лет и более – 25,0%. К болезням старости также относят возникающие в этот период жизни выраженный атеросклероз, артериальную гипертонию, хроническую пневмонию, эмфизему легких, патологии мочеполовой системы, гепатиты, панкреатиты, остеопороз и ряд других патологических состояний [6]. С увеличением возраста человека его потребность в медицинской помощи увеличивается, причем любые услуги социальной защиты в целом поддерживают здоровье и жизнь пожилых людей.

При этом высокая потребность пожилых людей в медико-социальной помощи превышает ресурсные возможности сектора здравоохранения и поэтому предлагается участие заинтересованных министерств, ведомств, общества Красного полумесяца и других общественных организаций.

До настоящего времени подавляющее количество людей умирает под влиянием различных патологических процессов задолго до исчерпания генетически заложенных в организме жизненных сил. Доказано, что продолжительность жизни человека, как биологического вида, должна составлять не менее 90-100 лет. Эксперты ВОЗ считают, что для оценки функциональных возможностей пожилых людей нужна не только оценка деятельности в повседневной жизни, но и оценка умственного и физического состояний, социально-экономических условий и условий окружающей среды.

Таким образом, в настоящее время система оказания медико-социальной помощи лицам пожилого возраста позволяет обеспечить ее доступность, улучшить качество, что должно привести к продлению активности, поддержке их здоровья и продлению периода ожидаемой продолжительности жизни.

Выводы

1. Обращаемость пациентов пожилого возраста в ЛПУ обусловлена, прежде всего, за счет сердечно-сосудистых заболеваний, болезней органов дыхания, костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также органов пищеварения.
2. В пожилом возрасте структура заболеваемости значительно изменяется за счет уменьшения числа острых заболеваний и случаев, связанных с прогрессированием хронических патологических процессов.
3. Инвалидность пожилых людей вызвана болезнями сердечно-сосудистой системы, онкологическими, неврологическими заболеваниями, а также болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани.
4. Смертность лиц пожилого возраста происходит в большинстве случаев вследствие выраженного атеросклероза сосудов, болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Ворошилова И.И. Ожидаемая продолжительность жизни и смертность как индикаторы качества жизни пожилых людей // Современные наукоемкие технологии. – 2008. – № 6. – С. 38-39.
2. Максимова Т.М., Лушкина Н.П. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 3. – С. 3-7.
3. Бахметова Г. Ш. Смертность населения в пожилом возрасте // Смертность населения: тенденции, методы изучения, прогнозы: сб. статей. – Москва: МАКС Пресс, 2007. – С. 256-271.
4. Медведева Г.П. Введение в социальную геронтологию (Академия педагогических и социальных наук; Московский психолого-социальный институт). – М.: Воронеж, 2000. – 95с.
5. Дыскин А.А., Решетов А.Л. Здоровье и труд в пожилом возрасте. – М. 2003. – 160 с.
6. Василенко Н.Ю. Социальная геронтология. - Владивосток: Изд-во ДГУ, 2003. – 140 с.

[1]ХОҶАЕВА Ш.А., [2]ҚУРБОНОВ С.Б., [3]ҚАЛАНДАРОВА Ф.Д., [4]ЮСУПОВА Ш.И.

БАҲОГУЗОРИИ ИҶТИМОӢ-ГИГИЕНИИ СОЛИМИИ АҲОЛИИ МИЁНАСОЛ ДАР ТОҶИКИСТОН

[1]МД «Пажӯҳишгоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон»
[2]МД «ДТИБКСТ ҶТ»
[3]МД «Коллечи тибби чумҳуриявӣ»
[4]Маркази саломатии шаҳрии № 14 ш. Душанбе

Калимаҳои калидӣ: шахсони миёнасол, таснифоти синну солӣ, индикаторҳо, беморшавӣ, баҳогузорӣ, саломатӣ.

Дар мақола масъалаи инкор намудани шахсони миёнасол аз тарзи фаъолияти ҳаёт ва пастшавии ҳолати иҷтимоии онҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон муайян карда шудааст. Ҳолати солимӣ аз руи бақайдгирии беморшавӣ, маъюбӣ ва мурриши аҳолӣ баҳогузорӣ карда мешавад. Сабабҳои асосии мурочиати шахсони миёнасол ба муассисаҳои табобатӣ муайян карда шуд: бемориҳои узвҳои гардиши хун (37,3%), роҳи нафас (21,7%), устухону мушак ва бофтаҳои пайвасткунанда (11,5%), системаи ҳозима (8,6%). Сини нафақавӣ, ки аз ҷониби Ҳукумат муайян шудааст ҷудо карда мешавад (аз 63 сола боло – барои мардон, аз 58 сола боло барои занон), ки нуқтаи болоии он 6,0% аҳолии ҷумҳуриро гузаштааст, дар ҳолати шахсони аз 65 сола боло ин нишондод 3,2% ташкил менамояд.

УДК 618.14-006.3.04

[1]ХОДЖИЕВА М.М., [1]УМАРЗОДА С.Г., [1]ХУСЕЙНЗОДА З.Х., [2]САНГИНОВ Д.Р.

ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ САРКОМАМИ МАТКИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

[1]ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ
[2]Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

На основании изучения результатов лечения и динамического наблюдения 54 больных саркомами матки, находившихся на диспансерном учете в Республиканском онкологическом научном центре за период с 2000 по 2016 гг., оценена их общая кумулятивная выживаемость, а также выживаемость в зависимости от стадии заболевания и проведенных методов лечения. Полученные результаты явились основанием для разработки рекомендаций по оптимизации диагностики и лечения больных саркомами матки.

Ключевые слова: саркома матки, выживаемость.

[1]KHODJIEVA M.M., [1]UMARZODA S.G., [1]HUSEINZODA Z.H., [2]SANGINOV D.R.

SURVIVAL OF PATHIENTS WITH UTERINE SARCOMAS IN REPUBLIC OF TAJIKISTAN

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

On base study of results of treatment and dynamic observations 54 patients with uterine sarcomas, which were registration on Republican oncologic scientific centre from 2000 to 2016 years, demonstrated common cumulative survival and survival on depending of stage diseases and treatment.

Key words: uterine sarcomas, survival.

Актуальность. Саркомы матки (СМ) относятся к группе редких форм злокачественных новообразований матки, составляя 4-9%, и выявляются с частотой 1-2 случая на 100 000 женского населения. Наиболее часто саркомы матки представлены лейомиосаркомами, эндометриальными стромальными саркомами и карциносаркомами [1].

Многообразие морфологических форм злокачественных мезенхимальных опухолей матки затрудняет их изучение, дифференциальную диагностику, лечение и прогноз. Саркомы матки отличаются чрезвычайно злокачественным течением и плохим прогнозом, пятилетняя выживаемость больных составляет в среднем всего 30-60%. До 90% летальных исходов по отношению к общему числу умерших приходится на первые 2 года [2]. Даже в пределах одного гистотипа, например эндометриальной стромальной саркомы, выживаемость больных варьирует от 0 до 100% в зависимости от степени клеточной анаплазии [5].

В лечении сарком матки используются хирургический, комбинированный и комплексный методы. Неэффективность лечения злокачественных неэпителиальных опухолей матки во многом обусловлена серьезными пробелами в наших знаниях о структуре этих опухолей и их гистоморфогенеза. В последние годы усилия онкологов и морфологов направлены на выявление дополнительных прогностических признаков, которые позволят выяснить причины различного поведения опухолей при одинаковой клинической стадии и степени дифференцировки. Современные иммуногистохимические маркеры,

Ходжиева М.М. – зав. отделением онкогинекологии ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ; 734026, Душанбе, ул. И. Сомони 59а; тел.: +(992)918752100

отражающие разные стороны и уровни метаболических свойств опухолевых клеток, позволяют определить прогноз течения заболевания, а также предсказать их чувствительность к химио-, гормоно- и радиотерапии [4, 6, 7]. Достижение высоких показателей выживаемости больных саркомами матки возможно благодаря не только адекватному лечению, но и своевременной уточняющей диагностике [3, 8].

Если вопрос об оперативном пособии считается решенным, то вопрос о тактике лечения больных в послеоперационном периоде остается дискутабельным. Противоречие вызывает обоснованность и эффективность использования лучевой терапии и химиотерапии [9]. Тем не менее, неудовлетворительные результаты лечения свидетельствуют о неадекватном применении у больных саркомами не только хирургического лечения, но и оптимального сочетания различных системных воздействий: химиотерапии и/или лучевой терапии, что послужили основанием для проведения данного исследования.

Цель исследования. Оценить общую кумулятивную выживаемость и выживаемость больных саркомами матки в зависимости от методов лечения.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования явились ретроспективные данные 54 больных с саркомами матки, находившихся на обследовании и лечении в ГУ РОНЦ МЗ и СЗН РТ с 2000 по 2016 годы. Средний возраст больных составил 48,7 лет. Самой молодой пациентке было 26 лет, пожилой – 78 лет. Среди больных многорожавших женщин (в анамнезе 4 и более родов) оказалось 55,6%, малорожавших – 44,4%.

Комплексное обследование больных включало: общеклинические методы, позволяющие оценить общее состояние; специальные методы исследования, позволяющие уточнить топику опухоли, её морфологическую структуру; методы, позволяющие уточнить степень распространения опухолевого процесса (УЗИ, МРТ, КТ).

Оценка общего состояния больных (performance status) производилась по шкале Карновского и EGOG (ВОЗ). Непосредственная эффективность лечения оценивалась по клиническим данным (шкала REGIST для оценки эффективности терапии солидных опухолей по четырем категориям, рекомендованной EORTC&NCL, 2000г.) и степени терапевтического патоморфоза. Выживаемость рассчитывалась по Каплан-Майеру.

В исследуемой группе больных с I стадией заболевания было 38,9%, II стадией – 22,3%, III стадией – 31,4% больных и IV стадией – 7,4%. По морфологической структуре у большинства пациенток установлена лейомиосаркома – 68,5%, что соответствует данным литературы. Фибросаркома матки установлена у 9,2%, эндометриальная стромальная саркома – у 7,4% женщин, карциносаркомы и рабдомиосаркомы матки имели место по 3,75% случая.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов лечения больных показал, что только хирургическое лечение проведено 21 (38,9±6,6%) больной, комбинированное – 18 (33,3±6,4%), комплексное – 6 (11,1±4,3%) и паллиативное лечение – 5 (9,3±3,9%) пациенткам. Комбинированное лечение, состоящее из операции и лучевой терапии (ЛТ), проведено 11 (20,4%) больным, а операция с последующей полихимиотерапией (ПХТ) – в 7 (12,9%) случаях. Комплексное лечение включало проведение неоадъювантной полихимиотерапии с последующим оперативным вмешательством и послеоперационной лучевой терапией. В плане комбинированного и комплексного лечения оперативное вмешательство на первом этапе проведено 18 (33,3%) больным. Хирургическое лечение в целом выполнено 49 (90,7%) пациенткам. Характер и объем операции был различным. Основным, стандартным объемом оперативного вмешательства у больных СМ была экстирпация матки с придатками, которая выполнена 34 (63,3%) пациенткам. Неоадъювантная ПХТ с препаратами платины проведена 4 (7,4%) больным. Адъювантные курсы ПХТ проведены 14 (25,9%) больным платиносодержащими препаратами. Паллиативные курсы ПХТ получили 5 (9,3%±3,9) пациенток. Дистанционная ЛТ проведена на аппарате «TERAGAM» 17 (31,5%±6,3) больным. Разовая очаговая доза составила 2 Гр. Суммарная доза от лучевой терапии составила 34,4±1,9 Гр.

Показатели выживаемости больных зависят от эффективности использованных методов терапии, условий их проведения, а также от различных клинико-морфологических факторов. Следует отметить, что в связи с неполноценным обследованием и ошибочным диагнозом 19 (35,2%) больных были подвергнуты нерадикальным по характеру и объему оперативным вмешательствам в учреждениях общего профиля, что ухудшало прогноз заболевания. 25 (44,3%) пациенток длительное время лечились гормональными препаратами с ошибочными диагнозами.

Возраст является одним из важных прогностических факторов, и среди больных СМ преобладали женщины пре- и постменопаузального возрастов – 29 (53,3%). Несмотря на то, что I-II стадии заболевания были установлены у большинства – 36 (66,7%) – больных, однако у 43 (80%) имели место такие неблагоприятные прогностические факторы, как размер первичной опухоли более 10 см, при котором глубина инвазии последней в мышечный слой матки составила в среднем 8,5 см (табл. 1). У 20 (36,7%) больных в связи с распространенным опухолевым процессом были выполнены нерадикальные операции.

Таблица 1

Факторы прогноза у больных с саркомами матки, абс. (%)

Факторы прогноза	**Количество больных**	
	абс.	**%**
Возраст		
Репродуктивный Пери- и постменопауза	25 29	46,6±9,1 53,3±9,1
Размер опухоли		
<10 см >10 см	11 43	20±7,3 80,0±7,3***
Стадия заболевания, %		
I II III IV	50,0±9,1 16,7±6,8** 26,7±8,1 6,7±4,5***	
Характер операции, %		
Радикальная Нерадикальная	34 20	63,3±8,8 36,7±8,8*
Глубина инвазии в миометрий	8,5±1,5	

Примечание: * – p<0,05, ** – p<0,01, *** – p<0,001 – значимость различия показателей между факторами (в стадиях заболевания частота значима по отношению I стадии заболевания)

Продолженный рост опухоли после лечения установлен у 30 (55,6±6,8%) пациенток. Кроме того, 22 (40,7%) больных получали лечение с нарушением ритма, что отразилось на показателях их выживаемости.

Общая 5-летняя выживаемость больных СМ репродуктивного возраста составила 30,4%, у больных менопаузального возраста – 29,8%. 1-годичная выживаемость больных СМ по всем стадиям составила 73,1%, 2-летняя – 41,3%, 3-летняя – 29,8%, 5-летняя – 15,0%.

Изучение выживаемости больных СМ в зависимости от морфологической структуры опухоли показало, что карциносаркома матки является наиболее агрессивной опухолью, 2 (6,6%) больных умерли в первые 2 года наблюдения. Одна больная с III стадией заболевания и вторая с I стадией заболевания через 1,5 года после хирургического лечения имели признаки прогрессии. В группе больных с фибросаркомой – 7 (12,9%): 1-годичная выживаемость составила 85,7%, одна больная умерла в тот же год с IV стадией заболевания. 2-летняя выживаемость составила 71,4%, 3-летняя – 42,8%, 5-летняя – 14,3%. Лейомиосаркома матки обладала более благоприятным течением и прогнозом по сравнению с другими морфологическими формами.

Оценка выживаемости больных по стадиям заболевания показала, что 3-летняя выживаемость при I стадии составила 66,7%, при II стадии – 41,6%; III стадии – 5,8% и IV стадии – 0 (табл. 2).

Таблица 2

Выживаемость больных саркомами матки по стадиям

Стадия	**Общая выживаемость, лет**			
	1 год	**2 года**	**3 года**	**5 лет**
I (n=21)	21 (100%)	17 (80,9)	14 (66,7%)	9 (42,8%)
II (n=12)	10 (83,3%)	6 (50%)	5 (41,6%)	1 (8,3%)
III (n=17)	10 (58,8%)	4 (23,5%)	1 (5,8%)	0
IV (n=4)	1 (25%)	0	0	0

5-летняя выживаемость больных с I и II стадиями составила 42,8% и 8,3% соответственно, при III и IV стадии была равна 0.

Анализ общей кумулятивной выживаемости больных СМ по методу Каплана-Мейера показал, что 72% больных прожили 12 месяцев, через 18

месяцев живы 49%. Через 36 месяцев от момента установления диагноза умерло 32% больных. 25% больных живы 60 месяцев и 25% больных умерли в сроки до 60 месяцев (рис. 1).

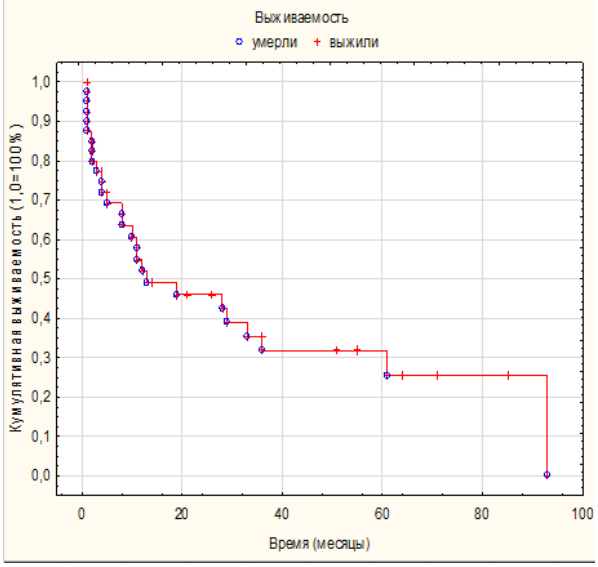


Рис. 1. Выживаемость больных СМ по Каплан-Майеру

Анализ выживаемости больных по Каплан-Майеру в зависимости от методов лечения не выявил статистически достоверных различий (рис. 2). Среди больных, получивших только оперативное лечение (ОЛ), 72% были живы 6 месяцев, а через 36 месяцев – 31% пациенток, 31% больных умерло через 12 месяцев. В данной группе 31% больных прожили более 70 месяцев, которым была произведена операция в стандартном объеме. Основное количество больных – 62%, кому были произведены нерадикальные оперативные вмешательства, умерли в сроки до 8 месяцев.

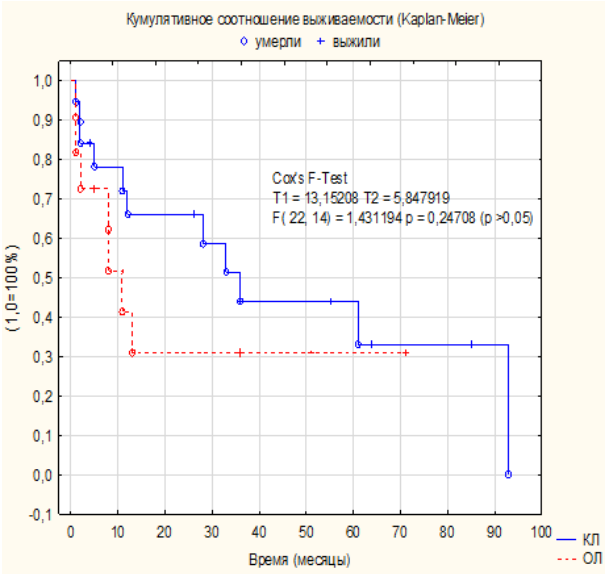


Рис. 2. Выживаемость больных СМ в зависимости от методов лечения

В группе больных, получивших комбинированное лечение (КЛ), через 12 месяцев умерло 65%, а в сроки 36 месяцев умерло 45% больных. 67% пациенток живы 28 месяцев, 85 месяцев живы 32% больных. Хотя выживаемость больных в данной группе выше – 32% живы 85 месяцев, чем в группе больных, получивших только оперативное лечение – 31% живы 70 месяцев, однако разница статистически незначима.

Заключение. Проведенный анализ показал, что выживаемость больных саркомами матки в Республике Таджикистан гораздо ниже по сравнению с данными литературы, а также данными других стран. Выживаемость больных после радикальной операции выше, чем у больных после нерадикального вмешательства. Хотя выживаемость больных, получивших комбинированное лечение, гораздо выше (32% больных живы 85 месяцев), чем у больных, получивших только оперативное лечение (32% больных живы 70 месяцев), однако разница оказалась статистически незначимой ($p \geq 0,05$). Причинами низкой выживаемости больных саркомами матки являются поздняя диагностика заболевания, высокий процент диагностических и тактических ошибок в учреждениях неонкологического профиля, указывающие на пробелы в знаниях медицинских работников общего профиля, вследствие чего выполняются нерадикальные операции, а также нарушения режима комбинированного лечения и его незавершенность.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Грицай Н., Швачко С.А., Лазарева Н.И. и др. Саркомы шейки матки (обзор литературы) // Опухоли женской репродуктивной системы 2013.- № 1-2.- С. 67-71

2. Ульрих У.А. Особенности лечения сарком матки // Практическая онкология.- 2013.- Т. 14, №2.- С. 127-134.

3. Мнацаканян Л.К. , Кузнецов В.В., Чекалова М.А., Захарова Т.И. Ультразвуковая диагностика сарком матки // Опухоли женской репродуктивной системы.- 2008.- №3.- С. 62-67

4. Феденко А.А., Конев А.А., Горбунова В.А. Лечение лейомиосарком матки // Онкогинекология.- 2012.- № 4.- С. 47-52

5. Prueksaritanond N., Chantape W. Comparative Survival Outcomes of Uterine Papillary Serous Carcinoma, Clear Cell Carcinoma, Grade 3 Endometrioid Adenocarcinoma, and Carcinosarcoma of Endometrial Cancer in Rajavithi Hospital // J. Med. Assoc. Thai.- 2016.- Vol. 99, Suppl. 2.- S. 75-83.

6. Zhiqiang L, Bin S, Min F, Yufang L. Leiomyosarcoma of cervical stump following subtotal hysterectomy: a case report and review of literature // Eur. J. Gynaecol. Oncol.- 2016.- Vol. 37 (1).- P. 148-151.

7. Ray-Coquard I., Rizzo E., Blay J.Y. et al. Impact of chemotherapy in uterine sarcoma (UtS): review of 13 clinical trials from the EORTC Soft Tissue and Bone Sarcoma Group (STBSG) involving advanced/metastatic UtS compared to other soft tissue

sarcoma (STS) patients treated with first line chemotherapy // Gynecol.Oncol. – 2016. – Vol. 142 (1). – P. 95-101

8. Gockley A.A., Rauh-Hain J.A., del Carmen M.G. Uterine leiomyosarcoma: a review article// Int. J. Gynecol. Cancer. – 2014. – Vol. 24 (9). – P. 1538-1542

9. Berton-Rigaud D., Devouassoux-Shisheboran M., Lederman J.A. et al. Gynecologic Cancer Inter Group (GCIG) consensus review for uterine and ovarian carcinosarcoma // Int. J.Gynecol.Cancer. – 2014. – Vol. 24 (9), Supp. l3. – S. 55-60.

[1]ҲОҶИЕВА М.М., [1]УМАРЗОДА С.Ғ., [1]ҲУСЕЙНЗОДА З.Ҳ., [2]САНГИНОВ Д.Р.

УМРБИНИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ САРКОМАҲОИ БАЧАДОН ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

[1]МД «Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиноси»-и ВТ ва ҲИА ҶТ
[2]ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: саркомаҳои бачадон, умрбинӣ.

Дар асоси таҳлили натичаҳои табобат ва назорати 54 нафар беморон бо саркомаҳои бачадон, ки дар кайди диспансериии Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ аз соли 2000 то 2016сол мебошанд, баҳодиҳии умрбинии умумии онҳо, инчунин умрбинӣ вобаста ба марҳалаи беморӣ ва усулҳои табобат гузаронида шудааст. Дар асоси натиҷаҳои бадастомада тавсияҳо оид ба мукаммалсозии ташхис ва табобати беморон бо саркомаҳои бачадон пешниҳод шудаааст.

УДК 618.14-006.3.04

[1]ХОЛОВА Т.Н., [1]ПУЛАТОВА А.П., [1]КАМИЛОВА М.Я.,
[1]ДАВЛЯТЗОДА Г.К., [2]ШАРИПОВА Н.Н.

СТРУКТУРА РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В СТАЦИОНАРЕ III УРОВНЯ

[1]ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинаталогии» МЗиСЗН РТ
[2]ГУ «Центр репродуктивного здоровья» МЗиСЗН РТ

Одним из новых и эффективных механизмов управления качеством услуг является методика клинического аудита. Для выбора нозологии и критериев отбора перинатального аудита целесообразно провести анализ структуры причин перинатальной смертности. Проведенный анализ структуры причин перинатальной смертности в учреждениях III-го уровня показал, что наиболее частой причиной ранней неонатальной смертности является асфиксия новорожденных, что обосновывает выбор для клинического аудита случаи асфиксии новорожденных.

Ключевые слова: перинатальный аудит, структура перинатальной смертности, асфиксия новорожденных, ранняя неонатальная смертность, качество помощи.

[1]KHOLOVA T.N., [1]PULATOVA A.P., [1]KAMILOVA M.YA.,
[1]DAVLYATZODA G.K., [2]SHARIPOVA N.N.

STRUCTURE OF EARLY NEONATAL MORTALITY IN THE HOSPITAL OF III-RD LEVEL

[1]State Establishment «Scientific-Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology» of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan
[2]State Establishment «National Center of Reproductive Health» of the Ministry of Health and Social Protection of the Population

One of the new and effective mechanisms for managing the quality of services is the clinical audit methodology. For the selection of nosology and selection criteria of perinatal audit, it is reasonable to analyze the structure of perinatal mortality causes. The analysis of the structure of perinatal mortality causes in the hospitals of III-rd level showed that the most frequent cause of early neonatal mortality is asphyxia of newborns, which justifies the choice for clinical audit the cases of newborn asphyxia.

Key words: perinatal audit, structure of perinatal mortality, newborn asphyxia, early neonatal mortality, quality of aid.

Актуальность. Проблема улучшения качества помощи матерям и детям в Таджикистане весьма актуальна. По оценке экспертов ВОЗ, 4 и 5 цели Декларации Тысячелетия ООН, касающиеся снижения показателей материнской смертности и смертности детей до 5 лет, в целом реализованы в странах Содружества к 2015 году [1]. Однако, проблема управления качеством медицинской помощи в акушерстве и неонатологии на сегодняшний день не теряет своей актуальности.

На современном этапе для улучшения качества услуг разработаны и применяются новые управленческие механизмы, совершенствующие качество оказываемой неонатологической и акушерской помощи [2].

Одним из новых и эффективных механизмов управления качеством услуг является методика

Холова Т.Н. – врач-неонатолог ГУ «НИИ АГ и П» МЗ и СЗН РТ; e-mail: takhmina75@rambler.ru

клинического аудита. Клинический аудит – это систематический анализ оказываемой помощи на соответствие четким критериям и анализ внедрения изменений, целью которого является улучшение качества оказания помощи [3].

Аудит представляет собой процесс ретроспективной оценки качества оказанной помощи, и в настоящее время наибольшее распространение получил локальный аудит в медицинском учреждении по какой-либо определенной проблеме [4, 5]. В развитых странах с низкими уровнями материнской и неонатальной смертности оказалось целесообразным рассмотрение критических случаев, что помогает выявлять недостатки службы неонатальной помощи. Неонатальный термин «околопотерь» соответствует критическому состоянию ребенка в неонатальном периоде, когда новорожденный едва не погиб, но выжил, преодолев серьезные осложнения во время беременности, в родах, в первые 7 дней жизни [6, 7]. Оценивая неонатальную смертность в странах с низким её показателем, может создаваться впечатление благополучия акушерской и неонатальной службы. Тем не менее, частота «околопотерь» превышает показатель младенческой смертности (МС) в 4 раза [7]. Внедрение аудита предполагает наличие стандартов оказания помощи по определенной проблеме и обученную команду в учреждении, владеющую методологией клинического аудита [7, 8].

Для выбора нозологии, критические случаи которой целесообразно анализировать, необходимо проведение анализа структуры перинатальной смертности [9]. Аудит перинатальных критических случаев, занимающих ведущие позиции в структуре причин перинатальной смертности, является резервом снижения показателя ранней неонатальной смертности (РНС).

Цель исследования. Проведение анализа структуры причин ранней неонатальной смертности (РНС) в учреждениях III-го уровня.

Материал и методы исследования. Согласно цели исследования, проведен ретроспективный анализ случаев ранней неонатальной смертности (РНС) в родильном и реанимационном отделениях Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинаталогии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ (НИИ АГиП) по отчетной документации за 2016 г. Изучали структуру причин и посуточную летальность ранней неонатальной смертности (РНС).

Результаты и их обсуждение. За анализируемый период в НИИ АГиП, являющимся стационаром 3-го уровня, живыми родились 8384 новорожденных, из которых в раннем неонатальном периоде умерли 318 (3,8%) новорожденных. Преждевременные роды зарегистрированы в 1392 случаях, что составляет 16,8%.

Возрастное распределение матерей умерших новорожденных представляло следующую картину: большинство включенных в исследование женщин были в активном репродуктивном возрасте (70,7%). Юных первородящих было 20,5%, женщин позднего репродуктивного возраста – 8,8%. Анализ распределения женщин по паритету показал, что первородящих (36,5%) и повторнородящих (47,3%) было значительно больше, чем многорожавших женщин (16,2%).

Анализ соматического и акушерского анамнеза женщин, у которых зарегистрирована ранняя неонатальная смертность новорожденных, выявил высокие показатели железодефицитной анемии (87%), йододефицитных заболеваний (53,7%), острых и хронических заболеваний почек (81,2%), заболеваний желудочно-кишечного тракта (51,5%).

Нарушения кровотока в системе мать-плацента-плод и угроза прерывания беременности диагностированы у каждой второй беременной, у которых новорожденные умерли в раннем неонатальном периоде.

Из 446 новорожденных антенатальная гибель плода зарегистрирована в 163 (36,5%), интранатальная гибель – в 36 (8,1%), ранняя неонатальная смертность – в 247 (55,4%) случаях. Перинатальная смертность с учетом весовой категории представлена в таблице.

Как видно из представленных в таблице данных, во всех весовых категориях в раннем неонатальном периоде новорожденные погибали чаще, чем в антенатальном и интранатальном периодах.

Структура причин ранней неонатальной смертности представлена на рисунке 1.

Структура перинатальной смертности в различных весовых категориях новорожденных

Смертность	Масса, г			
	500-999	**1000-1499**	**1500-2499**	**2500 и более**
Анте-	44 (31,7%)	35 (29,9%)	42 (40%)	42 (49,4%)
Интра-	14 (10,1%)	7 (6%)	5 (4,8%)	10 (11,8%)
РНС	81 (58,3%)	75 (64,1%)	58 (55,2%)	33 (38,8%)
Всего	139	117	105	85

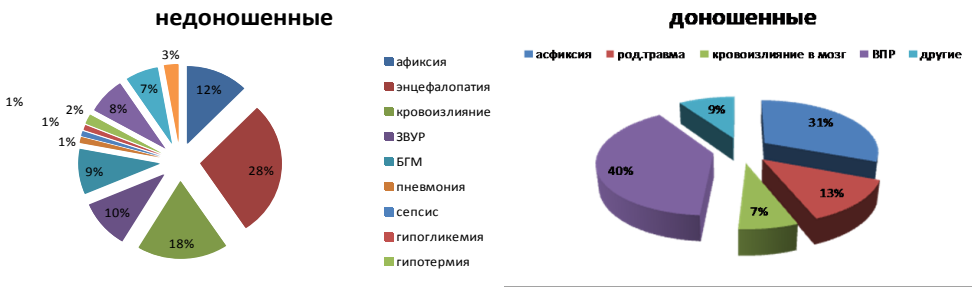


Рис. 1. Структура ранней неонатальной смертности

Как видно из рисунка 1, в структуре ранней неонатальной смертности среди новорожденных асфиксия является одной из ведущих причин. Более детальный анализ показал, что причиной асфиксии у недоношенных новорожденных наиболее часто являлась болезнь гиалиновых мембран (41,5%). В 31,2% случаев среди недоношенных новорожденных отмечены другие причины асфиксии (31,2%). Относительно большой процент составили случаи ранней неонатальной смертности от врожденных пороков развития новорожденных (9,4%) и внутриутробные инфекции – 24 (8,0%) случая.

Анализ посуточной смертности новорожденных, умерших в неонатальном периоде, представлен на рисунке 2. При анализе неонатальной смертности установлено, что в исследуемых группах в срок до 7 суток умерло большинство новорожденных – 156 (82,1%), после 7 дней – 34 (17,8%). Среди умерших новорожденных в неонатальном периоде на 1-е сутки умерло наибольшее количество (45,6%) детей. На 3 и 6 сутки умерло 5,5% и 6,3% новорожденных соответственно. После 7 суток отмечено увеличение процента числа умерших новорожденных до 14,2%..

Рис. 2. Посуточная смертность новорожденных

В структуре ранней неонатальной заболеваемости асфиксия составляет 1%. Высокие цифры РНС от асфиксии и соотношение смертности к заболеваемости от асфиксии свидетельствуют, что в учреждении необходимо проводить анализ практики реанимации новорожденных.

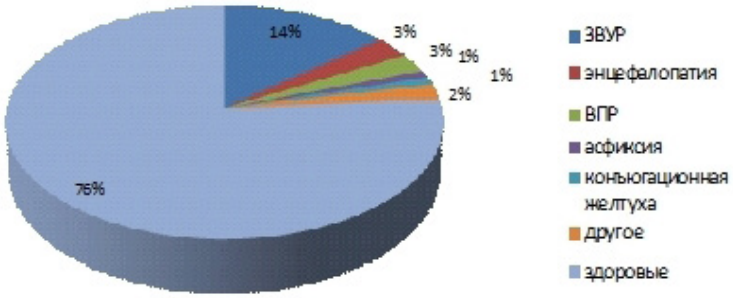


Рис. 3. Структура ранней неонатальной заболеваемости

Анализ причин заболеваемости и смертности в раннем неонатальном периоде показал, что случаев заболеваемости от асфиксии значительно меньше, чем случаев РНС. Перинатальный аудит, внедряемый в последние годы в различных странах, основывается на принципах и методологии, предложенных ВОЗ в руководстве «Что кроется за цифрами?». Однако, выбор проблемы и критериев отбора случаев для анализа в различных странах отличаются и зависят от актуальности проблемы. Наше исследование показало, что в нашем учреждении актуально использовать перинатальный аудит для случаев асфиксии новорожденных, умерших в раннем неонатальном периоде.

Заключение. Таким образом, внедрение аудита критических случаев в перинатологии целесообразно начинать с выбора критериев критических случаев асфиксии новорожденных с учетом весовой категории. Учитывая преобладание смертности от асфиксии над постасфиксической заболеваемостью, необходим анализ практики реанимации новорожденных.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Цели развития Тысячелетия. Доклад ВОЗ за 2015 г. Нью-йорк: ООН, 2015.
2. Башмакова Н.В., Филиппов О.С., Мальгина Г.Б., Давыденко Н.Б., Литвинова А.М. Перинатальный аудит. Современная методология. Методические рекомендации. – М., 2014. – 25 с.
3. Индейкин Е. Н. Клинический аудит: опыт Великобритании // Качество медицинской помощи. – 2002. – № 3. – С. 45-53.
4. Зубков В. В., Рюмина И. И., Евтеева Н.В., Юденков Д.И. Результаты проведения клинического аудита инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 7. – С. 74-79.
5. Байбарина Е.Н., Сорокина З.Х. Экспертный анализ качества помощи новорожденным как методика перинатального аудита // Проблемы управления здравоохранением. – 2011. – № 1. – С. 34-40.
6. Lawn J.E. et al. Statistika annex - the World Healt Report. Geneva: WHO, 2005
7. Pileggi Castro, Souza Cesalti J. G., Faundes A. Neonatal near miss in the 2005. WHO, Global Suriey Brasil // J. Pediatr (Rio-J). – 2010. – Vol. 86, No. 1. – P. 21-26.
8. Pileggi C., Camelo J.C., Perdona G.S., Mussi-Rinhata M.M., Cecatti J. G., Mori R. et al. Dielopment of criteria for identifuing neonatal near miss Cases. Analysis of two WHO multicountricross - Sectional studies // BROG. – 2014. – Vol. 121. – P. 110-118.
9. Саидмурадова Р.Х., Махкамов К.К., Бузрукова Н.Д., Ходжибекова Н.А. Сепсис новорожденных (внедрение национального протокола) // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2015. – № 3. – С. 75-81.

[1]ХОЛОВА Т.Н., [1]ПУЛАТОВА А.П., [1]КАМИЛОВА М.Я.,
[1]ДАВЛЯТЗОДА Г.К., [2]ШАРИПОВА Н.Н.

СОХТОРИ ФАВТИ БАРМАҲАЛИ НЕОНАТАЛӢ ДАР БЕМОРХОНАҲОИ ХИЗМАТРАСОНИАШОН САТҲИ III

[1]МД Пажӯҳишгоҳи акушерӣ-гинекологӣ ва перинаталогии ВТ ва ҲИА ҶТ
[2]МД Маркази солимии репродуктивии ВТ ва ҲИА ҶТ

Калимаҳои калидӣ: аудити перинаталӣ, сохтори фавти перинаталӣ, асфиксияи навзодон, фавти бармаҳали неонаталӣ, сифати ёрии тиббӣ.

Яке аз механизмҳои муфиди идоракунии сифати хизматрасонӣ усули аудити клиникӣ ба ҳисоб меравад. Барои интихоби номгӯ ва маҳакҳои аудити перинаталӣ таҳлили сохтори сабабҳои фавти перинаталиро овардан мувофи мақсад мебошад. Таҳлили гузаронидаи сохтори сабабҳои фавти перинаталӣ дар муассисаҳои сатҳи хизматрасонии дараҷаи III нишон дод, ки сабабҳои асосии фавти бармаҳали неонаталӣ ин асфиксия буда, интихоби ҳолати клинкии аудити асфиксияи навзодонро асоснок менамояд.

УДК 616.61

ШОКИРОВ Ю.А.,ЧУКЛИНА Е.О.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В КУРГАН-ТЮБИНСКОМ РЕГИОНЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Представлены результаты анализа этиологической основы госпитализированных больных с различными стадиями хронической болезни почек (ХБП) за 2011-2015 гг. Показано прогрессирующее увеличение частоты 3, 4, 5 стадий ХБП за последние 5 лет среди госпитализированных терапевтических больных в областной больнице г. Курган-Тюбе Хатлонской области (2011 г. – 4,1%, 2014 г. – 8,9%, 2015 г. – 15,0%). В связи с увеличением возраста нарастает частота хронической почечной недостаточности (ХПН), настораживает высокая частота в возрасте от 20 до 40 лет (26,6%). Наиболее часто болеют мужчины (69,9%), реже – женщины (30,1%). Наиболее частой основой развития ХБП 3, 4, 5 стадий является хронический гломерулонефрит (43,0%), на втором месте – хронический пиелонефрит и диабетическая нефропатия (11,8%), на третьем месте – кистозная болезнь почек (7,6%), врожденная аномалия почек (6,8%) и гипертоническая болезнь (6,2%). Реже встречаются другие виды нефропатии, (от 2,0% до 4,2%). Факторами риска прогрессирования ХПН является поздняя обращаемость, нерегулярное лечение и диспансеризация. Полученные результаты исследования необходимо учитывать в разработке стратегии лечебно-диагностического процесса, диспансеризации и профилактики.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, хронический гломерулонефрит, пиелонефрит, диабетическая нефропатия, кистозная болезнь почек, врождённые аномалии развития почек.

SHOKIROV YU.A., CHUKLINA E.O.

ETIOLOGICAL BASES OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN THE KURGAN-TYUBE REGION OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Department of Internal Diseases №1 of the Avicenna Tajik State Medical University

Results of the analysis of etiological basis of hospitalized patients with various stages of chronic kidney disease (CKD) for 2011-2015 are presented. Showed the progressive increase in frequency 3, 4, 5 stages of CKD for the last 5 years among hospitalized therapeutic patients in the regional hospital of Kurgan-Tyube of Khatlon area (2011 – 4,1%, 2014 – 8,9%, 2015 – 15,0%). In connection with the increase in age, the incidence of chronic kidney failure (CKF) increases, high frequency at the age of 20 to 40 (26,6%) is on guard. Most often suffer men (69,9%), less often – women (30,1%). The most common basis for the development of CKD 3, 4, 5 stages is chronic glomerulonephritis (43,0%), followed by chronic pyelonephritis and diabetic nephropathy (11,8%), on the third place – cystic kidney disease (7,6%), congenital anomaly of the kidneys (6,8%) and hypertonic disease (6.2%). Other types of nephropathy occurs rare (from 2.0% to 4.2%. Risk factors for the progression of CKF are late-seeking, irregular treatment, and clinical examination. The obtained results of research necessary to take into account in the development of strategy of treatment-diagnostic process, clinical examination and prophylactic.

Key words: chronic kidney disease, chronic glomerulonephritis, pyelonephritis, diabetic nephropathy, cystic kidney disease, congenital anomalies of kidney development.

Актуальность. В доступной литературе большинство авторов указывают на увеличение частоты хронических болезней почек (ХБП), не редко заканчивающихся терминальной недостаточностью, требующих дорогостоящих методов лечения, программного гемодиализа с последующей трансплантацией почки [1-3]. Что касается Республики Таджикистан, проблема ХБП является первостепенной [4, 5]. В последнее десятилетие чаще регистрируются скрытые формы течения с поздней диагностикой с малой и неадекватной терапией, зачастую приводящей к ранней инвалидности и смертности в активном трудоспособном возрасте. Этиологические факторы развития хронической болезни почек отличаются многообразием и полиморфизмом, возникающим в результате различных нефропатий, инфекционных, аутоимунных, обменных, метаболических, токсических и многих других факторов.

По данным медицинского регистра Российской Федерации, распространённость ХБП в 1980 г. составляла 109,2 на 1 млн. населения, в последние десятилетия достигла до 600-700 человек на 1 млн. населения, т.е. увеличилась в 3-4 раза, при этом ежегодно регистрируется 100-150 новых случаев ХБП [1, 6]. В работе Бренера Б. и соавт. (2005) указывается, что в развитых регионах Западной Европы, в США распространённость ХБП в 1981 г. составляла 164,4 на 1 млн. населения, а в последние десятилетия достигла до 600-700 на 1 млн. населения. При этом большинство авторов указывают [1, 3, 7], что наиболее частыми причинами развития ХБП являются: хронический гломерулонефрит, пиелонефрит, артериальная гипертония, сахарный диабет, мочекаменная болезнь, волчаночный нефрит, подагра, системные и аутоимунные нефропатии. Однако, последовательность частоты, по данным различных авторов, весьма противоречивая и спорная. Одни авторы в развитии терминальной хронической почечной недостаточности отдают предпочтение хроническому гломерулонефриту, другие – хроническому пиелонефриту, а в последние годы – артериальной гипертонии и диабетической нефропатии. При этом одни указывают, что преимущественно болеют лица мужского пола молодого и среднего возраста, другие – женского. В целом, в этом вопросе нет определённой ясности. Несмотря на существующие противоречия и важность данной проблемы, названные вопросы в регионах Республики Таджикистан остаются до конца неизученными [5, 8].

Цель исследования. Изучить частоту этиологических основ и возрастные особенности ХБП в Курган-Тюбинском регионе Хатлонской области Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Для решения цели исследования нами произведен ретроспективный анализ историй болезни госпитализированных больных с 2011 по 2015 гг. для программного гемодиализа в терапевтическом, урологическом и реанимационном отделениях Курган-Тюбинской областной больницы. Изучены также амбулаторные карты, статистические талоны в центральной поликлинике г. Курган-Тюбе и отобраны истории болезни пациентов с хронической почечной недостаточностью, данные результатов обследования, клинико-функциональные, лабораторные, данные рентген-, сонографических, ЭКГ-исследований. На основании маркеров почечного повреждения суточной протеинурии, величины скорости клубочковой фильтрации больные распределялись по стадиям ХБП, согласно классификации, предложенной Научным обществом нефрологов России (2011 г.). Пациенты, согласно степени выраженности почечной недостаточности, были распределены на три группы: умеренная (3 стадия А, Б, по величине скорости клубочковой фильтрации < 60-45 мл/мин, 45-30 мл/мин. соответственно), тяжёлая 4-ая стадия (СКФ<30-15 мл/мин.), терминальная хроническая почечная недостаточность (ТХПН, СКФ<15 мл/мин.).

Полученные результаты обрабатывались методом вариационной статистики на компьютере «Pentiumiv» с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования установлено, что с 2011 по 2015 гг. в терапевтическое отделение областной больницы было госпитализировано 4718 больных.

Удельный вес пациентов с ХБП среди госпитализированных больных в терапевтическом отделении жителей Курган-Тюбинского региона Хатлонской области Республики Таджикистан

Годы	Госпитализированные пациенты в отделение терапии	Общее количество пациентов с ХБП 3, 4, 5 стадий	Удельный вес среди госпитализированных больных %
2011	871	36	4,1 %
2012	906	36	3,9 %
2013	956	40	4,1 %
2014	939	84	8,9 %
2015	1046	157	15,0 %
Всего	4718	353	7,4 %

Шокиров Ю.А. – д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней №1 ТГМУ имени Абуали ибн Сино; тел.: +(992) 987189908; e-mail: elizaveta-86@bk.ru

Из них с признаками ХБП 3, 4, 5 стадий госпитализировано 353 больных. Удельный вес больных с признаками хронической почечной недостаточности за изученные годы составил 7,4%. При этом отмечается динамичное увеличение количества госпитализированных больных с ХБП (в 2011 году 4,1%, в 2013 – 8,9%, в 2015 году – 15,0%). Увеличение частоты ХБП среди госпитализированных, несомненно, связано с улучшением диагностического процесса и технического оснащения больниц, обращаемостью и диспансеризацией. Сравнительное изучение частоты удельного веса ХБП в нашем регионе вполне перекликается со сведениями литературы, относящимися к средней полосе и северу Российской Федерации [1, 2]. Анализ заболеваемости по возрастным и половым признакам на нашем материале исследования показал преобладание ХБП среди мужчин: 247 (69,9%) против 106 (30,1%) женщин. Данное положение отличается от сведений литературы, относящихся к другим климато-геграфическим регионам, где авторы указывают на преобладание ХБП среди женщин. Преобладание ХБП среди мужского населения в нашем регионе, на наш взгляд, связано с частыми выездами на работу мужчин в другие регионы с более холодными климато-географичекими условиями.

Анализ заболеваемости ХБП в возрастном аспекте показал, что у лиц до 40 лет она наблюдалась в 94 (26,6%) случаях, 41-50 лет – в 56 (15,9%), 51 и старше – в 203 (57,5%). Полученные результаты показывают определённую закономерность развития ХБП: по мере увеличения возраста нарастает частота почечной недостаточности. Однако, настораживает частота ХБП в молодом возрасте: в 15,8% встречается у лиц до 30 лет и в 10,7% случаев – от 31 до 40 лет. Эти данные позволяют заключить, что ХБП у 26,5% развивается, главным образом, в самом разгаре активного периода жизни. Увеличение частоты выявления признаков хронической почечной недостаточности в более старших возрастных группах связано с увеличением факторов риска развития этого состояния. Если в молодом возрасте развитие ХБП связано в основном с первичным повреждением почек, чаще диффузным гломерулонефритом, пиелонефритом, аномалией развития почек, то в старших возрастных группах к вышеуказанным патологиям присоединяется артериальная гипертония различного генеза, сахарный диабет с диабетической нефропатией, кистозная болезнь почек, подагра, мочекаменная болезнь, атеросклероз и другая патологии сосудистого русла почек. Несомненно, установленные возрастные особенности развития хронической почечной недостаточности необходимо учитывать при разработке стратегии лечебно-диагностического процесса, диспансеризации, профилактики.

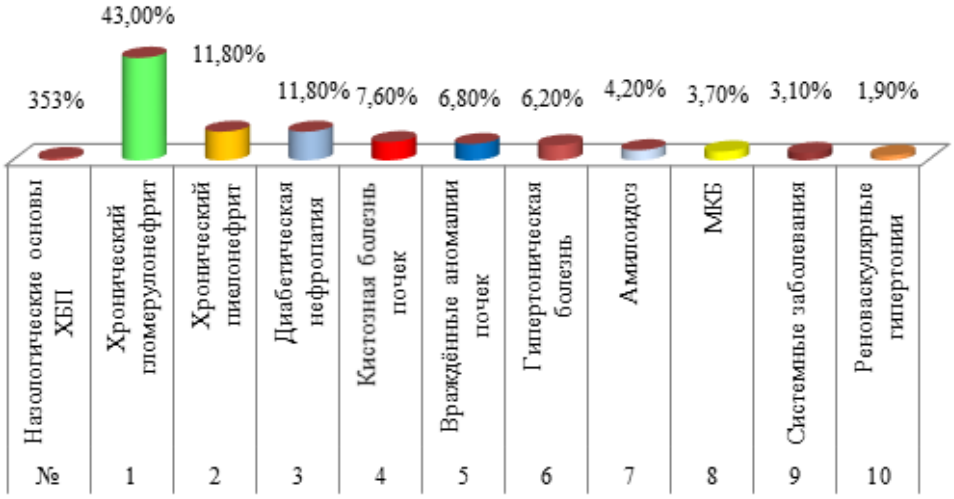


Рис. 1. Результаты изучения анализа этиологической основы развития ХБП 3, 4, 5 стадий

Представленные данные позволили установить, что в Курган-Тюбинском регионе Хатлонской области наиболее частыми являются: хронический гломерулонефрит (ХГН) – 43,0%, хронический пиелонефрит (ХП) – 11,8%, диабетическая нефропатия (ДН) – 11,8%, кистозная болезнь почек – 7,6%, гипертоническая болезнь (ГБ) – 6,2%. Реже нефрологической практике встречаются амилоидоз (4,2%), мочекаменная болезнь (3,7%), системные заболевания почек (3,1%) и реноваскулярные гипертонии.

Представленные данные показывают, что на первый план в развитии ХБП выступает ХГН, на втором месте с одинаковой частотой – хронический пиелонефрит и диабетическая нефропатия, на третьем месте примерно с одинаковой частотой (7,6%-6,2%) выступают кистозная болезнь почек,

врождённые аномалии развития почек и гипертоническая болезнь. Результаты изучения этиологической основы развития ХПН в Курган-Тюбинском регионе определённо совпадают с данными, относящими к Европейской части населения, однако, имеется ряд своих особенностей.

По результатам исследований, проведённых в Великобритании, Израиле, России, Белоруссии, наиболее частой причиной развития ХБП являются ХГН, ХП и кистозная болезнь почек [2].

Увеличение частоты ДН, кистозной болезни почек, врождённых аномалий развития почек, гипертонической болезни в Курган-Тюбинском регионе, по всей вероятности, связано с наследственной предрасположенностью из-за нередких родственных браков в исследуемом регионе. Следует обратить внимание на одни из самых частых причин развития ХПН – плохую обращаемость, нерегулярное лечение, позднюю госпитализацию для достоверной диагностики и диспансеризации.

Анализ частоты госпитализаций, согласно стадиям ХБП, показал, что больные, главным образом, обращаются в далеко зашедших стадиях заболевания.

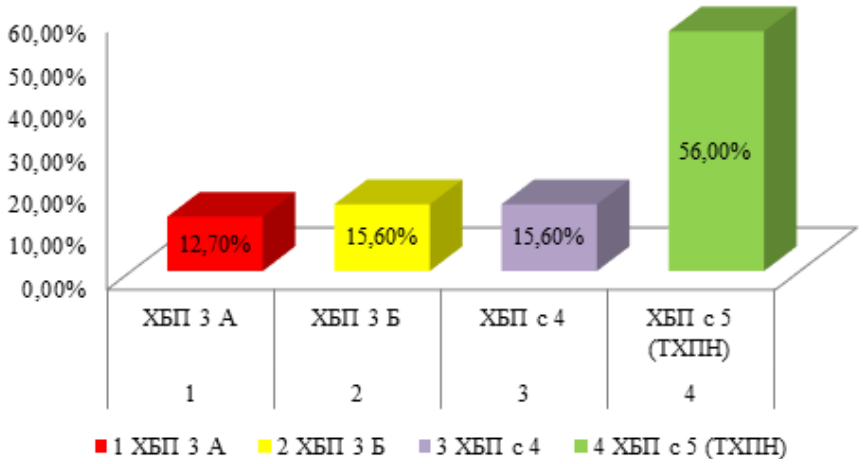


Рис. 2. Частота 3 А, Б 4, 5 стадий ХБП среди распределённых больных

Заключение. В Курган-Тюбинском регионе Хатлонской области за последние 5 лет среди госпитализированных больных наблюдается увеличение частоты удельного веса 3, 4, 5 стадий ХБП (4,1% в 2011 году, 15,0% – в 2015 году). Отмечается прямая корреляционная закономерность возрастного развития 3, 4, 5 стадий ХБП. При этом настораживает факт развития ХБП у 26,6% лиц младше 40-летнего возраста, преимущественно у мужчин. Наиболее частой этиологической основой 3, 4, 5 стадий ХБП является хронический гломерулонефрит (43,0%), на втором месте – хронический пиелонефрит (11,8%) и диабетическая нефропатия (11,8%), на третьем месте – кистозная болезнь почек (7,6%), врождённые аномалии развития почек (6,8%), гипертоническая болезнь (6,2%). Реже встречаются другие нефропатии (от 2,0% до 4,2%).

Представленные данные необходимо учитывать при разработке оптимизации стратегии лечебно-диагностической деятельности органов практического здравоохранения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Мухин Н.А., Тареева И.Е., Шилов Е.М. и др. Диагностика и лечение болезней почек. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 384 с.

2. Винокурова О.Л. Распространённость хронической почечной недостаточности в Республике Саха. – М., 2000. – 12 с.

3. Green T., Cameron W. et al. Relationship between nutritional status and the glomerular filtration filtration rate: results from the MDRD study // Kidney Int. – 2000. – Vol. 57, No. 4. – P. 1688-1703.

4. Одинаев А.А., Набиев З.Н., Саидов Дж.С. Причины и лечения острого повреждения почек у детей // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2017. – № 2. – С. 43-46.

5. Одинаев А.А., Саидов Дж.С. Реабилитация и диспансеризация детей, перенесших гемолитико-уремический синдром и острую почечную недостаточность // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2017. – № 1. – С. 65-67.

6. Шилов Е.М. Нефрология. – М.: Медицина, 2015. – 128 с.

7. Тареева И.Е. Нефрология: руководство для врачей. – М. Медицина, 2002. – 688 с.

8. Содиков А.М., Мурадов А.М., Хамрокулов А.А., Шумилина О.В. Почечные осложнения в отдаленные сроки у женщин, перенесших острую почечную недостаточность после родов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2012. – № 2. – С. 46-48.

ШОКИРОВ Ю.А.,ЧУКЛИНА Е.О.

АСОСОҲОИ ЭТИОЛОГИИ БЕМОРИҲОИ МУЗМИНИ ГУРДА ДАР МИНТАҚАИ ҚУРҒОНТЕППАИ ВИЛОЯТИ ХАТЛОНИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Кафедраи беморихои дарунии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: бемории музмини гурда, бемории гурда, гломерулонефрити музмин, пиелонефрит, нефропатияи диабетӣ, бемории киставии гурдаҳо, бемории модарзодии гурда.

Дар мақола натиҷаи таҳлили асосҳои этиологии беморони бистаришуда бо марҳилаҳои гуногуни беморихои музмини гурда (БМГ) дар давраҳои солҳои 2011-2015 оварда шудааст. Басомади шиддатёбандаи зиёдшавии марҳилаҳои 3,4,5 БМГ дар 5 соли охир миёни беморони бистаришудаи Беморхонаи вилоятии Хатлони ш. Қурғонтеппа (2011 с. – 4,1%, 2014 с. – 8,9%, 2015 с. – 15,0%) нишон дода шудааст. Вобаста ба сину сол басомади норасогии музмини гурда зиёд мегардад, ки ин ҳолат дар синни аз 20 то 40 солагӣ (26,6%) бисёртар ба қайд гирифта мешавад. Ба ин беморӣ одатан мардон (69,9%) нисбат ба занон (30,1%) гирифтор мешаванд. Яке аз сабабҳои асосии пайдоиши БМГ дараҷаи 3,4,5 ҷойи аввалро гломерулонефрити музмин (43,0%), ҷойи дуюмро пиелонефрити музмин ва нефропатияи диабетӣ (11,8%), ҷойи сеюмро беморихои киставии гурда (7,6%),беморихои модарзодии гурда (6,8%) ва бемории фишорбаландӣ (6,2%) ишғол менамояд. Намудҳои дигари нефропатия нисбатан кам (аз 2,0% то 4,2%) ба қайд гирифта мешаванд. Омилҳое, ки ба хуруҷи НМГ оварда мерасонанд ин сари вақт мурочиат накардани беморон, табобати номунтазам ва бақайдгирии диспансерӣ мебошад. Натиҷаҳои ба дастомада бояд дар коркарди стратегияи ҷараёни ташхису табобат, бақайдгирии диспансерӣ ва пешгирии беморӣ ба инобат гирифта шавад.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616.72-007.248

[1]ШУКУРОВА С.М., [2]ШОДИЕВ Б.Р., [3]КУРБОНОВА Ф.У., [1]АЛИЕВ Х.М.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

[1]Кафедра терапии и кардио-ревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]ТГМУ им. Абуали ибн Сино
[3]ГУ «Медицинский комплекс Истиклол»

Представлен анализ современных данных коморбидных состояний при ревматоидном артрите (РА). Раскрыты факторы риска (ФР) и патогенетические взаимосвязи РА и кардиоваскулярных нарушений. Наиболее частыми ФР являются артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия и курение. Имеется высокий риск развития кардиоваскулярных катастроф у больных РА. В ряд кардиоваскулярных заболеваний, которые приводят к преждевременной летальности при РА (40-50% случаев), входят инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, внезапная смерть, острое нарушение мозгового кровообращения, опережающие на 10 лет, чем в популяции. Результаты многочисленных исследований посвящены вопросам базисной терапии больных РА. Метотрексат (МТ) эффективно контролирует клиническую активность РА, а также снижает риск кардиоваскулярной патологии. У больных РА описаны структурно-функциональные изменения миокарда, характеризующиеся систолической и диастолической дисфункцией сердечной мышцы.

Длительный прием НПВП отрицательно воздействуют на слизистую ЖКТ, вызывая эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки верхних отделов у больных РА.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, коморбидность, инфаркт миокарда, метотрексат, факторы риска, НПВП-гастропатии.

[1]SHUKUROVA S.M., [2]SHODIEV B.R., [3]KURBONOVA F.U., [1]ALIEV KH.M.

MODERN VIEW ON COMORBIDITY IN RHEUMATOID ARTHRITIS

[1]Department of Therapy and Cardio-Rheumatology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»
[2]Avicenna Tajik State Medical University
[3]State Establishment “Medical Complex Istiklol»

The article presents an analysis of contemporary literature data on comorbid conditions in rheumatoid arthritis (RA). Revealed the risk factors (RF) and pathogenetic relationships of RA and cardiovascular disorders. The most frequent RF in RA are arterial hypertension (AH), dyslipidemia and smoking. Analysis of the literature indicates a high risk of cardiovascular accidents in patients with a RA. A number of cardiovascular diseases that lead to premature lethality in RA (40-50% of cases) include myocardial infarction, heart failure, sudden death, acute disturbance of cerebral circulation, ahead 10 years than in the population. The results of numerous studies are devoted to the basic therapy of RA patients. Today proved that methotrexate (MT) effectively controls the clinical activity of RA, as well as reduces the risk of cardiovascular pathology. In RA patients structural and functional changes in the myocardium, characterized by systolic and diastolic dysfunction of the cardiac muscle are described.

Proved that long-term reception of drugs of the NSAID group, adversely affect on the gastrointestinal mucosa, causing erosive and ulcerative lesions of upper mucosa of RA patients.

Key words: rheumatoid arthritis, comorbidity, myocardial infarction, methotrexate, risk factors, NSAIDs-gastropathies.

Сегодня ревматические болезни (РБ) рассматриваются в научном медицинском сообществе, как одна из наиболее значимых не только с медицинских, но и социально–экономических позиций. Это обусловлено, прежде всего, широчайшей их распространенностью и многообразием. Предварительные сведения многоцентровой программы по изучению социально–экономических последствий РЗ, реализуемой в настоящее время в 12 регионах Российской Федераций, свидетельствует о том, что ревматические жалобы на протяжении жизни имеют более 40% жителей России [1].

В США болезни суставов находятся в ряде наиболее распространенных хронических заболеваний общества. В 2000 г. ими страдали около 15% североамериканцев, а по прогнозу к 2020 г. поражаемость населения «артритами» составит более чем 18% [2, 3].

В Республике Таджикистан о ситуации с РЗ можно судить лишь по данным отчетных форм Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, регистрируемых Государственным Комитетом статистики РТ [4]. По данным таджикских ученых, в Таджикистане РЗ на 100.000 населения в 2000 году составили 774,78, в 2007 году этот показатель равен 1137,4. В целом прирост РЗ отмечается более чем на 15%. Хотя цифры имеют тенденцию к некоторому росту, однако, истинная картина распространенности, на наш взгляд, отличается, так как первичная заболеваемость регистрируется по обращаемости населения за медицинской помощью. Реальные цифры, несомненно, выше, так как не всё население республики обращается за медицинской помощью из-за многих причин: это высокая стоимость медицинских услуг, лекарственных средств, дальнее расстояние населенных пунктов от лечебных учреждений, плохая информированность врачей на местах и др. [5].

РЗ объединены в XIII классе (болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС) МКБ-10 и на сегодняшний день насчитывают около 150 форм. Анализ структуры и частоты БКМС свидетельствует о лидирующей позиции хронических ревматических болезни (РБ): остеоартроз, ревматоидный артрит, подагра, реактивные артриты, системные заболевания соединительной ткани и др. [6].

Ревматоидный артрит (РА) в структуре воспалительных заболеваний занимает ведущее место. Для РА характерно хроническое прогрессирующе течение с вовлечением в процесс внутренних органов, ведущим к инвалидизации трудоспособного контингента и к снижению продолжительности жизни больных [7-9].

Шукурова С.М. – член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор; тел.: e-mail:

В последние годы отмечается рост числа пациентов РА во всех возрастно-половых группах, а также тенденции к росту случаев тяжелого течения болезни [10, 11]. Так, в Российской Федерации в 2011 году зарегистрировано 279991 больных РА [12, 13].

Среди взрослого населения распространенность РА встречается с частотой от 0,5% до 2% [6].

Возможности патогенетической терапии РА в последние годы немного расширились благодаря внедрению лекарственных средств нового поколения. Однако, по данным многоцентровых наблюдений, продолжительность жизни пациентов РА не увеличилась [14].

Недостаточный эффект от проводимой терапии зачастую обусловлен наличием у большинства больных РА коморбидных заболеваний [15, 16].

Сегодня не вызывает сомнения, что развитие РА ассоциировано с повышенной смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний [17, 18].

Уровень сердечно-сосудистой летальности при РА растет и составляет 50-60% по сравнению с общей популяцией [19].

Для сравнения приведем несколько цифр: если за последние 20 лет в общей популяции зарегистрировано падение числа сердечно-сосудистых осложнений и смертности, то при РА данная тенденция отсутствует [20].

В ряд кардиоваскулярных заболеваний, которые приводят к преждевременной летальности при РА (40-50% случаев), входят инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, внезапная смерть, острое нарушение мозгового кровообращения, опережающие на 10 лет, чем в популяции [21, 22].

В многочисленных исследованиях особое место отводится роли традиционных факторов риска в развитии атеросклеротического поражения сосудов при РА [23-25]. Наиболее частыми ФР при РА являются артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия и курение [26, 27].

Кроме того, хроническому воспалению придается ключевая роль в развитии сердечно-сосудистых катастроф у больных РА. В связи с этим рано начатая противовоспалительная терапия у больных РА занимает ведущее место в профилактике осложнений от сердечно-сосудистых заболеваний. Коморбидная патология у больных РА составила 86,6%, в том числе патология сердечно-сосудистой системы – у 50,9% больных. При этом наиболее распространена артериальная гипертензия (50%), реже – ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 8,2%.

Анализ структуры факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных РА показал, что ведущее место занимает наследственный семейный анамнез по кардиоваскулярной патологии – 83,2%, гиперхолестеринемия – 31,4 %, а сочетание нескольких факторов имеет место у 48,3 % больных [28].

Немаловажное значение имеет ассоциация риска развития сердечно-сосудистой патологии у пациентов с РА как с показателями его активности (СОЭ, сывороточные концентрации С-реактивного белка, ревматоидного фактора, антитела к циклическому цитруллиновому пептиду, ФН-L, интерлейкин-6, интерлейкин-10), так и с маркерами дисфункции эндотелия [29].

Сегодня достаточно аргументировано выглядит положение о том, что основной причиной повышения вероятности наступления летального исхода в популяции больных РА являются кардиоваскулярные события, находящиеся в ассоциации с прогрессированием системного атеросклероза вследствие провоспалительной активации [30-32].

По предварительным данным исследования РЕМАРКА [33], замедление прогрессирования атеросклеротического поражением сосудов и дальнейшее снижение кардиоваскулярного риска у больных РА возможно в случае достижения ремиссии при сочетанном применении противоревматической терапии и использовании статинов.

В настоящее время многочисленные исследования доказали, что метотрексат (МТ) эффективно контролирует клиническую активность РА, а также снижает риск кардиоваскулярной патологии [34, 35].

Механизмы действия МТ направлены на подавление важных медиаторов воспаления и атерогенеза (ИЛ-6, ИЛ-1 и ФНО) [36]. Недавно появились данные о «прямом» антиатерогенном действии МТ [41]. Суть антиатерогенного действия заключается в прямом влиянии на функцию липопротеидов, их транспорт и поглощение ХС макрофагами [37, 38].

Многочисленные данные о кардиопротективном эффекте МТ при РА послужили основанием для проведения контролируемых исследований. Так, планируется провести исследование CIRT (The Cardiovascular Inflammation Reduction Trial), где будут участвовать более 7 тысяч пациентов, перенесших ИМ или страдающих сахарным диабетом 2-го типа с МС, которые будут получать МТ 20 мг/нед и плацебо. В исследование будет включен широкий спектр дополнительных методов, отражающих патологию коронарных сосудов и миокарда [39]. Не надо сбрасывать со счетов и кардиоваскулярный эффект ГК [40].

Клинические исследования в этом направлении показывают, что у больных РА низкие дозы ГК не увеличивают кардиоваскулярный риск, но длительное (> 3 лет) применение ГК приводит к увеличению риска ССЗ. В популяционном исследовании CORRONA доказано, что у больных, получающих ГК в дозе 7,5 мг/сутки, риск ССО увеличивается в 5 раз [41].

В последние годы ряд работ посвящен оценке ранних проявлений структурно-функциональных нарушений миокарда у больных РА в сопоставлении с выраженностью экспрессии гуморальных иммунных факторов, обладающих тропизмом к миокарду [42, 43]. Так, в работе А.В. Петрова и соавт. в результате 12-месячного наблюдения 129 больных РА и 32 практически здоровых лиц контрольной группы выявлены эхокардиографические особенности миокарда левого желудочка и нарушение ритма при РА. Установлена взаимосвязь между формированием эксцентрической гипертрофии ЛЖ и повышением в крови концентрации криоглобулинов и титров антител к кардиолипину [44].

Аналогичные данные, проведенные в НИИ Ревматологии им. акад. В. А. Насоновой, показали, что у больных РА уже на ранней стадии заболевания часто выявляются диастолическая дисфункция левого (ДДЛЖ) – у 48% и правого желудочков (ДДПЖ) – у 23%. При этом у пациентов с ранним РА высока распространенность традиционных факторов риска ССЗ, а также высокая концентрация маркеров воспаления, которые способствуют развитию ХСН [45].

Таким образом, структурные изменения при РА на раннем этапе заболевания, вероятно, объясняются активным аутоиммунным воспалением миокарда и сопровождаются начальными проявлениями систолической и диастолической дисфункций сердечной мышцы [46].

Для поздней стадии РА характерно усугубление структурно-функциональных изменений миокарда в виде гипертрофических процессов и нарастания диастолических дисфункций [47].

Учитывая упорность суставных проявлений у больных РА, длительный прием лекарственных препаратов отрицательно воздействуют на слизистую ЖКТ. Это в первую очередь касается наиболее старой, хорошо изученной группы НПВП. В многочисленных исследованиях, проведенных в конце 90-х годов, убедительно доказана способность этих препаратов вызывать эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ [48-51].

Наличие факторов риска (язвенный анамнез, возраст, пол, язвенное кровотечение в анамнезе и др.) позволяют прогнозировать развитие НПВП-гастропатии и ассоциируются с увеличение риска серьёзных осложнений со стороны ЖКТ [52].

Результаты исследований последних лет свидетельствуют о благоприятной тенденции и снижении частоты серьёзных осложнений со стороны ЖКТ у больных ревматическими заболеваниями.

Среди причин столь положительной тенденции можно указать более осторожное отношение к НПВП и активная профилактика [53].

Аналогичная тенденция к снижению риска развития НПВП-ассоциированной патологии верхних

отделов ЖКТ отражена и в работах американских исследователях S. Fries и соавт. (2004). Многолетнее наблюдение когорты, включающей более 5000 больных РА, показало, что по сравнению с 90-х годов частота НПВП-гастропатии снизилась с 2,1 до 1,2 эпизода на 100 пациенто-лет. Авторы считают, что широкое внедрение в клиническую практику с НПВП и мощных гастропротекторов, а также учет факторов риска являются основной причиной благоприятного явления [54]. В работе A. Lanas и соавт. (2009) оценена динамика НПВП-гастропатии на основании данных 10 крупнейших клиник Испании. Результаты показали снижение частоты серьёзных осложнений в 2 раза: с 87 до 47 на 100 тыс. жителей [55].

При таком благоприятном течении отмечается рост частоты осложненных форм ГЭРБ у больных РА. По данным наблюдений российских ученых [56], симптомы, связанные с ГЭРБ (изжога, боли за грудиной, отрыжка), стали одной из основных причин направления этой категории больных на эндоскопическое исследование.

Риск развития ГЭРБ у больных РА продемонстрирован в работе P. Pushnewsky и соавт., где опрос 7259 жителей Франции выявил, что 33% опрошенных периодически или регулярно принимали НПВП [57].

Несомненно, этот вопрос нуждается в углубленном изучении распространенности клиники и факторов риска ГЭРБ на фоне приема НПВП. Хотя предварительные данные диктуют необходимость включения в структуру факторов риска НПВП-гастропатии и патологию пищевода, прежде всего ГЭРБ.

Завершая анализ литературы, необходимо подчеркнуть, что диапазон структуры коморбидности у больных РА весьма широк и наличие коморбидной патологии - значимый фактор, который влияет на прямые медицинские затраты, включая лечение. Частота коморбидной патологии у больных РА остается высокой и зависит от ряда факторов (возраст, пол, длительность болезни, характер терапии и т.д.).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Эрдес Ш.Ф., Галушко Е.А., Бахтина Л.А. Распространенность артралгий и припухание суставов у жителей разных регионов РФ // Научно-практическая ревматология. – 2004. – №4. – С. 42-47.

2. Насонова В.А., Фоломеева О.М. Медико-социальное значение XIII класса болезней населения России // Научно-практическая ревматология. – 2001. – №1. – С. 7.

3. Guillemin F. Describing the epidemiology of rheumatic diseases: methodological aspects // Curr. Opin. Rheumatol. – 2012. – Vol. 24, No. 2. – P. 187-192

4. Здоровье населения в Республике Таджикистан. - Душанбе: МЗ и СЗН РТ. Центр медицинской статистики и информации, 2014.

5. Shukurova S.M., Karimova N.G. Rheumatic disease characteristic on the stationary level in the republic of Tajikistan // International Journal of Rheumatic Disease (GARN Eurasia Congress). – 2014. – Vol. 17, Suppl. 2. – P.15

6. Насонов Е.Л. Насонова В.А., Карабеев Д.Е., Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит. – М.: Гэотар-Медиа, 2008. – С. 290-331.

7. Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е., Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит. В кн.: Ревматология. Национальное руководство / Под. ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. – М.: Гэотар-Медиа, 2008. – С. 290-331.

8. Klareskog. L., Cartina A.L., Paget S. Rheumatoid arthritis // Lancet. – 2009. – Vol. 375. – P. 596-72.

9. Верткин А.Л. и др. Коморбидность // Вестник семейной медицины. – 2011. – № 3. – С. 40-47.

10. Фоломеева О.М., Насонова Е.Л., Андрианова И.А. Ревматоидные в ревматологической практике России: тяжесть заболевания в российской популяции больных. Одномоментное (поперечное) эпидемиологическое исследование (Raiser) // Научно-практическая ревматология. – 2010. – № 1. – С. 50-60.

11. Gabriel S.E., Michaud K. Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality and comorbidity of the rheumatic diseases // Arthritis Res. Ther. – 2009. – Vol. 11. – P. 229-235.

12. Балабанова Р.М., Эрдес Ш.Ф. Ревматические заболевания у взрослого населения в федеральных округах России // Научно-практическая ревматология. – 2014. – Т. 50, № 1. – С. 5-7.

13. Насонов Е.Л. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. – М.: Гэотар-Медиа, 2008. – С. 720.

14. Boers M. et al. Making an impact on mortality in rheumatoid arthritis. Targeting cardiovascular comorbidity // Arthritis Rheum. – 2004. – Vol. 50, No. 6. – P.1734

15. Никитина М.Н., Афанасьев И.А., Романова Т.А., Ребров А.П. Особенности коморбидности у больных ревматоидным артритом в разные годы наблюдения // Современная ревматология. – 2015. – № 1. – С. 39-43.

16. Афанасьев И.А., Никитина Н.М., Реброва А.П. Кардиоваскулярная коморбидность у больных ревматоидным артритом: безопасность лечения // Практическая медицина. – 2015. – Т. 2. – С. 135-139.

17. Насонов Е.Л., Панков Т.В., Новикова Д.С. Сердечно-сосудистая патология при ревматических заболеваниях // Терапевтический архив. – 2016. – № 5. – С. 4-12.

18. Peters M.J. et al. EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other types of inflammatory arthritis – TASK FORCE «Cardiovascular risk management in RA» // Ann. Rheum. Dis. – 2010. – Vol. 69, No. 2. – P.325-331.

19. Попкова Т.В., Новикова Д.С., Насонов Е.Л. Атеросклероз при ревматических заболеваниях. В кн.: Ревматология: клинические рекомендации. – Москва: Геоэтар-Медиа, 2010. – С. 678-702.

20. Smolina K., Wright F.L., Rayner M., Goldacre M.J. Determinants of the decline in mortality from acute myocardial infarction in England between 2002 and 2010: Linked national database study // BMJ. – 2012. – Vol. 344. – P. 8059

21. Kalpan M.J. Cardiovascular disease in rheumatoid arthritis // Curr. Opin. Rheumatol. – 2006. – Vol. 18, No. 3. –P. 289-297.

22. Boers M. et al. Making an impact on mortality in rheumatoid arthritis: targeting cardiovascular comorbidity // Arthritis Rheum. – 2004. – Vol. 50, No. 6. – P.1734-1739.

23. Насонов Е.Л. Проблема атеротромбоза в ревматологии // Вестник РАМН. –2003. – № 7. – С. 6-10.

24. Huscher D. et al. Evolution of cost structures in rheumatoid arthritis over the past decade // Ann. Rheum Dis. –2015. – Vol. 74, No. 4. – P. 738-745.

25. Фоломеева О.М., Насонова В.А. Ревматические болезни в России в XII веке // Современная ревматология. – 2003. – № 3. – С. 6-10.

26. Терегулов Ю.Э., Хусаинова Д.К., Абдулганиева Д.И., Маянская С.Д. Сравнительная оценка особенностей гемодинамики у пациентов с ревматоидным артритом и артериальной гипертензией // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2015. – Т. 11, № 2. – С. 144-149.

27. Jamnitski A., Levels J.H., Van den Oever I.A., Nurmohamed M.T. High-density lipoprotein profiling changes in patients with rheumatoid arthritis treated with tumor necrosis factor inhibitors // J. Rheumatol. – 2013. – № 40. – P. 825-830.

28. Nikitina N.M., Afanasyev I.A., Rebrov A.R. Structure of comorbid diseases in patients with rheumatoid arthritis in Saratov region of Russia // Ann. Rheum. Dis. – 2015. – Vol. 74, Suppl. 2. – P. 247.

29. Lineva O.G., Popkova T.V., Novikova D.C., Volkov A.V., Aleksandrova E.N., Novikov A.A., Nasonov E.L. Dynamics of lipid profile, endothelial dependent vasodilatation and carotid intima-media thickness threating rituximab and methotrexat therapy in patients with rheumatoid arthritis: Annual Evropen Congress of Rheumatology: Abstracts // Annals of the Rheumatoid Disease. – 2011. – Vol. 70, Supl. 3. – P. 613.

30. Boyer J.F., Gourraud A., Cantagrel A., Davignon A. Traditional cardiovascular risk factors in rheumatoid arthritis: a meta-analysis // Joint Bone Spine. – 2011. – Vol. 78. – P. 179-183.

31. Choy E., Ganeshalingam K., Semb A. G., Szecanecz Z., Nurmohamed M. Cardiovascular Risk in Rheumatoid Arthritis: Recent advances in the Understanding of the Pivotal Role of inflammation, Risk Predictors and the Impact of Treatment // Rheumatology. – 2014. – Vol. 53, No. 12. – P. 2143-2154.

32. Lindhardsen J., Ahlehoff O., Gislason G.H. The risk myocardial infection in rheumatoid arthritis and diabetes mellitus: a Danish nationwide cohort study // Ann. Rheum. Dis. – 2011. – Vol. 70, No. 6. – P. 929-934.

33. Новикова Д.С. и др. Оценка кардиоваскулярного риска у больных ранним ревматоидным артритом в рамках исследования РЕМАРКА // Научно-практическая ревматология. – 2015. – № 1. – С. 24-32.

34. Popkova T.V., Novikova D.S., Gaspararyan A.Y., Nasonov E.L. Cardiovascular effects of methotrexate in rheumatoid arthritis // Curr. Med. Chem. – 2015. – Vol. 22, No. 16. – P. 1903-1910.

35. Roubille C. et al. The effect of tumor necrosis factor inhibitors, methotrexate, non-steroidal anti-inflammatory drugs and corticosteroids on cardiovascular events in rheumatoid arthritis, psoriasis and psoriatic arthritis: a systemic review and meta-analyses // Ann Rheum Dis. – 2015. – Vol. 47. – P. 480-489.

36. Насонов Е.Л. Метотрексат: перспективы применения в ревматологии. – М.: Филоматис, 2015.

37. Насонов Е.Л. Метотрексат при ревматоидном артрите - 2015: новые факты и идеи // Научно-практическая ревматология. – 2015. – Т 53, № 4. – С. 421-433.

38. Насонов Е.Л., Попкова Т.В., Новикова Д.С. Сердечно-сосудистая патология при ревматических заболеваниях // Терапевтический архив. – 2016. – №5. – С. 4-11.

39. Charlis-Schoeman C. et al. Cholesterol efflux by high density lipoproteins is impaired in patents with active rheumatoid arthritis //Ann Rheum. Dis. – 2012. – Vol. 71, No. 7. – P.1157-1162.

40. Roubille C. et al. The effect of tumor necrosis factor inhibitors, methotrexate, non-steroidal anti-inflammatory drugs and corticosteroids on cardiovascular events in rheumatoid arthritis, psoriasis and psoriatic arthritis: a systemic review and meta-analysis // Ann Rheum Diss.- 2015.- Vol. 74.- P.480-489.

41. Попкова Т.В., Новикова Д.С., Насонов Е.Л. Сердечно-сосудистые заболевания при ревматоидном артрите: новые данные // Научно-практическая ревматология.- 2016.- №4.- С. 122-128.

42. Ajeganova S., Andersson M.L., Hafstrom I. Association of obesity with worse disease severity in rheumatoid arthritis as well as with comorbidities: A Long-term followup from disease onset // Arthr. Care Res. – 2013. – Vol. 65. – P. 78-87.

43. Arnab S., Biswadip G., Arindam P. Anti-CCP antibody in patients with established rheumatoid arthritis: Does it predict adverse cardiovascular profile? // J. Cardiovase Dis. Res. – 2013. – Vol. 4, No. 2. – P. 102-106.

44. Петров А.В., Алексеева А.А. Эхокардиографические признаки нарушения гиометрии миокарда и экспрессия некоторых гуморальных иммунных факторов у больных РА // Украинский ревматологический журнал. – 2010. – №3(41). – С. 51-55.

45. Кириллова И.Г. и др. Диастолическая дисфункция левого и правого желудочков у больных ранним ревматоидным артритом по назначения базесной противовоспалительной терапии // Терапевтический архив. – 2015. – № 5. – С. 16-23.

46. Алексеева А.А. Особенности показателей эхокардиографии у больных ревматоидным артритом // Таврический медико-биологический вестник. – 2010. – Т. 13, № 3. – С. 7-11.

47. Терегулов Ю.А., Хусаинова Д.К., Абдуганиева Д.И., Маянская С.Д. // Рациональная фармакотерапии в кардиологии. – 2015. – № 11(2). – С. 144-148.

48. Sostres C., Gargallo C.J., Lanas A. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and upper and Lower gastrointestinal mucosal damage // Arthritis Res. Ther. – 2013. – Vol. 15, Suppl 3. – P. 3.

49. Fries J.F., Murtagh K.N., Bennett M et al. The rise and Decline of nonsteroidal anti-inflammatory drugs-associated gastropathy in rheumatoid arthritis // Arthritis Rheum. – 2004. – Vol. 50, No. 8. – P. 2433-2440.

50. Brooks J., Wardurton R., Beales I.L., Prevention of upper gastrointestinal haemorrhage: current controversies and clinical guidance // Ther. Adv. Chronik Dis. – 2013. – Vol. 4, No. 5. – P. 206-222.

51. Каратеев А.Е. и др. Оценка риска желудочно-кишечных и сердечно-сосудистых осложнений, ассоциированных и приемом нестероидных противовоспалительных препаратов в популяции СНГ: предварительные данные эпидемиологического исследования КОРОНА-2 // Научно-практическая ревматология. – 2014. – № 4. – С. 600-605.

52. Каратеев А.Е. Возможность использования НПВП у больных с ЖКТ-и кардиоваскулярными факторами риска // РМЖ. – 2009. – № 7. – С.495-502.

53. Каратеев А.Е. НПВП-гастропатия: динамика за 12 лет // Научно-практическая ревматология. – 2011. – № 3. – С. 20-24.

54. Fries J., Kristen N., Bennet M. et al. The rise and Decline of nonsteroidal anti-inflammatory drugs-associated gastropathy in rheumatoid arthritis // Arthritis Rheum. – 2004. – Vol. 50, No. 8. – P. 2433-2440.

55. Lanas A., Garcia-Rodriguez L.A., Polo Tomas M. et al. Time trends and impact of upper and lower gastrointestinal bleeding and perforation in clinical practice // Am. J. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 104, No. 7. – P.1633-1641

56. Каратеев А.Е., Успенский Ю.П., Пахомова И.Г., Насонов Е.Л. Прием НПВП и патология пищевода: связь с основными симптомами гастроэзофагеальной рефлексной болезни (ГЭРБ), частота развития и факторы риска эрозивного эзофагита // Экспер. и клин. гастроэнтрол. – 2008. – № 3. – С.11-16.

57. Ruzniewski P., Soufflet C., Barthlemy P. Nonsteroidal anti-inflammatory drug as a risk factor for gastro-esophageal reflux disease: an observational study // Aliment Pharmacology Therapy. – 2008. – Vol. 28, No. 9. – P. 1134-1139.

[1]ШУКУРОВА С.М., [2]ШОДИЕВ Б.Р., [3]ҚУРБОНОВА Ф.У., [1]АЛИЕВ Х.М.

АҚИДАҲОИ МУОСИР ОИДИ БЕМОРИҲОИ ҲАМҶОЯ (КОМОРБИДӢ) ҲАНГОМИ АРТРИТИ ТАРБОДМОНАНД

[1]Кафедраи муолиҷавӣ ва кардиоревматологии МД ДТИБКСТ ҶТ
[2]ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино
[3]МД «Маҷмааи тандурустии Истиқлол»

Калимаҳои калидӣ: артрити тарбодмонанд, бемориҳои ҳамҷоя (коморбидӣ), сактаи миокард, метотрексат, омилҳои хатар, гастропатия аз МҒЗИ.

Дар ин мақола таҳлили адабиётҳои муосир вобаста ба бемориҳои ҳамҷоя ҳангоми артрити тарбодмонанд баррасӣ шудааст. Омилҳои хатар ва алоқамандии патогенетикии артрити тарбодмонанд ва ихтилолҳои кардиоваскулярӣ (бемориҳои ишемиявии дил, норасогиҳои дил) баррасӣ шудааст. Омилҳои хатари бештар вохуранда ҳангоми артрити тарбодмонанд ин- фишорбаландии шараёнӣ, дислипидемия ва сигоркашӣ мебошад. Таҳлили адабиётҳои муосир аз рушди зиёди омилҳои ихтилолҳои кардиоваскулярӣ ҳангоми артрити артрити тарбодмонанд шаҳодат медиҳад. Дар як қатор бемориҳои кардиоваскулярӣ пеш аз муҳлат фавти беморон ҳангоми артрити тарбодмонанд, ки ба он сактаи миокард, марги нобаҳангоми дил, норасогии дил, вайроншавии гардиши хуни майнаи сар дар 10 сола нисбат ба аҳолӣ мебошад.

Тадқиқотҳои бисёркарата вобаста ба табобати появии артрити тарбодмонанд бахшида шудааст. Имрӯз тасдиқ шудааст, ки метотрексат (МТ) назорати таъсирбахши фаъолнокии клиникии артрити тарбодмонандро доро мебошад ва омилҳои хатари тагиротҳои кардиоваскуляриро кам мекунад.

Дар беморони артрити тарбодмонанд тагиротҳои структурӣ-функсионалӣ пайдо мешавад, ки хусусияти ба миён овардани норасогиҳои систоликӣ ва диастоликиро дар мушакҳои дил сазовор мебошад.

Дар тадқиқотҳои бисёртарафа ва бисёрҷанбаҳо тасдиқ шудааст, ки муддати дароз истеъмоли Маводҳои гайристероидӣ зиддиилтиҳобӣ(МҒЗ) хусусиятитаъсироти манфӣ ба пардаҳои луобиш меъдаю рударо доро буда иллатҳои захми-эрозивиш қисматҳои болоии узвҳои ҳозимаро доро мебошад.

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 редактировать статьи.

Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.