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 20.12.2017 г.
Подписано в печать 05.01.2018 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

№4 (24)
ОКТЯБРЬ-ДЕКАБРЬ 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

№4 (24)

OCTOBER-DECEMBER 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

Аминджанова З.Р., Каримов С.М.
Профилактика галитоза у стоматологических больных с учетом медико-социальных факторов 5

Ашуров Г.Г., Азимзода С.М., Каримов С.М.
Частота выявления пародонтопатогенных бактерий при патологии желудочно-кишечного тракта 8

Белоконев В.И., Ковалева З.В., Эрдели Ю.И., Вовк А.В., Губский В.М.
Некоторые проблемы диагностики и лечения пациентов с повреждениями гепатикохоледоха в зависимости от локализации 12

Бердиев Р.Н., Саъдиев Р.З.
Хирургическое лечение врожденных спинномозговых грыж у детей 19

Косимов З.Х., Мурадов А.М.
Влияние легких на систему гемостаза в смешанной венозной и артериальной крови у больных с острым нарушением мозгового кровообращения 23

Кубачев К.Г., Мухиддинов Н.Д., Заркуа Н.Э., Фокин А.М.
Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии 32

Курбонов К.М., Назирбоев К.Р.
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная хроническим индуративным панкреатитом 37

Мирзоева С.М., Курбанов С.Х., Курбанова Р.Т., Мирзобеков К.С.
Ранняя диагностика и лечение врожденной патологии тазобедренных суставов у детей 42

Назаров Ф.Н., Ахмедов А., Гулмурадов Т.Г.
Клинико-экономический анализ эффективности лапароскопического и традиционного методов лечения острого аппендицита 47

Олимзода Н., Собиров С.С.
Исходы и последствия острого инфаркта миокарда 52

Расулов С.Р., Хамидов А.К.
Качество жизни больных с местно-распространенными и генерализованными формами РМЖ в процессе химиотерапии и после НЭХО 57

Рустамова М.А., Бадалова С.С., Негматова М.С.
Коррекция инсулинорезистентности у женщин с гиперпластическими процессами репродуктивных органов 62

CONTENTS

ORIGINAL RESEARCH

Amindzhanova Z.R., Karimov S.M.
Prevention of halitosis in stomatological patients with the account of medical-social factors

Ashurov G.G., Azimzoda S.M., Karimov S.M.
Frequency of detection of parodontopathogenic bacteria at pathology of the gastrointestinal tract

Belokonev V.I., Kovaleva Z.V., Erdeli Y.I., Vovk A.V., Gubskiy V.M.
Some problems of diagnosis and treatment of patients with injuries of the common bile duct, depending from the localization

Berdiev R.N., Sadiev R.Z.
Surgical treatment of congenital spinalmale hernias in children

Kosimov Z.Kh., Muradov A.M.
Influence of lungs on the system of hemostasis in mixed venous and arterial blood in patients with acute disorders of cerebral circulation

Kubachev K.G., Mukhiddinov N.D., Zarkua N.E., Fokin A.M.
Iatrogenic damages of the extrahepatic bile ducts during laparoscopic cholocystectomy

Kurbonov K.M., Nazirboev K.R.
Duodenal ulcer complicated by chronic pancreatitis induratum

Mirzoeva S.M., Kurbanov S.Kh., Kurbanova R.T., Mirzobekov K.S.
Early diagnosis and treatment of congenital hip joint pathology in children

Nazarov F.N., Akhmedov A., Gulmuradov T.G.
Clinical and economic analysis of the effectiveness of laparoscopic and traditional methods of treatment of acute appendicitis

Olimzoda N., Sobirov S.S.
The outcomes and consequences of acute myocardial infarction

Rasulov S.R., Khamidov A.K.
Quality of life of patients with locally advanced common and generalized forms of breast cancer in the process of chemotherapy and after the indirect electrochemical oxidation of blood

Rustamova M.S., Badalova M.Kh., Negmatova S.S.
Correction of insulin resistance in women with hyperplastic processes of reproductive organs

Саъдуллоев Л., Ишонаков Х.С., Сайфуллолев К.У., Ёронов О.Дж.
Гемодинамические изменения в предстательной железе у больных хроническим простатитом, осложненным копулятивной дисфункцией 66

Сайфутдинова М.Б., Зардодхонова М.Т., Ганиев Д.
Рак вульвы. Эпидемиология и лечебная тактика. 71

Халимова Ф.Т.
Иммунно-генетические маркеры наследственной предрасположенности к антифосфолипидной реакции 78

Шамсидинов Б.Ш., Мухторова П.Р., Ятимов Х.Р., Олимов Т.Х., Шайдоев С.С.
Тактика хирургического лечения дисфункций лицевого нерва отогенного происхождения 82

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Гаибов М.А., Гаибов А.Г., Лукьянов Н.Б., Кулобиева Р.Т.
Медико-социальные аспекты и проблемы внешней трудовой миграции граждан Республики Таджикистан 86

Ганиев Х.С., Шокиров Ю.А.
Анемический синдром у больных с диабетической нефропатией в различных климато-географических регионах 92

Загребельный И.А., Юсуфи С.Дж., Борониев Н.С., Джамшедов Дж.Н.
О формировании сырьевой базы интродуцированных растений для развития отечественного фармацевтического производства 98

Назаров Ш.К., Сайдалиев Ш.Ш., Али-Заде С.Г.
Современные составляющие этиопатогенеза и лечения острых дуоденальных кровотечений язвенного генеза 103

Файзуллоев Н.Ф., Ходжаева Н.М.
Медицинская и биологическая этика в педиатрии: современные вызовы, пути их решения 110

Saydulloev L., Ishonakov Kh.S., Sayfullolev K.U., Eronov O.Dzh.
Hemodinamical changes in prostate gland in patients with chronic prostatitis complicated by copulatory disfunction

Sayfutdinova M.B., Zardodkhonova M.T., Ganiev D.F.
Vulvar cancer. Epidemiology and treatment tactics.

Khalimova F.T.
The immune-genetic markers of hereditary predisposition to antiphospholipid reaction

Shamsidinov B.N., Mukhtorova P.R., Yatimov K.R., Olimov T.K., Shaydoev S.S.
Tactics of surgical treatment of earborn disfunctions of facial nerve

REVIEWS

Gaibov A.G., Gaibov M.A., Lukyanov N.B., Kulobieva R.T.
Medico-social aspects and problems of external labor migration of citizens of the Republic of Tajikistan

Ganiev KH.S., Shokirov U.A.
Anemic syndrome in patients with diabetic nephropathy in various climate-geographical regions

Zagrebelnyy I.A., Yusufi S.Dzh., Boroniev N.S., Dzhamshedov Dzh.N.
About the formation of the raw material base of introduced plants for the development of domestic pharmaceutical production

Nazarov Sh.K., Saydaliev Sh.Sh., Ali-Zade S.G.
Current status etiopathogenesis and treatment of acute duodenal peptic bleeding genesis

Fayzulloev N.F., Khodzhaeva N.M.
Medical and biological ethics in pediatrics: current challenges, their solutions

УДК 616.314.18-002.4

[1]АМИНДЖАНОВА З.Р., [2]КАРИМОВ С.М.

ПРОФИЛАКТИКА ГАЛИТОЗА У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С УЧЕТОМ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

[1]Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗиСЗН РТ
[2]ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

В основу работы положено обследование стоматологического статуса у 206 лиц, страдающих галитозом. В ходе стоматологического осмотра использовались индексы кариеса зубов, гигиены полости рта. Для индивидуального прогнозирования галитоза были построены модели, учитывающие взаимосвязь упомянутых индексов.

Апробация предложенных моделей у больных, страдающих галитозом, способствовала проведению дифференцированных лечебно-профилактических мероприятий стоматологического и соматического характеров с целью устранения неприятного запаха изо рта, показала их эффективность и определила возможность использования для индивидуального прогнозирования галитоза.

Ключевые слова: галитоз, профилактика, гигиена полости рта, медико-социальный фактор.

[1]AMINDZHANOVA Z.R., [2]KARIMOV S.M.

PREVENTION OF HALITOSIS IN STOMATOLOGICAL PATIENTS WITH THE ACCOUNT OF MEDICAL-SOCIAL FACTORS

[1]Scientific and Clinical Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan
[2]State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»

The work based on examination of the dental status of 206 persons suffering from halitosis. During dental check indices of dental caries, oral hygiene were used. For individual prediction of halitosis, were constructed the models which take into account the relationship of mentioned indices.

Approbation of the proposed models in patients with halitosis, promoted differentiated treatment and prevention activities of dental and somatic nature with the aim of eliminating of bad breath from the mouth, showed their effectiveness and determined the possibility of using for individual prediction of halitosis.

Key words: halitosis, prophylaxis, hygiene of the oral cavity, medical and social factor.

Актуальность. Недостатки официального учета в настоящее время становятся предпосылками для проведения исследований с целью оценки распространенности стоматологической заболеваемости среди населения во взаимосвязи с необходимым объемом соответствующей помощи, с учетом медико-социальных факторов риска.

Каримов С.М. – асс. кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ; тел.: + (992) 918-61-62-08

Исследования в данном направлении позволяют скорректировать организацию работы врача-стоматолога, стоматологической поликлиники и органов здравоохранения в целом [1-3].

Медико-социальные исследования галитозного состояния полости рта, его зависимости от условий окружающей среды, материальных, бытовых, санитарно-гигиенических условий жизни человека и других факторов имеют большое значение для укрепления здоровья населения [4-8].

Цель исследования. Выявить медико-социальные особенности галитозного состояния полости рта у стоматологических пациентов.

Материал и методы исследования. В основу работы положено обследование стоматологического статуса у 206 лиц (111 женщин и 95 мужчин) основной группы, страдающих галитозом, в возрасте от 20 до 50 лет и старше. Результаты стоматологических осмотров фиксировались в карте осмотра полости рта. На каждого обследованного заводилась карта стоматологического осмотра. В ходе стоматологического исследования использовались индексы кариеса зубов, гигиены полости рта.

Для индивидуального прогнозирования галитоза по медико-социальным характеристикам были построены модели, учитывающие взаимосвязь вышеупомянутых показателей. На основе построенных моделей осуществлялось индивидуальное прогнозирование показателей, характеризующих стоматологическую заболеваемость в зависимости от выделенных медико-социальных факторов риска. Информационная база данных на каждого больного с неприятным запахом изо рта включала 50 параметров.

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ показал, что наибольшее влияние на состояние здоровья стоматологических больных с наличием галитоза оказывают такие медико-социальные факторы, как качество питания и употребляемой воды, психоэмоциональные нагрузки, материальное обеспечение, семейное положение, кратность ежедневной чистки зубов, обращения к врачу-стоматологу с профилактической целью, наличие протезов в полости рта, возраст, наличие хронических заболеваний внутренних органов и систем, уровень гигиены полости рта, интенсивность кариеса зубов и заболеваний пародонта, достаточность знаний по мерам индивидуальной профилактики основных стоматологических заболеваний и другие.

Важнейшими принципами оказания медицинской помощи стоматологическим больным с наличием галитоза для сохранения их здоровья являлись: преимущественно профилактическая направленность, преемственность проводимых мероприятий, этапность и многоуровневый характер ее оказания, а также тесная связь лечебных с социально-гигиеническими мероприятиями.

Результаты медико-социального исследования стоматологических больных, страдающих галитозом, позволили нам расширить перечень факторов риска нарушений общего здоровья и стоматологической заболеваемости, что, в свою очередь, дало возможность составить скрининг-программу с учетом индивидуальных социально-гигиенических характеристик. Разработанная скрининг-программа позволила при обращении больного к врачу-стоматологу оценить состояние полости рта и другие характеристики больного, что, в свою очередь, способствует дифференцированному формированию диспансерных групп с учетом выявленных факторов риска и расширению показаний для диспансерного наблюдения.

На основе проведенного исследования нами предложена система поэтапного наблюдения и контроля над состоянием здоровья стоматологических больных с целью профилактики галитозного состояния полости рта:

	Обращение к врачу-стоматологу	**Общая оценка состояния здоровья оценка состояния полости рта**
I этап	Формирование скрининг-программы наблюдения	Оценка медико-биологических и социально-гигиенических характеристик стоматологического больного
II этап	Оценка состояния общего и стоматологического здоровья. Выделение группы стоматологических больных, у которых отсутствует влияние факторов риска	Дифференцированная оценка стоматологического заболевания. Выделение группы стоматологических больных с повышенным влиянием факторов риска
III этап	Реализация индивидуальных и групповых программ, направ -ленных на профилактику стоматологических заболеваний и галитоза	Учет влияния всех медико-биологических и социально-гигиенических факторов риска. Рекомендации по выбору средств гигиены и методам чистки зубов

IV этап	Индивидуальная оценка эффективности профилактических мероприятий	Снижение индивидуальных и групповых показателей стоматологической заболеваемости
V этап	Компьютерно-ориентированный мониторинг за состоянием полости рта; прогнозирование развития стоматологических заболеваний; коррекция лечебно-профилактических мероприятий	Контроль за состоянием полости рта у стоматологических больных; моделирование ситуаций, связанных с повышением стоматологической и соматической заболеваемости

При проведении первичной и вторичной профилактики галитоза учитывали выявленные в ходе проведенного исследования медико-социальные факторы риска. При этом первичная профилактика галитозного состояния полости рта была направлена на формирование здорового образа жизни и заинтересованность населения в проведении санации полости рта. Среди обследованных лиц санитарно-просветительная работа ориентировалась на повышение мотивированности пациента путем гигиенического воспитания и на индивидуальную профилактику стоматологических заболеваний. Вторичная профилактика была осуществлена путем своевременного выявления, лечения и диспансерного наблюдения стоматологических и соматических заболеваний. Проводимые мероприятия по профилактике галитоза оказались эффективными только при условии комплексного подхода к их реализации.

Заключение. Наиболее значимыми принципами оказания лечебно-профилактической стоматологической помощи у лиц с галитозом являются профилактическая направленность, этапность и преемственность мероприятий, а также тесная связь медицинских и социальных направлений работы. Разработанные прогностические модели позволили нам выявить контингент стоматологических больных с достоверно высоким риском нарушений экосистемы полости рта и здоровья организма в целом.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология.- М.: Медицина, 2008.- 737с.
2. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Эпидемиология стоматологических заболеваний. М., 2006.- С. 64-72.
3. Лукиных Л.М. Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта.- М.: Медицинская книга, 2013.- 196с.
4. Курякина Н.В., Савельева Н.А. Стоматологическая профилактика (руководство по первичной профилактике стоматологических заболеваний).- М.: Медицинская книга, 2013.- 288с.
5. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний.- М., 2006.- 415с.
6. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология.- Санкт-Петербург, 2011.- 390с.
7. Джумабоев Д.Б. Результаты ситуационного анализа распространённости и интенсивности кариеса зубов у больных, страдающих галитозом // Вестник Авиценны. – 2012. – №4(53). – С. 137-140.
8. Ашуров Г.Г., Джумабоев Д.Б. Интенсивность галитозного состояния полости рта у больных воспалительными заболеваниями пародонта // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2012. – № 3. – С. 6-9.

[1]АМИНҶОНОВА З.Р., [2]КАРИМОВ С.М.

ПЕШГИРӢ НАМУДАНИ ГАЛИТОЗ МИЁНИ БЕМОРОНИ СТОМАТОЛОГӢ БО ДАРНАЗАРДОШТИ ОМИЛҲОИ ТИББИЮ ИҶТИМОӢ

[1]МД «Пажӯҳишгоҳи илмию клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй»-и ВТ ва ҲИА ҶТ
[2]МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Калимаҳои калидӣ: галитоз, пешгирӣ, беҳдошти ковокии даҳон, омили тиббию иҷтимоӣ.

Дар кори пешниҳодгардида муоинаи ҳолати стоматологии 206 нафаре, ки ба галитоз мубтало гаштаанд оварда шудааст. Ҳангоми муоинаи стоматологӣ индексҳои кариеси дандон ва беҳдошти ковокии даҳон истифодаи худро ёфтаанд. Бо мақсади пешбинӣ намудани галитоз моделҳое, ки ҳамвобастагии индексҳои номбурдаро ба инобат мегиранд, истифода шудааанд. Тасдиқи моделҳои пешниҳодгардида байни беморони ҳолати галитозии даҳон дошта сабабгори ташкил намудани чорабиниҳои тафриқавии хосиятҳои стоматологию соматикӣ дошта гардид, ки мақсади онҳо аз байн бурдани ҳолати бадбӯии даҳон буда, самаранокии ин чорабиниҳоро дар вобаста аз холатҳои инфиродии муоинашудагон нишон дод.

УДК 616.314.15.19

[1]АШУРОВ Г.Г., [1]АЗИМЗОДА С.М., [2]КАРИМОВ С.М.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ПАРОДОНТОПАТОГЕННЫХ БАКТЕРИЙ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

[1]Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗиСЗН РТ

В исследование включены 96 больных хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с патологией желудочно-кишечного тракта в возрасте от 20 лет и старше с длительностью заболевания до 5 лет. Среди обследованныхлиц проводили многократное исследование микрофлоры десны до и после профессиональной гигиены полости рта. Флору изучали через 5 и 40 минут, затем через 5, 15 и 30 суток после активной реализации основных принципов профессиональной гигиены полости рта. Среди пародонтопатогенов второго порядка наиболее высокая частота встречаемости была зафиксирована для Streptococcus intermedius. Этот микроб определялся у больных основной группы почти в два раза (52,63%) чаще, чем у пациентов контрольной группы (23,53%). Частота встречаемости микроорганизмов, не свойственных здоровому пародонту, заметно выше у больных гастритом и гастродуоденитом.

Ключевые слова: десна, микробная колонизация, пародонтит, гастрит, гастродуоденит.

[1]ASHUROV G.G., [2]AZIMZODA S.M., [3]KARIMOV S.M.

FREQUENCY OF DETECTION OF PARODONTOPATHOGENIC BACTERIA AT PATHOLOGY OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

[1]Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»
[2]State Establishment «Institute of Gastroenterology» of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

The study included 96 patients with chronic generalized periodontitis in combination with pathology of the gastrointestinal tract aged from 20 years and older with the duration of disease up to 5 years. Among the examined persons, repeated examination of the gingiva microflora was carried out before and after occupational hygiene of the oral cavity. Among the examined persons, a multiple study of gingiva microflora before and after professional hygiene of the oral cavity was performed. Flora was studied at 5 and 40 minutes, then after 5, 15 and 30 days after the active implementation of the basic principles of professional hygiene of the oral cavity. Among the second-order periodontopathogens the highest incidence was recorded for Streptococcus intermedius. This microbe was determined in patients of the main group almost twice (52,63%) more often than in the control group (23,53%). The frequency of occurrence of microorganisms, not characteristic of healthy periodontium, significantly higher in patients with gastritis and gastroduodenitis.

Key words: gingiva, microbial colonization, periodontitis, gastritis, gastroduodenitis.

Актуальность. В последние годы существенно возрастает частота выявления сочетанной патологии пародонта и заболеваний желудочно-кишечного тракта во всём мире, что привлекает повышенное внимание пародонтологов. При этом на фоне межсистемного реагирования

происходят существенные нарушения взаимодействия иммунного и микробного факторов [1-3].

Ведущим звеном патогенеза заболеваний пародонта является взаимодействие пародонтопатогенной анаэробной микрофлоры и факторов иммунологической реактивности человека. Генетически детерминированный тип реактивности в отношении пародонтопатогенных бактерий ведёт к разным механизмам развития заболевания, которые, однако, заканчиваются практически идентичной клинической картиной [4-7].

Такое положение, на наш взгляд, имеет принципиально важное значение, так как подтверждает нозологическую гетерогенность пародонтита, а, следовательно, и то, что тактика патогенетической терапии должна определяться с учётом желудочно-кишечного реагирования органов и тканей полости рта.

Цель исследования. Оценка микробной колонизации десны у больных генерализованным пародонтитом на фоне гастрита и гастродуоденита.

Материал и методы исследования. Основную группу составили 96 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет и старше, страдающих сочетанной патологией соматического и стоматологического характера: гастрит (69 человек), гастродуоденит (27 человек) с хроническим генерализованным пародонтитом тяжёлой степени в стадии обострения. Контрольная группа включала 37 больных пародонтитом тяжёлой степени в стадии обострения без желудочно-кишечной патологии. У пациентов обеих групп проводили многократное исследование микрофлоры десны до и после реализации профессиональной гигиены полости рта.

Для оценки формирования бактериальной биоплёнки исследование флоры проводили через 5 и 40 минут, затем через 5, 15 и 30 суток после активной реализации основополагающих принципов профессиональной гигиены полости рта.

Взятие материала осуществляли из пародонтального кармана с помощью стерильного сорбирующего тампона – микробраша, который помешали в транспортную среду Эймса для сохранения анаэробной микрофлоры. Последующее культивирование бактерий осуществляли на 5% кровяном гемин-агаре в анаэростате с бескислородной газовой смесью (80% азота, 10% углекислого газа, 10% водорода). Результаты посевов подвергали количественной оценке для расчёта обсеменённости пародонтального кармана. Выражали через десятичный логарифм Ig КОЕ (колониеобразующих единиц) на 1 тампон.

Ашуров Гаюр Гафурович. – зав. кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; e-mail: shakh92@mail.ru

Объективные клинические критерии (индекс гигиены, РМА-индекс, глубина пародонтального кармана, пародонтальный индекс, индекс кровоточивости) исследовали в динамике для оценки состояния больного и степени тяжести заболевания.

Для определения видового состава микрофлоры использовали культивирование бактерий в анаэробных условиях и мультиплексную полимеразную цепную реакцию с праймерами пародонтопатогенных бактерий (отечественный набор для 5-ти видов микробов фирмы «Гентех», Россия).

Результаты исследования обработаны статистически с вычислением средней величины и ошибки средней величины M±m, коэффициента Стьюдента T и вероятности различий P. Различия считали достоверными при величинах $P<0,05$.

Результаты и их обсуждение. В результате проведённых микробиологических исследований было выделено и идентифицировано 708 штаммов микроорганизмов, которые условно разделены на 3 группы: пародонтопатогены первого порядка (Actinobacillus actinomycetemcomitans, Prevotella intermedia, Porphyromonas gingivalis, Bacteroides forsythys, Treponema denticola), которые крайне редко выделяются у здоровых людей; пародонтопатогены второго порядка (Fusobacterium necroforum, Peptostreptococcus micros, Streptococcus intermedius, Candida albicans), которые в относительно небольшом количестве (до 104 КОЕ) встречаются у здоровых людей, но резко увеличивают своё число при развитии воспаления в тканях пародонта; микроорганизмы, не свойственные здоровому пародонту (Enterobacter spp., Pseudomonas aeruginosa).

Один из наиболее агрессивных пародонтопатогенных видов (Actinobacillus actinomycetemcomitans) был обнаружен у 42,11% пациентов с патологией желудка, тогда как частота выделения данного микроба без соматической патологии составляла 35,29%. Частота встречаемости другого пародонтопатогенного микроба (Prevotella intermedia) практически не отличалась в исследуемых группах - соответственно 34,21% и 35,29%.

Из всех пародонтопатогенов наиболее часто выявляли Porphyromonas gingivalis: у 50% больных с патологией желудка и только у 41,18% пациентов без соматической патологии. Bacteroides forsythys чаще обнаруживался у больных основной группы (в 39,47% случаев), у пациентов контрольной группы значение данного показателя составило 29,41%. Частота встречаемости Treponema denticola соотносима у пациентов сравниваемых групп и составляла 36,84% и 35,29% соответственно в основной и контрольной группах.

Среди пародонтопатогенов второго порядка наиболее высокая частота встречаемости была зафиксирована для Streptococcus intermedius. Этот

микроб определялся у больных основной группы почти в два раза (52,63%) чаще, чем у пациентов контрольной группы (23,53%). Следует отметить, что и остальные три вида микроорганизмов этой категории наиболее часто встречались у пациентов основной группы. Так, частота встречаемости Fusobacterium necroforum, Peptostreptococcus micros и Candida albicans составила соответственно 50,0%, 50,0% и 36,84%. В группе пациентов без желудочной патологии частота встречаемости этих микроорганизмов достоверно ниже. Если Fusobacterium necroforum обнаружен у 11,76% пациентов, то Peptostreptococcus micros и Candida albicans – у 29,53% и 17,65% обследованных соответственно.

Частота встречаемости микроорганизмов, не свойственных здоровому пародонту, также заметно выше у больных гастритом и гастродуоденитом. Так, Enterobacter spp. были найдены у 55,26% больных с желудочной патологией и у 5,88% пациентов без соматической патологии. Pseudomonas aeruginosa была обнаружена у 52,63% больных основной группы, а у пациентов контрольной этот микроорганизм не выявлялся.

При исследовании микробного состава содержимого пародонтального кармана у больных с патологией желудочно-кишечного тракта было выделено и идентифицировано 117 штаммов микроорганизмов (41 вид: 13 аэробных и факультативно анаэробных микроорганизмов и 28 облигатных анаэробов). Наибольшее количество штаммов – 43 (36,7%) - было выделено из проб поддесневого налета у пациентов хроническим пародонтитом легкой степени, 41 (35,0%) – со средней степенью и 33 (28,2%) - с тяжелой степенью (рис. 1).

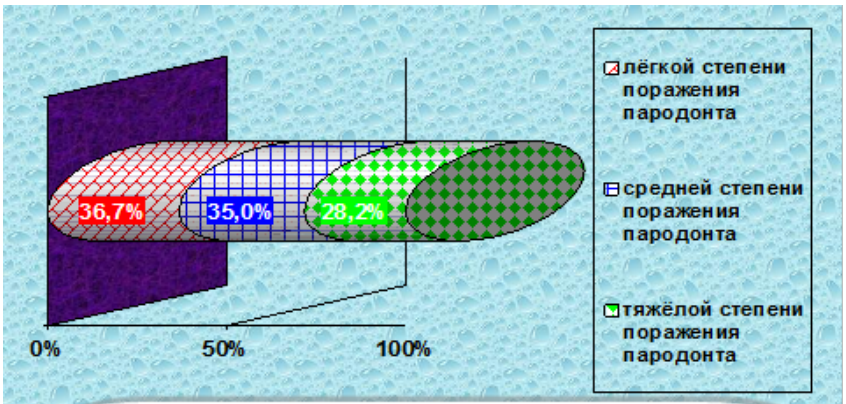


Рис. 1. Микробный состав содержимого пародонтального кармана в зависимости от степени поражения пародонта у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта

В ходе микробиологического исследования установлено, что состав микрофлоры пародонтального кармана у пародонтологических больных с сопутствующей патологией носит полимикробный характер. Так, у 76% больных высевались аэробно-анаэробно-грибковые ассоциации, у 18,8% – анаэробно-грибковые ассоциации, у 4,2% – аэробно-анаэробные ассоциации и у 1,0% больного выделили аэробные бактерии и грибы.

От общего количества обследованных, где в содержимом пародонтального кармана был выделен 1 вид микроорганизмов, 2 (15,4%) пациента оказались с пародонтитом легкой степени, 4 (30,8%) – со средней и 7 (53,8%) – с тяжелой степенями (рис. 2).

В группе с хроническим пародонтитом легкой степени у 1 пациента была культивирована ассоциация из 5 бактерий, у 8 – из 2 микроорганизмов, у 4 человек – ассоциация из 3 микробов, у 2 пациентов – из 4 видов. В пародонтальном кармане пациентов со средней степенью хронического пародонтита 2 вида микробов выделено у 8 человек, 3 вида – у 2 пациентов, 5 видов – у 3 больных. При наличии тяжелой степени хронического пародонтита у лиц с общесоматической патологией количество ассоциантов составляло: 2 вида – у 6 человек, 3 вида – у 3, у 1 пациента данной группы выделена ассоциация из 5 микробов.

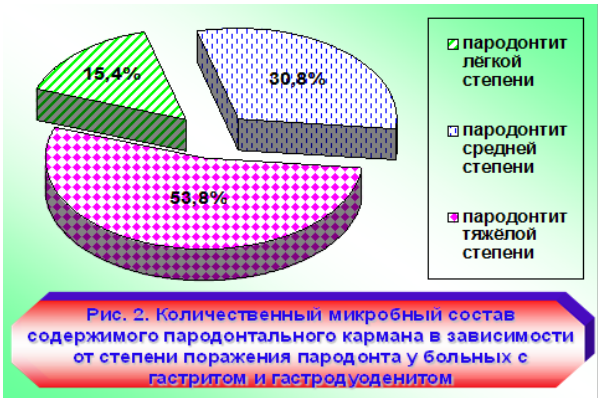


Рис. 2. Количественный микробный состав содержимого пародонтального кармана в зависимости от степени поражения пародонта у больных с гастритом и гастродуоденитом

Следует отметить, что среди аэробных и факультативных бактерий пародонтальных карманов доминировали стафилококки (у 47,9% больных), стрептококки (у 9,4%) и кишечная палочка (у 17,7%). Среди факультативных анаэробов пародонтального кармана преобладали Capnocytophaga spp. (у 20,8% больных); среди облигатных анаэробов – фузобактерии (у 30,2%, Prevotella spp. (у 14,6%) и пептострептококки (у 13,5%).

Заключение. При гастритах и гастродуоденитах инициируются процессы, которые оказывают влияние на все важнейшие механизмы развития хронического генерализованного пародонтита. При желудочной патологии увеличивается как частота выявления представителей пародонтопатогенных бактерий, так и их количество, по сравнению с пациентами без желудочной патологии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов Б.Н., Гаврилова О.А., Ратников К.Е. Алгоритм комплексного лечения и профилактики стоматологических заболеваний у детей и подростков с хроническим гастродуоденитом // Стоматология. 2013. № 2. С. 65-67.

2. Петрухина Н.Б., Зорина О.А., Ших Е.В., Шибаева А.В., Шевелев А.Б. Изучение взаимосвязи состава микробиома пародонта и кишечника в норме и при патологии методами глубокого секвенирования // Стоматология. 2016. № 2. С. 8-13.

3. Цимбалистов А.В., Робакидзе Н.С. Патофизиологические аспекты развития сочетанной патологии полости рта и желудочно-кишечного тракта // Стоматология. 2015. № 1. С. 28-34.

4. Гажва С.И., Шкаредная О.В., Пятова Е.Д. Комплексный подход к лечению заболеваний слизистой оболочки полости рта у пациентов с хроническими гастритами // Стоматология. 2013. № 65. С. 16-19.

5. Liberali S.A. Oral impact of gastro-esophageal reflux disease // Australian Dental Journal. 2012. Vol. 53. P. 176-179.

6. Michael L., Barnett D.D. Oral/systemic disease connection // JADA. 2010. Vol. 139. 613-615.

7. Егиазарова И.П., Шикулин В.С., Узалова Т.И. К вопросу комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта. Здравоохранение Таджикистана. – 2011. – № 1. – С. 37-40.

АШУРОВ Ғ.Ғ., АЗИМЗОДА С.М., КАРИМОВ С.М.

МУАЙЯН НАМУДАНИ МИКДОРИ БАКТЕРИЯҲОИ ПАРОДОНТОПАТОГЕНӢ ҲАНГОМИ ПАТОЛОГИЯИ УЗВҲОИ ҲОЗИМА

[1]Кафедраи стоматологияи муоличавии ДТБКСТҶТ
[2]МД «Пажуҳишгоҳи гастроэнтерология»-и ВТ ва ҲИА ҶТ

Калимаҳои калидӣ: милк, ҷамъ гаштани микробҳо, пародонтит, гастрит, гастродуоденит.

Дар тадқиқот 96 бемори мубтало ба пародонтити бардавоми паҳнгашта дар якҷоягӣ бо патологияи узвҳои ҳозима, ки синну солашон аз 20 то зиёда аз 60 ва дарозмуддатии беморӣ то 5 солро дар бар мегирад, дохил карда шуд. Байни муоинашудагон тадқиқоти чандинбораи микрофлораи милкро то ва пас аз иҷрокуниии беҳдошти касбии ковокии даҳон гузаронидем. Муоинаи флора пас аз 5 ва 40 дақиқа, баъд аз он пас аз 5, 15 ва 30 шабонарӯзи иҷрои беҳдошти касбии ковокии даҳон гузаронида шуд. Байни пародонтопатогенҳои тартиби дуюм аз ҳама зиёд бархурдоршавӣ нисбати Streptococcus intermedius ба назар гирифта шуд. Ин намуд микроб дар байни беморони гурӯҳи асосӣ тақрибан ду маротиба зиёдтар (52,63%), нисбати беморони гурӯҳи назоратӣ (23,53%) мушоҳида карда шуд. Сурҳати бархурдории микроорганизмҳое, ки ба пародонти солим мансубият надоранд байни беморони мубтало ба гастрит ва гастродуоденит ниҳоят барзиёд мебошад.

УДК 316-085.6-86; 616.67

БЕЛОКОНЕВ В.И., КОВАЛЕВА З.В., ЭРДЕЛИ Ю.И.,
ВОВК А.В., ГУБСКИЙ В.М.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Кафедра хирургических болезней №2 ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России

За период с 2000 по 2017 год проанализированы результаты лечения 87 пациентов с травмой и стриктурами гепатикохоледоха в возрасте от 20 до 89 лет. Мужчин было 25 (28,7%), женщин – 62 (71,3%). Свежая травма гепатикохоледоха отмечена у 42 (49,4%), стриктуры гепатикохоледоха – у 44 (50,6%). В работе представлена тактика и способы лечения в зависимости от локализации повреждения и стриктуры гепатикохоледоха. Описана техника каркасного формирования гепатикоэнтероанастомоза на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу, способы операций при повреждениях ретродуоденального и трансдуоденального отделов холедоха, при ЭРХПГ с ЭПСТ.

При лечении 43 (49,4%) больных с травмами гепатикохоледоха умерло 8 (18,6%). Из них при травме проксимального и супрадуоденального отделов из 35 (81,4%) пациентов умерло 3 (8,6%), при травмах ретро- и трансдуоденального отделов из 8 (18,6%) умерло 5 (62,5%). При лечении больных со стриктурами гепатикохоледоха из 44 (50,6%) умерло 2 (4,5%), рецидив стриктуры после формирования гепатикоэнтеро- и гепатикодуоденоанастомоза развился у 3 (7,1%).

Ключевые слова: травма и стриктура гепатикохоледоха, результаты и проблемы лечения.

BELOKONEV V.I., KOVALEVA Z.V., ERDELI Y.I.,
VOVK A.V., GUBSKIY V.M.

SOME PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH INJURIES OF THE COMMON BILE DUCT, DEPENDING FROM THE LOCALIZATION

Department of Surgical Diseases №2 of Samara State Medical University of the Ministry of Health of Russia

For the period from 2000 to 2017, the results of treatment of 87 patients with trauma and strictures of hepatitis choledochus aged from 20 to 89 years were analyzed. There were 25 men (28,7%), women – 62 (71,3%). A fresh trauma of hepatitis choledocha was in 42 (49,4%), hepatitis choledocha stricture – in 44 (50,6%). The work presents tactics and methods of treatment depending on the localization of damage and stricture of hepatitis choledoch. The technique of the frame formation of hepaticoenteroanastomosis on replaceable transhepatic drainage according to Goetz, the methods of operations for damages of the retroduodenal and transduodenal choledochal divisions, with ERCPH with EPST are described. In the treatment of 43 (49,4%) patients with hepatitis choledocha traumas, 8 (18,6%) died. Of these, 3 (8,6%) died in 35 (81,4%) patients with proximal and supraduodenal trauma, in injuries of the retro- and transduodenal divisions, 8 (18,6%) died 5 (62,5%). In the treatment of patients with hepatitis choledocha strictures 44 (50,6%) – 2 (4,5%) died, severe stricture recurrence after hepaticoentero- and hepatocoduodenoanastomosis formed in 3 (7,1%).

Key words: trauma and stricture of hepatikocholedoch, results and problems of treatment.

Актуальность. Наиболее сложной проблемой в гепатобилиарной хирургии являются повреждения и стриктуры желчных протоков (ЖП). В настоящее время частота вмешательств по поводу заболеваний желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков (ВЖП) достигла более 25% от общего числа оперированных больных. Увеличение числа повреждений желчных протоков связывают с широким внедрением лапароскопической холецистэктомии, хотя на сегодня это доминирующая, но не единственная причина. При открытой холецистэктомии (ОХЭ) частота травмы гепатикохоледоха доходит до 0,5-1%, при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) – до 1-1,5% (и даже 3,5%), при резекциях желудка – от 0,1% до 1,5%. Повреждения желчных протоков распознаются интаоперационно лишь у 20-40% больных [1].

Примечательно, что характер повреждений при ЛХЭ имеет свои особенности. Если при ОХЭ основными механизмами травмы являются пересечение, иссечение и лигирование, то при ЛХЭ к ним добавляются клипирование и электротравма стенки желчного протока [2].

Расширение технических возможностей диагностики травм и стриктур ВЖП, использование при лечении внутреннего и наружного эндобилиарного стентирования протоков для разгрузки печени и устранения желтухи в целом улучшило результаты их лечения. В то же время результаты ятрогенной травмы дистальных (ретродуоденальных) отделов холедоха при выполнении эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), направленной на устранение его стриктуры, а также повреждения холедоха при резекции желудка, ранениях при политравме остаются неудовлетворительными и сопровождаются летальностью, достигающей 80-100%. Следовательно, лечение повреждений и стриктур гепатикохоледоха в зависимости от их локализации является далеко нерешенной проблемой, которая требует продолжения исследований.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с травмами и стриктурами внепеченочных желчных протоков в зависимости от их локализации путем оценки результатов операций и выявления проблем, возникающих при их выполнении.

Материал и методы исследования. За период с 2000 по 2017 год проанализированы результаты лечения 87 пациентов с травмой и стриктурами гепатикохоледоха в возрасте от 20 до 89 лет. Мужчин было 25 (29,06%), женщин – 62 (71,26%). Свежая травма гепатикохоледоха имелась у 42 (48,83%), стриктуры гепатикохоледоха – у 44 (51,17%). При лечении больных с травмами и стриктурами гепатикохоледоха использовали способ каркасного формирования гепатикоэнтероанастомоза на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу. Технически операции состояли из трех этапов и приемов. Первый этап операции при «свежей» травме направлен на обнаружение поврежденного участка в гепатикохоледохе, при стриктурах – рубцово измененного протока.

Второй этап – проведение транспеченочного дренажа (-ей) через просвет печеночного (-ых) протока (-ов) и паренхиму печени – выполняли с помощью бужа, изготовленного из маточного зонда с делениями, на конце которого изготовленное отверстие наподобие «ушка» в иголке позволяло заводить в него нить из полипропилена (Патент РФ на полезную модель «Устройство для проведения дренажной трубки» №28438 от 27.07.2002 г., авторы В.И. Белоконев, Н.В. Смаль, С.В. Нагапетян). Буж с проведенной на его конце полипропиленовой нитью, сложенной вдвое, заводили в просвет общего печеночного протока и продвигали чаще в правый (реже в левый) печеночные протоки, а затем к поверхности печени. Нить из отверстия извлекали, а буж удаляли. Таким образом, полипропиленовая нить, проведенная через протоки и паренхиму печени, служила направителем, по которому вначале заводили трубку малого диаметра, используя для этого катетер Эдмана для ангиографических исследований. После его установки в протоках по направителю проводили трубку от одноразовой системы, и после стыковки с катетером Эдмана трубку устанавливали в протоки (такой прием обеспечивал минимальную травматизацию печеночной паренхимы и протоковой системы печени). При этом в дренаже вырезали 5 отверстий так, чтобы 2 находились в протоках печени, одно – в области гепатикоэнтероанастомоза и два – в просвете тощей кишки. Конец дренажа от поверхности печени выводили на кожу через брюшную стенку на границе правой подреберной и поясничной областей. После этого приступали к наложению гепатикоэнтероанастомоза (ГЭА).

Третий этап операции – формирование ГЭА. Билиодигестивное соустье накладывали с изолированной по Ру петлей тонкой кишки нитями викрил 3,0. Расстояние между проксимальным концом мобилизованной кишки до межкишечного соустья у всех оперированных было не менее 70 см. В послеоперационном периоде при адекватной функции ТПД, начиная с третьих суток, контрольные дренажи последовательно удаляли. Проточное промывание ТПД начинали со вторых суток после операции путем создания шприцем разряжения либо самотеком. Промывание дренажа под давлением запрещено. Фиксацию дренажа на коже производили за счет дополнительных

Белоконев Владимир Иванович. – зав. кафедрой хирургических болезней №2 СГМУ; Российская Федерация, г. Самара; E-mail: belokonev63@yandex.ru

трубок-распорок, устанавливаемых по обоим концам ТПД, к которым его подвязывали. Операцию завершали обязательным дренированием поддиафрагмального и подпеченочного пространств слепыми дренажами [3].

Наиболее сложным было решения о выборе тактики лечения у больных с повреждением терминального отдела холедоха при ЭПСТ и резекции желудка. При травме во время ЭПСТ клиника осложнения проявлялась уже во время проведения манипуляции, так как при инсуфляции инфицированный газ из просвета ДПК сразу проникал в забрюшинное пространство. Если операция выполнялась в экстренном порядке не сразу, то затекание желчи, желудочного и панкреатического сока уже через сутки приводило к развитию на значительной площади распространенной флегмоны забрюшинного пространства.

В зависимости от сроков повреждения терминального отдела холедоха объем операции был различным. Во время экстренного вмешательства проводили поиск поврежденного участка терминального отдела холедоха и предпринимали попытку его ушивания. Супрадуоденальный отдел холедоха дренировали дренажом Кера, либо выполняли сквозное транспеченочное дренирование без наложения гепатикоэнтероанастомоза.

При релапаротомиях на фоне развившейся флегмоны забрюшинного пространства (ФЗП) объем операции зависел от ее распространенности. Если ФЗП захватывала только парапанкреатическое и подпеченочное пространства, в холедохе устанавливали дренаж Кера и широко дренировали флегмону забрюшинного пространства по правому боковому каналу. При распространении флегмоны по правому боковому каналу и на брыжейку мезоколон выполняли резекцию правой половины ободочной кишки с выведением концевой илеостомы и дренированием забрюшинного пространства, дренирование забрюшинного пространства. Операцию завершали путем формирования лапаростомы из перчаточной резины. У больных со стриктурами терминального отела холедоха после резекции по способу Бильрот II и размерах холедоха более 15 мм накладывали холедоходуоденоанастомоз, после резекции по способу Бильрот I – холедохоэнтероанастомоз с отключенной по Ру петлей тонкой кишки. У отдельных больных со стриктурами общего печеночного протока после холецистэктомии, осложненной частичным повреждением холедоха либо сдавлением клипсой при сохраненной проходимости ретродуоденального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка (БДС), проводили эндоскопическое стентирование протока со стороны просвета ДПК с периодической его заменой. У пациентов с развитием стриктуры гепатикоэнтероанастомоза после операции Гетца выполняли чрескожную чреспеченочную холангиографию и наружное стентирование холедоха.

Оценку отдаленных результатов лечения больных проводили по следующим критериям: 1) хорошие - отсутствие каких-либо симптомов, связанных с патологией желчных протоков; 2) удовлетворительные - слабо выраженные симптомы, не требующие проведения инвазивных методов диагностики и лечения, поддающиеся консервативному лечению; 3) плохие - клиническая картина требует проведения инвазивных манипуляций.

Результаты и их обсуждение. Анализ лечения 43 больных со «свежей» травмой гепатикохоледоха (М=9 (20,9%), Ж=33 (76,7%)) показал, что повреждение холедоха у 13 (30,2%) наступило во время ЛХЭ, при этом у 2 (15,3%) была электротравма холедоха; у 17 (39,5%) – при ОХЭ, у 4 (9,3%) – при резекции желудка, у 4 (9,3%) – при эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). К прочим отнесены повреждения протоков при закрытой травме живота – у 2 (4,6%). Уровень повреждения протоков по Э.И. Гальперину, А.Ю. Чевокину (2010) у 2 (4,6%) был «-2», у 5 (11,6%) – «-1», у 6 (13,9%) – «0», у 7 (16,3%) – «+1», у 13 (30,2%) – «+2», у 3 (6,9%) – от «+3» до «+5», у 6 (13,9%) – РОДХ. Характеристика больных со «свежей» травмой гепатикохоледоха представлена в таблице 1.

Характер и результаты операций у больных со «свежей» травмой гепатикохоледоха представлены в таблице 2. Анализ таблицы показывает, что у 19 больных (44,2%) травма гепатикохоледоха была интраоперационной, что позволило выполнить гепатикоэнтеростомию на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу на первом этапе, из них умерло 2 (10,5%). У 14 (32,5%) оперированных больных гепатикоэнтеростомия на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу выполнена на втором и последующем этапах, при этом травма протоков была выявлена уже после холецистэктомии, из них умерла 1 больная (7,14%). Подавляющее большинство из этих пациентов были переведены в больницу из других лечебных учреждений с наружным желчным свищом. Среди этих больных у 4 (28,6%) травма протока была выявлена во время операции, но хирурги не владели техникой восстановительной операции, поэтому операция была завершена наружным дренирвоанием холедоха путем установки дренажа непосредственно в поврежденный проток. У 10 больных (7,14%) травма протока интраоперационно не была выявлена. У них в послеоперационном периоде отмечалось желчеистечение по контрольным дренажам, установленным в подпеченочном пространстве в объеме более 300 мл, что позволило заподозрить травму холедоха, расширить диагностический поиск причины и определить показания к повторному оперативному вмешательству. У 2 больных

(14,3%) при травме протока было выполнено наружное дренирование по Керу с последующим эндобилиарным стентированием через БДС. У 2 (14,3%) пациентов с повреждением ретродуоденальной части холедоха и вирсунгова протока во время выполнения резекции желудка было выполнено наружное дренирование гепатикохоледоха по Гетцу и вирсунгова протока. У одного пациента, оперированного по поводу постбульбарной язвы ДПК, были повреждены стенки холедоха и вирсунгова протока. Интраоперационно повреждение не было замечено. В связи с развитием после операции перитонита больной оперирован повторно. Повреждения были обнаружены и, несмотря на дренирование протоков и перевод способа резекции с Бильрот 1 в Бильрот 2, больной погиб от прогрессирования ферментативной флегмоны. У второго больного выполнялась реконструктивная операция после ранее выполненной ваготомии с ГДА по Джабулею. ДПК была пересечена ниже БДС без бокового повреждения стенок протоков. Замеченная во время операции ошибка позволила сохранить площадку стенки ДПК вокруг БДС и наложить анастомоз с участком отключенной по Ру петле тонкой кишки – наступило выздоровление больного.

Таблица 1

Характеристика больных со «свежей» травмой гепатикохоледоха

Показатели		**Число больных (n=43)**		
		М	**Ж**	**Всего**
Причина	ЛХЭ	1	13	14
	ОХЭ	2	15	17
	Резекция желудка	4	0	4
	ЭПСТ	1	5	6
	Прочие	1	1	2
	Всего	9	34	43
Локализация и размер повреждения	-2	1	1	2
	-1	1	5	6
	0	0	6	6
	+1	2	5	7
	+2	3	10	13
	+3 - +5	1	2	3
	РДОХ*	1	2	6

Примечание: *РДОХ – ретродуоденальный отдел холедоха

Таблица 2

Характер и результаты операций у больных со «свежей» травмой гепатикохоледоха

Характер операций	**Число больных (n=43)**	
	число больных	**умерло**
1. Гепатикоэнтеростомия на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу на первом этапе	19	2
2. Гепатикоэнтеростомия на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу на втором и последующих этапах	14	1
3. Наружное дренирование холедоха по Керу с последующим эндобилиарным стентированием	2	-
4. Наружное дренирование гепатикохоледоха (по Гетцу) и вирсунгова протока	2	1
5. Наружное дренирование гепатикохоледоха, резекция правой половины ободочной кишки, дренирование забрюшинного пространства	6	4
Всего	**43**	**8**

Наиболее сложными в тактическом плане были 6 (60%) пациентов, у которых повреждение протока наступило во время выполнения ЭРХПГ с ЭПСТ, из них умерло 4 (66,6%). Выздоровление наступило только у 2-х больных (33,3%). У одной пациентки повреждение было выявлено в первые 12 часов после травмы. Ей выполнено наружное дренирование гепатикохоледоха и широкое дренирование забрюшинного пространства – наступило выздоровление. У 5 (11,6%) пациентов диагноз выставлен в сроки более 24 часов. Все они оперированы при развитии ферментативной флегмоны забрюшинного пространства. При этом использование широкого дренирования забрюшинного пространства было неэффективным, так как процесс переходил на брыжейку ободочной кишки. Из 5 (11,6%) больных выздоровление наступило у 1 (20%) пациентки после выполнения широкого дренирования забрюшинного пространства с правосторонней гемиколонэктомии и выведением концевой илеостомы. Из 43 больных, оперированных по поводу травмы протоков, выздоровление наступило у 35 (81%), умерло 8 (18,6%). К настоящему времени наблюдения проводятся за 35 (81%) пациентами, у которых с момента операции гепатикоэнтеростомии прошло менее 2-х лет, у 2-х больных, которым выполнялось эндобилиарное стентирование в связи с развитием у них холангиогенного гепатита в сроки более 5 лет, была выполнена реконструктивная операция гепатикоэнтеростомия на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу. На июнь 2017 года транспеченочные дренажи удалены у 32 (91,4%) больных, состояние этих больных хорошее. У 3-х пациентов транспеченочные дренажи будут удалены по достижении 2-летнего срока. Следовательно, при травме гепатикохоледоха наиболее сложными и проблемными остаются пациенты с повреждением терминального отдела гепатикохоледоха при выполнении ЭРХПГ с ЭПСТ [1-4].

Анализ 44 больных со стриктурой гепатикохоледоха (М=16, Ж=28) показал, что у 5 (11,3%) патология развилась во время ЛХЭ, у 31 (70,5%) – при ОХЭ, у 4 (9,1%) – при резекции желудка, у 4 (9,1%) – прочее. Уровень повреждения протоков Э.И. Гальперина, А.Ю. Чевокина (2010) [8] у 3 (6,8%) – «-1», у 1 (2,3%) – «0», у 9 (20,5%) – «+1», у 16 (36,4%) – «+2», у 15 (34,1%) – от «+3» до «+5». Характеристика больных со стриктурой гепатикохоледоха представлена в таблице 3.

Таблица 3

Характеристика больных со стриктурами гепатикохоледоха

Показатели		**Число больных (n=43)**		
		М	**Ж**	**Всего**
Причина	ЛХЭ	3	2	5
	ОХЭ	7	24	31
	Резекция желудка	4	0	4
	Прочие	2	2	4
	Всего	16	28	44
Локализация и размер повреждения	-1	2	1	3
	0	0	1	1
	+1	5	4	9
	+2	4	12	16
	+3 - +5	5	10	15

Характер и результаты операций у 44 больных со стриктурой гепатикохоледоха представлены в таблице 4. Анализ таблицы показывает, что у 19 больных (43,2%) выполнена гепатикоэнтеростомия на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу, из них умерло 2 (4,5%). У 10 (22,7%) пациентов с шириной протока не менее 15 мм выполнена бескаркасная гепатикоэнтеростомия. У 10 больных (22,7%) со стриктурами гепатикохоледоха, у которых осложнение развилось на фоне ранее выполненных операций резекции желудка по способу Бильрот–2, был наложен гепатикодуоденоанастомоз. У 10 (22,7%) пациентов с частичным повреждением стенки гепатикохоледоха лечение стриктуры проводилось путем внутреннего эндобилиарного стентирования через БДС. И у 3 (6,8%) в результате образования стриктуры гепатикоэнтероанастомоза после операции Гетца проведено наружное чрескожное чреспеченочное билиарное стентирование. Из 42 (95,5%) больных, которые перенесли операции, в отдаленные сроки после эндобилиарного стентирования оперировано 2 пациента (4,8%), которым выполнена операция Гетца. 2 больных (4,8%) умерли от причин, не связанных с основным заболеванием и 1 паци-

ент (2,4%), у которого на фоне неудаленного функционирующего транспеченочного дренажа, по которому отделялась желчь и в огромном количестве билирубиновые камни развился билиарный портальный цирроз печени. Больной был направлен на трансплантацию в одну из клиник г. Москвы, где послеоперационный период осложнился сепсисом с летальным исходом. К настоящему времени на 7.06.2017 г. под наблюдением находится 39 пациентов. Из 16 (41%) больных после операции Гетца дренажи удалены у 15 (38,5%), результаты операции хорошие. Аналогичный результат получен у 2 (5,1%) больных после гепатикодуоденостомии с отключенной ДПК. У 1 больного (33,3%) из числа 3-х (7,7%) после наружного чрескожного чреспеченочного билиарного стентирования дренаж удален, рецидива стриктуры гепатикоэнтероанастомоза нет. У 8 больных (20,5%), перенесших эндобилиарное стентирование, результат оценен как удовлетворительный, так как периодически отмечаются обострения холангиогенного гепатита, требующего периодической замены стента и консервативной (антибактериальной, дезинтоксикационной, антисекреторной, гепатопротекторной) терапии. Следовательно, при стриктурах гепатикохоледоха сложными и проблемными остаются вопросы профилактики и лечения холангиогенного гепатита, протекающего на фоне эндобилиарного стентирования, рецидивы гепатикоэнтероанастомоза после операции Гетца [3, 4].

Таблица 4

Характеристика и результаты операций у больных со стриктурами гепатикохоледоха

Характер операций	**Число больных (n=44)**	
	число больных	**умерло**
Гепатикоэнтеростомия на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу	19	2
Гепатикоэнтеростомия бескаркасная	10	
Гепатикодуоденостомия	2	
Внутреннее эндобилиарное стентирование	10	
Наружное чрескожное чреспеченочное билиарное стентирование	3	
Всего	**44**	**2**

ВЫВОДЫ

1. У больных с травмой гепатикохоледоха наиболее отработана тактика и способы хирургического лечения проксимального и супрадуоденального отделов гепатикохоледоха. Тактика и способы хирургического лечения ретродуоденального и трансдуоденального отделов холедоха требуют дальнейшего усовершенствования и поиска. У больных с травмами гепатикохоледоха общая летальность составила 18,6%, из них при травме проксимального и супрадуоденального отделов – 8,6%, при травмах ретро- и трансдуоденального отделов – 62,5%. При лечении больных со стриктурами гепатикохоледоха общая летальность составила 4,5%.

2. При лечении больных с травмами и стриктурами гепатикохоледоха операция гепатикоэнтеростомии на сменном траспеченочном дренаже по Гетцу является универсальным и доказанным эффективным методом лечения развывшихся осложнений. При диаметре гепатикохоледоха более 15 мм возможно бескаркасное формирование гепатикоэнтероанастомоза и гепатикодуоденоанастомоза у больных с отключенной 12-перстной кишкой, оперированных ранее по способу Бильрот-2. Рецидив стриктуры после формирования гепатикоэнтеро- и гепатикодуоденоанастомоза наблюдался у 7,1% больных.

3. Эндобилиарное стентирование у больных с доброкачественными стриктурами гепатикохоледоха следует рассматривать как этап лечения данной патологии. В результате инкрустации стента и нарушения его проходимости развивается обострение холангиогенного гепатита, требующее либо замены стента, либо радикального лечения – гепатикоэнтеростомии на сменном трнспеченочном дренаже по Гетцу.

4. Чрескожное чреспеченочное билиарное дренирование при стриктурах после первичного наложения гепатикоэнтероанастомоза и гепатикодуоденоанастомоза является эффективным способом лечения развывшихся осложнений, позволяющим избежать травматичной операции с непредсказуемым отдаленным результатом.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. Факторы, определяющие выбор операции при «свежих» повреждениях магистральных желчных протоков // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т.14, №1. – С. 49-56.

2. Багненко С.Ф., Кабанов М.Ю., Корольков А.Ю., Яковлев Д.М. Каркасное стентирование в комплексном лечении доброкачественных стриктур внепеченочных желчных протоков // Анналы хирургической гепатологии. – 2008.- Т.13. – С.105.

3. Enqiao Yu., Liu Jianxia, Qin Lei et al. Recoperation after Roux- en- Y cholangioeenterostome with hilamrietue of anastomotic stoma: a report of 15 cases // Journal of Clinical Hepatology. – 2012. - Vol. 28, №1. - P.26-28.

4. Хункуй И. Применение инфракрасного лазера в комплексном лечении острого и хронического холангита у больных после операций по поводу стриктуры холедоха // Аспирантский вестник Поволжья. – 2012. - №1/2. – С.212 – 215

БЕЛОКОНЕВ В.И., КОВАЛЕВА З.В.,
ЭРДЕЛИ Ю.И., ВОВК А.В., ГУБСКИЙ В.М.

НАТИҶА ВА МУШКИЛОТИ БЕМОРОНИ БО ИЛЛАТЁБИ ВА ТАНГШАВИИ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХ ВОБАСТА АЗ ҶОЙГИРШАВИ

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии № 2 «Донишгоҳи давлатии тибии Самара» Федератсияи Россия

Калимаҳои калидӣ: иллатёбӣ ва тангшавии гепатикохоледох, натиҷа ва мушкилотҳои табобат.

Дар давоми 2000 то 2017 сол таҳлили хулосаи табобати 87 беморони бо илатёби ва тангшавии гепатикохоледох, ки синну соли беморон аз 20 то 89 сол мебошад, дарҷ гаштааст. Мардҳо 25 (28,7%) ва занҳо 62 (71,3%) буданд. Иллатёбии нави гепатикохоледох дар 42 (49,4%) ва тангшавии гепатикохоледох – 44 (50,6%) беморон буданд. Дар ин мақола тактика ва роҳҳои табобати беморони иллатёфта ва тангшавии гепатикохоледох аз ҳисоби ҷойгиршави дарҷ ёфтааст. Техникаи гузоштани гепатикоэнтероанастомоз дар дренажи ивазшавандаи байниҷигарӣ бо усули Гертсу ва усулҳои ҷарроҳиҳо ҳангоми иллатёбии қисмҳои ретродуоденалӣ ва трансдуоденалии холедох дар вақти ЭРХПГ бо ЭПСТ дарҷ шудааст.

Ҳангоми табобати 43 (49,4%) беморони бо иллатёбии гепатикохоледох 8 (18,6%) бемор вафот кард. Дар вақти иллатёбии қисми проксималӣ ва супрадуоденалӣ аз 35 (81,4%), 3 (8,6%) бемор ва дар вақти иллатёбии қисми ретро – ва трансдуоденалӣ аз 8 (18,6%), 5 (62,5%) вафот кард. Дар вақти табобати беморони тангшавии гепатихоледох аз 44 (50,6%), 2 (4,5%) бемор вафот кард. Такроршавии тангшави пас аз гузоштани гепатикоэнтеро- ва гепатикоеюноанастомоз дар 3 (7,1%) бемор ба вуҷуд омад.

УДК 617;616.8;616-053.2

БЕРДИЕВ Р.Н., САЪДИЕВ Р.З.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

Кафедра нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Проведена оценка эффективности новых методов хирургического лечения врожденных спинномозговых грыж у 56 детей в условиях детского нейрохирургического отделения при Национальном медицинском центре РТ «Шифобахш» с 2015 по 2017 гг.

При больших (от 5 до 7см) и гигантских (больше 7 см) спинномозговых грыжах для закрытия дефекта мягких тканей необходимо использование смещаемых лоскутов или лоскутов на питающей ножке, взятых из соседних участков раны. При спинномозговых грыжах в сочетании с гидроцефалией необходимо проведение одномоментной операции грыжесечения с установкой люмбо-перитонеального шунта или двухэтапной ликворошунтирующей операции.

Ключевые слова: врожденная спинномозговая грыжа, менингорадикулоцеле, люмбо-перитонеальный шунт.

BERDIEV R.N., SADIEV R.Z.

SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL SPINALMALE HERNIAS IN CHILDREN

Department of Neurosurgery of the Avicenna Tajik State Medical University

Conducted the evaluation of effectiveness of new methods of the surgical treatment of congenital spinalmale hernias in 56 children, in a children's neurosurgical department at the National Medical Center of the Republic of Tajikistan "Shifobakhsh" from 2015 to 2017.

At large (from 5 to 7 cm) and giant (more than 7 cm) spinalmale hernias in order to close the defect of soft tissues, it is necessary to use displaceable flaps or flaps on the feeding stem, taken from adjacent wound sites. At spinalmale hernias in combination with hydrocephalus, it is necessary to perform a one-stage hernia operation with the installation of a lumbo-peritoneal shunt or a two-stage liquor-shunting operation.

Key words: congenital spinalmale hernia, meningoradiculocele, lumbo-peritoneal shunt.

Актуальность. Врожденные спинномозговые грыжи являются широко распространенными пороками развития центральной нервной системы. По данным разных авторов, спинномозговые грыжи шейной локализации отмечаются в 7,5%, грудной – в 10%, поясничной – в 60%, крестцовой – в 22,5% случаев [1].

В большинстве случаев при врожденных спинномозговых грыжах удается устранить дефект кожных покровов, образовавшийся после иссечения грыж. Однако, при больших и гигантских спинномозговых грыжах, нейрохирурги сталкиваются с большими техническими трудностями на этапе кожной пластики. В послеоперационном периоде нередко могут наблюдаться трофические изменения кожных покровов, расхождение краев послеоперационной раны вследствие чрезмерного натяжения мягких тканей, что приводит к инфицированию длительному заживлению раны [2, 3].

Особого внимания заслуживают проблемы ликворной гипертензии и раневой ликвореи при

Бердиев Р.Н. – зав. кафедрой нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.; 734003 пр-т. Рудаки 139; тел: +(992)-918-81-32-82; e-mail: namozovr75@gmail.com

хирургическом лечении врожденных спинномозговых грыж [4].

Вышеизложенное является актуальной задачей современной детской нейрохирургии.

Цель исследования. Оценить эффективность новых методов хирургического лечения врожденных спинномозговых грыж у детей.

Материал и методы исследования. Данная работа основана на анализе обследования и лечения 56 детей (мальчиков 24, девочек 32), которым были проведены операции по поводу врожденных спинномозговых грыж в условиях детского нейрохирургического отделения при Национальном медицинском центре РТ «Шифобахш» с 2015 по 2017 гг.

В возрастном аспекте дети распределились следующим образом: новорожденные – 2 (3,6%), от 1 до 3 месяцев – 3 (5,4%), от 3 до 6 месяцев – 33 (58,9%), от 6 месяцев до 1 года – 10 (17,8%), от 1 до 3 лет – 5 (8,9%) и старше 3 лет – 3 (5,4%).

С 2012 года, в клинике производится грыжесечение и пластика грыжевых ворот с установкой люмбо-перитонеального шунта (рис. 1), как способ профилактики послеоперационной раневой ликвореи при признаках ликворной гипертензии.

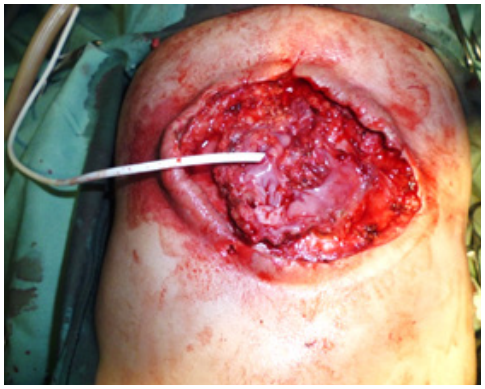


Рис. 1. Установка проксимального конца люмбо-перитонеального шунта

Всем пациентам проводилось комплексное исследование, включающее клинико-неврологический осмотр, измерение размеров грыжевого мешка, спондилографию, компьютерную томографию (КТ) позвоночника и головного мозга, ликворологические исследования.

Результаты и их обсуждение. В отечественной и зарубежной литературе нет стандартных рекомендаций по кожной пластике при врожденных спинномозговых грыжах. Нами разработана методика устранения дефектов кожных покровов, образовавшихся после иссечения больших и гигантских спинномозговых грыжах (рацпредложения №142 от 27.04.2012 г.; №146 от 27.11.2013 г.) (рис. 2).

Среди анатомических форм пороков развития при спинномозговых грыжах преобладали осложненные формы – менингорадикулоцеле, что наблюдалось у 47 (83,9%) пациентов. В неврологическом статусе у этих детей выявлялись грубые двигательные, чувствительные выпадения и нарушение функции тазовых органов.

а

б

Рис. 2. а) большая;б) гигантская спинномозговая грыжа

Среди анатомических форм пороков развития при спинномозговых грыжах преобладали осложненные формы – менингорадикулоцеле, что наблюдалось у 47 (83,9%) пациентов. В неврологическом статусе у этих детей выявлялись грубые двигательные, чувствительные выпадения и нарушение функции тазовых органов.

У 16 (28,6%) детей наблюдалось сочетание спинномозговой грыжи с гидроцефалией в различных клинических стадиях. При решении вопроса о проведении ликворошунтирующей операции у детей мы опирались на размеры желудочков мозга по данным КТ-головного мозга и скорости увеличения размеров головы в первые месяцы их жизни. В 4 (25%) случаях из-за выраженности гидроцефалии произведены ликворошунтирующие операции (первый этап) и в последующем через один месяц – грыжесечение (второй этап). В остальных 12 (75%) случаях больным проводили одномоментное грыжесечение с установкой люмбо-перитонеального шунта.

Сущность метода установки люмбо-перитонеального шунта, разработанного в клинике, заключается в том, что интраоперационно при хирургическом лечении спинномозговой грыжи в краниальном направлении на длину 3-4 см в спинномозговой канал устанавливается по-

лихлорвиниловая трубка и фиксируется. Затем трубка подкожно ведется к передней стенке живота и вставляется в брюшную полость длиной до 10 см.

Разработанный метод дает возможность снизить и контролировать внутричерепное давление, предотвращать гипертензионно-гидроцефальные кризы и предупреждать раневую ликворею, что благоприятно влияет на исходы заболевания.

Операция была произведена всем 56 пациентам. Особые проблемы возникают при операциях по поводу больших и гигантских спинномозговых грыж из-за больших размеров грыжевых ворот и дефектов мягких тканей, что требует усовершенствования способов пластических операций. По нашим данным, у 36 (64,3%) больных имели место большие и гигантские спинномозговые грыжи. Всем им применяли различные методы пластики закрытия дефектов. В остальных случаях дефект закрывали путем мобилизации кожи и подкожной клетчатки по периметру раны.

Для укрытия дефектов мягких тканей мы использовали различные местнопластические операции путем выполнения дополнительных разрезов кожи с учетом размера дефекта и эластичности кожи. При интраоперационных дефектах мягких тканей (в диаметре 3-5 см) применяли Z-образную пластику путем формирования односторонних или двухсторонних кожных лоскутов из окружающих тканей (рис. 3). Этим способом прооперированы 23 (63,9%) пациента, у одного из них отмечен краевой некроз кожи в послеоперационном периоде, заживление раны вторичным натяжением.

Рис. 3. Послеоперационный рубец: Z–образная пластика кожного дефекта

Для пластического закрытия четырехугольных дефектов (размер дефекта 5-7 см) применяли прямоугольные смещаемые лоскуты. Этим способом прооперированы 4 (11,1%) больных. Случаев краевого некроза и расхождения раны не наблюдалось.

У 9 (25%) больных с гигантскими дефектами (более 7 см) использовали метод формирование кожно-подкожного лоскута из соседнего участка раны с его ротацией (транспозицией) в область дефекта (рис. 4). В данной группе у одного (11,1%) из пациентов был отмечен краевой некроз кожи, он был выписан с вторичным заживлением раны. Остальные 7 (77,8%) больных выписаны с первичным заживлением раны. Причиной одного (11,1%) летального исхода явился прогрессирующий парез кишечника, диссеминированное внутрисосудистое свертывание (ДВС-синдром).

Рис. 4. Состояние после пластики односторонним смещаемым лоскутом

Из 20 больных, которым проводились различные местнопластические операции, у 2 (10%) отмечены осложнения в виде несостоятельности швов из-за некроза краев лоскута на ножке. Эти больные в последующем с вторичным заживлением раны выписаны в удовлетворительном состоянии. В послеоперационном периоде улучшение неврологической симптоматики наблюдалось у 15 (26,8%) из 56 пациентов с менингорадикулоцеле.

Заключение. Таким образом, врожденные спинномозговые грыжи относятся к тяжелым порокам развития ЦНС. Среди них наиболее часто наблюдаются осложненные формы с грубым неврологическим дефицитом. При больших (от 5 до 7 см) и гигантских (больше 7 см) спинномозговых грыжах для закрытия дефекта мягких тканей необходимо использование смещаемых лоскутов или лоскутов на питающей ножке, взятых из соседних участков раны. При спинномозговых грыжах в сочетании с гидроцефалией необходимо проведение одномоментного грыжесечения с установкой люмбо-перитонеального шунта или двухэтапной ликворошунтирующей операции.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиндурашвили А.Г., Иванов С.В., Кенис В.М. Подвывих и вывих бедра у детей с последствиями спинномозговых грыж (обзор литературы) // Травматология и ортопедия России. – 2013. – № 4 (70). – С. 97-102.

2. Виссарионов С.В., Дроздецкий А.П., Крутелев Н.А. Хирургическое лечение пациента с сочетанной патологией позвоночника и спинного мозга // Хирургия позвоночника. – 2011. - № 2. – С. 23-26.

3. Ваккасов Н.Й., Ахмедиев М.М. Роль алгоритма диагностики при лечение детей с врожденными спинномозговыми грыжами // Нейрохирургия и неврология детского возраста. – 2015. - № 2. – С. 55-60.

4. Еликбаев Г.М., Хачатрян В.А., Карабеков А.К. Врожденные спинальные патологии у детей: уч.-метод. пособие.– Шымкент, 2008. – С. 24-25.

БЕРДИЕВ Р.Н., САЪДИЕВ Р.З.

ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ ЧУРРАҲОИ МОДАРЗОДИИ ҲАРОММАҒЗ ДАР КӮДАКОН

Кафедраи ҷарроҳии асаби ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: чурраи модарзодии ҳароммағз, менингорадикулоселе, шунти люмбоперитонеалӣ.

Баҳогузории манфиатнокии усулҳои нави табобати ҷарроҳии чурраҳои модарзодии ҳароммагз дар 56 кӯдак дар шароити шуъбаи ҷарроҳии асаби кӯдаконаи назди Маркази миллии тиббии ҶТ "Шифобахш" аз соли 2015 то 2017 гузаронида шуд.

Ҳангоми чурраҳои калонҳаҷм (аз 5 то 7см) ва азимҷуссаи (зиёда аз 7 см) ҳарроммагз барои махкам кардани бофтаҳои мулоим боя порчаҳои ҳамҳудуд ё порчаҳое, ки аз қисматҳои дар наздикӣ қарордоштаи захм истифода бурд, ки сарчашмаи хунтаъминкунанда дошта бошад. Дар мавриди ҷой доштани чурраҳои ҳарроммагзӣ дар якҷоягӣ бо гидросефалия бояд амалиёти ҷарроҳии якдавравӣ бо гузоштани шунти люмбоперитонеалӣ ё амалиёти дудавравии шунтикунонии ликвор гузаронида шавад.

УДК 616.151.5-072;616.8-005

КОСИМОВ З.Х., МУРАДОВ А.М.

ВЛИЯНИЕ ЛЕГКИХ НА СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА В СМЕШАННОЙ ВЕНОЗНОЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Проанализированы результаты комплексного клинико-лабораторного и инструментального исследования 70 больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК): по 35 больных с ишемическим (ИИ) и геморрагическим инсультом (ГИ). При ОНМК имеются различной степени выраженности (субкомпенсированная и декомпенсированная стадии) нарушения способности лёгких к гипокоагуляции, что проявляется ДВС-синдромом и микротромбообразованием в лёгких. При этом повышается внутрилегочное сосудистое сопротивление, развивается право- и левожелудочковая недостаточность сердца, что имеет решающее значение для реализации компенсаторных возможностей гемодинамики головного мозга больных с ОНМК. Своевременная диагностика этих нарушений может использоваться для определения степени тяжести, прогноза и летальности.

Ключевые слова: острые нарушения мозгового кровообращения, ишемический инсульт, геморрагический инсульт, гемодинамика, гемостаз, смешанная венозная кровь, артериальная кровь.

KOSIMOV Z.KH., MURADOV A.M.

INFLUENCE OF LUNGS ON THE SYSTEM OF HEMOSTASIS IN MIXED VENOUS AND ARTERIAL BLOOD IN PATIENTS WITH ACUTE DISORDERS OF CEREBRAL CIRCULATION

Department of Efferent Medicine and Intensive Care of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»

Analyzed the results of a complex clinical-laboratory and instrumental study of 70 patients with acute disorders of cerebral circulation (ADCC): 35 patients with ischemic (AS) and 35 - hemorrhagic stroke (HS). At ADCC there are violations of the ability of lungs to hypocoagulation, which manifested by DIC-syndrome and microthrombosis in lungs. Violations have various degrees of severity (subcompensated and decompensated stages). This increases intrapulmonary vascular resistance, develops right and left ventricular failure of the heart, which is crucial for the realization of compensatory possibilities of brain hemodynamics in patients with ADCC. Early diagnosis of these disorders may be used to determine the severity, prognosis and mortality.

Key words: acute disorders of cerebral circulation, ischemic stroke, hemorrhagic stroke, hemodynamics, hemostasis, mixed venous blood, arterial blood.

Актуальность. Число острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) неуклонно прогрессирует во всем мире, что имеет особое государственное значение для всех развитых и развивающихся стран. За последние годы он составил 2,0-3,6, а в условиях города до 4,0 на 100 тыс. населения [1, 2]. Статистика показывает, что 79,8% из общего числа ОНМК составляет ишемический инсульт (ИИ), 16,8% – кровоизлияние

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 мозг, 3,4% – субарохноидальные кровоизлияния [3, 4]. Вызывает особую настороженность факт омоложения возрастной категории пациентов с инсультами [5].

ОНМК, являясь критическим состоянием, сопровождаются изменением функционального состояния многих систем организма, в первую очередь системы гемостаза, что непосредственно обусловлено эндотелиальной дисфункцией [1, 6]. Огромная поверхность эндотелиальной выстилки сосудов легких при возникновении нарушений ее функционирования не может не сказаться на метаболических процессах как в самих лёгких, так и в целом организме. Мощный выброс целого ряда биологически активных веществ из легких, обусловленный критическим состоянием, запускает проферментно-ферментный комплекс, нарушающий процессы свертывания-антисвертывания-фибринолиза в крови [7, 8]. Однако, до сих информация о влиянии легких на систему гемостаза при ОНМК находится вне поля зрения клинических исследований, что в конечном итоге затрудняет процессы профилактики, диагностики и лечения больных с этой патологией.

Цель исследования. Изучить влияние легких на систему гемостаза у больных с ОНМК.

Материал и методы исследования. В работе проанализированы результаты комплексного клинико-лабораторного и инструментального исследования 70 больных с ОНМК. Сравнивали три группы пациентов: 1 группа – 35 больных ишемическим инсультом (ИИ); 2 группа – 35 больных геморрагическим инсультом (ГИ); 3 группа (контрольная) – 20 практически здоровых человек (для определения средней нормы для Республики Таджикистан). Мужчин было 57,8%, женщин – 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.

Лечение и обследование проведено в областной клинической больнице им. Кутфидинова на кафедре неврологии Худжандского отделения ИПОвСЗ РТ, Городском научном центре реанимации и детоксикации (ГНЦРиД) г. Душанбе на кафедрах неврологии, эфферентной медицины и интенсивной терапии ИПОвСЗ РТ.

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

Проведенный анализ сроков поступления больных по анамнезу заболевания и историям болезни показал, что в острейшем периоде (от 3 до 6 часов с момента появления первых признаков ОНМК) в клинику поступило всего 21,4%, поздняя госпитализация была у 78,6% больных.

Анализ полученных данных свидетельствует, что артериальная гипертензия (АГ) остается одной из основных причин поступления и составляет более половины случаев, при этом 28,6% приходится на больных с ИБС, у которых имелись гипертония и её осложнения: стенокардия, постинфарктный кардиосклероз и др. Также значительную долю в структуре занимают пациенты с заболеваниями эндокринной системы, в том числе сахарным диабетом, составляя более 21,4%, с сосудистой патологией выявлено 8,6%, с нарушениями ритма сердца – 7,1%. Необходимо особо отметить низкий индекс здоровья обследованного контингента, т.к. более 3/4 поступивших 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, осмотра профильных специалистов (невропатолога, реаниматолога, окулиста, терапевта и др.) была определена топика и размеры поражения ЦНС, степень тяжести течения ОНМК, уровень сознания и оценены другие 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).

Из 70 больных правостороннее поражение головного мозга отмечено у 33 (47,1%) больных: из них ИИ – у 20 (60,6%), ГИ – у 13 (39,4%). Левосторонняя локализация очага имелась у 37 (52,9%) пациентов, из них: ИИ у 18 больных (48,6%), ГИ – у 19 больных (51,4%).

Всем поступившим проведены рутинные исследования показателей гемостаза в венозной кубитальной крови.

Изучение ГФЛ проводилось по артерио-венозной разнице крови, взятой одновременно из правого желудочка сердца – смешанная венозная кровь (СВК) и лучевой артерии – оттекающая от лёгких кровь (ОАК). Доступ к правому желудочку осуществлялся пункцией подключичной вены по методу Сельдингера с последующей его катетеризацией, а в отдельных случаях – пункцией через кубитальную вену рентгеноконрастными катетерами. ОАК забиралась канюлированием лучевой артерии общепринятой методикой.

Необходимо отметить, что всем 70 больным с ОНМК забор смешанной венозной крови (СВК) и оттекающей от легких артериальной крови (ОАК) по объективным причинам произвести не удалось, так как данные исследования могли быть проведены лишь на основании получения согласия больного или его законного представителя

по «листу информационного согласия о научных исследованиях». Но для большей объективизации группы больных с ИИ и ГИ и по количеству, и по тяжести состояния были приблизительно одинаковы и сопоставимы.

Для достижения цели исследования из 35 больных с ИИ у 20 (57,1%) проведены исследования гипокоагулирующей функции легких (ГФЛ), по тяжести состояния они были распределены на три группы: 1 группа – легкий инсульт: из 13 (37,1%) ГФЛ исследована у 6 (46,2%); 2 группа – средней тяжести: из 15 (42,9%) – у 9 (60,0%); 3 группа – тяжелый инсульт: из 7 (20,0%) – у 5 (71,4%) пациентов. Из 35 больных с ГИ ГФЛ изучена у 17 (48,6%). Из 25 больных с ГИ и внутримозговой гематомой данная функция легких изучена у 12 (48,0%), последние также были разделены на 3 группы: 1 группа – легкий инсульт: из 3 (12,0%) ГФЛ определена у 2 (66,7%); 2 группа – средней тяжести: из 8 (32,0%) – у 6 (75,0%); 3 группа – тяжелый инсульт: из 14 (56,0%) – у 4 (28,6%) пациентов. Из 10 больных, у которых после КТ и диагностической люмбальной пункции подтвержден диагноз «субарахноидальное кровоизлияние» (САК), тяжесть состояния при поступлении оценивалась по шкале Hunt-Hess, исследованию ГФЛ подверглись 5 (50,0%) пациентов. У пациентов со II степенью тяжести из 3 (30,0%) – у 2 (66,7%); с III из 5 (50,0%) – у 2 (40,0%); с IV из 2 (20,0%) – у 1 (50,0%).

Изучены некоторые показатели свертывания, антисвертывания и фибринолиза в СВК и ОАК, представленные в таблицах 1, 2.

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. Статистический анализ показателей всех фаз свёртывания, антисвертывания и фибринолиза, проведенный в группе больных ИИ (п=20) выявил значительные нарушения проб крови в зависимости от тяжести состояния и регуляции легкими этих процессов (табл. 1).

Результаты исследований у 20 больных ИИ 1, 2 и 3 групп 1 фазы – образования протромбиназы – выявили: достоверное увеличение АЧТВ и ВСК по Ли-Уайту в ОАК, по сравнению с СВК, на 17,0% (Р<0,05) и на 38,7% (Р<0,05) в 1 группе; отсутствие достоверной А-В разницы по этим показателям во 2 группе; тенденцию к снижению на 7,6% и 16,7% в 3 группе больных соответственно. При этом отмечено, что А-В разница по АЧТВ и ВСК по Ли-Уайту оказалась значительно сниженной у больных ИИ, по сравнению с контрольной группой здоровых доноров: в 1 группе на 31,7% и 55,8%, во 2 группе на 84,7% и 91,0% и в 3 группе на 7,6% и 16,7% соответственно.

Анализ показателей 2 фазы свёртывания в этих группах показал, что в ОАК, по сравнению с СВК, ПТИ достоверно снизился на 11,7% (Р<0,05) в 1 группе, недостоверно на 3,2% во 2 группе при наличии тенденции к повышению на 5,2% в 3 группе больных. По показателю МНО выявлено его увеличение в ОАК, по сравнению с СВК, на 37,5% и 2,6% в 1 и 2 группах и снижение на 14,0% в 3 группе соответственно. Сравнение А-В по ПТИ и МНО у больных ИИ к контрольной группе показало, что у 1 группы они снизились на 2,5% и 70,4%, у 2 группы – на 73,3% и 76,6% и у 3 группы по ПТИ снизились на 56,7%, а по МНО увеличились на 28,8% соответственно (табл. 1).

По результатам исследования 3 фазы – образование фибрина – выявлено: тенденция к снижению фибриногена и содержания Ca^2 в ОАК, по сравнению с СВК, на 12,7% и на 7,4% в 1 группе, достоверное уменьшение их количества на 14,3% (Р<0,05) и на 8,3% во 2 группе; на 22,5% (Р<0,01) и на 8,0% в 3 группе больных. При этом отмечено, что А-В разница по содержанию фибриногену и ионов Ca^2 в крови на фоне гиперфибриногенемии оказалась значительно снижена у больных ИИ, по сравнению с контрольной группой здоровых доноров: в 1 группе на 47,7% и 327,0%, во 2 группе на 41,1% и 145,9% и в 3 группе на 7,4% и 186,5% соответственно. Необходимо отметить, что у практически здоровых людей в ОАК, по сравнению с СВК, фибриногена становится больше на 10-24%. В зависимости от тяжести течении ИИ мы наблюдаем преципитацию легкими фибриногена и потребление ионов Ca^2 из крови, как факторов свёртывания, т.е. отмечается локализованный в легких ДВС-синдром, прогрессирующий от 1 ко 2 и 3 группам больных (табл. 1).

Таким образом, анализ составляющих компонентов свертывания по А-В разнице показал, что в зависимости от тяжести течения ИИ у больных нарушается ГФЛ – от компенсированного нарушения в 1 группе, субкомпенсированного во 2 группе до декомпенсации в 3 группе больных. При компенсированных нарушениях ГФЛ ОАК теряет свой потенциал на 50-60% по сравнению со здоровыми, т.е. притекающая к лёгким СВК гипокоагулируется, но значительно меньше, чем в норме. При субкомпенсированных нарушениях ГФЛ легкие теряют способность к гипокоагуляции, притекающая и оттекающая от легких кровь статистически достоверно не меняет своего потенциала. Декомпенсированные нарушения ГФЛ приводят к выраженной преципитации фибриногена и развитию ДВС в легких, что проявляется гиперкоагуляцией ОАК.

Таблица 1

Показатели свёртывания, антисвертывания и фибринолиза у больных ИИ при поступлении в СВК и ОАК

Показатели	ИИ n = 20								
	1 группа n =6 легкая степень тяжести			2 группа n =9 средней степени тяжести			3 группа n =5 тяжелой степени тяжести		
	СВК	ОАК	В – А разница %	СВК	ОАК	В – А разница %	СВК	ОАК	В – А разница %
ВСК по Ли-Уайту, мин	5,0±0,5	6,9±0,46	+38,0*	5,2±0,7	5,6±0,6	+7,7	4,8±0,4	4,0±0,5	-16,7
АЧТВ сек	32,3±1,6	37,8±2,3	+17,0*	31,2±1,4	32,4+1,8	+3,8	30,4±1,6	28,1±1,4	-7,6
ПТИ индекс, %	103,6±4,4	91,5±5,0	-11,7	106,7±5,4	103,3±5,2	-3,2	110,0±4,7	115,7±5.2	+5,2
МНО	0,8±0,01	1,1±0,01	+37,5	0,78±0,01	0,8±0,02	+2,6	0,7±0,03	0,6±0,01	-14,3
Фибриноген г/л	5,5±0,2	4,8±0,4	-12,7	5,6±0,2	4,8±0,3	-14,3*	4,0±0,2	3,1±0,2	-22,5**
Ca^{2+} ммоль/л	2,7±0,4	2,9±0,6	+7,4	2,4±0,2	2,2±0,1	-8,3	2,5±0,3	2,7±0,7	-8,0
АТ III, %	61,2±4,3	82,4±3,8	+34,6**	62,4±5,2	65,5±4,9	+5,0	61,5±4,8	57,4±4,6	-6,7
ВС гепарина, сек	7,0±0,32	8,2±0,28	+17,1**	7,2±0,4	7,1±0,4	-1,4	5,6±0,2	4,8±0,18	-14,3**
ФАК, %	13,3±1,3	16,6±1,5	+24,8*	12,4±1,5	13,3±1,2	+7,6	10,8±1,1	9,2±1,3	-14,8
ПДФ мг/л	13,5±0,8	8,1±0,7	-40,0***	18,7±1,2	20,1±1,3	+7,5	24,0±1,1	29,3±1,3	+22,1*
Нв г/л	160,2±5,6	158±4,8	-1,4	161,5±4,4	162±5,2	+0,3	158,8±6,2	160,2±5,8	-0,9
Ht %	54,1±1,2	53,4±1,3	-1,3	55,6±1,6	52,4±1,4	-5,8	58,2±0,8	56,4±1,3	-3,1
Тромбоциты$\times 10^9 л^{-1}$	280,5±15,4	259,8±12,4	-7,4	230±20,5	205±18,3	-10,8	210,8±20,5	185,5±16,4	-12,0

Примечание: * – P< 0,05; ** – P< 0,01; *** – P< 0,00

Нами выявлены причины развития нарушения ГФЛ, которые зависят от компенсаторных возможностей антисвертывающей и фибринолитической систем эндотелия легочных сосудов и клеток легочной паренхимы.

Результаты анализа показателей антисвертывания по АТIII и ВС гепарина, а также фибринолиза по ФАК и ПДФ у 20 больных ИИ 1, 2 и 3 групп и контрольной группы здоровых показали, что легкие в зависимости от тяжести течения патологического процесса и в норме проявляют различную активность антисвертывания и фибринолиза.

Анализ показателей антисвертывания в ОАК, по сравнению с СВК, по АТIII и ВСГ выявил: достоверное увеличение на 34,6% (P<0,01) и на 17,1% (P<0,01) в 1 группе; отсутствие достоверной А-В разницы по этим показателям во 2 группе; тенденцию к снижению на 6,7% и достоверное 14,3% (P<0,01) в 3 группе больных соответственно. При этом отмечено, что у больных ИИ А-В разница, по сравнению с контрольной группой здоровых доноров: по содержанию АТIII повышена на 288,8%, ВСГ снижена на 25,3% в 1 группе; во 2 группе – на 43,8% и 93,9%, в 3 группе – на 24,7% и 37,5% соответственно, что указывает на активизацию антисвёртывающей системы легких в 1 группе больных; истощение факторов антисвертывания и возникновение предпосылок к развитию гиперкоагуляции и микротромбообразования во 2 и 3 группах пациентов с ИИ.

Наряду с этими процессами происходит активация ФАК в ОАК, по сравнению с СВК: в 1 группе она увеличивается на 24,8% (P<0,05), во 2 группе отмечена лишь тенденция на 7,6%, при том, что в 3 группе выявлена тенденция снижения А-В разницы на 14,3%. При сравнении ФАК по А-В разнице с показателями контрольной группы: у 1 группы больных ИИ она увеличилась на 288,8%, у 2 группы всего лишь на 15,1%, в 3 группе – на 124,2%. Полученные сведения подтверждают наличие взаимосвязи антисвертывающей и фибринолитических систем, что указывает на процессы активизации фибринолиза легких в 1 группе, истощения её факторов во 2 группе и создание предпосылок развития ДВС-синдрома, при полной несостоятельности в 3 группе больных ИИ, развитии ДВС и микротромбообразования. В 1 группе больных ИИ количество ПДФ в ОАК, по сравнению с СВК, достоверно снизилось на 40,0% (P<0,001), во 2 группе отмечается отсутствие достоверной статистической разницы по показателям продуктов деградации фибрина и фибриногена, а в 3 группе наблюдается достоверное повышение их количества на 22,1% (P<0,05), указывающее на истощении ФАК и попадание названных продуктов в артериальное русло у этих пациентов с вытекающими патофизиологическими сдвигами. Полученные данные по фибринолитическим показателям еще раз подтверждают компенсаторные возможности легких в 1 группе больных, субкомпенсацию во 2 группе и декомпенсацию в 3 группе больных с ИИ.

Изучение А-В разницы 1, 2, 3 группах больных по содержанию Hb и Ht показывает, что их легкие, как и у здоровых людей, не оказывают статистически значимых изменений и не влияют на уровень этих покахателей как в СВК, так и в ОАК. Однако, количество тромбоцитов в оттекающей от лёгких артериальной крови имеет тенденцию к снижению в зависимости от тяжести состояния больных ИИ, т.е. потреблению их как фактора свертывания, что является одним из критериев микротромбообразования в лёгких (табл. 1).

Таким образом, у больных ИИ отмечается синдром гиперкоагуляции и гипервискозности с развитием ДВС-синдрома 1-2 стадий, истощение факторов антисвертывания и ФАК, последовательно нарастающие от 1 к 3 группе. В бассейне правого желудочка сердца смешанная венозная кровь становится более вязкая со сниженным гемостатическим потенциалом и гиперкоагулированная, так как в этом бассейне сердца проходит сбор крови со всего организма. При прохождении через легкие СВК у больных ИИ 1 группы с легким течением заболевания лёгкие и эндотелий их сосудов активно участвуют в гипокоагуляции притекающей к ним крови, но функциональная способность значительно снижена, по сравнению со здоровыми людьми. Во 2 группе больных ИИ со средней тяжестью легкие и их структурные единицы теряют способность к регуляции гипокоагуляции на фоне истощения факторов антисвертывания и фибринолиза, а также преципитации фибриногена и потребления тромбоцитов, вызывая процессы микротромбообразования в легких. У 3 группе больных ИИ с тяжелым течением отмечаются нарушения гемостаза как в СВК, так и в ОАК, когда сами легкие вместо гипокоагуляции притекающей к ним крови способствуют её гиперкоагуляции, ДВС и микротромбообразованию с декомпенсацией ГФЛ и вытекающими последствиями в виде создания предпосылок для нарушения кровообращения не только в легких и сердца, но и гемодинамики головного мозга.

Данные нарушения ГФЛ у больных ИИ могут быть использованы для определения степени тяжести, прогноза и летальности, так как обнаружена прямая корреляционная зависимость стадийности нарушения ГФЛ с общей тяжестью состояния и летальности. У всех умерших больных ИИ ретроспективно выявлены суб- или декомпенсированные нарушения ГФЛ. В связи с этим, по нашему мнению, в клинической практике необходимо контролировать не только венозную, но, обязательно, и артериальную кровь, по кото-

Таблица 2

Показатели свёртывания, антисвертывания и фибринолиза у больных ГИ при поступлении в СВК и ОАК

Показатели	ИИ n = 20								
	1 группа n =6 легкая степень тяжести			2 группа n =9 средней степени тяжести			3 группа n =5 тяжелой степени тяжести		
	СВК	ОАК	В – А разница %	СВК	ОАК	В – А разница %	СВК	ОАК	В – А разница %
ВСК по Ли-Уайту, мин	5,3±0,6	6,7±0,5	+26,4	5,1±0,3	5,6±0,8	+9,8	4,5±0,8	3,8+0,6	-15,6
АЧТВ, сек	30,5±1,8	35,2±2,1	+15,4	29,8±1,6	31,2±1,8	+4,7	27,4±1,7	25,1±1,6	-8,4
ПТИ индекс, %	105,7±5,6	93,2±5,9	-11,8	107,2±5,2	105,1±4,1	-1,9	110,8±5,4	118,4±4,8	+6,8
МНО	0,8±0,01	1,0±0,02	+25,0	0,76±0,02	0,8±0,01	+5,3	0,71±0,01	0,58±0,01	-18,3
Фибриноген г/л	5,3±0,3	4,9±0,2	-7,6**	5,5±0,4	4,1±0,6	-25,5	3,4±0,5	2,3±0,4	+41,0*
Ca^{2+}, ммоль/л	2,4±0,6	2,6±0,7	+8,3	2,2±0,8	2,1±0,4	+4,5	2,0±0,9	2,1±0,3	+5,0
АТ III, %	64,5±5,1	84,8±4,6	+31,5	62,1±4,2	66,2±4,7	+6,6	60,5±5,3	55,±4,6	-8,7
ВС гепарина, сек	6,3±0,4	7,8±0,3	+23,8	7,0±0,7	6,8±0,5	-2,8	5,1±0,4	4,2±0,6	-17,6
ФАК, %	12,7±1,1	15,8±1,2	+24,4	11,1±1,2	12,4±1,3	+10,7	9,8±1,3	7,6±1,2	-22,5
ПДФ мкг/мл	1,14±1,5	7,79±1,1	-35,8	20,1±1,7	21,2±1,6	+5,5	26,3±1,7	31,2±1,5	+18,6
Нв г/л	148,7±6,2	145,0±5,5	-2,5	145,1±7,1	143,0±6,3	-1,5	138±4,2	136,5±5,1	-1,1
Ht %	48,2±1,2	47,3±1,1	-1,9	47,1±1,2	46,5±1,3	-1,3	45,1±1,0	44,5±1,1	-1,33
Тромбоциты$\times 10^9 л^{-1}$	260±25	245,5±15,4	-5,6	220,4±22,5	190,8±24,5	-13,4	205,3±18,0	170,4±21,2	-17,0

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

рой мы можем проводить раннюю диагностику, профилактику и комплексную интенсивную терапию нарушений не только системы гемостаза, но легочных и мозговых осложнений.

Исследования показателей свёртывания, антисвертывания и фибринолиза, проведенные в группе больных ГИ, выявили значительные нарушения проб крови в зависимости от тяжести состояния и регуляции легкими этих процессов (табл. 2).

Результаты исследований больных ГИ 1, 2, 3 групп в зависимости от тяжести состояния выявили: тенденцию увеличения АЧТВ и ВСК по Ли-Уайту в ОАК, по сравнению с СВК, на 15,4% и 26,4% в 1 группе; отсутствие достоверной А-В разницы по этим показателям во 2 группе; а также тенденцию к их снижению на 8,4% и 15,6% в 3 группе больных. Также определено, что А-В разница по АЧТВ и ВСК по Ли-Уайту оказалась значительно сниженной у больных ГИ, по сравнению с контрольной группой здоровых доноров: у 1 группы на 38,2% и 69,3%, во 2 группе на 81,1% и 88,6% и в 3 группе на 66,3% и 81,9% соответственно.

Статистический анализ показателей 2 фазы свертывания показал, что в ОАК, по сравнению с СВК, ПТИ достоверно снизился на 11,8% в 1 группе, статистически недостоверно на 3,2%, т.е. имеется отсутствие достоверной А-В разницы, во 2 группе и тенденцию к повышению на 6,8% в 3 группе больных. МНО увеличено в ОАК, по сравнению с СВК, на 25,0% в 1 группе, на 5,3% во 2 группе при его снижении на 18,3% в 3 группе. Сравнение А-В по ПТИ и МНО у больных ГИ к контрольной группе показало: что у 1 группы индекс снизился на 1,6%, МНО увеличилось на 125,2%, у пациентов 2 группы оба этих показателя снизились на 84,2% и 52,3%, а у больных 3 группы ПТИ снизился на 43,3%, а МНО увеличилось на 64,9% (табл. 2).

Анализом результатов показателей 3 фазы образования фибрина в 1, 2, 3 группах выявлено: достоверное снижение фибриногена в ОАК, по сравнению с СВК, на 7,6% (P<0,01) и тенденция к снижению содержания ионов Са2 на 8,3% в 1 группе, уменьшение его количества на 25,5% и на 4,5% во 2 группе; на 41,0% (P<0,05) и на 5,0% в 3 группе больных. А-В разница по фибриногену и содержанию Са2 на фоне гиперфибригенемии у больных ГИ, по сравнению с контрольной группой здоровых доноров: в 1 группе снижена на 68,7% и 124,0%, во 2 группе увеличена на 4,9% и 21,6%, в 3 группе – на 33,3% и 35,1% соответственно. Необходимо отметить, что в зависимости от тяжести течения ГИ наблюдается усиление преципитации легкими фибриногена и потребление Ca^2, как факторов свёртывания, т.е. проявляются процессы локализованного в легких ДВС-синдрома, прогрессирующего от 1 ко 2 и 3 группам больных. Такие же процессы выявлены у пациентов ИИ, хотя, как отмечалось выше, у практически здоровых людей в ОАК, по сравнению с СВК, фибриногена статистически становится больше (табл. 2).

Таким образом, анализ показателей свертывания по А-В разнице показал, что в зависимости от тяжести течения ГИ у больных нарушается ГФЛ: в 1 группе компенсированного, во 2 группе субкомпенсированного и в 3 группе декомпенсированного характера с развитием локального ДВС-синдрома и микротрмбообразования.

Выявленные нарушения ГФЛ по фазам свертывания в 1, 2 и 3 группах у больных ГИ напрямую зависят от антисвертывающей и фибринолитической систем эндотелия легочных сосудов и клеток легочной паренхимы.

Результаты анализа показателей антисвертывания по АТIII и ВС гепарина, а также фибринолиза по ФАК и ПДФ у 20 больных ГИ 1, 2 и 3 групп показывают, что легкие в зависимости от тяжести течения патологического процесса проявляют различную активность антисвертывания и фибринолиза.

Анализ показателей антисвертывания в ОАК, по сравнению с СВК, по АТIII и ВСГ выявил: тенденцию увеличения на 31,5% и на 23,8% в 1 группе; отсутствие значимой статистически достоверной А-В разницы по этим показателям во 2 группе; тенденцию к снижению на 8,7% и 17,6% в 3 группе больных. При этом обнаружено, что у больных ГИ А-В разница, по сравнению с контрольной группой здоровых доноров: в 1 группе по АТIII снижена на 74,7% и ВСГ на 3,9%; во 2 группе – на 25,8% и 87,8% и в 3 группе – на 22,5% и 23,1% соответственно, что указывает на активизацию антисвёртывающей системы легких в 1 группе больных, истощение факторов антисвертывания и возникновение предпосылок к развитию гиперкоагуляции и микротромбообразования во 2 и 3 группе пациентов с ГИ. Такие же процессы прослеживаются у больных с ИИ в зависимости от тяжести состояния.

Наряду с процессами гиперкоагуляции и микротромбообразования происходят значительные сдвиги в фибринолитической системе легких: тенденция активации ФАК в ОАК, по сравнению с СВК, в 1 группе на 24,4%, во 2 группе отмечено её увеличение всего лишь на 10,7%, при том, что в 3 группе уже имеется тенденция к снижению А-В разницы по этому покзателю на 22,5%. При сравнении ФАК по А-В разнице к показателям контрольной группе отмечено, что у 1 группы больных ГИ она снизилась на 74,7%, у 2 группы увеличилась на 62,1%, в 3 группе активность вновь понижается на 70,0%. Таким образом, на фоне снижения фибринолитической активности в смешанной венозной

крови в 1 группе отмечаются процессы активизации фибринолиза в легких и нарастание его потенциала в артериальной крови, истощение названных факторов во 2 группе и создание предпосылок для развития ДВС-синдрома, полная несостоятельность в 3 группе больных ГИ с развитием ДВС и микротромбообразования. Эти выводы подтверждают анализы показателей ПДФ в СВК и ОАК. Так, в 1 группе больных ГИ количество ПДФ в ОАК, по сравнению с СВК, достоверно снизилось на 35,8%, во на фоне их общего увеличения во 2 группе отмечается отсутствие достоверной статистической разницы по этому показателю, в то время как в 3 группе заметно повышение их количества на 22,5%, указывающее на попадание продуктов деградации фибрина и фибриногена в артериальное русло у этих пациентов с вытекающими патофизиологическими сдвигами и развитием синдрома полиорганной недостаточности. Полученные данные по фибринолитической активности легких еще раз указывают на их компенсаторные возможности в 1 группе больных, во 2 группе – на истощение факторов фибринолиза и их субкомпенсацию, в 3 группе – на их полную декомпенсацию и развитие ДВС и микротромбообразования.

Анализ показателей Hb и Ht по А-В разнице в 1, 2, 3 группах больных ГИ, также как в 1, 2, 3 группах пациентов с ИИ и у здоровых людей показывает, что легкие не оказывают статистически значимых изменений на уровень этих показателей как в СВК, так и в ОАК. Однако, количество тромбоцитов в ОАК, по сравнению с СВК, имеет тенденцию к снижению в зависимости от тяжести состояния больных ГИ, т.е. происходит их потребление как фактора свертывания, что является прямым подтверждением развития ДВС 1 и 2 стадий, микротромбообразования в капиллярной системе лёгких (табл. 2).

Таким образом, у больных ГИ и ИИ проявляется синдром гиперкоагуляци и гипервискозности с развитием ДВС-синдрома 1-2 стадий, истощением факторов антисвертывания и ФАК, усугубляющихся от 1 к 3 группе. У больных ГИ 1 группы с легким течением при прохождении СВК, которая более вязкая, со сниженным гемостатическим потенциалом и гиперкоагулированная, через легкие проявляется активное участие последних в гипокоагуляции притекающей к ним крови, но их функциональная способность значительно снижена, по сравнению со здоровыми людьми, т.е. нарушения ГФЛ носят компенсированный характер. Во 2 группе больных ГИ средней тяжести легкие теряют свою функциональную гипокоагулирующую способность, что проходит на фоне преципитации фибриногена, потребления тромбоцитов и факторов антисвертывания и фибринолиза, вызывая предпосылки процессов развития микротромбообразования в легких, т.е. отмечаются субкомпенсированные нарушения ГФЛ. У 3 группы больных ГИ с тяжелым течением отмечаются процессы гиперкоагуляции, ДВС и микротромбообразования в оттекающей от легких артериальной крови с декомпенсацией ГФЛ

Заключение. Данные о характере нарушений ГФЛ у больных ГИ, также как и у пациентов с ИИ могут быть использованы для определения степени тяжести, прогноза и летальности при ОНМК. В зависимости от тяжести состояния ГИ и ИИ при суб- или декомпенсированных нарушениях ГФЛ, при которых развивается ДВС-синдром и микротрмбообразование, создаются условия для нарушения кровообращения в легких, повышения внутрилегочного сосудистого давления, право- и левожелудочковой недостаточности сердца, что имеет решающее значение для реализации компенсаторных возможностей гемодинамики головного мозга у больных с ОНМК.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

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

2. Рахмонов Р.А., Исоева М.Б. Модифицируемые факторы риска инсульта среди населения города Душанбе // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана.- 2017.- №1.- С. 80-84

3. Чочаева М.Ж., Эльгарова Л.В., Сабанчиева Х.А., Тхабисимова И.К. Острое нарушение мозгового кровообращения: частота, структура, возможности нейровизуализационных // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6; URL: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=23737 (дата обращения: 25.10.2017)

4. Мисникова И.В., Древаль А.В., Ковалёва Ю.А., Исакова Е.В., Козяйкин В.В. Риск развития острых нарушений мозгового кровообращения у больных сахарным диабетом типа 2 // Проблемы стандартизации в здравоохранении.- 2011.- № 11-12.- С. 35-38

5. Давлетгильдеева З. Г., Фомина Е. А., Досжанова Г. Б., Еркин А. Еркин Частота и особенности клинического течения острого нарушения мозгового кровообращения у детей // Молодой ученый.- 2014.- №17.- С. 156-157.

6. 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)

7. Суслина З.А., Танашян М.М., Антитромботическая терапия ишемических нарушений мозгового кровообращения с позиций доказательной медицины.- М.: Медицинское информационное агентство, 2009. - 224 с.

8. Шишкин А.Н., Лындина М.Л. Эндотелиальная дисфункция и артериальная гипертензия // Артериальная гипертензия.- 2008.- Т. 14, № 4.- С. 315-319.

КОСИМОВ З. Х., МУРАДОВ А.М.

ТАЪСИРИ ШУШҲО БА СИСТЕМАИ ГЕМОСТАЗИ ХУНИ ОМЕХТАИ ВЕНОЗӢ ВА ШАРАЁНИИ БЕМОРОНИ ДОРОИ ВАЙРОНШАВИИ ШАДИДИ ГАРДИШИ ХУН ДАР МАЙНАИ САР

Кафедраи табби эфферентӣ ва табобати интенсивии МДТ ДТБКСТ ҶТ

Калимаҳои калидӣ: вайроншавии шадиди гардиши хун дар майнаи сар, сактаи ишемиявии майнаи сар, сактаи геморрагии майнаи сар, гемодинамика, гемостаз, хуни омехтаи венозӣ, хуни шараёнӣ.

Натиҷаҳои тадқиқоти маҷмуавии клинико-лабораторӣ ва дастгоҳии 70 бемор бо вайроншавии шадиди гардиши хуни майнаи сар мавриди таҳлил қарор гирифт: 35 бемор бо намуди ишемиявии сактаи майнаи сар ва 35 бемор бо намуди геморрагии сактаи майнаи сар. Ҳангоми вайроншавии шадиди гардиши хун дар майнаи сар ифодаёбии гуногундараҷаи вайроншавии қобилияти шушҳо ба гипокоагулятсия ба қайд гирифта мешавад, ки ба намуди ДВС синдром ва пайдошавии тромбҳои хурд дар шушҳо ифода меёбад. Дар ин маврид муқобилияти дохилишушии рагӣ баланд гашта, норасогии меъдачаи рост ва чапи дил ба миён меояд, ки барои татбиқи имкониятҳои компенсатории гардиши хуни майнаи сари беморони дорои вайроншавии шадиди гардиши хуни майнаи сар аҳамияти ҳалкунанда дорад. Ташхиси саривақтии ин дигаргуниҳо метавонад дар муайян намудани дараҷаи вазнинӣ, пешгӯӣ ва оқибати беморӣ истифода бурда шавад.

УДК 616.367-089;616.361-072

[1]КУБАЧЕВ К.Г., [2]МУХИДДИНОВ Н.Д.,
[1]ЗАРКУА Н.Э., [1]ФОКИН А.М.

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

[1]ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации
[2]ГОУ ИПОвСЗ РТ

В статье анализируются причины повреждения внепеченочных желчных протоков, инновационные методы ранней диагностики и дифференцированной хирургической тактики у 113 больных. Рассмотрены различные методы оперативного вмешательства при их лечении в зависимости от длины проксимальной культи гепатикохоледоха, развившиеся осложнения, показания и противопоказания к выполнению реконструктивных операций.

Ключевые слова: ятрогенные повреждения желчных протоков, диагностика, хирургическое лечение.

[1]KUBACHEV K.G., [2]MUKHIDDINOV N.D.,
[1]ZARKUA N.E., [1]FOKIN A.M.

IATROGENIC DAMAGES OF THE EXTRAHEPATIC BILE DUCTS DURING LAPAROSCOPIC CHOLOCYSTECTOMY

[1]State Budget Institution of Higher Education "North-Western State Medical University named after I.I Mechnikov" under the Ministry of Public Health of the Russian Federation
[2]State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

The article analyzes causes of damage of the extrahepatic bile ducts, innovative methods of early diagnosis and differentiated surgical tactics in 113 patients. Studied various methods of surgical intervention during their treatment depending from the length of proximal stump of hepaticocholedochus, developed complications, indications and contraindications for performing of reconstructive operations.

Key words: iatrogenic damages of bile ducts, diagnostics, surgical treatment.

Актуальность. В связи со значительным ростом числа операций по поводу желчнокаменной болезни, за счет широкого внедрения эндовидеохирургических технологий выросла частота ятрогенных повреждений магистральных желчных протоков (ЯПМЖП). Частота повреждений внепеченочных желчных протоков составляет 1 на 300–500 лапароскопических холецистэктомий [1, 2]. Результаты лечения этих больных до сих пор остаются неудовлетворительными. Причинами являются поздняя диагностика повреждений протока, неадекватное хирургическое пособие, высокая частота развития стриктуры анастомозов с развитием гнойного холангита [3, 4]. Вследствие этого пациенты подвергаются неоднократным повторным оперативным вмешательствам. Около 80% больных становятся глубокими инвалидами. Летальность после реконструктивных хирургиче-

Кубачев К.Г. – профессор кафедры хирургии им Н.Д. Монастырского СЗГМУ им И.И. Мечникова, д.м.н.; 197014 Санкт-Петербург, ул. Кирочная - 41; тел.: +7 960 231 56 39; e-mail: kubachev-kubach@mail.ru

ских вмешательств остается высокой, достигая 7–19% [5]. До сих пор остаются дискутабельными вопросы о способах восстановления пассажа желчи и дренирования желчных протоков, в том числе при развитии стриктур анастомозов.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с ятрогенными повреждениями внепеченочных желчных протоков посредством инновационных методов ранней диагностики и дифференцированной хирургической тактики.

Материал и методы исследования. За 2001–2016 гг. включительно на клинических базах кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ, ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4» и ОБУЗ «Городская клиническая больница №7» г. Иваново на лечении находились 113 больных в возрасте от 20 лет до 71 года с ЯПВЖП. Соотношение женщин и мужчин составило 10:1, что соответствует соотношению количества оперируемых женщин и мужчин по поводу желчнокаменной болезни. 71,7% пациентов были моложе 60 лет.

Повреждения желчных протоков оценивались согласно классификации Гальперина Э.И. (2009) [6]. У 39,8% больных повреждение внепеченочных желчных протоков произошло при выполнении лапароскопической холецистэктомии по поводу неосложненного холецистолитиаза, у 16,8% больных – обострения хронического холецистита, у 7,1% – холецистохоледохолитиаза, осложненного механической желтухой, у 36,3% – острого холецистита.

Результаты и их обсуждение. Повреждения внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии обусловлены несколькими причинами. Это «плоская» картина изображения операционного поля на экране монитора, отсутствие возможности мануальной ревизии желчных протоков, отказ от выполнения интраоперационного инструментального исследования желчных протоков из-за нежелания хирургов или по причине отсутствия навыков эндовидеохирургической ревизии внепеченочных желчных протоков, участие хирургов, не имеющих опыта в хирургии желчных протоков, в лечении этой категории больных.

Кроме того, отказ от интраоперационной ревизии желчных протоков обосновывается результатами дооперационного ультразвукового исследования. Между тем известно, что возможности визуализации особенностей анатомии внепеченочных желчных протоков посредством чрескожного ультразвукового исследования низкие и зависят от степени подготовки больного, квалификации врача, класса и технического состояния оборудования. Чувствительность и общая точность УЗИ при диагностике патологии ретродуоденального отдела протока и большого дуоденального сосочка не превышает 5%–10%. При этом частота ошибочных заключений при острой патологии на порядок выше, нежели при плановых оперативных вмешательствах.

Сроки диагностики повреждений внепеченочных желчных протоков представлены в таблице 1.

Таблица 1

Сроки диагностики ЯПВЖП (n=113)

Сроки диагностики	Количество больных
Интраоперационно	29 (25,7%)
1 сутки после операции	7 (6,2%)
2 сутки после операции	11 (9,7%)
3 сутки после операции	22 (19,5%)
4 сутки после операции	15 (13,3%)
5 сутки после операции	19 (16,8%)
6 и более суток после операции	13 (11,5%)

Как следует из данных таблицы, во время операции повреждение желчных протоков диагностировано только у каждого четвертого больного. Появление желчи в зоне операционного поля является основным маркером повреждения желчных протоков. Данное осложнение было выявлено в ходе операции у 29 больных, что послужило основанием для конверсии доступа и ревизии протоков, при которых и выявлено их повреждение. При отсутствии желчеистечения в область операционного пространства мысли о повреждении протоков, как правило, у бригады хирургов не возникает.

В остальных случаях повреждение протоков было выявлено через 1-8 суток после операции. Хотя у части больных отмечалось желчеистечение из дренажа, повышение уровня билирубина, указывающие на неблагополучие, инструментальные исследования нередко выполнялись с большим опозданием.

После лапароскопической холецистэктомии по поводу неосложненного холецистита желчеистечение в количестве 10-100 мл в сутки наблюдалось у 2-3% больных и обычно прекращалось на 2-3 сутки. Источником желчеистечения служат ходы Люшке, реже – частичная или полная несостоятельность культи пузырного протока из-за неправильно наложенной клипсы.

Желчеистечение в объеме 600-1700 мл свидетельствует о сбросе всего суточного количества желчи и является признаком повреждения желчного протока, когда проксимальная культя протока не клипирована или имеется боковой дефект протока, и вся или большая часть суточного объема желчи поступает в брюшную полость. При недостаточности дренажа подобная ситуация осложняется развитием разлитого желчного перитонита.

При боковом неполном сдавлении просвета протока клипсой уровень билирубина поднимается медленно, носит интермиттирующий характер, иногда снижаясь, но не достигает нормальных величин. В большинстве случаев подобный вид травмы протоков наблюдается в области слияния пузырного протока и гепатикохоледоха вследствие излишней тракции за пузырный проток при его клипировании. Со временем, когда начинает формироваться рубец в области наложения клипсы, темп роста уровня билирубина растет и становиться необратимым.

При полной обструкции протока вследствие наложения клипсы или его пересечения с последующим клипированием проксимальной культи концентрация билирубина растет быстро, достигая за несколько дней 200-300 мкмоль/л. Согласно классификации Э.И. Гальперина, повреждение протоков протяженности +2 выявлено у 28,3% больных , +1 – у 30,1%, 0 – у 20,3%, -1 – у 16,8%, -2 – у 3,5% и -3 – у 0,9% больных.

Характер повреждения внепеченочных желчных протоков представлен в таблице 2.

Таблица 2

Характер повреждения протоков (n=113)

Характер повреждения	Количество больных
Боковое неполное сдавление протока клипсой в области слияния пузырного протока и гепатикохоледоха	5
Полное поперечное наложение клипсы на гепатикохоледох без пересечения протока	7
Боковой дефект холедоха	2/2
Пересечение или иссечение части гепатикохоледоха с клипированием проксимальной культи	18/2
Пересечение гепатикохоледоха или иссечение части с клипированием дистальной культи	21/14
Пересечение гепатикохоледоха или иссечение части с клипированием проксимальной и дистальной культи	23
Пересечение холедоха или иссечение части с клипированием проксимальной культи	14/1
Пересечение холедоха или иссечение части с клипированием проксимальной и дистальной культи	9/1
Пересечение или иссечением холедоха с клипированием дистальной культи	14/9

Примечание: за косой чертой – количество повреждений, выявленных интраоперационно (29)

При интраоперационной диагностике ЯПМЖП выполнены следующие вмешательства: пластика дефекта холедоха расщепленным лоскутом из пузырного протока – у 2, циркулярный шов желчного протока с дренированием по Керу – у 1 и гепатикоеюноанастомоз с выключенной по РУ петлей с дренированием по Фелькеру – у 26 больных. Летальных исходов не было. Лечебная тактика при диагностике повреждения в послеоперационном периоде зависела от характера вновь возникшего осложнения. Эти данные представлены в таблице 3.

Послеоперационные осложнения развились у 11 (13,%) больных, в том числе тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии – у 1, внутрибрюшные абсцессы – у 4, несостоятельность гепатикоеюноанастомоза в виде подтекания желчи по дренажу – у 3, очаговая пневмония – у

1 и нагноение раны – у 2 пациентов. Умерло от прогрессирования гнойно-септических осложнений, печеночно-почечной недостаточности 4 пациента, (4,8%).

Таблица 3

Оперативные вмешательства при диагностике повреждений внепеченочных желчных протоков в послеоперационном периоде (n = 84)

Объем операции	Количество больных
Релапароскопия снятие клипсы с протока, эвакуация подпеченочной биломы, РХПГ, стентирование желчного протока самораспрaвляющимся стентом	6
Релапароскопия снятие клипсы с протока, РХПГ, стентирование желчного протока самораспрaвляющимся стентом	3
Лапаротомия, санация брюшной полости, формирование полного наружного желчного свища	14/1
Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков	10/3
Гепатикоеюноанастомоз с выключенной по РУ петлей и дренированием гепатикохоледоха по Фелькеру	47
Гепатикоеюноанастомоз с выключенной по РУ петлей и дренированием обоих внутрипеченочных протоков расщепленным дренажом по Дряшину	3
Бигепатикоеюноанастомоз с выключенной по Ру петлей и раздельным дренированием обоих внутрипеченочных протоков типа Фелькера	1

Примечание: за косой чертой – умершие больные

Выводы

1. При боковом и полном поперечном клипировании протока без вскрытия просвета показаны релапароскопия, удаление клипсы и стентирование протока металлическим самораспрaвляющимся стентом интраоперационно. При боковом повреждении протока на ½ диаметра методом выбора является пластика дефекта протока расщепленным лоскутом, выкроенным из пузырного протока или кармана Гартмана.
2. Желчный перитонит является абсолютным противопоказанием к выполнению реконструктивных операций. При наличии этого осложнения у 14 пациентов сформирован полный наружный желчный свищ.
3. При повреждении и стриктуре гепатикохоледоха от +2 до -1 методом выбора является гепатикоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Алиев А.К. и соавт. Хирургическое лечение ятрогенного повреждения желчных протоков //Вестник хирургии.- 2016.- №3.- С. 83-85.
2. Harrison V.L., Dolan J.P., Pham T.H. et al. Bile duct injury after laparoscopic cholecystectomy in hospitals with and without surgical residency programs: is there a difference? // Surg. Endosc.- 2011.- V. 25.- P. 1969-1974.
3. Сарванов И.А., Раповка В.Г. Хирургическое лечение ятрогенных повреждений и стриктур желчных протоков // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова.- 2015.- № 3.- С. 14-17.
4. Чан Ючун. Прогностический анализ результатов отсроченной лапароскопической холецистэктомии при воспалительных изменениях желчного пузыря //Анналы хир. гепатологии.- 2016.- Т. 21, №1.- С. 59-77.
5. Tuveri M., Tuveri A. Laparoscopic cholecystectomy: complications and conversions with the 3-trocar technique: a 10-year review //Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.- 2007.- V. 17.- P. 380-384.
6. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. М.: ВИДАР. 2009.- 456 с.

[1]КУБАЧЕВ К.Г., [2]МУҲИДДИНОВ Н.Д.,
[1]ЗАРКУА Н.Э., [1]ФОКИН А.М.

ОСЕБҲОИ ЯТРОГЕНИИ РОҲҲОИ ТАЛХАБАРОРИ БЕРУНИ ҶИГАР ҲАНГОМИ ХОЛЕСИСТЭКТОМИЯИ ЛАПАРОСКОПӢ

[1]МДТБ «Донишгоҳи давлатии тиббии шимолу ғарбии ба номи И.И. Мечников»-и Вазорати тандурустии Федератсияи Россия
[2]МДТ "Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон"

Калимаҳои калидӣ: осебҳои ятрогении роҳҳои талхагузар, ташхис, табобати ҷарроҳӣ

Дар мақола сабабҳои осеби роҳҳои талхагузари беруни ҷигар, усулҳои инноватсионии ташхиси бармаҳал ва тактикаи ҷарроҳии тафриқавии 113 бемор мавриди таҳлил қарор гирифтааст. Усулҳои гуногуни амалиётҳои ҷарроҳӣ ҳангоми табобати ин гурӯҳи беморон вобаста ба дарозии бунчаи проксималии гепатикохоледох, оризаҳои ба амалмада, нишондод ва гайринишондод барои иҷрои амалиётҳои ҷарроҳии реконструктивӣ мавриди баррасӣ қарор гирифтааст.

УДК 364-003.36;366-069;612

КУРБОНОВ К.М., НАЗИРБОЕВ К.Р.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННАЯ ХРОНИЧЕСКИМ ИНДУРАТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

В работе дан анализ результатов комплексной диагностики и хирургического лечения 45 больных с хроническим индуративным панкреатитом. Выбор хирургической тактики требует строгого индивидуального подхода и зависит от данных комплексных результатов лабораторно-инструментальных исследований с обязательным учетом характера сопутствующих осложнений язвенной болезни и общего состояния больных. Операцией выбора при хирургическом лечении хронического индуративного панкреатита, развившегося на фоне пенетрации дуоденальной язвы в головку поджелудочной железы, является резекция желудка по Ру в сочетании со стволовой ваготомией. С целью профилактики послеоперационного панкреатита и рецидивов острого дуоденального кровотечения при пенетрирующей язве рекомендуется выполнение методик с тампонадой язвы задней стенки культи желудка.

Ключевые слова: язва двенадцатиперстной кишки, хронический индуративный панкреатит, пенетрация, резекция желудка.

KURBONOV K.M., NAZIRBOEV K.R.

DUODENAL ULCER COMPLICATED BY CHRONIC PANCREATITIS INDURATUM

Department of Surgical Diseases №1 of the Avicenna Tajik State Medical University

The paper analyzes the results of a comprehensive diagnosis and surgical treatment of 45 patients with chronic pancreatitis induratum. The choice of surgical technique requires strict individual approach, depending from the results of comprehensive data of laboratory and instrumental studies with mandatory consideration of the nature of accompanying complications of peptic ulcer disease and the general condition of patients. The operation of choice in the surgical treatment of chronic pancreatitis indurative, developed against the background of penetration of the duodenal ulcer into the head of the pancreas, is the resection of stomach according to Roux in combination with the stem vagotomy. In order to prevent postoperative pancreatitis and relapse of acute duodenal bleeding at penetrating ulcer, recommended implementation of practices with a tamponade of ulcer of the posterior wall of stomach stump.

Key words: duodenal ulcer, chronic pancreatitis induratum, penetration, stomach resection.

Актуальность. Вследствие прогресса в комплексной консервативной терапии язвенной болезни в значительной степени уменьшилось количество плановых оперативных вмешательств по поводу язвенной болезни [1]. В то же время оперативные вмешательства, выполняемые по поводу ургентных осложнений язвенной болезни, не имеют тенденции к снижению. Одним из тяжелых и опасных осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) является пенетрация язвы в головку поджелудочной железы или в большой дуоденальный сосочек, выводные протоки поджелудочной железы с последующим развитием хрониче-

Назирбоев К.Р. – асс. кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.; тел.: + (992) 93 405 44 04; e-mail:dr.hero85@mail.ru

ского индуративного панкреатита (ХИП) [2, 3]. Диагностика и лечение ХИП, обусловленного ЯБДПК, представляет значительные сложности и трудности, что обусловлено атипичным клиническим течением заболевания и низкой локализацией язвы [4-6].

ХИП, как правило, развивается вследствие перехода деструктивно-дегенеративных процессов из зоны язвы в поджелудочную железу, а возникший при этом хронический воспалительный процесс в дальнейшем поражает паренхиму железы, а также её мелкие протоки и не сопровождается нарушением проходимости главного панкреатического протока. Это диктует целесообразность изучения механизмов развития заболевания и методов его лечения.

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного лечения хронического индуративного панкреатита при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы исследования. Располагаем опытом комплексной диагностики и хирургического лечения 45 пациентов с ХИП, обусловленным пенетрацией дуоденальной язвы. Мужчин было 31 (68,9%), женщин – 14 (31,1%). Возраст пациентов составил от 24 до 81года. Все пациенты до поступления в клинику в течение 5-10 лет неоднократно с временным улучшением лечились у терапевта, гастроэнтеролога и гепатолога.

Всесторонний анализ клинического материала показал, что во всех (n=45) наблюдениях у обследованных пациентов имели место низкосидящие дуоденальные язвы, которые в 39 (86,7%) случаях пенетрировали в головку поджелудочной железы и находились над большим дуоденальным сосочком, в 6 (13,3%) случаях имела место парапапиллярная (околососочковая) пенетрирующая дуоденальная язва. Из 45 пациентов с ХИП, обусловленным пенетрирующей дуоденальной язвой, в 16 (35,5%) случаях данная патология сочеталась с дуоденостенозом, в 12 (26,6%) осложнилась острым дуоденальным кровотечением.

Для диагностики ХИП больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая ФГДС, УЗИ, КТ, а также исследования желудочной секреции.

Результаты и их обсуждение. Клиническая картина ХИП при пенетрирующей язве складывалась из нескольких синдромов: болевого – 30 (66,6%), расстройства пищеварения – у 10 (22,2%) больных, обусловленного развитием внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, нарушение функции инсулярного аппарата - у 4 (8,9%) больных.

Исследования кислотопродуцирующей функции желудка фракционно-титрационном методом у 32 (71,1%) больных из 45 со стимуляцией желудочной секреции гистамином и инсулином показали, что у большинства пациентов уровень базальной секреции соляной кислоты был выше нормальных значений и в среднем составил 9,5±0,82мл/г.

Комплексному рентгенологическому исследованию было подвергнуто 38 (84,4%) пациентов с ХИП, обусловленным пенетрирующей дуоденальной язвой. В 29 (64,4%) случаях обнаружена «ниша», в 9 (20%) – косвенные признаки язвенной болезни. Различные стадии дуоденостаза диагностировали в 16 (35,5%) случаях. Ещё в 7 наблюдениях выявили хроническое нарушение дуоденальной проходимости (ХНДП) различной степени выраженности.

Среди лучевых методов диагностики ХИП наиболее высокоинформативными у наблюдавшихся нами пациентов оказались ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ).

УЗИ было произведено 41 (91,1%) пациенту. Во время исследования выявлена неровность контуров поджелудочной железы, её размеры оказались несколько увеличенными (рис.1).

Рис.1. УЗИ. ХИП при пенетрирующей дуоденальной язве

Характерным для ХИП при пенетрирующей дуоденальной язве являлось увеличение плотности поджелудочной железы. Фиброзное изменение головки поджелудочной железы отмечалось в 12 наблюдениях, при УЗИ визуализировалось в виде изогнутого тяжа, плотность которого была выше плотности печени и прилегающих к ней тканей.

Компьютерная томография проведена 5 пациентам. КТ позволила эффективно определить изменения в паренхиме головки поджелудочной железы. Кроме этого, КТ позволила оценить степень проникновения глубины пенетрирующей язвы. При этом у 2 больных глубина пенетрации составляла от 1 до 4 мм, у 2 - от 5 до 10 мм и ещё у 1 – свыше 10 мм.

Эндоскопическое исследование проведено всем 45 пациентам, при этом в 39 случаях выявляли наличие ниши в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки. Кроме этого, в 16 случаях имелся дуоденостаз, в 7 наблюдениях – наличие дуоденогастрального рефлюкса II-III степеней. Эндоскопический метод исследования в 12 случаях позволил диагностировать кровотечения различной степени тяжести из пенетрирующих дуоденальных язв.

Таким образом, комплексная диагностика ХИП, обусловленного пенетрирующей дуоденальной язвой, в основном была проведена на основании различных клинико-инструментальных методов исследования.

Выбор способа и объёма операции при ХИП, обусловленным пенетрирующей дуоденальной язвой, осуществляли на основании данных желудочной секреции, фиброгастродуоденоскопии, рентгенографии, ультразвукового и компьютерно-томографического исследований с обязательным учетом характера сопутствующих осложнений язвенной болезни и общего состояния больных.

При ХИП, обусловленном пенетрирующей дуоденальной язвой, как правило, оперативное вмешательство было направлено на коррекцию этиопатогенетических факторов возникновения ХИП (табл. 1).

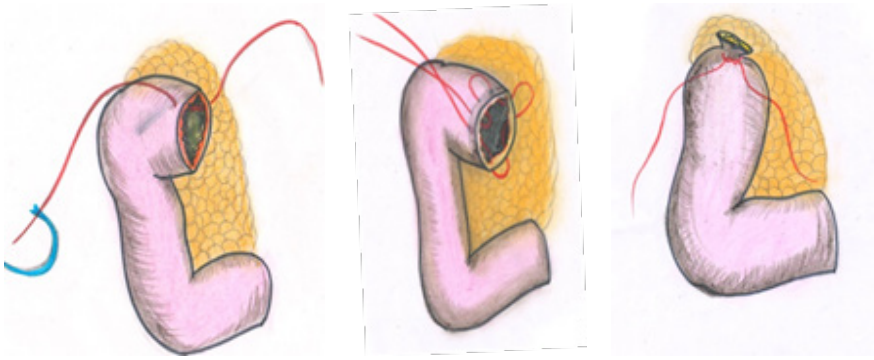
Таблица 1

Характер оперативных вмешательств при ХИП, обусловленном пенетрирующей дуоденальной язвой (n=45)

Название операции	Количество	%
СтВ. Циркулярное иссечение язвы с пилороэнтероанастомозом	7	15,5
СтВ. Антрумэктомия с поперечным гастродуоденоанастомозом	10	22,2
Резекция желудка по Ру. СтВ.	15	33,3
Тампонада кратера пенетрирующей кровоточащей язвы культей желудка и гастродуоденоанастомозом. СтВ.	5	11,1
Резекция желудка по Гофмейстеру–Финстереру	8	17,8
Всего	45	100

Необходимо отметить, что оперативные вмешательства по поводу ХИП на почве пенетрирующих дуоденальных язв технически и методически очень сложны, в ряде случаев имеют повышенную опасность, что обусловлено близким расположением крупных сосудов брюшной полости и выводных протоков печени и поджелудочной железы. В этой связи при выполнении оперативных вмешательств каждые этапы операции выполняли детально и скрупулезно.

В 15 (33,3%) наблюдениях при ХИП, обусловленном пенетрирующей дуоденальной язвой, а также наличием ХНДП (n=7) и различной степени выраженности дуоденостеноза (n=8), производили резекцию желудка по Ру в сочетании со стволовой ваготомией. При пенетрирующей кровоточащей язве и ХИП в 12 наблюдениях выполняли разработанные в клинике методики оперативных вмешательств. Так, в 7 случаях при кровоточащих пенетрирующих «низких» язвах после мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру производили циркулярное иссечение язвы с оставлением кратера пенетрирующей язвы на головке поджелудочной железы. После чего культю двенадцатиперстной кишки закрывали открытым атипичным способом по разработанной в клинике методике (рис. 2, А-С).



А Б С

Рис.2. Этапы обработки культи двенадцатиперстной кишки

После этого формировали термино-латеральный пилороэнтероанастомоз. Операцию заканчивали выполнением СтВ (рис. 3).

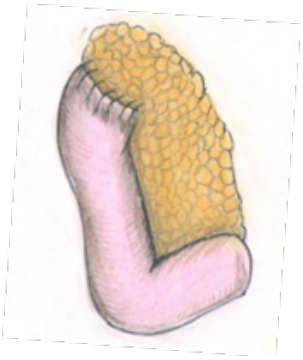


Рис. 3. Окончательный вид операции

В 5 наблюдениях при ХИП на почве пенетрирующей дуоденальной язвы выполняли антрумэктомию с формированием поперечного гастродуоденоанастомоза и СтВ (рис. 4-5) с выведением кратера пенетрирующей язвы за пределы двенадцатиперстной кишки.

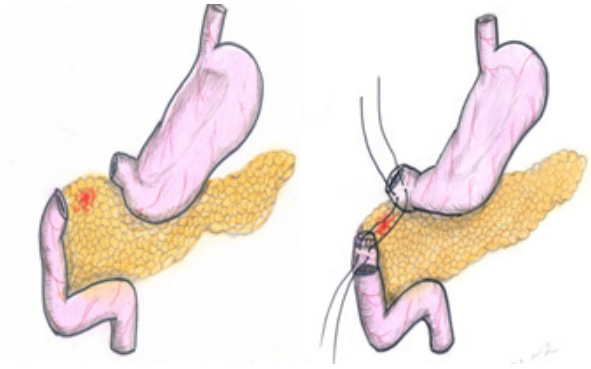


Рис. 4. Резецированный желудок и кратер пенетрирующей язвы

Рис. 5. Поперечный гастродуоденоанастомоз

Преимуществом разработанного способа является профилактика развития послеоперационного панкреатита и рецидивов кровотечения из кратера пенетрирующей язвы.

Резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру при ХИП, обусловленном пенетрирующей дуоденальной язвой, выполняли 8 пациентам.

Следует отметить, что в 24 наблюдениях во время выполнения оперативных вмешательств производили биопсию поджелудочной железы для изучения морфологических изменений, происходящих в ней при пенетрирующей дуоденальной язве. В результате исследования констатировали различные морфологические изменения, которые были обусловлены расположением кратера язвы (вблизи или отдалении) от большого дуоденального сосочка, а также степенью ее прорастания (глубины пенетрации) в паренхиму железы.

Наличие ХИП у больных пенетрирующей дуоденальной язвой является одним из главных предикторов возникновения послеоперационного панкреатита и риска развития несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки. Для профилактики этих осложнений в послеоперационном периоде больным назначали противопанкреатическую консервативную терапию с подключением ингибиторов протеаз и нейропептидасандостатина.

В послеоперационном периоде различные по характеру осложнения наблюдали у 8 (17,7%) больных в виде: несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки (n=1), послеоперационного панкреатита (n=2), нагноения лапаротомной раны (n=4) и эвентрации (n=1). Летальные исходы отмечали в 3 (6,7%) случаях.

Таким образом, лечение больных с ХИП, обусловленном пенетрирующей дуоденальной язвой, представляет значительные трудности, что требует строгого индивидуального подхода.

Выводы

1. Диагностика ХИП при пенетрирующей дуоденальной язве должна быть комплексной и включать фиброгастродуоденоскопию, УЗИ и КТ.
2. Для лечения хронического индуративного панкреатита, обусловленного пенетрирующей дуоденальной язвой, патогенетически обоснованным является выполнение резекции желудка по Ру в сочетании со СтВ.
3. Для профилактики послеоперационного панкреатита, а также рецидивов острого дуоденального кровотечения при пенетрирующей язве целесообразно выполнение методик с тампонадой язвы задней стенкой культи желудка.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Евсеев М.А., Клишин И.М. Эффективность антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы при гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Росс.журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2010.- №3. – С. 55-62.
2. Писаревский Г.Н. Методы закрытия дуоденальной культи //Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. - 2011. - №3. - С.67-72.

3. Vashist Y.K. Management of the difficult duodenal stump in penetrating duodenal ulcer disease: a comparative analysis of duodenojejunostomy with "classical" stump closure (Nissen-Bsteh) // Langenbeck's Archives of Surgery - 2012. - №397 (8). - P. 124-127.

4. Власов А.П., Сараев В.В., Степанов Ю.П. Новые технологии в хирургии «трудных» язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2008. - №8. - С. 44 - 48.

5. Багненко С.Ф. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение // Вестник хирургии. – 2009. – №6. – С. 12-15.

6. Oida T., Kano H. Percutaneous drainage in conservative therapy for perforated gastroduodenal ulcers // Hepatogastroenterology. – 2012. - №59. – P. 168-170.

ҚУРБОНОВ К.М., НАЗИРБОЕВ Қ.Р.

БЕМОРИИ РЕШИ РӮДАИ ДУВОЗДАҲАНГУШТА БО ОРИЗАИ ПАНКРЕАТИТИ МУЗМИНИ ИНДУРАТИВӢ

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: реши рӯдаи дувоздаҳангушта, панкреатити шадиди индуративӣ, нуфузёбӣ, буриши меъда.

Дар мақола таҳлили натиҷаҳои ташхиси комплексӣ ва табобати ҷарроҳии 45 бемор бо панкреатити музмини индуративӣ оварда шудааст. Интихоби тактикаи ҷарроҳӣ амалиёти ҷиддии индивидуалиро талаб менамояд ва аз маълумотҳои натичаҳои таҳқиқотҳои лабораторию инструменталӣ бо назардошти хатмии характери оризаи хамрадафи бемории реш ва ҳолати умумии бемор вобастагӣ дорад. Ҷарроҳии интихобӣ ҳангоми табобати ҷарроҳии панкреатити музмини индуративӣ, ки дар натиҷаи нуфузёбии реши дуоденалӣ ба сараки гадуди зери меъда афзоиш ёфтааст, буриши меъда бо усули Ру якҷоя бо ваготомияи сутунӣ мебошад. Бо мақсади пешгириии панкреатити баъдиҷарроҳӣ ва такрорёбии хунравии шадиди дуоденалӣ ҳангоми нуфузёбии реш гузаронидани усул бо тампонадаи реш бо деворaи қафои мумчаи меъда тавсия дода мешавад.

УДК 616-053.3;616-001

МИРЗОЕВА С.М., КУРБАНОВ С.Х.,
КУРБАНОВА Р.Т., МИРЗОБЕКОВ К.С.

РАННИЕ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Приводится анализ лечения 380 детей грудного возраста с врожденной патологией тазобедренного сустава. На современном этапе для ранней диагностики и лечения этих заболеваний требуется уточнение формы патологии, т.к. каждая из них имеет свои особенности и течение, методики и сроки лечения.

Ранние диагностика и консервативное лечение с использованием алгоритма позволяют добиться улучшения результатов с восстановлением функций и формы тазобедренного сустава, снижают риск возникновения дистрофических процессов в головке и шейке бедренной кости.

Ключевые слова: врожденный вывих бедра, дисплазия тазобедренного сустава, консервативное лечение

MIRZOEVA S.M., KURBANOV S.KH.,
KURBANOVA R.T., MIRZOBEKOV K.S.

EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CONGENITAL HIP JOINT PATHOLOGY IN CHILDREN

Department of Traumatology, Orthopedics and MFS of the Avicenna Tajik State Medical University

The article analyzes the treatment of 380 infants with congenital pathology of the hip joint. Noted that at the present stage for early diagnosis and treatment of these diseases requires clarification of the pathology form, because each of them has its own features and current, methods and timing of treatment.

Early diagnosis and conservative treatment using the algorithm allow to achieve better results with restoration of function and shape of the hip joint, reduce the risk of degenerative processes in the head and neck of the femur.

Key words: congenital hip dislocation, hip joint dysplasia, conservative treatment.

Актуальность. Врожденная патология тазобедренных суставов является одним из самых тяжелых ортопедических заболеваний у детей. По данным отечественных детских ортопедов, в Республике распространенность патология тазобедренных суставов составляет от 5 до 10% [1-3].

Проблема раннего выявления и лечения этой патологии является самой важной среди современных задач детской ортопедии. Основным звеном, осуществляющим мероприятия по организации раннего выявления, ранней диагностики и лечения этой патологии в Республике, является ортопедическая служба. От правильной её организации и качества работы ортопедов зависит успешное раннее решение проблемы лечения этих пациентов. Поэтому анализ этой работы представляет большой интерес для практических врачей с точки зрения повышения качества и эффективности проводимых мероприятий.

Цель исследования. Улучшение ранней диагностики и качества лечения врожденной патологии тазобедренных суставов у детей.

Материал и методы исследования. В настоящее статье представлены данные, полученные при изучении амбулаторных карт и рентгенограмм 380 детей грудного возраста, лечившихся в раннем возрасте в ортопедических кабинетах и

Курбанов С.Х. – профессор кафедры травматологии;ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.; e-mail: 9282718@mail.ru

в отделении детской травматологии НМЦ РТ за три года (2013-2016 гг.) с различными формами врожденных нарушений развития тазобедренных суставов. С целью раннего выявления патологии тазобедренных суставов диагностику проводили в родильном доме сразу после рождения ребенка с последующим наблюдением в ортопедических кабинетах и в клинике.

Состояние суставов изучалось в динамике: до начала лечения, в процессе и по окончанию лечения. Изучались сроки установления клинического и рентгенологического диагнозов и начала лечения, продолжительность лечения в зависимости от возраста ребенка к началу лечения и степени патологии тазобедренных суставов, сопоставлялись данные клинического и рентгенологического исследований в динамике.

У небольшого числа (18%) детей раннего грудного возраста лечение начато без предварительного рентгенологического исследования на основании клинических симптомов с учетом анамнеза и последующим рентгенологическим обследованием в 5-6-месячном возрасте, если к этому сроку у них сохранялся хотя бы один из ранее обнаруженных клинических симптомов. Больным в возрасте старше 5-6 месяцев при наличии клинических симптомов патологии суставов, как правило, производилось рентгенологическое исследование до начала лечения.

Результаты и их обсуждение. При изучении данных анамнеза по амбулаторным картам выявлено, что около 38% матерей имели отягощенный анамнез, т.е. различные отклонения от нормального течения беременности и родов, наследственный вывих тазобедренного сустава. По данным литературы, также отмечается более высокий процент отклонений от нормального течения беременности и родов у матерей, дети которых родились с патологией опорно-двигательного аппарата, чем у матерей здоровых детей [2-4].

При осмотре новорожденных обращали внимание на то, что основным клиническим симптомом при врожденном вывихе, подвывихе и дисплазии является ограничение отведения в тазобедренных суставах. Среди наблюдаемых нами больных этот симптом выявлен у 62%. У 65% детей ограничение отведения сочеталось с симптомом асимметрии бедренных складок. Асимметрия бедренных складок без наличия других клинических симптомов и при отсутствии неблагоприятных факторов в анамнезе не считалась признаком патологии в суставах, так как встречалась иногда у здоровых детей с нормально сформированными суставами. Дети с асимметрией складок на бедрах находились под систематическим наблюдением ортопеда. Рекомендовалось свободное пеленание, которое является физиологичным и для развития здоровых суставов грудного младенца.

Анализ материала показал, что симптом ограничения отведения при лечении дисплазии исчезает уже через 3 месяца после лечения у более 78% детей. У 21% детей с более тяжелым поражением суставов этот симптом сохранялся до 6 месяцев и только у 8% он обнаруживался еще и после 6-месячного срока лечения (до 12 месяцев). Обнаружение ограничения отведения в тазобедренных суставах при исследовании не всегда правильно расценивается, как симптом врожденной патологии в суставах. Он может быть обусловлен родовой травмой области тазобедренных суставов, наличием физиологической ригидности мышц у новорожденных и младенцев раннего грудного возраста, а также наличием спастических сокращений мышц при поражении центральной нервной системы.

Симптом «соскальзывания», или симптом «щелчка», является вторым признаком, указывающим на наличие патологии в тазобедренном суставе, но определяется он преимущественно в первые дни и недели после рождения и не у всех детей с суставной патологией. Среди наших пациентов он встретился у 34% обследованных. Сравнительно небольшой процент (21%) обнаружения симптома соскальзывания объясняется невысоким обращением к ортопеду детей в возрасте до 2 месяцев. У детей же старше 2-3 месяцев он встречается редко. По нашим данным, симптом соскальзывания, обнаруженный в 97 суставах у детей в родильном доме в первые дни после рождения, при обследовании их через 1-2 месяца был обнаружен всего у 18, а к 4 месяцам - только у 10 детей. При наличии гипотонии мышц у детей, страдающих рахитом, симптом соскальзывания может отмечаться и в более позднем возрасте. Чем старше ребенок, тем лучше укрепляются его мышцы, тем более выраженной становится контрактура в нелеченном диспластическом суставе (дисплазия, подвывих, вывих) и тем скорее исчезает симптом соскальзывания.

Наружная ротация ножек у детей раннего возраста с патологией тазобедренных суставов, как и укорочение ножки при односторонней патологии в суставе, отмечались довольно редко. У детей старше 4 месяцев при врожденном вывихе бедра они выявлялись более четко. Наружная ротация при полном вывихе бедра и асимметрия складок сохранялись более длительное время; они обнаруживались и после исчезновения симптома соскальзывания и ограничения отведения, но, по мере развития ребенка, укрепления ослабленных при вывихе наружных ротаторов и созревания диспластического сустава, они исчезали к 10-12-месячному возрасту.

Наличие комплекса клинических симптомов, неблагоприятных факторов в анамнезе дает основание заподозрить патологию суставов.

Однако, на основании клинических симптомов можно выставить лишь предположительный диагноз, определить же степень недоразвития сустава и уточнить характер изменений отдельных элементов его возможно только с помощью рентгенологического исследования суставов. При рентгенологическом исследовании оценивали 6 показателей:

1. ацетабулярный индекс, дающий представление о степени развития верхнего края суставной впадины;
2. угол вертикального соответствия (УВС), указывающий на степень стабильности сустава в вертикальной плоскости;
3. центрацию или децентрацию головки бедренной кости. При смещении бедренной кости направленность оси шейки бедренной кости изменяется. В норме продольная ось шейки бедренной кости направлена на дно вертлужной впадины, т.е. на У-образный хрящ; при децентрации в переделах суставной впадины, что характерно для дисплазии, при подвывихе на латеральный отдел крыши, при полном вывихе она направлена на тело подвздошной кости;
4. коэффиицент костного покрытия головки крышей суставной впадины (ККП), указывающеий на состояние процесса оссификации в крыше суставной впадины;
5. форму края крыши суставной впадины (плоская, вогнутая, выпуклая);
6. степень выраженности выступа или крючка верхнее – наружного края суставной впадины, наличие или отсутствие которого характеризует степень процесса оссификации ее.

Клиническая и рентгенологическая симптоматика взаимно дополняют друг друга, поэтому окончательный диагноз должен базироваться на учете тех и других данных.

На современном этапе развития научных исследований в области ранней диагностики и лечения врожденной патологии тазобедренных суставов клиническая практика требует разграничения и уточнения различных её форм, т.е. полного вывиха, подвывиха и дисплазии, так как каждая из этих форм имеет свои особенности в течении, методиках, сроках лечения и исходах.

В зависимости от возраста все лечившиеся дети распределены на три группы: первую (основную) – дети раннего грудного возраста до 4 месяцев – 260 (68,4%); вторую – дети от 4 до 8 месяцев – 72 (19,0%); 3 группа – от 9 месяцев до 1 года – 48 (12,6%) детей. Таким образом, более 68,4% лечившихся детей были взяты на учет ортопедами своевременно и лечились в наиболее раннем грудном возрасте. Немного менее детей лечилось в возрасте от 9 месяцев и более (12,6%).

В таблице отображено количество детей с различными формами врожденной патологии тазобедренных суставов и процентные соотношения между этими формами.

Количество детей с врожденной патологии в тазобедренных суставах

Вид патологии тазобедренного сустава	Количество детей	Количество суставов	
		абс.	%
Дисплазия	140	201	40.2
Подвывих	160	182	36,2
Полный вывих	80	119	23,6
Всего	380	502	100

Дисплазия тазобедренных суставов детей у раннего грудного возраста составляет 40,2%, на втором месте по частоте стоят подвывихи в тазобедренных суставах – 36,2%. Вывихи встречаются в 1,5 раза реже подвывихов и в 2 раза реже дисплазий. Среди 380 детей выявлено патологии 502 суставов.

В настоящее время мы не можем удовлетвориться констатацией только факта вправления головки бедренной кости в суставную впадину, а должны стремиться определить степень стабильности сустава после вправления вывиха или подвывиха, так как дефекты, оставшиеся после лечения, не определяемые без специальных методов рентгенологического исследования (децентрация головки бедренной кости, недостаточное покрытие ее крышей суставной впадины, уменьшенный угол вертикального соответствия и др.), по мере развития ребенка и возрастания нагрузки на сустав без систематической диспансеризации больных могут прогрессировать и создавать угрозу развития артроза в будущем. Это положение подтверждается в настоящее время обращением в клинику в возрасте 10-15 лет и старше уже после проведенного раннего лечения врожденных вывихов с жалобами на боли в тазобедренных суставах, утомляемость после ходьбы, прихрамывание. При рентгенологическом исследовании у них выявляются: артрозы, умеренно выраженная децентрация головок бедренных костей, увеличенный шеечно-диафизарный угол бедренной кости, отставание в развитии крыши

вертлужной впадины, деформации головок бедренных костей после перенесенных дистрофических процессов, подвывихи.

Лечение начинается сразу после клинического исследования и выявления симптомов патологии в суставах. У всех детей раннего возраста лечение осуществляется функциональным методом с применением разнообразных методик в зависимости от степени патологии и возраста ребенка, с помощью отводящих шин, обеспечивающих функцию в положении, наиболее выгодном для развития суставов детей раннего грудного возраста, т.е.70º сгибания и 60-70º отведения в тазобедренных суставах.

В случаях с незначительно выраженными симптомами ограничения отведения, легкой асимметрией бедренных складок, что характерно для большинства дисплазий тазобедренных суставов, назначается максимально щадящее лечение в виде прокладки из пеленки на область промежности или рекомендуется широкое пеленание ножек, массаж окружающих тазобедренный сустав мышц с подробным инструктажем матери. При сохранении у ребенка хотя бы одного из клинических симптомов к 5-месячному возрасту проводили рентгенологическое обследование тазобедренных суставов и в соответствие с полученными данными уточняли диагноз, определяли дальнейшее лечение. При более выраженных симптомах ограничения отведения, асимметрии глубоких кожных складок на бедрах, явно определяемой наружной ротации ножек, что характерно для полного вывиха, применяли различны отводящие шины, как наиболее надежно удерживающие ножки в положении сгибания и отведения в тазобедренных суставах при сохранении определенной амплитуды движений в них. Длительность и исходы лечения врожденной патологии тазобедренных суставов зависели, в первую очередь, от степени врожденных нарушений развития суставов, возраста ребенка, применяемой методики, которая должна быть адекватной степени патологии, от систематического проведения того или иного способа лечения. Результаты лечения следует изучать раздельно по каждому виду патологии – дисплазии, подвывиху и полному вывиху, тогда мы ясно будем видеть, что, если дисплазии излечиваются почти все, за редким исключением, то подвывихи уже дают небольшой процент осложнений и лечатся более длительное время, особенно у детей, начавших лечение свыше шестимесячного возраста. Лечение детей с полным вывихом требует еще больших усилий со стороны ортопеда и родителей, так как эта форма патологии протекают тяжелее, несмотря на щадящий метод функционального лечения, требует более длительных сроков для полного анатомо-функционального восстановления.

Проведенный анализ показал, что параллельное изучение амбулаторных карт и рентгенограмм у детей с врожденной патологией тазобедренных суставов, а также анализ динамики клинических симптомов и рентгенологических показателей при лечении позволили установить в определенном проценте случаев отсутствие полной корреляции между сроками клинического или функционального восстановления тазобедренных суставов. При любых методиках лечения восстановление функции сустава и исчезновение клинических симптомов происходят в более короткие сроки, чем нормализация рентгеновских показателей диспластического сустава. Такое несоответствие во время функционального и анатомического восстановления суставов подчеркивает необходимость продолжительного наблюдения за больными, несмотря на довольно быстрое исчезновение клинических симптомов.

Результаты исследования показали, что при лечении детей по поводу врожденной дисплазии тазобедренных суставов осложнений не возникало, однако, у 5 (3,5%) пациентов с более тяжелыми формами диспластических процессов в суставах, начавших лечение в возрасте старше 6 месяцев, до полного их анатомо-функционального восстановления прошло больше года. При лечении 160 детей с подвывихами с поражением 182 суставов отмечались осложнения в виде дистрофических процессов в головках и шейках бедренных костей у 4 (2,5%) детей. При лечении вывихов у 80 детей на 119 суставах дистрофические процессы в головках бедренных костей наблюдались у 4 (5%) больных. После ликвидации дистрофического процесса удалось достигнуть полного анатомо-функционального восстановления в суставах к 3-5-летнему возрасту.

При возникновении и развитии дистрофических процессов в головках и шейках бедренных костей больным проводилось лечение разгрузкой суставов в шинах с применением физиотерапевтических процедур, теплых ванн, массажа мышц, окружающих тазобедренные суставы. Больных направляли на стационарное лечение в детское ортопедическое отделение НМЦ РТ или санатории для детей с ортопедической патологией («Чорбог», «Мачитон», физлечебница «Ленинабад»), где они получали соответствующее лечение и режим до ликвидации патологического процесса.

При лечении детей раннего возраста и при наблюдении их до 3 лет релюксаций и подвывихов не было. Полное анатомо-функциональное восстановление тазобедренных суставов после лечения наступало: при дисплазии – у 100%, при подвывихах – у 97,6%, при вывихах – у 90%.

Таким образом, анализ материала показал, что современная методика раннего обследования и лечения детей грудного возраста позволяет точно провести дифференциальный диагноз различных форм врожденной патологии тазобедренных суставов, определить состояние рентгеноанатомических

показателей сустава на каждом этапе лечения, проследить динамику восстановления и выявить отклонения или задержку в развитии того или иного компонента сустава, что очень важно для проведения лечебно- профилактических мероприятий.

Выводы

1. Ранее выявление и проведение лечения детей грудного возраста с врожденным вывихом бедра дает возможность получения хороших результатов.

2. Дифференцированный подход и своевременное консервативное лечение детей с врожденной патологией тазобедренных суставов способствуют нормальному развитию тазобедренного сустава, позволяют получить полное восстановление его функций и снижают риск возникновения дистрофических процессов в головке и шейке бедренной кости.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Сафаров С.Дж. и др. Совершенствование и организация медицинской помощи и тактики лечения врожденного вывиха бедра. – Душанбе: Маориф, 2016.

2. Урунбоев Д.У., Мирзоева С.М. Травматология ва ортопедия.- Душанбе, 2013.

3. Миронов С.П. Ортопедия. Национальное руководство.- М., 2008.

МИРЗОЕВА С.М., ҚУРБОНОВ С.Х.,
ҚУРБАНОВА Р.Т., МИРЗОБЕКОВ К.С.

ТАШХИСИ БАРМАҲАЛ ВА ТАБОБАТИ БЕМОРИҲОИ БУҒУМИ КОСУ РОН ДАР КӮДАКОН

Кафедраи осебшиносӣ, ортопедӣ ва ҷарроҳии ҳарбӣ-саҳроии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: баромади модарзодии рон, дисплазияи буғуми косу рон, табобати консервативӣ.

Дар мақола таҳлили табобати 380 кӯдаки хурдсол бо беморихои модарзодии буғуми косу рон оварда шудааст. Муайян карду шуд, ки дар давраи муосир барои ташхиси бармаҳал ва табобати ин гурӯҳи беморон намудҳои муайянгаштаи онҳо зарур аст, зеро ҳар яке аз ин беморихо хусусият ва раванд, усул ва муҳлати табобати худро доро мебошанд.

Ташхиси бармаҳал ва табобати консервативӣ бо истифодаи алгоритм имкон медиҳад, ки ба беҳтар гаштани натиҷаҳо бо барқарор намудани вазифаву намуди бугуми косу рон ноил нагардем, ҳамчунин хавфи пайдошавии ҷараёнҳои дистрофикӣ дар сарак ва гарданаки устухони рон кам мегардад.

УДК 614.2;616-072.1;617-089

НАЗАРОВ Ф.Н., АХМЕДОВ А., ГУЛЬМУРАДОВ Т.Г.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО И ТРАДИЦИОННОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Кафедра хирургии с курсом эндовидеохирургии Курган-Тюбинского отделения ИПОвСЗ РТ

В условиях быстрого темпа роста стоимости медицинских услуг, ограничения финансирования высокотехнологических методов лечения, низкой платежеспособности отдельных слоёв населения проведен анализ экономической эффективности диагностики и лечения острого аппендицита.

Установлено, что послеоперационные осложнения значительно превалируют после открытого вмешательства, суммарные затраты при проведении открытой аппендэктомии в 1,7 раза превышают затраты при лапароскопической операции за счёт увеличения количества койко-дней и общих расходов на лечение.

Ключевые слова: экономическая эффективность, хирургические вмешательства, лапароскопический метод, традиционная аппендэктомия, острый аппендицит.

NAZAROV F.N., AKHMEDOV A., GULMURADOV T.G.

CLINICAL AND ECONOMIC ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF LAPAROSCOPIC AND TRADITIONAL METHODS OF TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS

Department of Surgery with Course of Endovideosurgery of the Kurgan-Tyube branch of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"

In conditions of rapid growth in the cost of medical services, restrictions on the financing of high-tech methods of treatment, and the low solvency of individual layers of the population, held the analysis of economic efficiency of diagnosis and treatment of acute appendicitis.

Found that postoperative complications were significantly prevalent after open intervention, the total costs during an open appendectomy in 1,7 times higher than the costs of laparoscopic surgery due to the increase in the number of bed-days and total treatment costs.

Key words: economic efficiency, surgical intervention, laparoscopic method, traditional appendectomy, acute appendicitis.

Актуальность. За последнее время экономическая оценка эффективности альтернативных методов лечения является одной из наиболее важных задач современной медицины. Необходимость экономического анализа эффективности хирургических вмешательств определяется быстрыми темпами роста стоимости медицинских услуг и общим их удорожанием, появлением альтернативных методов лечения одного и того же заболевания, ограничением финансирования высокотехнологических методов лечения, низкой платежеспособностью отдельных слоев населения [1-3]. В условиях ограничения средств и дефицита финансирования важным становится эффективное исполь-

Назаров Ф.Н. – зав. кафедрой хирургии Курган-Тюбинского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.; тел.: +(992) 988525959

зование имеющихся средств и поиск других резервов. Тем более, что высокий результат деятельности медицинских учреждений порой достигается весьма большой ценой, которая в экономическом отношении не всегда приемлема, это приводит к поиску наиболее экономичных способов оказания медицинской помощи населению [1, 2, 4].

Актуальной проблемой экстренной хирургии продолжают оставаться вопросы диагностики и лечения острого аппендицита (ОА), выявление преимуществ между лапароскопической (ЛАЭ) и открытой аппендэктомией [5, 6]. Несмотря на широко известные преимущества ЛАЭ (косметический эффект, меньший уровень послеоперационной боли, более быстрое восстановление после операции, отсутствие спаечной болезни в отдаленные сроки и др.), среди хирургов активно идут дебаты о ряде ее недостатков, среди которых наиболее часто обсуждается более высокая цена данного вида вмешательства [5-7].

Цель исследования. Обобщение собственного опыта аппендэктомий и проведение экономической оценки эффективности лапароскопического и традиционного методов лечения острого аппендицита.

Материал и методы исследования. Проанализированы клинико-экономические показатели больных с подтвержденным диагнозом «Острый флегмонозный аппендицит», поступивших в хирургические отделения Городской клинической больницы г. Курган-Тюбе и Хатлонского медицинского центра за период 2000 по 2016 годы. Среди них 81 больному (13,0%) выполнена традиционная аппендэктомия (ТАЭ), которые составили контрольную группу. В основную группу включены 544 (87,0%) больных, которым выполнена лапароскопическая аппендэктомия.

Для экономической оценки различных способов хирургического лечения больных использован анализ эффективности затрат, который позволил учесть и соотнести как расходы, так и эффективность лечебных мероприятий [3]. При проведении данного анализа для каждого метода рассчитывается соотношение суммы прямых и косвенных затрат, приходящихся на эффективность лечения. Нами проведены расчеты следующих прямых затрат: на проведение лабораторных исследований, инструментальных исследований, медикаментозное лечение, хирургическое вмешательство с учетом износа оборудования и инструментов на время операции, анестезию, оплату труда участников операции при выполнении различных способов хирургического пособия и затраты на период пребывания больного в стационаре.

Для расчета отношения затраты эффективности использовали формулу [3]:

CEA=ДС/Ef

где: CEA соотношение затрат на эффективность (затраты, приходящиеся на единицу эффективности); ДС - прямые затраты; Ef - эффективность лечения.

Наименьшее значение отношения затраты/эффективность принималось как наиболее предпочтительное, поскольку выявляло способ лечения, обладающий меньшими затратами на единицу эффективности.

Для определения дополнительных преимуществ, которые могут быть получены от одного или другого метода лечения, и расходы при его использовании, проводили расчет приращения эффективности затрат (прибавленной стоимости по формуле [3]:

CEAineb=(ДС1-ДС2) / (Ef1-Ef2)

где: CEAineb – соотношение дополнительных затрат и эффективности; ДС1 и ДС2 – прямые затраты при использовании соответственно первого и второго методов; Ef1-Ef2 – соответственно эффективность лечения при использовании первого и второго методов.

Результаты и их обсуждение. Сравнительная оценка лапароскопического и традиционного методов лечения флегмонозного аппендицита показала, что наряду с неодинаковой эффективностью используемых методов имеются различия в экономических затратах на диагностику и лечение.

Из 625 пациентов с флегмонозной формой аппендицита 510 (81,6%) были в работоспособном возрасте: от 21 года до 44 лет. Остальные 115 пациентов были в возрасте 15-20 лет. Исследуемые пациенты поступали в стационар в периоде 8-24 ч с момента заболевания. Период с момента поступления и до начала проведения операции составил 3,4±1,2 ч.

Клинический случай:

Больной 26 лет, рос и развивался соответственно возрасту. В марте 2016 года появились боли в эпигастральной области и внизу живота с обеих сторон за день до поступления. В течение дня боли в животе усиливались. Больной госпитализирован в хирургическое отделение, где решён вопрос проведения диагностической лапароскопии.

Под общей анестезией с применением мышечных релаксантов в условиях пневмоперитонеума выполнена видеолапароскопия с использованием 3 троакаров: первый троакар вводился по средней линии, по верхнему краю пупка; после осмотра органов брюшной полости вводился 5-мм троакар в левую подвздошную область. Диагностирован флегмонозный аппендицит. В правую подвздошную область в проекции расположения червеобразного отростка и купола слепой кишки вводился третий 10-мм троакар. С целью укорочения времени оперативного вмешательства обработка червеобразного отростка выполнена путем электрокоагуляции в монополярном режиме, произведено лигирования культя. Червеобразный отросток удален через 3-й

10-мм троакар в правой подвздошной области. Культя отростка обработана 0,5% спиртовым раствором. Операция заканчилась дренированием брюшной полости, малого таза через 10-мм порт в правой подвздошной области. Пациенту наложили саморассасывающиеся подкожные швы. Средняя продолжительность лапароскопической аппендэктомии составила 15 минут. Из-за уменьшения продолжительности операционного периода, естественно, уменьшился объём препаратов для анестезии, релаксантов и интраоперационный обьем инфузионной терапии, по сравнении с открытой аппендектомией. Дренажная трубка удалена на 1-е сутки после операции. Был отмечен менее выраженный болевой синдром в раннем послеоперационном периоде. В послеоперационном периоде применения наркотических препаратов не потребовалось, назначен лишь анальгин с димедролом в первые сутки. Послеоперационный период протекал без особенностей. Больной выписан на 2 день после операции и на 5-е сутки вышел на работу.

Оценка экономической эффективности лапароскопического и традиционного методов выполнения аппендэктомии с использованием анализа эффективности затрат требует определенные единицы эффективности [3], за которые принимали число пациентов (в процентах), у которых не наблюдались послеоперационные осложнения (после ЛАЭ и ТАЭ – 95% и 75 % соответственно). Продолжительность операций при ТАЭ и ЛАЭ была сопоставима (табл.1).

Таблица 1

Показатели продолжительности лечения больных с флегмонозным аппендицитом

Показатель	ТАЭ	ЛАЭ
Продолжительность операции, мин.	40,5±0,7	30,0±0,9
Общий срок стационарного лечения, сут.	5	3
Срок послеоперационного пребывания в стационаре, сут.	5	2
Частота всех осложнении в %	25	5,0

Таблица 2

Сравнительный анализ затрат на лечение больных с острым аппендицитом, оперированных традиционным и лапароскопическим способами (в сомонах)

Статья расходов	Контрольная группа	Основная группа
	Отделение	Отделение
Оплата труда врачей	37,89	16,03
Оплата труда среднего и младшего персонала	79,55	33,74
Оплата труда прочего персонала	26,71	11,33
Начисления на зарплату	36,01	15,28
Стоимость питания	16,67	7,08
Стоимость медикаментов	347,93	213,23
Стоимость лабораторных услуг	145,97	124,60
Стоимость износа оборудования	17,64	7,48
Стоимость износа малоценных быстроизнашиваемых предметов	0,92	0,39
Стоимость износа зданий и помещений	12,18	5,17
Стоимость прочих накладных расходов	74,42	31,53
Суммарные затраты	795,80	465,90
Хирургические операции		
Койко-дни	6	2,5
Количество	1	1
Коэффициент рентабельности: 15%	119,36	69,88
Стоимость одной операции в сомони	915,16	535,78
Средняя стоимость одного койко-дня	152,52	214,31

Как видно из таблицы 1, срок пребывания пациента в стационаре после лапароскопической аппендэктомии был в 2,5 раза меньше, чем после традиционной аппендэктомии.

Одним из важных критериев эффективности используемых методов лечения аппендицита является число послеоперационных осложнений. При анализе последних отмечено значительное превалирование их после открытого вмешательства. Среди осложнений наблюдали нагноение операционной раны в 17% случаев, серому – 5% и абсцесс брюшной полости – 3% (летальных исходов не было).

Также проведен анализ затрат на лечение больных с острым аппендицитом, оперированных традиционным и лапароскопичекими способами (табл. 2).

В таблице 2 представлены результаты, полученные при расчете стоимости ЛАЭ и ТАЭ. Более дорогой по стоимости оказалась ТАЭ. Большая клинико-экономическая эффективность ЛАЭ связана с уменьшением числа послеоперационных осложнений, расходов на их лечение, с меньшей потребностью в обезболивающих препаратах в ближайший послеоперационный период.

Как видно из таблицы 2, суммарные затраты при проведении открытой аппендэктомии в 1,7 раза превышают затраты лапароскопической. В то же время необходимо отметить, что средняя стоимость пребывания больного, оперированного лапароскопическим методом, на 61,79 сомони превышает стоимость традиционной аппендэктомии. Однако, за счет длительности пребывания общие расходы на лечение в основной группе сокращаются. Эффективность лечения достигалась за счет уменьшения удельного веса ранних осложнений путем своевременной диагностики и их последующего устранения, позволявших избежать проведения широкой лапаротомии и, соответственно, перевода в реанимационное отделение.

Заключение. Клинико-экономический анализ показал, что более оправдано применение лапароскопической аппендэктомии, при которой клиническая эффективность наибольшая, а затраты меньше, чем при традиционной аппендэктомии. Полученные данные свидетельствуют о преимуществе лапароскопической аппендэктомии перед традиционной аппендэктомии как с клинической (сокращение сроков пребывания больных в стационаре, снижение числа послеоперационных осложнений и потребности в обезболивающих препаратах), так и с экономической (суммарные затраты при ЛАЭ ниже чем при ТАЭ) точек зрения. Представленные результаты свидетельствуют о клинической и экономической целесообразности более широкого внедрения лапароскопической аппендэктомии в практику.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов В.В., Реброва О.Ю. Доказательная медицина: оценка эффективности диагностических вмешательств// Эндоскоп. хир.- 2010.- № 4.- С. 50-60.

2. Власова И.А. К вопросу об экономическом анализе эффективности медицинских технологий // Сиб. мед. журн.- 2010.- № 6.- С. 276-279.

3. Воробьев П.А., Аксентьева М.В., Юрьев А.С. и др. Клинико-экономический анализ (оценка, выбор медицинских технологий и управление качеством медицинской помощи).- М.: Ньюдиамед, 2004.- 404 с.

4. Левицкий В.Д., Гульяев А.А., Ярцев П.А. и др. Современные подходы к диагностике и лечению острого аппендицита // Эндоскоп. хир.- 2011.- № 1.- С. 55-61.

5. Панченков Д.Н., Кудрявцев П.В., Иванюгин В.А. и др. Лапароскопическая аппендэктомия: медицинские и социально-экономические аспекты // Эндоскоп. Хирургия.- 2012.- С. 9-15.

6. Саданов В.С., Шмарина И.В. Миниинвазивные технологии в диагностике и в оперативном лечении больных острым аппендицитом // Эндоскоп. Хирургия.- 2008.- № 1.- С. 9-14.

7. Sun G.L., Eun J.A., Seong Y.K. et al. A Clinical comparison of laparoscopic versus open appendectomy for complicated appendicitis // J. Korean. Soc. Coloproctol.- 2012.- Vol. 27, N6.- P. 293-297.

НАЗАРОВ Ф.Н., АХМЕДОВ А., ГУЛМУРОДОВ Т.Г.

ТАҲЛИЛИ КЛИНИКӢ ВА ИҚТИСОДИИ МАНФИАТНОКИИ УСУЛҲОИ ТАБОБАТИ ЛАПАРОСКОПӢ ВА МАЪМУЛИИ АППЕНДИТСИТТИ ШАДИД

Кафедраи ҷарроҳӣ бо курси эндоҷарроҳии ДТИБКСТ ҶТ (ш. Қурғонтеппа)

Калимаҳои калидӣ: манфиатнокии иқтисодӣ, амалиёти ҷарроҳӣ, усули лапароскопӣ, аппендэктомияи маъмулӣ, аппендитсити шадид.

Дар марҳилаи афзоиши босуръати арзиши хизматрасониҳои тиббӣ, маҳдудияти маблаггузории усулҳои табобатӣ бо технологияи навин, шароити пасти баъзе аз табақаҳои аҳолӣ таҳлили манфиатнокии иқтисодиш ташхис ва табобати аппендитсити шадид гузаронида шуд.

Муайян карда шуд, ки оризаҳое, ки пас аз амалиётҳои ҷарроҳии маъмулӣ ба вуқуъ мепайванданд аз ҳисоби бистаришавии тулонӣ ва ҳаҷми умумии табобат нисбат ба амалиётҳои ҷарроҳии лапароскопӣ 1,7 маротиб масрафаш зиёдтар мебошад.

УДК 616.127-005.8

[1]ОЛИМЗОДА Н., [2]СОБИРОВ С.С.

ИСХОДЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

[1]ГУ "Республиканский клинический центр кардиологии" МЗиСЗН РТ
[2]ГУ "Согдийская областная клиническая больница имени С.К. Кутфидинова"

Одной из важнейших проблем здравоохранения республики является распространённость сердечно-сосудистых заболеваний. В результате проведённых клинических и экспериментальных исследований определена многофакторность гипертонической болезни – стенокардия, атеросклероз, соматические болезни, заболевания органов дыхания, органов пищеварения и сахарный диабет. Проанализирована зависимость инфаркта миокарда от условий, способствующих возникновению и распространению сердечно-сосудистых заболеваний: возраст, пол, профессия, курение, избыточная масса тела, время суток, время года, метеоусловия, время обращения за медицинской помощью и время её оказания, время госпитализации на больничную койку.

Ключевые слова: летальность, внезапная смертность, сердечно-сосудистые заболевания, артериальная гипертензия, многофакторность.

[1]OLIMZODA N., [2]SOBIROV S.S.

THE OUTCOMES AND CONSEQUENCES OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

[1]Republican cardiology center
[2]Sughd regional clinical hospital named after S. Kutfidinov

One of the most important healthcare problems in the country is the prevalence of cardiovascular diseases. As a result of clinical and experimental studies identified the multifactorial nature of hypertension - stenocardia, atherosclerosis, somatic diseases, respiratory diseases, digestive disorders and diabetes mellitus.

Analyzed the dependence of myocardial infarction from conditions conducive to the emergence and spread of cardiovascular diseases - age, sex, profession, smoking, excess body weight, time of day, time of year, weather conditions, time of treatment, hospitalization time.

Key words: mortality, sudden mortality, cardiovascular disease, arterial hypertension, multifactor.

Актуальность. Одной из важнейших проблем, стоящих перед медицинской наукой на современном этапе, является проблема заболеваний сердечно-сосудистой системы. Именно сердечно-сосудистые заболевания определяют летальность, трудовые потери в большинстве стран мира, среди которых наибольший удельный вес занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС) [1, 2, 3].

Собиров С.С. – г. Худжанд, 34 микрорайон, промышленная Северо-Восточная зона; тел.: + (992) 92 777 22 23; e-mail: sobirjon.s@mail.ru

Артериальная гипертония (АГ) увеличивает риск смерти от ИБС более чем в три раза. Этим объясняется тот факт, что больные с проявлениями ИБС на фоне артериальной гипертонии, даже без перенесенного инфаркта миокарда (ИМ), представляют группу высокого риска в отношении смертности от сердечно-сосудистых осложнений, причем большой удельный вес имеют случаи внезапной смерти [4].

Вместе с тем, результаты клинических и экспериментальных исследований показывают, что коронарная патология в республике остаётся в числе первостепенных проблем внутренних болезней.

Цель исследования. Исследование многофакторности последствий острого инфаркта миокарда в северном Таджикистане.

Материал и методы исследования. В настоящей работе объектами исследования являлись пациенты кардиологического диспансера северного Таджикистана. Материалом послужили истории болезни и диспансерные карты 272 больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), за период 2010-2016 гг.

Исследования проводились клиническими, лабораторными методами с применением функциональной диагностики.

Результаты и их обсуждение. В Таджикистане за 2010-2016 годы показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний составил 68,2% от всех причин смертности, а удельный вес – 415,0 на 100 тысяч населения.

Установлено, что летальный исход при остром ИМ зависит от времени, прошедшего от момента начала приступа. При этом смертность в первый час после приступа ИМ составила в среднем 18,9 на 100 тыс. населения (33,9 – у мужчин и 5,2 – у женщин). В срок до 6 часов этот показатель составил 37,4 на 100 тыс. населения (61,6 – у мужчин и 14,8 – у женщин). В течение 28 суток от момента начала приступа смертность составила 52,7 на 100 тыс. населения (80,3 – у мужчин и 26,9 – у женщин), а в срок более 12 месяцев – 55,4 на 100 тыс. населения (84,1 – у мужчин и 28,7 – у женщин) (табл. 1).

Таблица 1

Смертность от острого инфаркта миокарда в зависимости от начала приступа до летального исхода (100 000 населения)

Время летального исхода от начала приступа	Пол	Возрастные группы					
		20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	20-64
<1,0 часа	Муж.	–	7,2	66,9	125,6	135,7	33,9
	Жен.	–	–	9,2	11,5	29,3	5,2
	Оба пола	–	3,6	37,6	58,1	66,6	18,9
<6,0 часов	Муж.	2,3	18,4	138,6	209,4	162,8	61,6
	Жен.	–	7,2	18,5	23,1	102,6	14,8
	Оба пола	1,1	12,8	77,6	85,4	123,5	37,4
<28 сут.	Муж.	2,3	18,4	153,0	318,2	271,4	80,3
	Жен.	–	7,2	23,1	69,3	175,9	26,9
	Оба пола	1,1	12,8	87,0	170,9	209,4	52,7
<12 мес.	Муж.	2,3	18,4	157,8	343,3	271,4	84,1
	Жен.	–	7,2	23,1	75,1	190,5	28,7
	Оба пола	1,1	12,8	89,4	184,6	218,9	55,4

Летальность в разные сроки от начала приступа ИМ в среднем составила: до одного часа – 15,4%, до 6 часов – 30,5%, до 24 часов – 37,1%, до 7 дней – 40,4%, до 28 дней – 43,0%, до 3 месяца – 44,1%, до 12 месяцев – 45,2% (табл. 2).

Таблица 2

Летальность в разные сроки от начала заболевания (n=272)

Сроки наступления летального исхода	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<1 часа	36	17,1	6	9,8	42	15,4
<6 часов	66	31,3	17	27,9	83	30,5
<24 час.	79	37,4	22	36,1	101	37,1
<7 дней	83	39,3	27	44,3	110	40,4
<28 дней	86	40,7	31	50,8	117	43,0
<3 мес.	88	41,7	32	52,4	120	44,1
<12 мес.	90	42,6	33	54,1	123	45,2
Заболеваемость	221	100%	61	100%	272	100%

Примечание: % высчитан от общего числа заболевших

Частота внезапной смерти вследствие ИМ в зависимости от сезона года отражена на рисунке 1.

Как видно из рисунка 1, зимой и весной показатели смертности от ИМ составили по 27,7%, летом – 22,9% и осенью – 21,7%. К факторам сезонности у больных при нашем исследовании отнесли высокое АД и соматические заболевания, в частности, заболевания органов дыхания.

Самый высокий показатель внезапной смерти, наступившей между 600-1159 часами, отмечался в 31 случае (43,7%). Второе место занимает отрезок суток между 1800-2359 часами и встречался в 17 случаях (23,9%) (рис. 2).

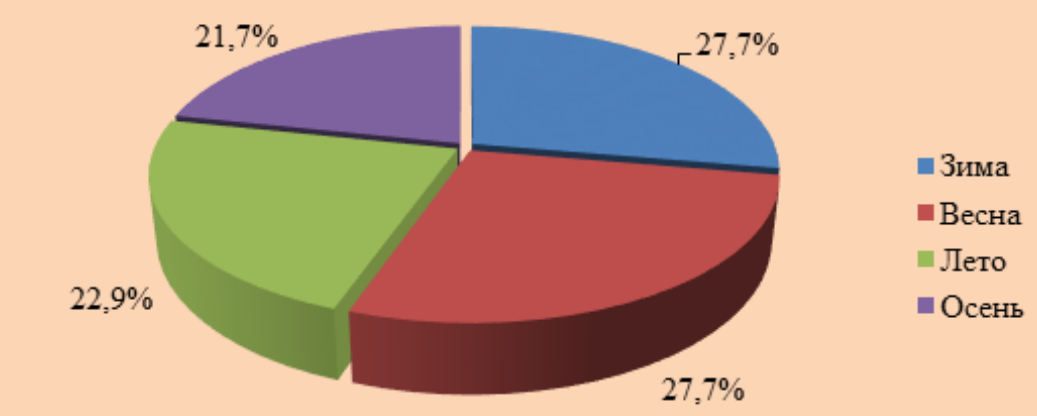


Рис. 1. Частота внезапной смерти в зависимости от сезонов года

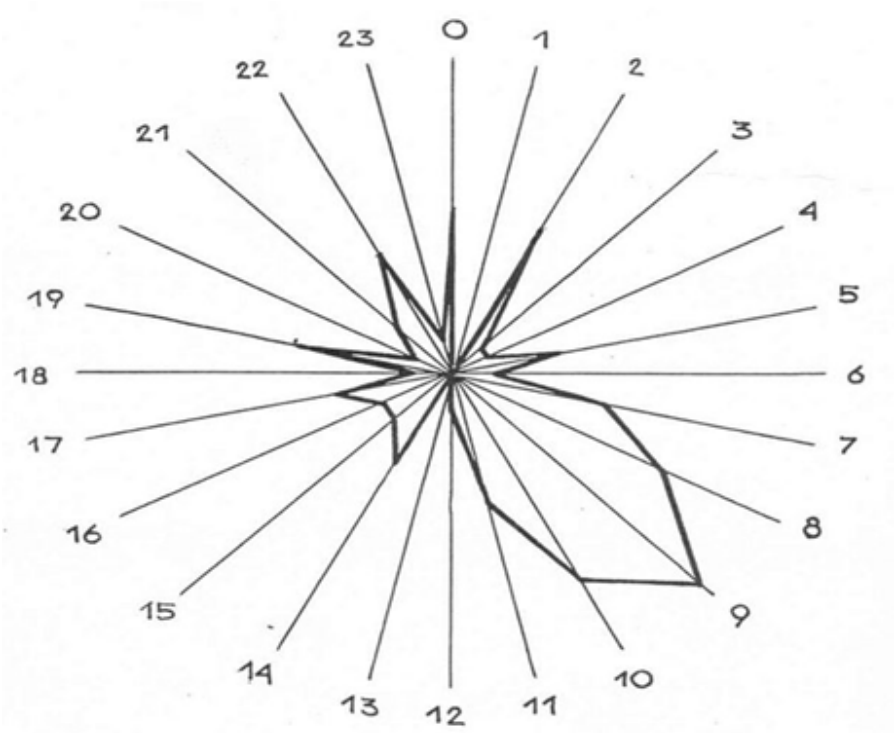


Рис. 2. Относительные показатели частоты внезапной смерти в зависимости от времени суток

00 -5^{59} = 12 (16,9%) (1)
6^{00} – 11^{59} = 31 (43,7%) (2)
12^{00} – 17^{59} = 11 (15,5%) (3)
18^{00} – 23^{59} = 17 (23,9%) (4)

$X^2_{1-2-3-4}=14,4$ $p<0,001$ $X^2_{2-3}=9,52$ $p<0,002$
$X^2_{1-2}=8,3$ $p<0,01$ $X^2_{2-4}=4,08$ $p<0,05$
$X^2_{1-4}=0,86$ $p>0,05$

При исследовании установлена летальность с повторным ИМ в сочетании с АГ, которая была высока в первый год наблюдения: из 19 больных ИМ умерло 15 (78,9%) человек (табл. 3).

Таблица 3

Летальность больных с повторным инфарктом миокарда в сочетании с артериальной гипертензией

Группы	Мужчины	Женщины	Всего
Больные с повторным ИМ+АГ из них умерло % летальности	16 13 81,2%	3 2 66,7%	19 15 78,9%
Больные с повторным ИМ+АГ из них умерло % летальности	195 77 39,5%	58 31 53,4%	253 108 42,7%
Р – между 1 и 2 группами	< 0,001	>0,05	<0,001

Отмечены осложнения и клинические синдромы после перенесенного ИМ через 3 месяца, такие как: стенокардия у 104 обследованных (67,1% случаев), сердечная недостаточность у 72 (46,4%) больных, повторный ИМ 8 случаев (5,2%), тромбоэмболия в 2 случаях (1,3%), летальный исход в 3 случаях (1,9%); через год установлено: 100 (65,8%), 69 (45,4%), 6 (3,9%), 0 (0%), 3 (1,9%) случаев соответственно (табл. 4).

Таблица 4

Частота некоторых осложнений и клинических синдромов в разные сроки после инфаркта миокарда

Обследование	Стенокардия		Сердечная недостаточность		Повторный инфаркт миокарда		Тромбоэмболия		Летальный исход		Всего обследовано	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Через 3 мес.	104	67,1	72	46,4	8	5,2	2	1,3	3	1,9	155	100
Через 1 год	100	65,8	69	45,4	6	3,9	–	–	3	1,9	152	100

Выводы

1. Установлена частота смертности на 100 тыс. населения по возрасту и полу в зависимости от момента начала приступа.
2. Установлена частота летальности в разные сроки от начала заболевания – до 1 часа, до 6 часов, до 24 часов, до7 дней, до 28 дней, более 3 месяцев и более 12 месяцев.
3. Определена частота внезапной смерти от ИМ в зависимости от времени суток. Показатель внезапной смерти, наступившей между 6:00-11:50 часов, составил 43,7% случаев, между 18:00 ч – 23:59 ч – 23,9%.
4. Наблюдалась высокая смертность при повторном ИМ – 78,9%.
5. Определены осложнения и клинические синдромы после ИМ через 3 месяца: стенокардия в 67,1% случаев, сердечная недостаточность в 46,4%, повторный ИМ в 5,2%, тромбоэмболия в 1,3%, через год эти показатели составили, соответственно: 65,8%, 45,4%, 3,9%, 0%, 1,9% случаев.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Файзуллаев Х.Т. Особенности клинического течения ишемической болезни сердца в условиях жаркого климата // Здравоохранение Таджикистана. - 2013.- №3. - С.91-96.
2. Файзуллаев Х.Т. Аспекты первичной инвалидности вследствие ишемической болезни сердца в Республике Таджикистан// Доклады Академии наук Республики Таджикистан. - 2013.- №8. - С.667-670.
3. Miric D., Rumboldt Z. The impact of meteorogical factors on the onset myocardial infarction in the coastal region of middle Dalmatia // G. Ital. Cardiol. – 2005. - Vol. 23, №7.- P. 655-660.
4. Олимов Н.Х., Шоджонов М.М., Вохидов Х.Р., Юлдошев Э.Ч. Современное состояние проблемы миокарда // Вестник Авиценны.- 2011. -№1. – С.109-113.

[1]ОЛИМЗОДА Н., [2]СОБИРОВ С.С.

ОҚИБАТҲОИ САКТАИ ШАДИДИ ДИЛ

[1]МД "Маркази ҷумҳуриявии беморихои дил" ВТваҲИА ҶТ
[2]МД "Беморхонаи вилоятии клиникии в. Суғд ба номи С.Қ. Қутфидинов"

Калимаҳои калидӣ: фавт, марги нобаҳангом, беморихои дилу рагҳо, фишорбаландии шараёнӣ, бисёромилӣ.

Яке аз масъалаҳои муҳими соҳаи тандурустии кишвар ин паҳншавиии беморихои дилу рагҳо мебошад. Дар натиҷаи тадқиқоти клиникӣ ва эксперименталии гузаронидаи мо муайян карда шуд, ки бемории фишорбаландӣ, стенокардияи дил, атеросклероз, беморихои соматикӣ, беморихои роҳи нафас, беморихои узвҳои ҳозима ва диабети қанд дорои омилҳои зиёд мебошанд. Ғайр аз ин вобастагии сактаи дилро аз шароитҳо ва омилҳои сабабгори пайдошавӣ ва паҳншавии бемории дилу рагҳо – синну сол, ҷинс, касб, тамокукашӣ, вазни зиёд, шабонарузӣ, сол, тағирёбии иқлим, муддати мурочиат ба ёриии тиббӣ ва вақти расонидани он, муддати бистарӣ гардидан дар беморхонаҳо натиҷабардорӣ карда шудаанд.

УДК 616.006.6

РАСУЛОВ С.Р., ХАМИДОВ А.К.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМИ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМИ ФОРМАМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРОЦЕССЕ ХИМИОТЕРАПИИ И ПОСЛЕ НЕПРЯМОГО ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОГО ОКИСЛЕНИЯ КРОВИ

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

В работе приведены результаты исследования качества жизни больных III-IV стадиями рака молочной железы (РМЖ) до и после введения химиопрепаратов, а также после непрямого электрохимического окисления (НЭХО) крови 0,03% раствором гипохлорита натрия. Установлено, что исходные уровни общего качества жизни и его показателей по четырем основным шкалам у больных значительно ниже, по сравнению с показателями качества жизни в группе практически здоровых лиц. Применение НЭХО крови 0,03% раствором гипохлорита натрия после курса химиотерапии у больных III-IV стадиями РМЖ сопровождается улучшением общего качества жизни, а также его отдельных составляющих, таких как физическое функционирование, психоэмоциональное состояние, благополучие в повседневной жизни.

Ключевые слова: рак молочной железы, синдром эндогенной интоксикации, химиотерапия, непрямое электрохимическое окисление крови, гипохлорит натрия.

RASULOV S.R., KHAMIDOV A.K.

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED COMMON AND GENERALIZED FORMS OF BREAST CANCER IN THE PROCESS OF CHEMOTHERAPY AND AFTER THE INDIRECT ELECTROCHEMICAL OXIDATION OF BLOOD

State Educational Establishment «Institute of Postgraduate in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

The paper presents results of a study of quality of life of patients with III-IV stages of breast cancer (BC) before and after the administration of chemotherapy and also after the indirect electrochemical oxidation (IEO) of blood by 0,03% sodium hypochlorite solution. Found that initial levels of overall quality of life and its indicators according to four major scales in patients is significantly lower compared with quality of life indicators in the group of healthy individuals. Application of IEO of blood by 0,03% sodium hypochlorite solution after a course of chemotherapy in patients with III-IV stages of the BC, accompanied by improvement in general quality of life, as well as its individual components such as physical functioning, emotional state, well-being in everyday life.

Key words: breast cancer, endogenous intoxication syndrome, chemotherapy, indirect electrochemical oxidation of blood sodium hypochlorite.

Актуальность. По определению ВОЗ, качество жизни (КЖ) – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами [1, 2].

Традиционно эффективность лечения злокачественных новообразований оценивают по ответу на лечение и показателю выживаемости. Однако, эти критерии не характеризуют самочувствие больного и его функционирование в повседневной жизни. В настоящее время признано, что оценка КЖ онкологического больного является важным критерием оценки эффективности лечения и имеет прогностическое значение. Оценка КЖ может помочь врачу индивидуализировать терапию и получить важную для прогноза заболевания информацию [3].

На совместной конференции Национального института рака США (NCI) и Американского общества клинической онкологии (ASCO) в 1996 г. обосновано, что качество жизни является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости [4, 5, 6].

Оценка качества жизни женщин, больных раком молочной железы (РМЖ), осуществляется достаточно давно с помощью специальных опросников, содержащих варианты стандартных ответов на стандартные вопросы, составленные для подсчета по методу суммирования рейтингов [7, 6].

Наиболее распространенными «онкоспецифическими» опросниками являются американский FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) и европейский EORTC QLQ-C30 (European Organisation for Research and Treatment Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 30). Эти опросники широко используются в многоцентровых клинических исследованиях в Европе, США и Канаде, их валидность доказана в рамках различных международных клинических исследованиях [3, 7].

Противоопухолевое лечение сопровождается различными осложнениями, в результате которых качество жизни больных может значительно ухудшиться, в связи с чем уменьшение выраженности токсических реакций при высокой эффективности проводимой химиотерапии является важным компонентом паллиативной химиотерапии.

Цель исследования. Изучить влияние непрямого электрохимического окисления крови 0,03% раствором гипохлорита натрия на выраженность эндогенной интоксикации и качество жизни у больных с местно-распространенным и генерализованным раком молочной железы в процессе химиотерапии.

Материал и методы исследования. В нашем исследовании качество жизни изучено у 64 больных III-IV стадиями РМЖ с помощью опросника FACT-G до лечения, после курса химиотерапии и после НЭХО крови 0,03% раствором гипохлорита натрия и без него. В баллах оценивали как общий показатель качества жизни (ОКЖ), так и его основные составляющие по четырем шкалам опросника (физическое функционирование, социальное/семейное благополучие, психоэмоциональное состояние и благополучие в повседневной жизни). Исследование исходного ОКЖ и КЖ больных по шкалам проводили в сравнении с соответствующими показателями качества жизни у 30 практически здоровых лиц.

Статистическую обработку полученных результатов производили по Стьюденту. Статистически значимым считалось различие между группами при значении $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Изучение исходного показателя ОКЖ показало значительные отличия в группе практически здоровых лиц и больных III-IV стадий РМЖ. Среднее значение общего показателя качества жизни у здоровых составило 35,7±1,81, что заметно выше, по сравнению с показателями качества жизни больных III-IV стадий РМЖ ($p<0,05$) (рис. 1).

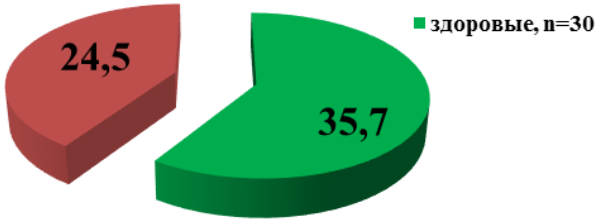


Рис. 1. Исходный уровень ОКЖ у здоровых лиц и больных III-IV стадиями РМЖ

Результаты оценки исходного уровня КЖ по основным шкалам представлены в таблице 1.

У всех больных III-IV стадиями РМЖ, по сравнению со здоровыми, наблюдались более низкие показатели КЖ по шкалам, все отличия оказались статистически достоверными ($p<0,05$).

Показатель физического функционирования (ФФ) свидетельствует о возможности больного выполнять работу, аналогичную до болезни, ухода за собой и членами своей семьи, определённой степени выраженности симптомов слабости, разбитости, потери массы тела и поэтому определяется общим состоянием больного и выраженностью симптомов заболевания. У больных III-IV стадиями РМЖ этот показатель оказался достоверно высоким.

Социальное/семейное благополучие (ССБ) определяет взаимоотношения пациента с близкими людьми, друзьями, соседями, полноценность половой жизни, все это во многом зависит от общего состояния больного. Показатели ССБ также оказались низкими у больных III-IV стадиями РМЖ.

Расулов С.Р. – зав. кафедрой онкологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.; e-mail: same_rasulov@mail.ru

Таблица 1

Исходный уровень КЖ по шкалам у здоровых лиц и больных III-IV стадиями РМЖ

Шкалы качества жизни	Здоровые, n=30	Исследуемая группа, n=32	Контрольная группа, n=32
Физическое функционирование	36,2±1,81	21,2±2,81*	21,1±2,81*
Социальное / семейное благополучие	25,6 ±1,33	16,4±2,38*	15,8±2,38*
Психоэмоциональное состояние	58,9±3,12	42,5±2,9*	42,6±2,9*
Благополучие в повседневной жизни	21,5±1,14	15,8±2,54*	15,6±2,54*

Примечание: * – статистически достоверные отличия от здоровых (p<0,05)

Психоэмоциональное состояние (ПЭС) отражает информированность больного о своей болезни, наличии страха, тревоги, депрессии, веры в преодоление своего заболевания. Опрос показал некоторое его снижение у больных III-IV стадиями РМЖ.

Благополучие в повседневной жизни (БПЖ) определяет способность пациента выполнять повседневную работу, радоваться жизни, получать удовольствие как от самой жизни, так и от работы. Данный показатель также оказался низким у больных III-IV стадиями РМЖ.

Основным фактором, определяющим уровень качества жизни больных РМЖ как до начала лечения, так и в процессе противоопухолевой терапии, является стадия заболевания. Прежде всего, имеет значение факт наличия отдаленных метастазов. У больных метастатическим РМЖ значительно хуже физический компонент качества жизни и общее КЖ, а уровень негативной симптоматики, напротив, выше, боль сильнее в два раза сильнее, эмоционально-когнитивная сфера не зависит от наличия или отсутствия отдаленных метастазов.

Далее мы рассматривали динамику указанных показателей раздельно у больных исследуемой и контрольной групп перед началом очередного курса химиотерапии.

В процессе лекарственной терапии в обеих группах происходило повышение уровня ОКЖ. После проведения одного курса ПХТ данный показатель изменился незначительно, что можно связать с распространенностью процесса и более выраженной токсичностью проводимой терапии (рис. 2).

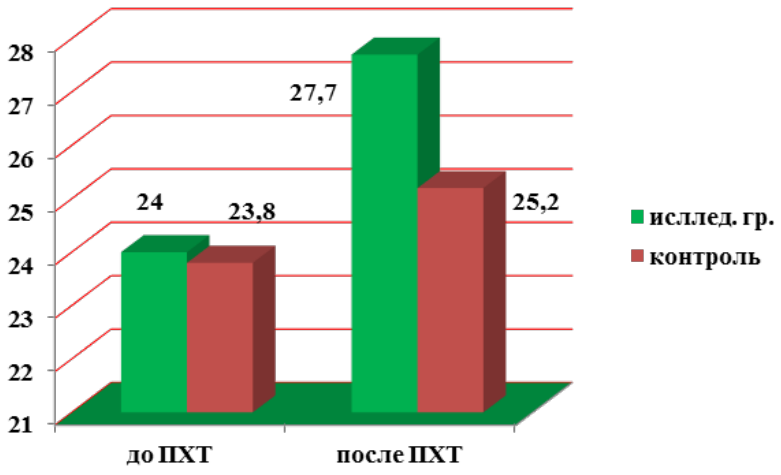


Рис. 2. Динамика показателей общего качества жизни больных РМЖ в баллах после одного курса ПХТ

Определенный интерес представляли данные о том, с какими показателями качества жизни по шкалам опросника поступают больные исследуемой группы после непрямого электрохимического окисления крови (НЭХО) 0,03% раствором гипохлорита натрия на очередной курс ПХТ.

Как следует из таблицы 2, уровень физического функционирования (ФФ) у больных исследуемой группы был достаточно высоким, по сравнению с больными контрольной группы. Это указывает на то, что после НЭХО 0,03% раствором гипохлорита натрия пациентки перестают чувствовать себя больными, оказываются способными выполнять легкую и более тяжелую физическую работу, перестают испытывать недостаток сил и энергии. Проведение НЭХО

0,03% раствором гипохлорита натрия статистически достоверно повышает уровень ФФ, по сравнению с традиционной сопроводительной терапии.

Таблица 2

Динамика показателей КЖ по шкалам в исследуемой и контрольной группах больных в зависимости от метода коррекции ЭИ

Шкалы качества Жизни	Исследуемая группа, n=32		Контрольная группа, n=32	
	перед лечением	через 3 недели после НЭХО	перед лечением	через 3 недели без НЭХО
Физическое функционирование	21,2±2,81*	25,2±2,9*	21,1±2,81*	22,3±2,83*
Социальное / семейное благополучие	16,4±2,38*	18,5±2,81*	15,8±2,38*	16,2±2,31*
Психоэмоциональное состояние	42,5±2,9*	46,5±2,79*	42,9±2,9*	44,5±2,69*
Благополучие в повседневной жизни	15,8±2,54*	20,8±2,84*	15,6±2,54*	17,8±2,64*

Примечание: * – статистически достоверные различия по отношению к исходным данным (p<0,05)

Показатели социального/семейного благополучия (ССБ) и благополучия в повседневной жизни (БПЖ) также являются значимыми в оценке КЖ, они опосредованно указывают на направленность изменений в сферах ФФ и ПЭС.

Показатель ССБ указывает на социальную адаптацию больного, его взаимоотношения с близкими людьми, друзьями, супругами. Эти показатели в большинстве случаев формируются еще до возникновения заболевания и не всегда изменяются в зависимости от течения опухолевого процесса.

В процессе лечения в обеих группах существенной динамики показателя социального/семейного благополучия не было отмечено.

Важнейшим показателем, определяющим уровень качества жизни больных, эффективность проводимого лечения и последующей реабилитации, является психоэмоциональное состояние (ПЭС) до, в процессе и после проводимой терапии. Оценка ПЭС на различных этапах лечения позволяет лечащему врачу судить о состоянии психики у больных, что оказывается очень важной составляющей планирования оптимальной тактики специального лечения.

Как представлено в таблице 2, проведение курса химиотерапии с последующим НЭХО 0,03% раствором гипохлорита натрия способствует заметному повышению психоэмоционального состояния у больных исследуемой группы, а у больных контрольной группы с традиционной сопроводительной терапией увеличивалось недостоверно.

При исследовании показателя БПЖ также можно отметить значительные изменения в сторону улучшения данного показателя у больных исследуемой группы. Возрастание показателя БПЖ связано с тем, что у пациенток появилась возможность выполнять больший объем работы, с которым они не могли справиться при наличии выраженных симптомов заболевания, с улучшением сна, большей удовлетворенностью качеством своей жизни. У больных контрольной группы отмечено лишь некоторое увеличение данного показателя.

Заключение. Таким образом, на основании представленных выше данных можно отметить, что применение НЭХО 0,03% раствором гипохлорита натрия после курса химиотерапии у больных III-IV стадиями РМЖ сопровождается улучшением общего качества жизни, а также его отдельных составляющих, таких как физическое функционирование, психоэмоциональное состояние, благополучие в повседневной жизни.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Понятие качества жизни больных онкологического профиля // Онкология.- 2000.- Т. 2, № 1-2.- С. 25-28

2. Черкасова Е.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Оценка качества жизни у больных с онкопатологией // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2011. – Т. 1, № 7. – С. 45-47

3. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Качество жизни онкологических больных // Вопр. онкологии. – 1998. – Т. 44, № 6. - С. 749-752

4. Лебеденко И.М., Тепляков В.В., Ковалевский Е.Е., Малаева Н.С. Количественное представление "ответа на лечение" организма, систем жизнеобеспечения и качества жизни онкологических больных // Международный мед. журн. – 2001. - № 5. – [электронный ресурс] http://medi.ru/doc/771056.htm - 13.11.2013

5. Hanson F.M. et al.Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease phase // Psychooncology. - 2000. - Vol. 9, № 3. - P. 221-231

6. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic of the literature from 1974 to 2007 // J. Exp. Clin. Cancer Res. – 2008. – Vol. 27. – P. 32

7. Van Heijl M. et al. Preoperative and early postoperative quality of life predict survival in potentially curable patients with esophageal cancer // Ann Surg Oncol. – 2010. – Vol. 17, № 1. – P. 23-30.

8. Coates A.S., Hurny C., Peterson H.F., et al. Quality-of-life scores predict outcome in metastatic but not early breast cancer. International Breast Cancer Study Group // J. Clin. Oncol. 2000. – № 18 (22). – P. 3768–3774.

9. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. акад. Ю.Л. Шевченко.- М.: Олма Медиа Групп, 2007. – 320 с.

РАСУЛОВ С.Р., ХАМИДОВ А.К.

СИФАТИ ЗИНДАГИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ САРАТОНИ МАВҚЕАН ПАҲНГАШТА ВА ГЕНЕРАЛИЗАТСИЯШУДАИ ҒАДУДИ ШИРӢ ПЕШ ВА ПАС АЗ КИМИЁТЕРАПИЯ ВА ПАС АЗ ОКСИДКУНОНИИ ЭЛЕКТРОКИМИЁВИИ БАВОСИТАИ ХУН

МДТ ДТБКСТ ҶТ

Калимаҳои калидӣ: саратони ғадуди ширӣ, синдроми интоксикатсияи эндогенӣ, кимиётерапия, оксидкунонии электрокимиёвии бавосита, гипохлорити натрий.

Дар мақола натиҷаи омӯзиши сифати зиндагии беморони гирифтори саратони ғадуди ширии марҳилаҳои III-IV пеш ва пас аз кимиётерапия, ҳамчунин пас аз оксидкунонии электрохимиявии бавоситаи хун бо маҳлули 0,03% гипохлорити натрий пешниҳод гардидааст. Маълум карда шудааст, ки ҳолати умумии аввалаи сифати зиндагӣ ва нишондодҳои он аз рӯйи чаҳор ҷадвали асосии саволнома дар беморони гирифтори саратони мавҚеан паҳнгашта ва генерализатсияшудаи ғадуди ширӣ дар муқоиса бо нишондодҳои сифати зиндагии шахсони амалан солим хеле паст мебошад. Истифодаи оксидкунонии электрокимиёвии бавоситаи хун бо маҳлули 0,03% гипохлорит натрий пас аз бахшҳои кимиётерапия дар беморони гирифтори саратони ғадуди ширии марҳилаҳои III-IV боиси беҳ гардидани ҳолати умумии сифати зиндагӣ ва нишондодҳои алоҳидаи он – фаъолияти ҷисмонӣ, офияти иҷтимоию оилавӣ, ҳолати рӯҳию эҳсосият ва офияти ҳаррӯза мегардад.

УДК 618.1

РУСТАМОВА М.С., БАДАЛОВА М.А., НЕГМАТОВА С.С.

КОРРЕКЦИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ

НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии МЗиСЗН РТ

В статье представлены результаты коррекции инсулинорезистентности у женщин с гиперпластическими процессами репродуктивных органов. Немедикаментозное лечение (рациональное питание и повышение двигательной активности) и медикаментозная терапия инсулиносенситайзером – метфогаммой – способствовала стабилизации массы тела, улучшению показателей углеводного (содержания глюкозы и инсулина в крови, индекса HOMA) и липидного (концентрации триглицеридов, липопротеидов низкой и высокой плотности) обменов.

Ключевые слова: гиперпластические процессы репродуктивных органов, метаболический синдром, инсулинорезистентность, инсулиносенситайзер, метфогамма, индекса HOMA, липопротеиды, триглицериды.

RUSTAMOVA M.S., BADALOVA M.KH., NEGMATOVA S.S.

CORRECTION OF INSULIN RESISTANCE IN WOMEN WITH HYPERPLASTIC PROCESSES OF REPRODUCTIVE ORGANS

Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

The article shows results of correction of insulin resistance in women with hyperplastic processes of reproductive organs. Non-pharmacological treatment (rational nutrition and increased motor activity) and pharmacological therapy with metaphamous insulinensensitizer promoted stabilization of body weight, improvement of carbohydrate (glucose and insulin in blood, HOMA index) and lipid (triglyceride, low-density and high-density lipoprotein) exchanges.

Key words: hyperplastic processes of reproductive organs, metabolic syndrome, insulin resistance, insulinensensitizer, metaphamma, HOMA index, lipoproteins, triglycerides.

Актуальность. В последние годы все большее значение уделяется метаболическим нарушениям при гиперпластических процессах репродуктивных органов (ГПРО). Как известно, на сегодняшний день метаболический синдром (МС) представляет одну из глобальных проблем медицины. Это продиктовано высокой его распространенностью (25-30%), приобретающего, по данным экспертов ВОЗ, характер пандемии [1, 2]. Заслушивает особого внимания развития на фоне изменений обменных процессов сердечно-сосудистой заболеваемости, сахарного диабета 2 типа и патологии органов репродуктивной системы [3-7]. Ученых настораживает существующая концепция повышения злокачественной трансформации заболеваний репродуктивных органов при МС [8-10].

Поиск путей дифференцированной тактики ведения больных с ГПРО с учетом основных компонентов метаболического синдрома, в том числе инсулинорезистентности, представляет актуальную проблему, решение которой позволит повысить эффективность терапии, сократить

Рустамова М.С. – ст. научный сотрудник НИИ АГиП МЗиСЗН РТ, д.м.н.; тел.+(992)935756464

число рецидивов и в целом улучшить прогноз и исход заболевания.

Цель исследования. Изучить эффективность коррекции инсулинорезистентности в комплексной терапии женщин с гиперпластическими процессами репродуктивных органов при метаболическом синдроме.

Материал и методы исследования. Обследованы 35 женщин с гиперпластическими заболеваниями репродуктивных органов и 30 практически здоровых женщин, обратившихся в консультативно-диагностическую поликлинику и госпитализированных в гинекологическое отделение Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан за период 2011-2013 гг.

Критерием отбора в основную группу послужило наличие у женщин компонентов метаболического синдрома и гиперпластических процессов органов гениталий и молочных желез. Критериями исключения было наличие сахарного диабета, тяжелых сердечно-сосудистых и онкологических заболевания. Контрольную группу составили практически здоровые женщины с нормальной репродуктивной функцией.

Все женщины были информированы и дали добровольное согласие на проведение обследования. Возраст пациенток колебался от 25 до 59 лет.

Проведены общеклинические исследования, общий и гинекологический осмотры, изучение характера питания, оценка индекса массы тела (ИМТ) по Брею, оценка соотношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ). Произведены определения содержания глюкозы в крови, общего холестерина, липопротеидов – высокой (ЛПВП) и низкой плотностей (ЛПНП), триглицеридов (ТГ) калориметрическим методом с использованием наборов реагентов «Витал-Диагностика» (Санкт-Петербург, Россия), а также концентрации инсулина в крови радиоиммунометрическим методом. Инсулинорезистентность устанавливалась при значении индекса HOMA (Homeostatic Model Assessment/ гомеостатистическая модельная оценка) > 2,5.

Всем обследованным женщинам производили ультразвуковое исследование матки, придатков и молочных желез.

В комплекс лечения больных с гиперпластическими процессами репродуктивных органов была включена коррекция инсулинорезистентности препаратом метфогамма, которая назначалась в зависимости от степени выявленных нарушений (от 500 мг до 1500 мг) в течение от 3 до 6 месяцев.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием критерия Стьюдента. При оценки эффективности терапии применяли t-критерий Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Изучение характера питания у больных показало, что все опрошенные не обращали должного внимания приему пищи, не соблюдали режим питания и преимущественно (32/91,4%) пользовались пищей, богатой углеводами в легкоусвояемой форме.

Выявлена высокая частота нарушений менструальной (31/88,6%) и детородной функций (25/71,4%), а также дисфункциональных маточных кровотечений (18/51,4%) с частыми рецидивами. У обследованных женщин было установлено наличие: миомы матки (22/62,8%), гиперплазии эндометрия (15/42,8%), полипа эндометрия (13/37,1%), кист и кистозных образований яичников (8/22,8%) и диффузной мастопатии молочных желез (17/48,6%).

При осмотре больных обнаружено достоверное ($p<0,001$) увеличение индекса массы тела до 31,9±0,9 кг/м^2, по сравнению с показателями женщин контрольной группы (21,5±0,3 кг/м^2). У всех (100%) обследованных пациенток выявлено абдоминальное ожирение, при этом соотношение ОТ/ОБ у них составило 0,92±0,01 см, что указывало на висцеральное распределение жировой ткани. Необходимо отметить, что у 16/45,7% женщин основной группы был установлен стеатоз печени, что также указывало на наличие висцерального ожирения. Избыток массы тела отмечен у 11/31,4% больных, у остальных диагностировано ожирение I ст. (15/42,8%), II ст. (6/17,1%) и III ст. (3/8,6%). Цифры артериального давления выше 130/85 мм рт. ст. были зарегистрированы у 18/51,4% пациенток.

Углеводный обмен характеризовался повышением уровня глюкозы в плазме крови у 31/88,6% больной со средним значением 5,9±0,03 мкмоль/л и оказался достоверно ($p<0,01$) выше аналогичного показателя женщин контрольной группы (4,7±0,08 мкмоль/л). Средняя величина инсулина в крови составила 24,2±2,5 мкМЕ/мл при амплитуде колебания от 18,2 до 43,4 мкМЕ/мл, что также достоверно ($p<0,001$) отличалось от контрольных величин (12,2±0,3 мкМЕ/мл, 3,9-14,3 мкМЕ/мл, соответственно). При этом индекс HOMA был высоким почти у всех (33/94,3%) пациенток и в среднем составил 6,3±0,6 ед., превышая в 2,7 раз контрольное значение (2,3±0,06 ед., $p<0,001$), что указывало на развитие инсулинорезистентности в их организме.

У обследованных женщин имелись выраженные изменения липидного обмена. Анализ уровня холестерина показал, что в крови у 2/3 (23/65,7%) больных содержание общего холестерина колебалось от 5,6 до 7,6 ммоль/л, составляя в среднем 6,3±0,2 ммоль/л и превышало ($p<0,001$) аналогичный показатель женщин контрольной группы (3,9±0,1 ммоль/л).

Кроме того, у всех обследованных были установлены высокие цифры ЛПНП – в среднем до

4,1±0,18 ммоль/л, ТГ – до 2,3±0,06 ммоль/л, снижение ЛПВП в среднем до 1,29±0,04 ммоль/л, по сравнению с контрольными величинами: 2,5±0,12 ммоль/л, 1,3±0,05 ммоль/л и 1,8±0,02 ммоль/л, соответственно (p<0,001).

По мнению многих исследователей, причиной нарушений углеводного и липидного обменов является именно некорригированная инсулинрезистентность. Последняя приводит к возникновению в печени каскада изменений синтеза триглицеридов и липопротеидов с развитием дислипидемии. Перечисленные изменения нарушений глюконеогенеза и глюкогенеза вызывают ряд серьёзных метаболических изменений, которые могут быть одним из патогенетических аспектов формирования гиперпластических процессов репродуктивных органов и, возможно, способствовать развитию рецидива заболевания [2, 3, 5, 6].

В связи с учетом ключевой связующей роли инсулинорезистентности между другими компонентами метаболического синдрома и достоверного повышения уровня инсулина и индекса НОМА всем обследованным больным в качестве патогенетического лечения назначался препарат, улучшающий инсулиночувствительность тканей – инсулиносенситайзер метфогамма. Основное свойство метфогаммы направлено на преодоление инсулинорезистентности, то есть уменьшение резистентности к инсулину, тем самым повышаетрся чувствительность тканей к инсулину, а при гиперинсулинемии – снижается его содержание в крови.

Клиническими исследованиями демонстрирована высокая эффективность Метфогаммы для коррекции дислипидемии, так как препарат замедляет всасывание глюкозы из кишечника и тем самым уменьшает послепищевую гипергликемию, нормализует липидный обмен, то есть снижает содержание в крови триглицерида и ЛПНП, в то же время повышает уровень ЛПВП [11].

Медикаментозная терапия сочеталась с немедикаментозным лечением, то есть всем больным была назначена диетическая коррекция, которая осуществлялась за счет уменьшения калорийности питания и рационализации состава потребляемой пищи, кроме того, было рекомендовано пятиразовое питание и ведением пищевого дневника.

Повышение двигательной активности рекомендовано всем больным основной группы в виде активной физической нагрузки по 3 занятия в неделю в течение 30 минут.

Необходимо отметить, что у 16/45,7% обследованных женщин с МС была выявлена патология климактерия, проявляющаяся в виде колебаний настроения (11/68,8%), приливов и чувства жара (7/43,8%), диссомнических нарушений (6/37,5%) и урогенитальных расстройств (31,2%). Для коррекции вегето-сосудистых нарушений больным был назначен натуральный фитоэстроген.

Повторное обследование больных с МС после лечения показало, что в течение 6 месяцев наблюдалась стабилизация массы тела, а затем происходило её снижение (в среднем 500-600 г/месяц). Несмотря на недостоверное снижение ИМТ (30,2±0,6 кг/м^2, p>0,05), установлено улучшение показателей углеводного обмена (снижения содержания глюкозы до 4,7±0,05 ммоль/л и инсулина до 11,4±0,4 мкМЕ/мл в крови) и липидного обмена (снижение концентрации ТГ – 1,2±0,04 ммоль/л и ЛПНП – 2,8±0,1 ммоль/л, с повышением показателя ЛПВП – 1,6±0,03 ммоль/л в крови). При этом индекса НОМА снизился до 2,4±0,07. Математический анализ показал достоверность (p<0,001) полученных результатов, по сравнению с аналогичными показателями женщин до лечения. Однако, уровень общего холестерина имел только тенденцию к снижению (5,9±0,2 ммоль/л; p>0,05), по-видимому, это связано с фактором питания, для нормализации которого необходимо более длительное немедикаментозное лечение.

Препарат метфогамма переносился всеми больными хорошо, побочных явлений ни у одной из них не выявлено, а динамическое наблюдение за пациентками в течение 1 года показало отсутствие рецидива осложнений.

Полученные данные указывают на необходимость проведения обследования женщин с гиперпластическими процессами на выявление компонентов метаболического синдрома. Своевременная диагностика нарушений липидного и углеводного обменов и их коррекция назначением инсулиносенситайзера – метфагаммы и немедикаментозных средств (рациональное питание и физическая нагрузка) в комплексной терапии, направленных на все звенья патогенеза гиперпластических процессов репродуктивных органов, позволяют повысить эффективность лечения больных, оздоровить и улучшить качество их жизни.

Заключение. У больных с гиперпластическими процессами репродуктивных органов выявлена высокая частота инсулинорезистентности. Коррекция инсулинорезистентности, рациональное питание и повышение двигательной активности в комплексной терапии способствуют улучшению углеводного и липидного обменов. Полученные результаты указывают на необходимсоть обследования всех женщин с гиперпластическим синдромом для выявления метаболических нарушений в организме и их своевременной коррекции.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO obesity: prevention and managing the global epidemic. /Report of the WHO. Consultation on Obesity. Geneva. - Tech Rep, 2000. - I-XII. - P. 894.

2. Zimmet P., Shaw J., Alberti G. Preventing type 2 diabetes and the dysmetabolic syndrome in the real world: a realistic view // Diabetic medicine. – 2003. - V. 20, № 9. – P. 693-702.

3. Алексеева О.П., Востокова А.А., Курышева М.А. Метаболический синдром: современные понятия, факторы риска и некоторые ассоциированные заболевания.- Нижний Новгород: НИЖ МА, 2009. - 111 с.

4. Геворкян М.А. Ожирение и репродуктивное здоровье женщины // Ожирение и метаболизм.- 2008.- №3.- С. 12-14

5. Дубоссарская З.М. Метаболический синдром и гинекологические заболевания //Медицинские аспекты здоровья женщин. - 2010. - № 2. - С. 1-6.

6. Ройтберг Г.Е. Метаболический синдром.- М: МЕД-пресс-информ, 2007.- 223 с.

7. Чазова И.Е. Метаболический синдром.// Кардиоваскулярная терапия и профилактика.- 2003.- № 3.- С. 32-38

8. Чернышова А.Л., Виллерт А.Б., Коломиец Л.А., Юнусова Н.В. и др. Рак и пролиферативные процессы эндометрия. Гормонально-метаболические особенности //Сибирский онкологический журнал. - 2015. – Прил. № 2. – С. 48-53

9. Чернышова А.Л., Коломиец Л.А., Юнусова Н.В., Шаншашвили Е.В. Особенности гормонально-энергетического обмена у больных с гиперпластическими процессами и раком эндометрия на фоне метаболического синдрома //Сибирский онкологический журнал. – 2015. - № 1. - С. 5-11

10. Larenzo C. The Metabolic Syndrome-Risk of Cardiovascular Diseases // Diabetes Care. – 2007. - V.30, №1. - P. 8-13.

11. Краснопольский В.И., Гаспарян Н.Д., Логутова Л.С., Карева Е.Н. и др. Новая технология противорецидивной гормональной терапии гиперпластических процессов эндометрия у женщин позднего репродуктивного возраста. https://www.lvrach.ru/2012/11/15435574/ (дата обращения 11 декабря 2017 г.).

РУСТАМОВА М.С., БАДАЛОВА М.Х., НЕГМАТОВА С.С.

КОРРЕКСИЯИ ИНСУЛИНТОБОВАРӢ ДАР ЗАНОНИ ДОРОИ ҶАРАЁНИ ГИПЕРПЛАСТИКИИ УЗВҲОИ РЕПРОДУКТИВӢ

Пажӯҳишгоҳи акушерӣ-гинекологӣ ва перинатологии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимои аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Калимаҳои калидӣ: ҷараёнҳои гиперпластикии узвҳои репродуктивӣ, синдроми метаболӣ (СМ), инсулинтобоварӣ, метфагамма, липопротеидҳо, триглицеридҳо

Дар мақола натиҷаи коррексияи инсулинтобоварии занон бо ҷараёнҳои гиперпластикии узвҳои репродуктивӣ оварда шудааст. Табобати гайридоруги (гизои солим ва баланд бардоштани фаъолияти ҳаракат) ва доругӣ бо инсулинсентизатори медфагамма боиси ба эътидол омадани вазни бадан, беҳтар намудани нишондодҳои муболиаи карбогидрадҳо (миқдори глюкоза ва инсулини хун) ва чарбҳо (консентратсияи триглисеридҳо, липопротеидҳои зичшашон пас ва баланд) мегардад.

УДК 616.65-002

САЙДУЛЛОЕВ Л., ИШОНАКОВ Х.С.,
САЙФУЛЛОЛЕВ К.У., ЁРОНОВ О.ДЖ.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ, ОСЛОЖНИВШИМСЯ КОПУЛЯТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Кафедра урологии и андрологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Представлены результаты ультразвуковой допплерографии 74 больных хроническим простатитом, осложнившимся копулятивной дисфункцией. Обследованные мужчины были в возрасте от 21 до 50 лет (средний возраст 33,2±1,2 лет). В спектральном режиме цветного допплеровского картирования изучали характер нарушения кровообращения в сосудах предстательной железы. При этом исследовали кровоток в капсулярных и уретральных артериях. Измерялся диаметр и скорость венозного оттока в венах парапростатической и параректальной клетчатки.

У больных хроническим простатитом выявлялось снижение максимальной систолической скорости кровотока в уретральных и капсулярных артериях, а также индексов периферического сопротивления.

При длительности хронического простатита более 2 лет отмечалось значительное снижение скорости венозного кровотока в сосудах простаты.

Ключевые слова: хронический простатит, копулятивная дисфункция, ультразвуковая допплерография.

SAYDULLOEV L., ISHONAKOV KH.S.,
SAYFULLOLEV K.U., ERONOV O.DZH.

HEMODINAMICAL CHANGES IN PROSTATE GLAND IN PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS COMPLICATED BY COPULATORY DISFUNCTION

Department of Pharmacology of the Avicenna Tajik State Medical University

The article presents results of dopler US of 74 patients with chronic prostatitis complicated by copulatory disfunction. The surveyed men were aged from 21 to 50 years (average age - 33,2±1,2 years). In the spectral mode of color dopler, studied the nature of violation of blood circulation in the vessels of prostate. While investigated the blood flow in the capsular and urethral arteries. Measured the diameter and velocity of venous outflow in the veins of paraphrastically and adrectal fiber.

In patients with chronic prostatitis was detected a decrease in maximal systolic blood flow in urethral and capsular arteries and also decreased peripheral resistance indexes.

Concluded that patients with chronic prostatitis for more than two years have significantly decreased blood flow in prostatic veins.

Key words: chronic prostatitis, copulatory disfunction, dopler ultrasound.

Актуальность. В настоящее время актуальным остается вопрос о влиянии хронического простатита на половую функцию, в том числе и на копулятивную. Копулятивная дисфункция при хроническом простатите является одной из важнейших медико-социальных проблем, приводящих к распаду семьи, психическим срывам, инвалидизации.

Важным фактором риска возникновения копулятивной дисфункции большинство авторов считают воспалительные заболевания мочеполовых органов и, прежде всего, хронический простатит [1, 2].

С появлением новых технологий возможности ультразвукового исследования предстательной железы, включая и допплерографические методы, ввиду их неинвазивности постоянно расширяются, что позволяет своевременно предупредить копулятивную

Сайдуллоев Лутфулло. – зав. кафедрой урологии и андрологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.; E-mail: slutfullo@yandex.ru

дисфункцию на ранних стадиях прогрессирования хронического простатита [3, 4].

Решающими в диагностике копулятивных дисфункций у больных с хроническим простатитом являются ультразвуковые методы диагностики, включающие допплерографию предстательной железы с определением морфологических структур, скорости сосудистого кровотока, коэффициентов периферического сопротивления [1, 5]. Применение ультразвуковой ангиографии с энергетическим допплером у больных с хроническим простатитом позволяет своевременно оценить нарушения кровотока в предстательной железе и проследить их динамику в процессе лечения Авторы до начала лечения у 85,7% больных по УЗИ в режиме серой шкалы регистрировали участки фиброза, расположенные периуретрально и в центральных долях простаты, а в режиме цветового допплеровского картирования отмечали снижение пиковых линейных скоростей, низкую васкуляризацию периферической зоны железы, а также визуализировали капсулярное артериальное сплетение по нижнебоковым поверхностям предстательной железы, уретральные артерии семявыбрасывающих протоков, расширение вен парапростатического венозного сплетения. Приводятся нормальные показатели максимальной систолической скорости кровотока для уретральных (от 4,5 до 11,0 см/с) и для капсулярных (от 8 до 17 см/с) артерий, а также индекс резистентности в неизмененной железе для этих же артерий со средним значением 0,58 [1].

Цель исследования. Изучить гемодинамические изменения в предстательной железе у больных хроническим простатитом, осложнившимся копулятивной дисфункцией.

Материал и методы исследования. В основу настоящего исследования положены материалы обследования 74 больных, ранее леченных по поводу хронического бактериального простатита, у которых диагностирована копулятивная дисфункция.

Все пациенты находились под наблюдением в клинике урологии Санкт-Петербургской Медицинской академии последипломного образования на базе Александровской больницы и клиники урологии и андрологии ГОУ ИПОвСЗ РТ на базе Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе.

Обследованные мужчины были в возрасте от 21 до 50 лет (средний возраст 33,2±1,2 лет). Из таблицы 1 видно, что у 29 (39,2±11,1%) обследованных мужчин преобладал возраст от 30 до 40 лет, то есть молодой и наиболее трудоспособный. Женаты были 60 пациентов, остальные 14 состояли в гражданском браке.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту (n=74)

20-30 лет	30-40 лет	40-50 лет	Всего
25 (33,8±10,8%)	29 (39,2±11,1%)	20 (27,0±10,1%)	74 (100%)

Примечание: $p<0,05$

Трансректальное ультразвуковое сканирование предстательной железы (ТРУЗИ) с определением ее объема, эхоструктуры выполнялось на аппарате Aloka 2000 (Япония) в трех взаимно перпендикулярных плоскостях трансректальным линейным датчиком с частотой 7,5 МГц. Объем предстательной железы вычислялся после введения в память УЗ-аппарата трех размеров (в сагиттальной, продольной и фронтальной проекциях) простаты по формуле:

$$V = 0,52 \times W \times h \times I$$

где: V- объем простаты в см³, w, h, i – ширина, длина и толщина - три измерения простаты, умноженные на постоянный коэффицент 0,52.

В спектральном режиме цветного допплеровского картирования (ЦДК) изучали характер нарушения кровообращения в сосудах предстательной железы. При этом исследовали кровоток в капсулярных и уретральных артериях. Измерялся диаметр и скорость венозного оттока в венах парапростатической и параректальной клетчатке. Определяли следующее показатели:

$\mathbf{V_{max}}$ – максимальная систолическая скорость кровотока;

$\mathbf{V_{min}}$ – минимальная конечно-диастолическая скорость кровотока;

RI – индекс резистентности;

PI – индекс пульсативности.

В норме $\mathbf{V_{max}}$ для уретральных артерий находится в пределах от 4,5 до 11 см/с, **RI** – 0,43-0,67 и для капсулярных – $\mathbf{V_{max}}$ от 8 до 17 см/с, **RI** – 0,58; скорость венозного кровотока в норме 5,9 см/с (Veneziano S., et al. 1995).

Результаты и их обсуждение. Как следует из таблицы 2, средний показатель максимальной систолической скорости кровотока (V_{max}) трансректально в уретральных и капсулярных артериях предстательной железы у больных был снижен и составлял 5,8±0,8 см/с, а в контрольной – несколько выше – 6,2±1,4 см/с, при норме – от 4,5 до 11,0 см/с. Средний показатель Vmin в этих группах был ниже нормы и составлял 2,6±0,4; 2,8±1,0 см/с. Индекс периферического сопротивления (RI) был ниже верхней границы нормы, а пульсативный

индекс (PI) достигал нормальных значений. Нами отмечено, что в капсулярных артериях предстательной железы параметры кровотока были несколько ниже контрольной группы.

Таблица 2

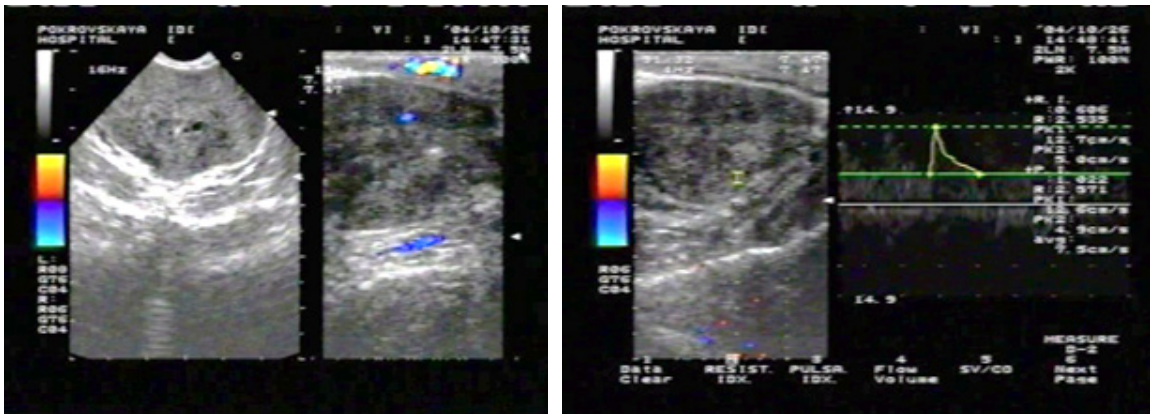
Допплерографические показатели кровотока в сосудах предстательной железы у больных хроническим простатитом

	Показатель кровотока в ПЖ				Васкуляризация		Вены							
							тип венозного кровотока			парапростатические			парректальные	
	V_{max}, см/с	V_{min}, см/с	RI	PI	сохр.	ослабл.	монофаз.	бифаз.	кавальный	диаметр (M±m), мм	расш.	не расш.	расш.	не расш.
Исследуемая группа (n=74)	5,8±0,8	2,6±0,4	0,629±0,034	1,172±0,132	30 (40,5±11,2%)	44 (59,5±11,2%)	10 (13,5±7,8%)	52 (70,3±10,4%)	12 (16,2±8,4%)	4,2±0,4	67 (90,5±6,7%)	7 (9,5±6,7%)	47 (63,5±11,0%)	27 (36,5±11,0%)
Контрольная группа (n=20)	6,2±1,4	2,8±1,0	0,621±0,093	1,078±0,246	9 (45,0±21,8%)	11 (55,0±21,8%)	5 (25,0±19,0%)	7 (35,0±20,9%)	8 (40,0±21,5%)	3,9±0,9	14 (70,0±30,1%)	6 (30,0±30,1%)	11 (55,0±21,8%)	9 (45,0±21,8%)
Нормальные показатели	4,5-11,0	3,5	0,43-0,67	1,0						2,0-2,5				

Примечание: $p < 0,05$

При триплексном сканировании предстательной железы у 52 (70,3±10,4%) из 74 больных выявлялся и преобладал низкоскоростной бифазный тип венозного кровотока, у пациентов контрольной группы у 7 (35,0±20,9%). У остальных 22 пациентов определялся монофазный и кавальный типы венозного кровотока. Ослабление васкуляризации в сосудах предстательной железы отмечалось у 44 (59,5±11,2%) из 74 больных, у 11 (55,0±21,8%) – в контрольной группе. Нами отмечено ослабление васкуляризации несколько чаще в центральной зоне простаты и сохранение ее на периферии. Расширение вен в парапростатической клетчатке (диаметр вен был в среднем 4,2±0,4 мм, при норме 2-2,5 мм) обнаруживалось чаще (установлено у 67 (90,5±6,7%) из 74 больных у 14 (70,0±30,1%) – в контрольной группе). Расширение вен в параректальной клетчатке имелось у 47 (63,5±11,0%) больных и у 11 (55,0±21,8%) пациентов контрольной группы. Увеличение объема предстательной железы, утолщение ее капсулы при ТРУЗИ были отмечены у 11% больных. Диффузно неоднородная эхоструктура простаты выявлялась у 22% больных. Расширение парауретральных желез отмечалось у 10% пациентов. Пролиферативные образования (участки фиброза) определялись у 35% больных, у 20% – инфильтративно-экссудативные, у 15% – их сочетание, у остальных больных предстательная железа была однородной (рис. 1 А, Б).

Из таблицы 3 и рисунка 1 видно, что показатели скорости венозного кровотока в предстательной железе зависели от длительности течения хронического простатита. Снижение скорости венозного кровотока в среднем до 4,6±0,6 см/с выявлялось у исследуемых больных, несколько ниже кровоток был контрольной группе больных, что составляло соответственно в среднем 4,7±1,5 см/с, при норме 5,9 см/с.



а *б*

Рис. 1. УЗДГ сосудов предстательной железы больного Л.,36 лет. Копулятивная дисфункция. Хронический простатит (более 3 лет).
А – при ТРУЗИ Vp - 26,0 см^3, капсула утолщена, эхоструктура ее диффузно неоднородная, протоки парауретральных желез расширены до 2 мм; Б – васкуляризация ослаблена, парапростатические вены расширены, при ЦДК – низкоскоростной бифазный кровоток, в огибающих артериях магистральный, RI – 0,495, PI – 0,736, V_{max} – 12,0 см/с;

Таблица 3

Показатели скорости венозного кровотока (см/с) в предстательной железе в зависимости от длительности хронического простатита у исследуемых больных

Группа	Длительность хронического простатита			
	до 6 мес.	**от 6 мес. до 1 г.**	**от 1 г. до 2 лет**	**свыше 2 лет**
Исследуемая группа (n=74)	5,4±0,8	5,0±0,3	4,9±1,1	4,6±0,6
Контрольная группа (n=20)	5,5±1,4	5,3±1,0	5,1±1,8	4,7±1,5

Примечание: p< 0,05

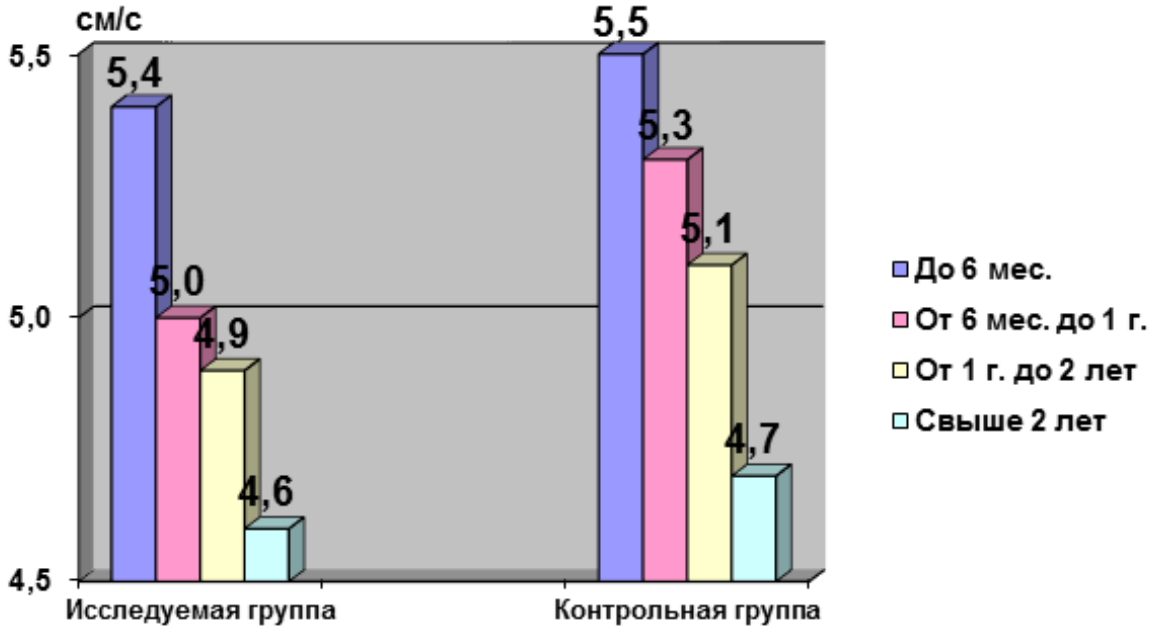


Рис. 1. УЗДГ сосудов предстательной железы больного Л.,36 лет.

При длительности течения хронического простатита до 6 месяцев венозный кровоток в предстательной железе был выше и в среднем составлял 5,4±0,7 см/сек, но был ниже нормальных показателей. При увеличении длительности течения хронического простатита скорость венозного кровотока начинала снижаться.

Заключение. Установлено, что при ТРУЗИ с цветным допплеровским картированием сосудов предстательной железы у больных хроническим простатитом отмечается снижение максимальной систолической скорости кровотока (Vmax) и Vmin до 2,5±0,4 см/сек, до 5,6±0,8 см/сек в уретральных и капсулярных артериях, а также индексов периферического сопротивления (RI и PI). Это объясняется отеком предстательной железы, который непосредственно влияет на кровоток этого органа. У 52 (70,3%) больных установлен низкоскоростной бифазный кровоток. У 67 (90,5%) больных исследованиями установлено расширение вен парапростатической клетчатки и реже – у 47 (63,5%) пациентов – расширение вен параректальной клетчатки, что связано с застойными явлениями в венозной системе предстательной железы.

Установлено ослабление васкуляризации в сосудах простаты у 44 (59,5%) больных. При длительности хронического простатита более 2 лет развивается значительное снижение скорости венозного кровотока в сосудах простаты, обусловленное появлением спаек и рубцов в паренхиме простаты, вызванных воспалением, в связи с чем уменьшается эластичность сосоудов. При длительности хронического простатита до 6 месяцев венозный кровоток имеет нормальные показатели.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Цвибель В., Пеллерито Дж. Ультразвуковое исследование сосудов.- М.: Видар, 2008.- 573 с.
2. Zohdy W. Clinical Parameters that Predict Successful Outcome in men with Premature Ejaculation and Inflammatory Prostatis // J. Sex. Med. – 2009.- N. 6 (11). –P. 3139-3146/
3. Каптилов А.В., Неймарк А.И., Лапий Г.А. Особенности артериальной гемодинамики простаты у пациентов с хроническим абактериальным простатитом, рабатающих на химическом производстве// Фундаментальнные исследования.- 2014.- №4-3.- С.- 519-523.
4. Кочарян Г.С. Сексуальные дисфункции у больных хроническим простатитом: модели формирования// Здоровье мужчины.- 2012.- №2 (41).- С. 114-122.
5. Богданова Е.О. Ультразвуковая диагностика заболеваний предстательной железы.- СПб.: МАПО, 2009.- 103с.

САЙДУЛЛОЕВ Л., ИШОНАКОВ Х.С.,
САЙФУЛЛОЛЕВ К.У., ЁРОНОВ О.ДЖ.

ТАҒЙИРОТҲОИ ГЕМОДИНАМИКИИ ҒАДУДИ ПРОСТАТА ДАР БЕМОРОНИ ПРОСТАТИТИ МУЗМИН БО ОРИЗАИ ВАЙРОНШАВИИ ВАЗИФАИ КОПУЛЯТИВӢ

Кафедраи урология ва андрологияи МДТ ДТБКСТ ҶТ

Калимаҳои калидӣ: простатити музмин, вайроншавии вазифаи копулятивӣ, доплерографияи фаросадоӣ.

Натиҷаҳои допрелографияи фаросадоии 74 бемори простатити музмин бо оризаи вайроншавии вазифави копулятивӣ оварда шудааст. Беморони муоинагашта дар сини аз 21 то 50 сола (сини миёна 33,2±1,2) қарор доштанд. Дар муоинаи доплерография хусусияти вайроншавии гардиши хуни гадуди простата омӯхта шуд. Ҳангоми ин тадқиқот гардиши хуни шараёнҳои капсулярӣ ва уретралӣ мариди омӯзиш қарор гирифт.

Дар беморони простати музмин пастшавии максималии суръати систоликии гардиши хун дар шараёнҳои уретралӣ ва капсулярӣ, ҳамчунин муқовимати индексҳои переферияви муайян гардид.

Ҳангоми зиёда аз 2 сол тул кашидани простати музмин пастшавии назарраси суръати гардиши хуни венозӣ дар рагҳои гадуди простата ба қайд гирифта мешавад.

УДК 618.216-006.6;616-07-03

САЙФУТДИНОВА М.Б., ЗАРДОДХОНОВА М.Т., ГАНИЕВ Д.Ф.

РАК ВУЛЬВЫ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА.

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

Настоящее исследование представляет собой анализ заболеваемости и эффективности лечения рака вульвы у женщин Таджикистана по обращаемости в Республиканский онкологический научный центр МЗиСЗН РТ в 2012-2016 гг. Из 37 исследованных больных 36 пациенток получили телегамматерапию, у 8 из них схема лечения была дополнена полихимиотерапией.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что лучевая терапия и неоадъювантная химиотерапии улучшают качество и продолжительность жизни больных раком вульвы.

Ключевые слова: рак вульвы, неоадъювантная полихимиотерапия, лучевое лечение.

SAYFUTDINOVA M.B., ZARDODKHONOVA M.T., GANIEV D.F.

VULVAR CANCER. EPIDEMIOLOGYAND TREATMENT TACTICS.

State Establishment «The Republican Scientific Center of Oncology» of the Ministry of Health and Social Protection of population of the Republic of Tajikistan

The present study is an analysis of the incidence and efficiency of treatment of vulvar cancer in women in Tajikistan by referral to the Republican Cancer Research Center of the Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan in 2012-2016. From total amount of 37 patients studied, 36 women received telegammatherapy, in 8 of them the treatment regimen was supplemented with polychemotherapy.

The results of study proved that radiation therapy and neoadjuvant chemotherapy improve the quality and life duration of patients with vulvar cancer.

Key words: vulvar cancer, neoadjuvant polychemotherapy, radiation therapy.

Актуальность. Одной из визуально доступных форм злокачественных новообразований является рак вульвы. Однако, несмотря на это, более половины пациенток, страдающих им, обращаются за специализированной помощью, имея распространенные формы заболевания [1].

Следует отметить, что достоверной информации о количестве женщин, страдающих раком вульвы, во многих странах нет, поскольку злокачественные новообразования этой локализации рассматриваются в одной категории с опухолями влагалища и другими редкими опухолями. Исследователи [2] указывают, что рак вульвы в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женских половых органов в России варьирует в пределах 3-8%, в США составляет около 4% и 0,6% от всех случаев рака у женщин.

Особого внимания заслуживает возраст больных раком вульвы. Рак вульвы – это болезнь женщин пожилого и старческого возрастов: 80% инвазивного рака вульвы диагностируется у женщин старше 55 лет, в том числе 30% – в возрасте старше 75 лет. В последнее время авторы сооб-

Сайфутдинова Мунфиза Бурхоновна – руководитель радиологического отделения ГУ «Республиканский онкологический научный центр МЗиСЗН РТ»; тел. + (992) 918 66 52 61; e-mail: detochka1984@bk.ru

щают о развитии рака вульвы у женщин молодого возраста [3].

Анализируя заболеваемость злокачественными новообразованиями в Таджикистане, специалисты пришли к заключению, что процент диагностирования патологии в распространенной и запущенной стадиях остается высоким, включая опухоли наружной локализации. К сожалению, в последние десятилетия в республике не проводился анализ эпидемиологической ситуации и отсутствуют статистические данные по различным локализациям злокачественных новообразований органов репродуктивной системы у женщин. Принимая во внимание важность проблем снижения заболеваемости, смертности и повышения продолжительности и качества жизни больных, страдающих злокачественными новообразованиями, Постановлением Правительства РТ онкология включена в перечень приоритетных направлений научных исследований («Национальная стратегия здоровья населения на период 2010-2020 гг.» за № 368 от 2.08.2010 г.) [4].

Цель исследования. Провести анализ заболеваемости и эффективности лечения рака вульвы у женщин Таджикистана по обращаемости в Республиканский онкологический научный центр МЗиСЗН РТ в 2012-2016 гг.

Материал и методы исследования. Проведенное исследование основано на анализе обращаемости больных раком вульвы в ГУ «Республиканский онкологический научный центр МЗиСЗН РТ» в 2012-2016 гг. За указанный период диагноз «Рак вульвы» был установлен у 37 обратившихся женщин (рис. 1).

Рис. 1. Количество женщин с впервые выявленным раком вульвы (по обращаемости в ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ в 2012-2016 гг.) (n=37)

Результаты и их обсуждение. При изучении возраста больных мы пришли к заключению, что наибольшее количество пациенток (56,7%) относились к возрастной группе 61-80 лет (табл. 1), что не противоречит результатам, полученным другими исследователями [5].

Таблица 1

Распределение по возрасту впервые выявленных женщин, страдающих раком вульвы (по обращаемости в ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ в 2012-2016 гг.) (n=37)

Возраст, лет	2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015 г.		2016 г.		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20-30	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
31-40	–	–	–	–	–	–	–	–	1	2,7	1	2,7
41-50	–	–	–	–	2	5,4	2	5,4	2	5,4	6	16,2
51-60	–	–	1	2,7	3	8,1	2	5,4	1	2,7	7	18,9
61-70	2	5,4	–	–	2	5,4	5	13,5	1	2,7	10	27,0
71-80	–	–	2	5,4	3	8,1	4	10,8	2	5,4	11	29,7
81 и старше	–	–	1	2,7	–	–	–	–	1	2,7	2	5,4
Всего	2	5,4	4	10,8	10	27,0	13	35,1	8	21,6	37	99,9

При распределении больных раком вульвы по регионам (табл. 2) нами было установлено, что 35,1% из них – жительницы Хатлонской области, 27,0% женщин проживали в районах республиканского подчинения, 24,3% больных прибыли из Согдийской области и 13,5% – жительницы г. Душанбе. В нашем исследовании нет данных о больных из ГБАО

Таблица 2

Распределение больных раком вульвы по регионам проживания (n=37)

Возраст, лет	Регионы проживания больных раком вульвы							
	Душанбе		Сугд		Хатлон		РРП	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20-30	–	–	–	–	–	–	–	–
31-40	1	2,7	–	–	–	–	–	–
41-50	–	–	2	5,4	3	8,1	1	2,7
51-60	–	–	2	5,4	4	10,8	2	5,4
61-70	3	8,1	3	8,1	3	8,1	1	2,7
71-80	–	–	2	5,4	3	8,1	5	13,5
81 и старше	1	2,7	–	–	–	–	1	2,7
Всего	5	13,5	9	24,3	13	35,1	10	27,0

При изучении гистологической структуры опухолей вульвы исследователи установили, что в 95% случаев они представлены плоскоклеточным раком различной степени дифференцировки [6, 7, 8]. При морфологическом исследовании мазков с пораженных участков влагалища у исследованных нами больных раком вульвы плоскоклеточная неороговевающая карцинома – злокачественные новообразования, возникающие из покровного плоского эпителия наружных половых органов, – была доказана в 70,3% случаев (табл. 3).

Таблица 3

Гистологическая структура рака вульвы у исследованных больных (n=37)

Возраст, лет	Гистологическая структура опухолей вульвы				Всего	
	плоскоклеточная неороговевающая карцинома		плоскоклеточная ороговевающая карцинома			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20-30	–	–	–	–	–	–
31-40	1	2,7	–	–	1	2,7
41-50	5	13,5	1	2,7	6	16,2
51-60	5	13,5	2	5,4	7	18,9
61-70	8	21,6	2	5,4	10	27,0
71-80	5	13,5	6	16,2	11	29,7
81 и старше	2	5,4	–	–	2	5,4
Всего	26	70,3	11	29,7	37	99,9

Следует подчеркнуть, что в 25 (61,0%) случаях отмечен экзофитный рост опухоли, у 7 (17,1%) больных – эндофитный. 9 (22,0%) женщин из исследуемой группы имели опухоли смешанного характера (табл. 4).

У больных с диагнозом «Рак вульвы» была также определена и степень злокачественности опухоли (табл. 5). Оказалось, что у 2/3 исследованных больных опухоли характеризовались высокой степенью злокачественности (G-2).

Большую группу (50%) среди больных женщин со злокачественными новообразованиями в Таджикистане составляют многорожавшие [9], т.е. женщины, имеющие в анамнезе 4 и более родов.

Актуальными являются вопросы раннего выявления злокачественных новообразований органов репродуктивной системы [10]. В нашем исследовании 83,7% больных раком вульвы относились к категории многорожавших женщин (рис. 2, табл. 6).

Таблица 4

Форма роста опухолей вульвы у исследованных больных (n=37)

Возраст, лет	Формы роста опухолей вульвы						Всего	
	эндофитная		экзофитная		смешанная			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20-30	–	–	–	–	–	–	–	–
31-40	–	–	1	2,7	–	–	1	2,7
41-50	–	–	4	10,8	2	5,4	6	16,2
51-60	1	2,7	4	10,8	1	2,7	6	16,2
61-70	1	2,7	5	13,5	4	10,8	10	27,0
71-80	2	5,4	6	16,2	4	10,8	12	32,4
81 и старше	–	–	–	–	2	5,4	2	5,4
Всего	4	10,8	20	54,1	13	35,1	37	99,9

Таблица 5

Степень дифференцировки рака вульвы у исследованных больных (n=37)

Возраст, лет	Степень дифференцировки рака вульвы				Всего	
	G-1		G-2			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20-30	–	–	–	–	–	–
31-40	1	2,7	–	–	1	2,7
41-50	1	2,7	5	13,5	6	16,2
51-60	3	8,1	4	10,8	7	18,9
61-70	4	10,8	6	16,2	10	27,0
71-80	3	8,1	8	21,6	11	29,7
81 и выше	–	–	2	5,4	2	5,4
Всего	12	32,4	25	67,6	37	99,9

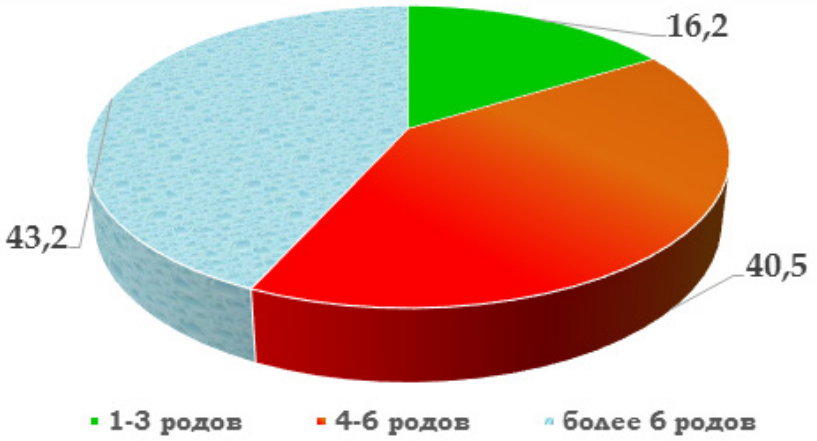


Рис. 2. Паритет исследованных больных раком вульвы (n=37)

Таблица 6

Паритет больных раком вульвы, обратившихся в ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ в 2012-2016 гг.

Возраст, лет	Количество родов у больных раком вульвы (n=37)							
	1		2-3		4-6		более 6	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20-30	–	–	–	–	–	–	–	–
31-40	–	–	–	–	1	2,7	–	–
41-50	–	–	3	8,1	2	5,4	1	2,7
51-60	–	–	–	–	4	10,8	3	8,1
61-70	1	2,7	1	2,7	4	10,8	4	10,8
71-80	1	2,7	–	–	4	10,8	6	16,2
81 и старше	–	–	–	–	–	–	2	5,4
Всего	2	5,4	4	10,8	15	40,5	16	43,2

Спорным до настоящего времени остается вопрос об особенностях клинического течения и морфологической структуры злокачественных опухолей у женщин [11]. Указанные параметры играют решающую роль в выборе тактики лечения исследуемой патологии. В лечении исследованных больных раком вульвы придерживаются протоколов, разработанных ведущими онкоцентрами СНГ [12]:

– при 0 стадии производят широкое иссечение в пределах здоровых тканей кожных и подкожных слоев вульвы, поверхностную гемивульвэктомию или вульвэктомию;

– при IA стадии – радикальную гемивульвэктомию, при центральной локализации (в области клитора) – радикальную вульвэктомию;

– при IB стадии – радикальную гемивульвэктомию, при центральной локализации (в области клитора) – радикальную вульвэктомию. В случае подозрения на наличие регионарных метастазов выполняют одностороннюю пахово-бедренную лимфаденэктомию на стороне поражения;

– при II стадии производят радикальную вульвэктомию с пахово-бедренной лимфаденэктомией;

– при IIIA стадии (T_3N_0) – радикальную вульвэктомию (с резекцией уретры, влагалища) с пахово-бедренной лимфаденэктомией. Пластику раневого дефекта вульвы выполняют с помощью свободного кожного лоскута бедра или живота. Больные получают послеоперационное облучение (СОД 40-60 Гр); в случае неоперабельности опухоли на 1-м этапе используют предоперационное облучение (СОД 20-30 Гр);

– при IIIB стадии ($T_{1-3}N_1$) больным производят радикальную вульвэктомию (с резекцией уретры, влагалища) с пахово-бедренной лимфаденэктомией; пластику раневого дефекта вульвы свободным кожным лоскутом бедра или живота. Показано послеоперационное облучение. На 1 этапе лечения нерезектабельной опухоли используют предоперационное облучение;

– при IV стадии ($T_{1-3}N_{1,2}$) производят радикальную вульвэктомию с пахово-бедренной и подвздошной лимфаденэктомией.

В остальных случаях показано проведение паллиативной лучевой и химиотерапии (цисплатин – 75 мг/м^2 внутривенно, капельно в 1-й день, фторурацил – 4 г/м^2 внутривенно в виде непрерывной инфузии в течение 96 ч.).

В связи с тем, что все больные обращались с запущенными формами рака вульвы, т.е. в III-IV стадиях заболевания, им была проведена химио-лучевая терапия (n=37) без оперативного вмешательства. Почти все исследованные нами больные раком вульвы получили ТГТ (n=36), из них 8 женщин получили ТГТ и ПХТ; одна больная получила только ПХТ из-за местной распространенности опухоли (табл. 7).

Несмотря на внедрение новейших технологий и достигнутые успехи в лечении злокачественных новообразований женской репродуктивной системы, неутешительными остаются показатели выживаемости больных раком вульвы, которые напрямую зависят от распространенности опухоли на момент диагноза и вида проводимого лечения. Как уже упоминалось, рак вульвы поражает женщин пожилого возраста, поэтому причиной смерти у многих из них являются сопутствующие болезни при отсутствии признаков опухоли. По данным исследователей [13, 14], у пациенток с местным рецидивом общая 5-летняя выживаемость варьирует от 50% до 73%. Около 80% всех рецидивов рака вульвы приходится на первые два года после первичного лечения [15]. Назначение неоадъювантной химиотерапии способствует полной (в 6,25% случаев) и частичной (81,25%) резорбции опухоли, что позволяет провести комплексное лечение пациенткам с обязательным применением хирургического этапа [14].

Таблица 7

Виды лечения рака вульвы у исследованных больных (n=36*)

Возраст, лет	Виды лечения рака вульвы у исследованных больных			
	ТГТ		ПХТ	
	абс.	%	абс.	%
20-30	–	–	–	–
31-40	1	2,7	–	–
41-50	6	16,2	2	5,4
51-60	7	18,9	2	5,4
61-70	9	24,3	2	5,4
71-80	11	29,7	2	5,4
81 и выше	2	5,4	–	–
	36	97,2	8	21,6

Примечание: * – одна больная получила только ПХТ из-за местной распространенности опухоли

Заключение. Полученные нами результаты исследования выживаемости больных раком вульвы, обратившихся за специализированной помощью в Республиканский онкологический научный центр МЗиСЗН РТ, не противоречат таковым, представленным исследователями. Из общего числа исследованных нами больных (n=37) 36 пациенток получили телегамматерапию, у 8 из них схема лечения была дополнена полихимиотерапией. К сожалению, у больных, получивших только телегамматерапию, на фоне прогрессирования основного заболевания в течение 1-1,5 лет имели место летальные исходы, а в группе пациенток, которые получили телегамматерапию и полихимиотерапию, не было отмечено рецидивов и метастазов в течение 2-2,5 года. Таким образом, можно утверждать, что проведение лучевой терапии и неоадъювантной химиотерапии улучшает качество и продолжительность жизни больных раком вульвы.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Урманчеева А.Ф. Эпидемиология рака вульвы. Факторы риска и прогноза // Практическая онкология. – 2006. - Т. 7, № 4 – С. 189-196.

2. Черенков В.Г., Александрова И.В., Петров А.Б., Егорова Е.С. Редкий случай рака вульвы у молодой женщины // Опухоли женской репродуктивной системы. –2013. - № 1-2. - С. 96-97.

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

4. Черенков В. Г., Александрова И.В., Шпенкова А.А. Рак вульвы: патогенетические варианты, диагностика, лечение, пластические операции // Опухоли женской репродуктивной системы. –2010. - № 4. - С. 78-82.

5. Ашрафян Л.А., Харченко Н.В., Киселев В.И. и др. Рак вульвы: этиопатогенетическая концепция.- М., 2006.- 192 с.

6. Пушкарев В.А., Мазитов И.М. Рак вульвы. // Медицинский вестник Башкортостана. –2013. - Т. 8, № 1. - С. 123-132.

7. Урманчеева, А.Ф. Рак шейки матки и беременность: в кн. Практическая онкология: избранные лекции /Под ред. С.А. Тюляндина и В.М. Моисеенко. - СПб, 2004. - С. 656-668.

8. Sznurkowski J.J., Zawrocki A., Emerich J. Рак вульвы: современные подходы к лечению // Медічны аспектіздоров'я жинки. – 2011. - № 5 (45). – С. 65-70.

9. Woolderink JM, Bock GH, Hullu JA, et al. Patterns of frequency of recurrences of squamous cell carcinoma of the vulva // Gynecologic Oncology. - 2006. –V. 103. - P. 293-299.

САЙФУТДИНОВА М.Б., ЗАРДОДХОНОВА М.Т., ҒАНИЕВ Д.Ф.

САРАТОНИ ФАРҶ. ШАРҲ АЗ РҲИ МУРОҶИАТИ БЕМОРОН БА МД МҶИС ВТ ВА ҲИА ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

МД «Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ» ВТ ва ҲИА ҶТ

Калимаҳои калидӣ: саратони фарҷ, табобати химиёвӣ, табобати нурӣ.

Тадқиқоти мазкур таҳлили беморшавӣ ва манфиатнокии табобати саратони фарҷро миёни занони Тоҷикистон аз рҳи мурочиат ба МҶИС ВТ ва ҲИА ҶТ дар давраҳои солҳои 2012-2016 дар бар мегирад. Аз 37 бемори санҷидашуда 36 бемор табобати телеграмавӣ гирифта, аз миёни онҳо ба муолиҷаи 8 нафарашон табобати химиёвӣ илова карда шуд.

Натиҷаҳои ба дастомада аз он шаҳодат медиҳанд, ки табобати нурӣ ва химиёвӣ сифат ва давомнокии беморони саратони фарҷро баланд мебардорад.

УДК 575.1

ХАЛИМОВА Ф.Т.

ИММУННО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К АНТИФОСФОЛИПИДНОЙ РЕАКЦИИ

Кафедра нормальной физиологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Исследование посвящено изучению нарушений репродуктивной функции у женщин фертильного возраста. У женщин из группы риска по развитию нарушений репродуктивной функции изучены маркеры антифосфолипидного синдрома: суммарные антитела класса IgG к кардиолипину, фосфатидилсерину, фосфатидилинозитолу и фосфатидиловой кислоте; β-2-гликопротеину I; аннексину V; протромбину. Показано, что циркуляция в крови у женщин антифосфолипидных антител связана с присутствием антигенов HLA A29 или HLA Б22, что является наследственной предрасположенностью к развитию антифосфолипидной реакции.

Ключевые слова: антифосфолипидная реакция, антифосфолипидные антитела, HLA-фенотип, антигены HLA - A29 или HLA - Б22.

KHALIMOVA F.T.

THE IMMUNE-GENETIC MARKERS OF HEREDITARY PREDISPOSITION TO ANTIPHOSPHOLIPID REACTION

Department of Normal Physiology of the Avicenna Tajik State Medical University

The research is devoted to study of violations of the reproductive function of women of fertile age. In women from risk group of development of reproductive dysfunction, markers of antiphospholipid syndrome were studied: total antibodies of class IgG to cardiolipin, phosphatidylserine, phosphatidylinositol and fosfatidov acid; β-2-glycoprotein I; annexin V; prothrombin. It is shown that the circulation in the blood of women of antiphospholipid antibodies is associated with the presence of HLA antigens A29 or HLA B22, which is a hereditary predisposition to the development of antiphospholipid syndrome.

Key words: antiphospholipid syndrome, antiphospholipid antibodies, HLA - phenotype, antigens HLA - A29 or HLA - B22.

Актуальность. При изучении роли иммунопатологических процессов и патогенеза репродуктивных нарушений особое значение приобретает влияние аутоиммунных реакций (образование антител к некоторым собственным фосфолипидам) на процессы имплантации, роста, развития эмбриона и плода, течение беременности и исход родов. Являясь универсальными компонентами клеточных мембран и митохондрий, фосфолипиды принимают участие в формировании цитолеммы тромбоцитов, эритроцитов, эндотелия сосудов, клеток нервной ткани [1, 2].

До настоящего времени остаются нерешенными вопросы о зависимости между циркуляцией антифосфолипидных (АФС) антител и ранними репродуктивными потерями, однако, большинство авторов склоняются к мнению о том, что повышение уровня последних может быть связано с репродуктивными нарушениями и быть частью генерализованных аутоиммунных нарушений. Среди аутоиммунных нарушений, приводящих к потере беременности, ведущее место занимает

Халимова Ф.Т. – зав. кафедрой нормальной физиологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино; e-mail: farizakhalimova@gmail.com

антифосфолипидная реакция, частота встречаемости которой составляет, по литературным данным, приблизительно 5% в популяции, 27-42% – у женщин с невынашиванием беременности, 30% - при бесплодии, 27% – эндометриозе. Одним из наиболее характерных признаков АФС является акушерская патология [3, 4].

Под термином "антифосфолипидная реакция" объединяется группа аутоиммунных нарушений, характеризующаяся наличием в крови антител к содержащимся в плазме отрицательно заряженным мембранным фосфолипидам – фосфатидилсерину, кардиолипину и др. Для реализации патологического процесса необходимо присутствие в организме не только антител к фосфолипидам, но и так называемых кофакторов: β-2-гликопротеина-I, аннексина V и/или протромбина, при связывании с которыми формируются истинные комплексы антиген-антитело [7].

Полагают, что в основе внутриутробной гибели плода лежит гипоксия, обусловленная недостаточным маточно-планцентарным кровотоком вследствие тромбоза сосудов плаценты и нарушениям имплантации эмбриона. Инфаркт плаценты связывают также с антфосфолипидзависимым снижением экспрессии аннексина V на поверхности плацентарных ворсинок, способностью антифосфолипидных антител перекрестно реагировать с клетками трофобласта [8]. Поэтому исследования, посвященные обоснованию и разработке методов диагностики АФС, основанные на более полном использовании возможностей, являются особенно своевременными и актуальными.

Диагностика АФС должна базироваться на комплексном исследовании аутоиммунных нарушений. Мы подчеркиваем необходимость определения при АФС нетолько антикардиолипиновых антител, но и титра антител к другим мембранным фосфолипидам (фосфатдилсерину, фосфатдилинозитолу, фосфатидиловой кислоте).

Иммунодиагностика АФС, согласно современным рекомендациям, должна включать в себя, помимо определения титра антифосфолипидных антител, принадлежащих к разным классам иммуноглобулинов, исследование антител к некоторым гликопротеинам, фиксированным на фосфолипидных мембранах. Важнейшими из них являются b-гликопротеин I, протромбин и аннексин V [9].

Другой важной характеристикой этого синдрома является нарушение ряда параметров свертываемости крови – развитие гипокоагуляции в различных так называемых фосфолипидзависимых тестах, выполняемых на бедной тромбоцитами плазме (БТП). Эта гипокоагуляция, которая обозначается как наличие в плазме крови антикоагулянтов волчаночного типа (АВТ), устраняется или становится значительно менее выраженной при добавлении к БТП эмульсии нормальных фосфолипидных мембран, полученных из разрушенных тромбоцитов, либо эритрофосфатида [10] .

Несмотря на то, что в последние годы появилось много исследований по вопросам этиологии, диагностики и лечения тромбоэмболических осложнений, анализ данных литературы показывает, что еще многие аспекты этой патологии неясны и нуждаются в тщательном и последовательном изучении [11].

Необходимым аспектом является поиск иммуногенетических маркеров наследственной предрасположенности к АФС, сопряженному с репродуктивными нарушениями, так как показано, что в ряде случаев нарушение репродукции может быть связано с системой генов главного комплекса тканевой совместимости (HLA) [12, 13, 14].

Цель исследования. Определить иммуногенетические маркеры наследственной предрасположенности к антифосфолипидной реакции (АФР), сопряженной с репродуктивными нарушениями.

Материал и методы исследования. В число обследуемых вошли 135 женщин из группа 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.

У всех обследуемых было проведено определение суммарных антител класса IgG к кардиолипину, фосфатидилсерину, фосфатидилинозитолу и фосфатидиловой кислоте; β-2-гликопротеину I; аннексину V; протромбину.

Использовали анализатор для иммунного анализа BioRad, производства SanofiDiagnosticsPasteur, (Франция – США) с помощью наборов реактивов фирмы «Orgentec».

Всем обследуемым определяли в плазме крови антикоагулянты волчаночного типа: люпус-чувствительное АПТВ (ВА+) (экспресс-люпус тест); протромбиновый тест с разведенным ядром гюрзы (лебетокс-тест). Использовались реактивы «Технология – стандарт».

Проведено исследование иммуногенетического статуса. Выделение ДНК из лимфоцитов периферической крови проводили по методу Higuchi (R.Higuchi, H.Erlich, 1989) с некоторыми модифика-

циями с Hoechst 33258 на ДНК-минифлуориметре (Hoefer, США). Типирование лимфоцитов периферической крови по антигенам главного комплекса гистосовместимости I и II класса проводили методом полимеразной цепной реакции. Амплификацию выделенной ДНК проводили на многоканальном термоциклере "МС2" (НПФ "ДНК-Технология", Москва).

Статистическая обработка данных выполнена на индивидуальном компьютере с помощью электронных таблиц «MicrosoftExcel» и пакета прикладных программ SPSS 22 версия. Статистически значимыми считали отличия при p<0,05 (95%-й уровень значимости).

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования определен удельный вес обследуемых женщин, значения показателей маркеров АФР которых имели достоверные статистические различия с полученными в ходе исследования среднерегиональными нормами.

У 86,7% обследуемых показатели статистически не отличались от среднерегиональной нормы. Установлено, что у 18 (13,3 %) обследуемых женщин отмечались изменения в динамике антифосфолипидных антител и показателей коагуляционного звена гемостаза. Выявленное состояние иммунного реагирования может быть оценено как срыв адаптации их организма, что стало причиной развития аутоиммунных реакций у женщин, возможно, имеющих генетическую предрасположенность к этому патологическому состоянию (табл.).

Критериальные показатели маркеров АФРМ±m, n=18

Показатель	Группа риска, n=18	
	среднерегиональные значения	критериальные значения
АФА,(Ед/мл)	2,8±1,0	5,2±1,2*
β-2-гликопротеин, (Ед/мл)	3,5±1,5	6,4±1,2*
Аннексин-V, (Ед/мл)	1,9±0,8	2,5±0,9*
Протромбин, (Ед/мл)	3,6±1,9	5,3±0,2*
АПТВ, Люпус – тест, Ед	0,8±0,1	1,0±0,1*
Время свертывания (ЛЕТ), Лебетокс-тест, (мин)	1,3±0,3	1,5±0,1*

Примечание: * при p<0,05 в сравнении со среднерегиональными значениями

Как видно из таблицы, у 18 женщин из группы риска все показатели маркеров АФР находились в пределах физиологической нормы. В сравнении со среднерегиональной нормой, критические показатели уровня АФЛ были выше на 46,1%, β-2-гликопротеина – на 45,3%, Аннексина-V – на 24,0%, Протромбина – на 32,0%, АПТВ, (Люпус-тест) – на 20,0%, Время свертывания по ЛЕТ в Лебетокс-тесту – на 13,3%. Таким образом, в качестве критериальных показателей для формирования группы риска нарушений репродуктивной функции следует считать показатели маркеров АФР с положительным отклонением от среднерегиональных значений АФА на 46,1%, β-2-гликопротеина – на 45,3%, Аннексина-V – на 24,0%, Протромбина – на 32,0%, АПТВ (Люпус-тест) – на 20,0%, Время свертывания по ЛЕТ в Лебетокс-тесте – на 13,3%.

Дальнейшее исследование было продолжено с целью поиска иммунно-генитических маркеров наследственной предрасположенности к АФР, проявляющейся нарушением репродуктивной функции. Принимая во внимание, что в ряде случаев нарушение репродукции может быть связано с системой генов главного комплекса тканевой совместимости (HLA), проведено HLA-типирование по I классу женщин, имеющих критериальные значения маркеров АФР с популяционным распределением антигенов.

Статистический анализ частот антигенов выявил достоверные различия в распределении HLA-антигенов у женщин с критериальными значениями маркеров АФР. У женщин, в крови которых обнаружены повышенные значения маркеров АФР в сравнении с группой контроля, достоверно чаще встречались антигены А29 – в 4 раза, В22 – в 3 раза, режеантиген В16 – в 4 раза.

Чтобы оценить силу ассоциации антигена HLA-A29 с заболеванием, был проведен расчет величины относительного риска. Показатель RR в данном случае был равен 4,0, что указывает на положительную ассоциативную связь, т.к. показатель относительного риска более 2,0 считается значимым. Следовательно, женщины, несущие в своем HLA-фенотипе антиген А29, имеют в 4 раза выше риск развития данной формы нарушения репродукции по сравнению с женщинами, неимеющими названного антигена. Величина относительного риска для HLA-B22 составила 3,56, что также является значимым.

Проведенные исследования дали основание говорить о положительной ассоциации между антигенами HLA-A29, HLA-Б22 и риском нару-

шения репродуктивной функции, связанной с критериальными значениями маркеров АФР. Иначе говоря, данные антигены можно рассматривать как показатель высокого риска наследственной предрасположенности к АФС, сопряженному с репродуктивными нарушениями. В свою очередь антиген HLA- B16 в группах риска по нарушению репродуктивной функции встречался реже, чем в контрольных группах в 3 раза. Данный антиген можно рассматривать как протективный, т.е. в его присутствии снижен риск развития АФР.

Заключение. Таким образом, определены иммуногенетические маркеры повышенного риска нарушений репродуктивной функции. Показано, связь определенных «маркерных» вариантов генов системы HLA с развитием аутоиммунных процессов, очевидно, играет определенную роль в нарушении репродуктивной функции. Присутствие в HLA-фенотипе женщины антигенов HLA - A29 или HLA - Б22 является показателем наследственной предрасположенности к развитию антифосфолипидного синдрома, связанного с циркуляцией антифосфолипидных антител, приводящего к осложнениям беременности или к бесплодию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пастман Н.М., Черных Е.Р., Хонина Н.А., Дударева А.В., Тихонова М.А., Останин А.А., Кустов С.М. Иммунный статус женщин группы высокого риска по преждевременному прерыванию беременности // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.- 2010.-№ 9 (4).- С. 28–32.

2. Шешукова Н.А., Боровкова Е.И., Большакова О.В. Этиопатогенетические варианты спонтанного выкидыша // Гинекология.- 2014.- Т. 16, № 2.- С. 84-88.

3. Алиева С.А., Одаманова М.А., Аллахкулиева С.З., Хашаева Т.Х. Значение циркуляции антифосфолипидных антител у женщин с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы и синдромом потери плода в анамнезе// Акушерство, гинекология и репродукция.- 2015.- Т. 9, № 1.- С. 13-18.

4. Тухфатуллина С.И., Гайнетдинова Д.Д. Ишемические и неишемические проявления при антифосфолипидном синдроме //Казанский медицинский журнал.- 2015.- Т. 96, № 1.- С. 61-69.

5. Долгих Т.И., Баринов С.В., Кадцына Т.В. Диагностическое значение антител к аннексину и к b2-гликопротеину для верификации активного течения герпесвирусных инфекций у беременных // Клиническая лабораторная диагностика.- 2014.- Т. 59, № 5.- С. 44-48

6. Хизроева Д.Х., Бицадзе В.О., Макацария Н.А. Антифосфолипидный синдром в акушерской практике // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.- 2013.- Т. 12, № 1.- С. 64-74.

7. Степанова Р.Н., Косова А.С., Макарова О.М., Пехото О.К. Антифосфолипидные антитела афла как предикторы неблагополучных исходов гестации у здоровых беременных женщин обзор литературы // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия «Естественные, технические и медицинские науки».- 2013.- № 6.- С. 257-264.

8. Озолиня Л.А. Профилактика венозных тромбозов и тромбоэмболий в акушерстве и гинекологии // Российский вестник акушера-гинеколога.- 2011.- Т. 11, № 5.- С. 98-101.

9. Малышева Е.В., Назирова А.А., Гулин А.В. Принципы лабораторной диагностики антифосфолипидного синдрома в акушерстве // Вестник Тамбовского государственного университета. Серия «Естественные и технические науки».– Тамбов, 2010.- Т. 15, Вып. 1.- С. 29 – 32.

10. Назирова А.А., Гулин А.В., Малышева Е.В. Критерии диагностики АФС. Вестник Тамбовского государственного университета. Серия «Естественные и технические науки». Том. 16. Выпуск 5. – Тамбов, 2011. С. 1388 – 1389

11. Небесных А.Л. Особенности проявления метаболического синдрома в различных этнических группах // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – № 7. – С. 19-23.

12. Хаитов Р.М., Алексеев Л.П. Иммуногенетика и биомедицина// Российский аллергологический журнал.- 2013.- № 1.- С. 5-14.

13. 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.

14. 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.

ҲАЛИМОВА Ф.Т.

МАРКЁРҲОИ ИММУННОГЕНЕТИКӢ ГИРИФТОРШАВИИ ИРСӢ БА ҶАРАЁНИ АНТИФОСФОЛИПИДӢ

Кафедраи физиологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: ҷараёни антифосфолипидӣ, антителаҳои антифосфолипидӣ, фенотипи HLA, антигенҳои HLA-A29 ё HLA - Б22.

Тадқиқоти мазкур ба омӯзиши вайроншавии вазифаи репродуктивии занон бахшида шудааст. Дар занони гурӯҳи хатардошта бо ташаккул ёфтани вайроншавии вазифаи репродуктивӣ маркёрҳои синдроми антифосфолипидӣ омӯхта шуд: антителаҳои синфи IgG ба кардиолипин; фосфатидилсерин, кислотаи фосфатидилинозитол ва фосфатидил; β-2-гликопротеин I; аннексину V; протромбин. Муқаррар гардид, ки гардиши антителаҳои антифосфолипидӣ дар хуни занон ба ҷой дошатни антигенҳои HLA A29 ё HLA Б22 вобаста буда, боиси гирифторшавии ирсӣ ба пайдоиши ҷараёни антифосфолипидӣ мегардад.

УДК 616.85-89; 616.28-002

[1]ШАМСИДИНОВ Б.Н., [1]МУХТОРОВА П.Р.,
[2]ЯТИМОВ Х.Р., [1]ОЛИМОВ Т.Х., ШАЙДОЕВ С.С.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ОТОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

[1]Кафедра оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]ГУ "Национальный медицинский центр РТ"

Обследовано 17 больных с невропатией лицевого нерва при острых и хронических отитах. Всем пациентам проведены общеклинические методы исследования с последующим комплексным лечением. Хирургическое лечение заключалось в широком обнажении ствола лицевого нерва.

У пациентов обнаружена характерная симптоматика невропатии лицевого нерва той или иной степени выраженности. Причинами невропатии у 7 больных было оголение лицевого нерва, у 4 – фистула в стенке канала, у 6 – сдавление внутриканального отёка.

В результате лечения у больных с острыми отитами положительный эффект наблюдался в 100%, тогда как у больных с хроническим процессом – в 86% случаев.

Ключевые слова: лицевой нерв, острый средний отит, невропатия.

[1]SHAMSIDINOV B.N., [1]MUKHTOROVA P.R.,
[2]YATIMOV K.R., [1]OLIMOV T.K., SHAYDOEV S.S.

TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF EARBORN DISFUNCTIONS OF FACIAL NERVE

[1]Department of Otorhinolaryngology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»
[2]National Medical Center of the Republic of Tajikistan

17 patients with neuropathy of the facial nerve in acute and chronic otitis were examined. All patients underwent general clinical examinations with subsequent complex treatment. Surgical treatment consisted in a wide exposure of the facial nerve trunk.

Patients showed the characteristic symptoms of neuropathy of the facial nerve in varying degrees of severity. Causes of neuropathy in 7 patients were denudation of the facial nerve, 4 – fistula in the canal wall, 6 – due to compression of intracanal edema.

As a result of treatment in patients with acute otitis, a positive effect was observed in 100%, whereas in patients with a chronic process in 86% of cases.

Key words: facial nerve, acute otitis media, neuropatia.

Актуальность. На протяжении многих лет заболевания лицевого нерва занимают ведущее место в общей структуре поражений черепных нервов. Наиболее ярким клиническим симптомом периферического поражения лицевого нерва является парез или паралич мимических мышц соответствующей половины лица. Неврологический дефицит нарушает акты жевания, глотания, фонации и артикуляции, сопровождаясь косметическими дефектами, что имеет большое социальное значение [1, 2].

Шамсидинов Б.Н. – зав. кафедрой оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.; Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Исмоили Сомони - 59/1; тел.: + (992)917 44 17 44; e-mail: bobonazar_67@ mail.ru

Сложность анатомической организации лицевого нерва, мозаичная гетерогенность причин, интимных механизмов и симптомов его дисфункции, а также вопросы топической и функциональной диагностики, прогноза заболевания, выбора методов и сроков лечения определяют интерес исследователей разных специальностей к проблеме лицевого нерва и продолжают оставаться актуальными во всем мире [3, 4].

Одной из основных причин периферических дисфункций лицевого нерва являются патологические процессы, возникающие внутри височной кости, т.е. при острых и хронических гнойных отитах, которые с целью ревизии и декомпресии барабанного и сосцевидного сегмента лицевого нерва требуют срочного хирургического вмешательства на внутривисочном отделе.

Анализ научной литературы подтверждает необходимость дальнейшего совершенствования и объективизации методов ранней диагностики, уточнения показаний для своевременного хирургического лечения невропатии лицевого нерва [3, 4].

Известны два основных способа хирургического подхода и широкого обнажения лицевого нерва внутри височной кости: 1) от шилососцевидного отверстия кверху; 2) от адитуса - книзу и кверху.

Впервые операцию обнажения лицевого нерва в фаллопиевом канале, начиная от шилососцевидного отверстия до коленчатого узла, произвел Chipault в 1896 г. Необходимость широкого обнажения ствола лицевого нерва в особенности очевидна при замещении дефектов в лицевом нерве с помощью трансплантатов из нервных стволов, так как частичные резекции канала не могут обеспечить выполнения этой операции. Кроме того, при операциях на канале лицевого нерва у больных с длительным сроком травматического паралича лицевого нерва обнаруживаются, как правило, значительные разрастания рубцовой ткани – вокруг ствола лицевого нерва. Если в подобных условиях производить обнажение лицевого нерва, начиная от адитуса, то хирургу неизбежно придется манипулировать непосредственно в области повреждения ствола лицевого нерва, что весьма часто затрудняет нахождение границы между поврежденной и интактной частями и сопряжено с возможностью не-желательной травмы здоровой части нерва. Топографоанатомическое положение шилососцевидного отверстия является одним из наименее изученных вопросов хирургической анатомии канала лицевого нерва. В специальных работах по анатомии внутрикостного отдела лицевого нерва, а также в работах по внутриканальной хирургии встречаются лишь краткие указания о расположении шилососцевидного отверстия.

Обнажение ствола лицевого нерва, начиная от адитуса книзу и кверху, впервые было предложено Moure. Данный метод используется и в настоящее время, но применение его ограничено в основном случаями «свежих» параличей лицевого нерва, когда появляется необходимость в обнажении лицевого нерва на ограниченном отрезке канала (удаление внедрившихся в канал костных осколков, расширение фистулы и т.д.).

Цель исследования. Определить частоту и причины поражения лицевого нерва при гнойных средних отитах (эффективность различных способов обнажения лицевого нерва).

Материал и методы исследования. В период с 2012 по 2016 г. в клинике НМЦ РТ госпитализированы 150 больных с острыми и хроническими заболеваниями среднего уха, осложненными мастоидитом (в том числе латентным), которым произведено оперативное лечение, из них 17 (3,5%) больным с признаками невропатии лицевого нерва.

Всем больным проведены общеклиническое, оториноларингологическое, рентгенологическое (КТ) исследования.

Широкое обнажение ствола лицевого нерва, как правило, начинают с обнажения нерва в шилососцевидном отверстии. При всех достоинствах этого метода, следует отметить, что он является довольно сложным в связи с трудностями обнаружения шилососцевидного отверстия.

Однако, даже при наличии соответствующих анатомических ориентиров, обнажение лицевого нерва в шилососцевидном отверстии является одним из наиболее сложных и трудоемких этапов оперативного вмешательства на лицевом нерве внутри височной кости. В связи с этим мы обнажали лицевой нерв не с нахождения места его выхода из височной кости, а предварительно выделяя ствол лицевого нерва в его внечерепном отделе, то есть на отрезке между околоушной железой и шилососцевидным отверстием.

Результаты и их обсуждение. Из 17 больных с нейропатией лицевого нерва с острыми отитами было 3 (17,6%), с хроническими отитами – 14 (82,3%) (детей – 4 (23,5%), взрослых – 13 (76,5%)). Средний возраст больных составил 23,9 (5-54) лет. Мужчин было 11 (64,7%), женщин – 6 (35,3%)

В ходе исследования у 12 пациентов (2 детей и 10 взрослых) при поступлении обнаружена выраженная типичная асимметрия лица и все патологические диагностические пробы: закрыть и зажмурить глаз, сдвинуть брови, приподнять брови кверху, наморщить нос, оскалить зубы, надуть щеки, подуть были резко положительными. Лишь у 5 пациентов (2 детей и 3 взрослых) диагностические пробы были менее выраженными. У 9 пациентов (все взрослые) отмечалось слезотечение, что говорило о параличе круговой мышцы

глаза, так как при логофтальме слезная жидкость не попадает в носослезный канал. У 7 больных отмечалось слюнотечение и нарушение глотания, т.е. твердая пища застревала в преддверии рта с больной стороны, что свидетельствовало о поражении круговой мышцы рта. Изменение вкуса в передних 2/3 части языка отмечали у 5 пациентов. Расстройств слуха и равновесия у обследованных больных не выявляли.

Наш опыт хирургического вмешательства на канале лицевого нерва, основанный на проведении 17 операций, убеждает в том, что нельзя пользоваться во всех случаях одним и тем же способом. Выбор операции зависит от ряда условий и, в первую очередь, от причины, вызвавшей нарушение проводимости нерва, давности заболевания, характера изменений, обнаруживаемых в месте повреждения нерва.

Так, у больных с параличами лицевого нерва, возникшими как осложнение хронического гнойного среднего отита, мы во всех случаях производили типичную общеполостную операцию и тщательно обследовали горизонтальный отдел и область горизонтального участка фаллопиева канала. В 7 случаях было обнаружено, что на расстоянии 3-5 мм был оголен лицевой нерв, только у 4 пациентов обнаружена фистула в стенке канала. В 6 случаях причиной пареза лицевого нерва явилось сдавление последнего в результате внутриканального отёка. Лишь в 1 случае причиной пареза нерва явился нервролитиаз, т.е. образовались рубцовые спайки вокруг нерва. Во всех случаях после установления пораженного участка нерва произведена тщательная ревизия, удалены все патологические образование вокруг него, при наличии фистулы проведена декомпрессия путем частичной резекции стенки канала, при невролитиазе тщательно удалены все рубцовые спайки вокруг нерва.

В результате оперативного вмешательства выяснилось, что причиной дисфункции лицевого нерва у 11 больных (64,7%) (1 ребёнок и 10 взрослых) являлась холестеатома, у 5 (29,4%) больных с острыми отитами парез лицевого нерва развился при сдавлении нерва в результате отека (3 детей и 2 взрослых). Лишь у 1 (5,9%) взрослого, ранее оперированного, пациента парез лицевого нерва развился в результате образования спаек вокруг канала. Во всех случаях поражение лицевого нерва находилось в горизонтальном участке фаллопиевого канала.

В послеоперационном периоде после консультации невропотолога всем больным в возрастной дозировке применяли антибиотики цефалоспоринового ряда 7-10 дней, нестероидные гормоны (дексаметазон) 5 дней, для противоотечного, противовоспалительного и десенсибилизирующего действия – дегидратационная терапия (40% раствор глюкозы 20 мл в течение 10 дней). В остром периоде в качестве противоотечной терапии назначали фуросемид по 0,04 г ежедневно в течение 3 дней, с целью восстановления лабильности лицевого нерва применялся прозерин по схеме, также назначали препараты, улучшающие тканевой метаболизм (алоэ) в течение 10 дней, физиотерапевтические процедуры (элетрофорез никотиновой кислотой, эуфиллином) в области воротниковой зоны и области лица, лечебная гимнастика – лейкопластырное вытяжение, самомассаж, точечный массаж.

В результате проведенных комплексных мероприятий в динамике наблюдений (до 3-х месяцев) положительный результат достигнут у 100% больных с дисфункциями лицевого нерва при остром среднем отите и у 86% (12 больных) больных при хронической патологии среднего уха. Лишь в 2 (14,3%) случаях результат лечебных мероприятий был неудовлитворительный. Это было связано с тем, что больные поступили поздно (на 2-й месяц от начала развития осложнений) и в запущенных стадиях основного заболевания.

Выводы

1. Наиболее частой причиной поражения лицевого нерва в его височном отделе является хронический средний отит.
2. При хроническом среднем отите невропатия лицевого нерва возникает в результате оголения и развития фистулы в его канале, при острых средних отитах – в результате сдавления отеком.
3. Своевременное оперативное лечение удается выполнить 100% пациентов с острым средним отитом и 86% больных с хроническим гнойным отитом.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Линьков В.И., Пошивалов И.В. Травматические и нетравматические заболевания лицевого нерва – современное состояние проблемы //Рос. оториноларингология.- 2009.- № 3.- С. 113-139.
2. Хамгушкеева Н.Н. Эффективность применения интраоперационного мониторинга лицевого нерва и компьютерной томографии височных костей в диагностике целостности костного канала лицевого нерва //Рос. оториноларингология.- 2015.- № 3.- С. 141-145.
3. Пошивалов И.В., Линьков В.И. Лечебно-диагностический алгоритм при травме лицевого нерва //Рос. оториноларингология.- 2007.- № 5.- С. 145-151.
4. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология.- Москва. ГЭОТАР-Медиа, 2008.- 649 с.

[1]ШАМСИДИНОВ Б.Н., [1]МУХТОРОВА П.Р.,
[2]ЯТИМОВ Х.Р., [1]ОЛИМОВ Т.Х., ШАЙДОЕВ С.С.

ТАРЗИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ ВАЙРОНШАВИИ ВАЗИФАИ АСАБИ РӮЙ БО САБАБИ БЕМОРИҲОИ ГӮШ

[1]Кафедраи беморихои гӯшу гулӯ ва бинии МДТ ДТБКСТ ҶТ
[2]Маркази миллии табобатии ҶТ

Калимаҳои калидӣ: асаби рӯй, илтиҳоби шадиди гӯши мобайнӣ, невропатия.

Дар мақола натиҷаи табобати 17 бемор бо невропатияи асаби рӯй ҳангоми илтиҳоби шадид ва музмини гӯш оварда шудааст. Ба ҳамаи беморон усулҳои тадқиқотии умумиклиникӣ ва баъдан табобати маҷмуавӣ гузаронида шуд. Табаботи ҷарроҳии ин беморон бо таври васеъ луч кардани танаи асаби рӯйро дар бар гирифт.

Дар беморон нишонаҳои хоси невропатияи асаби рӯй дар дараҷаҳо гуногун ба қайд гирифта шуд. Дар 7 бемор сабабҳои невропатия ин луч гардидани асаби рӯй, дар 4 бемор – фистула дар девораи канал, дар 6 бемор – фишороварӣ аз ҳисоби варамии дохили канал ба қайд гирифта шуд.

Дар ҷараёни табобати беморони дорои илтиҳоби шадид гӯш нисбат ба беморони илтиҳоби музминдошта натиҷаи хуб дар 100% беморон ба қайд гирифта шуд ва дар беморони илтиҳоби музминдошта бошад дар 86% ҳолат беҳбудӣ ба қайд гирифта шуд.

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 502.616-056.266; 614.1/7;612.017

[1]ГАИБОВ А.Г., [2]ГАИБОВ М.А.,
[1]ЛУКЬЯНОВ Н.Б., [3]КУЛОБИЕВА Р.Т.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ И ПРОБЛЕМЫ ВНЕШНЕЙ ТРУДОВОЙ МИГРАЦИИ ГРАЖДАН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

[1]ГУ «Таджикский НИИ профилактической медицины»
[2]НИИ экономики и демографии АН Республики Таджикистан»
[3]ГУ «Национальный центр репродуктивного здоровья» МЗиСЗН РТ

В статье представлены данные, характеризующие состояние современного развития экономики и медико-социальной сферы в Республике Таджикистан, определяющие масштабы внешней трудовой миграции, в которую вовлечены многие сотни тысяч из 8,5 млн. жителей трудоспособного возраста. Комплекс причин включает: высокую рождаемость - до 3% ежегодно, невысокие уровни ВВП и доходов на душу населения - соответственно немногим более 1000 и 130 долларов США. Наметилось стремление трудовых мигрантов легализоваться на рынке труда РФ, что позволит улучшить им доступ к медико-социальным услугам, и находиться в правовом поле соответствующего международного сотрудничества.

Ключевые слова: заболеваемость, трудовая миграция, рынок труда, занятость, социальные услуги.

[1]GAIBOV A.G., [2]GAIBOV M.A.,
[1]LUKYANOV N.B., [3]KULOBIEVA R.T.

MEDICO-SOCIAL ASPECTS AND PROBLEMS OF EXTERNAL LABOR MIGRATION OF CITIZENS OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

[1]State Establishment «Research Institute of Preventive Medicine of Tajikistan»
[2]Research Institute of Economics and Demography of the Academy of Sciences of the Republic of Tajikistan
[3]State Establishment "National Center of Reproductive Health" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population

This article presents data characterizing the state of modern development of the economy and medico-social sphere in the Republic of Tajikistan, determining the extent of external labor migration, involving hundreds of thousands out of 8,5 millions of working-age population. The set of causes includes: high birth rate-up to 3% annually, low levels of GDP and per capita income respectively slightly more than 1000 and 130 US dollars. The willingness of labor migrants to get legalized on the labor market of the Russian Federation has been outlined, which will allow them to improve access to medical and social services and remain within the legal field of relevant international cooperation.

Key words: morbidity, work migration, labor market, employment, social services.

Актуальность. Здоровье нации является самым ценным благом для государства, свидетельством его экономического и культурного развития. Формирование стратегий развития Республики Таджикистан (РТ) инициируется ее Конституцией, гарантирующей обеспечение условий для реализации главных прав человека на жизнь, здоровье и продолжение рода.

Рыночные преобразования, осуществлявшиеся во всех странах постсоветского пространства, в т.ч. в Центральной Азии, были различными по сути, однако традиционно включали либерализацию заработной платы и цен, торговли и приватизацию предприятий, которые ранее находились в собственности государства. Однако, между странами наблюдались значительные расхождения в направлениях и темпах реформы, что обусловило разнообразие институтов рынка труда в регионе [3].

Согласно индексу развития человека Таджикистан занимает 133 место среди 187 стран мира, причем самому неблагоприятному среди регионов Восточной Европы и Центральной Азии.

При росте ВВП на душу населения более 1000 долларов США он остается крайне низким, что связано с ограниченными возможностями экспортных поставок, высокой зависимостью экономики от колебаний мировых цен, прежде всего на хлопок и алюминий, а также от внешней миграции рабочей силы, предположительно 2 млн. человек [1].

В классификации ООН долгосрочными (постоянными) мигрантами считаются лица, остающиеся в стране въезда более чем на 1 год, временными или сезонными мигрантами – лица, прибывающие на срок, не превышающий одного года.

Развитие миграции проходит ряд фаз, соответствующих демографическому взрыву, когда естественный прирост составляет до 3% населения страны и происходит массовое движение населения из села в город, переселение на новые земли, в т.ч. в пределах своей страны, численность жителей которой составляет около 8,5 млн. человек.

Скученность проживания, низкий социально-экономический статус, недостаточность полноценного питания, стресс нахождения вдали от привычного окружения являются факторами, повышающими риск заражения туберкулезом среди мигрантов [2].

В сложившейся ситуации обостряются проблемы, связанные со здоровьем, ростом травматизма, заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, туберкулезом, смертности или инвалидизации мигрантов.

Гаибов М.А. – вед. научный сотрудник «НИИ экономики и демографии АН Республики Таджикистан», д.э.н.; тел.: +(992) 904 36 92 22; e-mail: goibovm@mail.ru

Приток самой дешевой рабочей силы из Таджикистана в Российскую Федерацию (РФ) выгоден для руководителей государственных и частных организаций, так как способствует снижению себестоимости товаров и услуг, но невыгоден для неквалифицированных рабочих, т.к. снижает их заработки.

К середине 2017 года в РФ находилось 4,2 млн. мигрантов из различных стран, что на 300 тысяч больше, чем в 2016 году, притом она остается привлекательной для них принимающей страной. Международная организация по миграции считает, что до 900 тыс. таджикских граждан, или половина всего экономически активного населения, ежегодно выезжают на сезонные и постоянные работы за рубежом. По всей видимости, доля выходцев из Таджикистана будет расти и оказывать огромное влияние на уровень его медико-социального развития.

Цель исследования. Определить медико-социальную значимость и оценить внешнюю трудовую миграцию населения Таджикистана.

Материал и методы исследования. Использовались материалы Министерств здравоохранения и социальной защиты; экономики и торговли; труда, миграции и занятости населения Республики Таджикистан, Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан и Межгосударственного статистического комитета СНГ. Соответственно применялся эпидемиологический, в т.ч. ретроспективный, метод анализа полученных данных.

Результаты и их обсуждение. Миграционные процессы являются индикатором развития практически любой из сторон общества – политической, социальной, экономической, положения на рынках труда и другие. Среди выгод от трудовой миграции жителей Таджикистана важное место занимают денежные банковские переводы из РФ, объем которых в 2008 году составил 3,85 млрд. долларов США, или более 50,0% ВВП Таджикистана, а в 2016 году снизился до уровня 1,9 млрд. долларов США вследствие кризисных явлений в стране пребывания.

В частности, Комитет по защите прав трудящихся – мигрантов и членов их семей ООН отмечает нарастающую тенденцию «импортирования» женщин для коммерческой эксплуатации, включая сексуальной. При этом заключаются фиктивные браки с иностранцами или подписание с ними трудовых контрактов. Уязвимость женщин в основном обусловлена работой вне системы правовой защиты своей родной страны, которая слабо защищает своим социальным законодательством домашнюю прислугу, официанток или занятых в ночных клубах, что ставит под угрозу политическую стабильность, следовательно, и национальную безопасность.

В целом, оставаясь незаконной или неучтенной, трудовая миграция приводит к тому, что в системе общественного здравоохранения ей не

уделяется серьезное внимание, в т.ч. социально-значимым заболеваниям. Только по итогам первых трех месяцев 2017 г. в Таджикистане зарегистрировано 348 новых случаев ВИЧ-инфицированных, причем 53 (15,2%) из них относятся к трудовым мигрантам, включая пять женщин [4]. Более того, по экспертным оценкам, порядка 20% или каждый пятый из вновь обнаруженных больных туберкулезом в стране являются трудовыми мигрантами.

Внешние трудовые мигранты реально конкурируют с россиянами на рынках труда: более или менее значительная часть рабочих мест, занятых ими, составляет от 50,0% – в Москве и до 30,0% – в регионах. Остальная часть рабочих мест «отвоевывается» мигрантами в конкурентной борьбе с местным населением.

Этот процесс, таящий в себе психологические проблемы, остается плохо и слабо решаемым в принимающей стране. Для нее результаты миграции противоречивы и могут быть причиной роста безработицы, чрезмерного давления на социальную инфраструктуру или, например, способствовать концентрации криминальных элементов. Наряду с этим, они приводят к существенным изменениям демографической структуры населения как в районах выселения, так и в районах вселения мигрантов.

Основными факторами внешней трудовой миграции в условиях высокой рождаемости, многодетности, низкой занятости, падения доходов и покупательной способности большей части жителей страны являются: а) демографический рост; б) уменьшение полезных площадей на душу населения; в) преобладание горных территорий (93,0%) в общей территории республики; г) слабая материально-техническая база производства и отсутствие отраслей промышленности; д) приватизация объектов народного хозяйства и рост частной собственности.

В ряде городов РФ постепенно формируются, хотя и немногочисленные, таджикские торговые меньшинства. Их главным притягивающим фактором является наличие больших рынков с мощной неформальной инфраструктурой, где относительно легко внедряются «челноки» с их небольшим денежным оборотом, мобильностью и динамичностью.

Наибольшее число трудовых мигрантов, избравших работу в странах Центральной Азии, находятся в Узбекистане, Казахстане и Киргизии. Их доля в Узбекистане значительно снизилась с введением визового режима для передвижения граждан Таджикистана, который также существует с Туркменией.

В Киргизии и Казахстане подавляющее число трудовых мигрантов Таджикистана – это «челноки» и работники инфраструктуры рынков, крупных центров оптовой и розничной торговли китайскими товарами во всей Центральной Азии. В частности, в Бишкеке сформировалась мощная торговая инфраструктура: развитый транспорт, соединяющий ее со многими населенными пунктами Таджикистана, товарные базы, институты -посредников, дилеров, общественное питание, гостиницы и т.д.

Проведены социально-гигиенические исследования 1073 внешних трудовых мигрантов, которые в течение 2 лет временами приезжали на родину. Образовательный уровень мигрантов несколько выше, чем у общего населения РТ в целом. Так, в 18,8% случаев они имеют высшее и незаконченное высшее образование, 27,9% – соответственно среднее специальное, 34% – среднее общее образование, 19,3% – начальное и неполное среднее образование.

Установлено, что почти 80,0% трудовых мигрантов из г. Душанбе, по 76,0% – из Согдийской и Горно-Бадахшанской областей, 60,7% – из Хатлонской области и только 58,0% – из районов республиканского подчинения хорошо знают русский язык. Такая ситуация связана с резким снижением количества учителей русского языка в отдаленных регионах, вследствие нехватки специалистов, низкой заработной платы, миграцией и переходом на работу в другие структуры.

Основные результаты и характер внешней трудовой миграции за прошедшие годы показали полную ее хаотичность и неуправляемость. Новые же механизмы, свойственные рыночной экономике, еще не задействованы.

Процесс внешней трудовой миграции превратился в одну из острых социально-экономических проблем Республики Таджикистан, который протекает, в основном, стихийно, нелегальным путем, в результате чего наносится огромный экономический ущерб не только государству, но и самим мигрантам.

В этой связи очень важно развивать эффективные и упорядоченные системы внешней трудовой миграции на основе двусторонних договоров. При этом с учетом того, что РФ останется приоритетным партнером Таджикистана, целесообразно расширение ее регионов как основных мест притока рабочей силы.

Сравнительное преимущество Таджикистана в трудовых ресурсах объективно обуславливают необходимость политики внешней трудовой миграции, а для успешной ее реализации – активного государственного регулирования для формирования оптимальных потоков, соответствующих конкретным национальным интересам страны научно обоснованными экономическими, правовыми и воспитательными мерами.

В целом стремление трудовых мигрантов легализоваться на рынке труда России в 2017 году

проявилось отчетливо, и они постепенно адаптируются к новым миграционным правилам, введенным в 2015 году Правительством РФ. В частности, речь идет о замене разрешений на работу патентами для мигрантов из безвизовых стран и к новой экономической реальности, чего нельзя сказать о российских работодателях, которые, напротив, не торопятся оформлять мигрантов.

Однако, все еще сохраняющийся низким уровень правосознания приводит к тому, что большая часть внешних трудовых мигрантов сталкивается с определенными трудностями, даже жертвами, для сохранения или обретения значимых для них выгод, получаемых в сфере теневой экономики. Тем самым, работая в неформальном секторе, они включаются и способствуют воспроизводству внеправовой трудовой практики. При этом нанимателями мигрантов из России чаще всего являются малые и средние предприятия (в 2017 году 40,3% респондентов были заняты на предприятиях с численностью работников до 10 человек, 35,7% – на предприятиях с количеством занятых от 10 до 49 человек).

Экономический кризис последних лет на отраслевом распределении мигрантов сказался не очень заметно. Существенными можно назвать изменения только в строительстве (падение доли с 23,1% в 2011 до 16,4% в 2017) и в секторе домашних хозяйств, который по привлечению мигрантов (рост с 4,4% до 8,0%) вдруг обогнал гостиницы и рестораны (рост с 6,2% до 7,1%), транспорт и связь (падение с 8,4% до 7%).

Согласно стратегии ВОЗ «Здоровье для всех в XXI веке», в Таджикистане реализовываются национальные и отраслевые программы по наиболее приоритетным проблемам, в т.ч. в области миграции, в которой более чем в 70,0% случаев представлены лица в возрасте 21-39 лет, преимущественно – в 80% случаев – мужчины репродуктивного возраста.

В Таджикистане безработными считаются трудоспособные граждане, не имеющие работы и заработка, зарегистрированные в органах службы занятости. Однако, система их учета не отражает действительных тенденций в развитии рынка труда, поскольку в большинстве случаев они не регистрируются на биржах труда, предпочитая искать работу самостоятельно, переходят в состав экономически неактивного населения, оседают в домашних хозяйствах или выезжают в трудовую миграцию.

В связи с перераспределением занятости в государственном секторе с 1682 тысяч до 492,6 тыс. человек (с 68,6% до 26,2%), при интенсивном росте в негосударственном секторе – с 467 тыс. до 1571 тыс. человек (с 32,6% до 68,9%), или в 3 раза, миграционные процессы оказывают решающее влияние на социально-экономические условия и качество жизни людей.

Как свидетельствует мировой опыт, миграцию населения практически нельзя остановить, т.к. ее отсутствие приводит к дисбалансу рынка рабочей силы и невозможности добиться устойчивого экономического развития.

Таджикистан традиционно относится к числу стран с высокой рождаемостью, которая в условиях ограниченности ресурсов и медленно снижающегося уровня бедности усугубляет имеющиеся диспропорцию в его социально-экономической сфере развитии.

Основной причиной миграции является низкий уровень заработной платы. В целом, почти у 58,4% трудовых мигрантов он был ниже среднего республиканского. По официальным данным, к середине 2017 года средняя зарплата жителей Таджикистана составляет в пределах 1083,7 сомони эквивалентная 127 долл. США, а в Кыргызстане и Узбекистане – 201 и 250 долл. США соответственно. Основополагающими причинами низкой номинальной заработной платы в нашей стране являются: теневая экономика, снижение объемов денежных переводов трудовых мигрантов и девальвация сомони.

В 2014 году более 54,0% трудовых мигрантов ежемесячно зарабатывали 350-1000 долларов США. В 90,0% случаях они отправляли деньги в свою страну через банки. Значительное падение переводов наблюдалось в 2015 г. – на 33,3%. Произошло, согласно Центробанку РФ, двойное падение переводов в Таджикистан – с 3,85 до 1,96 млрд. долларов США, т.е. на 50%.

Внешняя трудовая миграция, кроме экономической целесообразности, имеет и негативные медико-санитарные последствия, обусловленные значительным распространением инфекций, передающихся половым путем, включая ВИЧ, транзитом наркотических средств, ростом числа наркоманов; обширным рынком сексуальных услуг; недостаточной информированностью населения.

С 2004 по 2016 гг. удельный вес пораженных ВИЧ трудовых мигрантов увеличился более чем в два раза, причем до 30% холостых мигрантов в новых местах трудоустройства вступают в официальный брак. Около 40% лиц, имеющих семьи в Таджикистане, находятся в неофициальных брачных отношениях в стране пребывания.

Не случайно трудовые мигранты вместе со своими семьями относятся к группе риска этих заболеваний, причем только 68,0% из них знают о половом и других путях их передачи.

В целом, бедность и внешняя трудовая миграция служат в основном патогенетической основой развития невротических, сердечно-сосудистых, эндокринных и других заболеваний и инвалидности, число случаев которых возрастает как в

городах, так и в сельских регионах страны.

При изучении соответствующих материалов отмечается тенденция к увеличению количества умерших насильственным путем, а также от тяжелых болезней, вызванных неблагоприятными условиями труда и жизни в стране временного пребывания. Ежегодно в разных регионах РФ по разным причинам получают травму более 1000 человек и умирают 400-500 человек в молодом и трудоспособном возрасте. В этой связи правоохранительные органы соответствующих стран должны координировать свою деятельность, как для правовой оценки, так и для предотвращения правонарушений, связанных с трудовой миграцией.

Основная часть трудовых мигрантов нуждается в своем профессиональном развитии. В этих условиях вопрос трудоустройства этой категории населения превращается в вопрос их профессионального обучения.

Главная проблема 65% трудовых мигрантов из Таджикистана заключается в том, что они в большинстве случаев работают нелегального, нарушая законы принимающей страны.

Поиск места работы, как правило, зачастую имеет неформальный характер: с помощью родственников, знакомых и друзей – в 60,0% случаев, в более 25,0% случаев он осуществляется самостоятельно. При этом услугами посредников пользовались около 15,0% мигрантов.

Нередки случаи, когда работодатели вовсе отказываются платить нелегальным мигрантам за выполненную работу, при этом являясь объектом наживы различных структур, включая криминальные группы, созданные их родственниками и земляками.

В основном нелегальный характер трудовой деятельности граждан Таджикистана предопределяет то обстоятельство, что лишь малая их часть проживает в общежитиях, предоставляемых работодателями, прежде всего прибывшим лицам на законных правах. В среднем, где бы мигранты ни проживали, в одном помещении одновременно их было от 8 до 10 человек и на 1 жителя приходилось 2-4 м^2 площади. Соответственно из-за несоблюдения норм проживания возникали проблемы соблюдения гигиенических правил в быту, которые часто нарушаются в силу употребления ими наркотиков, алкогольных напитков и табачных изделий.

Необходимо отметить, что 12,8% мужчин и 10,6% женщин в период пребывания в трудовой миграции имели случайные половые связи. Среди женщин-мигрантов имеются случаи рождения внебрачных детей, количество которых растет ежегодно.

Опрос мигрантов показал, что при найме на основе устной договоренности трудовые отношения не регулируются законом, в связи с чем создаются условия для их эксплуатации, а также игнорирование работодателями комплекса трудовых прав. При этом средняя продолжительность рабочего времени составляет 10 часов, при 6-7-дневной рабочей неделе.

В 2017 году средняя продолжительность рабочей недели у иностранных работников составляла 59 часов (в 2011 году – 59,6 часов) против 39,6 у граждан России (в 2011 году – 39,9 часов).

Законодательство по охране труда предполагает необходимость многогранной деятельности государства и работодателей, направленной на охрану жизни и здоровья мигрантов в процессе труда, а также социальную защиту работников и членов их семей в случае утраты трудоспособности или смерти. Однако, соответствующие государственные органы, средства массовой информации и представители гражданского сектора очень редко обращаются к проблеме их исполнения.

Одновременно следует отметить сообщение Министерства здравоохранения РФ об обеспечении трудовых мигрантов Евразийского экономического союза и членов их семей бесплатным медицинским страхованием (ОМС). Полис ОМС для трудовых мигрантов будет приобретать работодатель, после чего они смогут получать медицинскую помощь бесплатно соответствующей по программе.

Из общего числа трудовых мигрантов только 7% имеют на руках полис обязательного медицинского страхования, который по трудовому законодательству РФ необходим при трудоустройстве. Из программ профилактики туберкулеза выпадают неработающие члены семей, включая детей, находящиеся с ними в РФ. Так, число трудовых мигрантов – граждан Таджикистана, имеющих ОМС, составляет всего лишь 5%, у граждан Узбекистана и Кыргызстана – 9% [2].

Таким образом, затронутые выше проблемы медико-социального характера, необходимость решения которых отражена в законопроектах «О трудовой миграции» и «О частных агентствах занятости», до настоящего времени не стали менее острыми. Их судьба неизвестна, несмотря на существующий соответствующий План мероприятий, разработанный в 2013 г., и особые поручения Президента Таджикистана в послании 2015 г. Маджлиси Оли Республики Таджикистан.

Выводы

1. Основными факторами внешней трудовой миграции в условиях высокого уровня естественного прироста населения, низкой его занятости, падения доходов и покупательной способности являются: снижение полезных площадей на душу населения, преобладание в стране горных территорий, слабые материально-техническая и производственная базы отраслей народного хозяйства.

2. Характер внешних миграционных процессов населения страны является показателем развития общества в правовом, политическом, социально-экономическом, медико-санитарном аспектах.

3. В стране временного пребывания отмечается недостаточный доступ трудовых мигрантов к медико-социальным услугам на всех этапах их оказания, а также рискованный образ жизни приводит к заражению различных инфекций социального характера, чему способствует, в том числе, их нелегальный статус.

4. Состояние внешней трудовой миграции и возможности превращения ее в важнейшую форму международных экономических отношений, требует законодательного подкрепления, создания и использования соответствующего режима государственного регулирования, включая расширение центров домиграционной подготовки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Азизова З.Н., Каноатов Д.Я. Некоторые вопросы репродуктивного здоровья и поведения внешних трудовых мигрантов Республики Таджикистан // Здравоохранение Таджикистана.- 2009.- №3. - С.87-89

2. Вопросы доступа мигрантов к мероприятиям по раннему выявлению, диагностике, профилактике и лечению туберкулеза и туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией (аналитический обзор).- Москва, 2016. - 68 с.

3. Пачи П. Гендерные проблемы в странах с переходной экономикой / пер. с англ.; М.: Весь мир, 2003. - 188 с.

[1]ҒАИБОВ М.А., [2]ҒОИБОВ А.Ғ.,
[1]ЛУКЬЯНОВ Н.Б., [3]КУЛОБИЕВА Р.Т.

ҶАНБАҲОИ ТИББИИ-ИҶТИМОӢ ВА ПРОБЛЕМАҲОИ МУҲОҶИРАТИ МЕҲНАТИИ ХОРИҶИИ ШАҲРВАНДОНИ ТОҶИКИСТОН

[1]МД «Пажӯҳишгоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон»
[2]Пажӯҳишгоҳи иқтисодӣ ва демографияи Академияи илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон
[3]МД «Маркази миллии солимии репродуктивӣ»-и ВТ ва ҲИА ҶТ

Калимаҳои калидӣ: беморшавӣ, муҳоҷирати меҳнатӣ, бозори меҳнат, фарогирӣ, хизматрасониҳои маишӣ.

Дар мақола маълумотҳое оварда шудаанд, ки хусусиятҳои вазъи имрӯзаи рушди иқтисодӣ ва соҳаи тибби иҷтимоиро дар Тоҷикистон нишон медиҳанд, ҳадду ҳудуди муҳоҷирати меҳнатиро, ки ба доираи он садҳо ҳазорон шаҳрвандони қобили меҳнат аз 8,5 млн. аҳолии ҷумҳурӣ фаро гирифта шудаанд, муайян мекунанд. Маҷмӯи сабабҳо ва омилҳои зеринро фарогир мебошад: сатҳи баланди таваллуд-то 3 фоизи ҳарсола, сатҳи пасти ММД ва даромад ба ҳар як нафар аҳолӣ-мутаносибан бештар аз 1000 то 130 доллари ШМА. Саъю кӯшиши муҳоҷирати меҳнатӣ барои ба таври расмӣ ба бозори меҳнати Федератсияи Россия ворид шудан ба назар мерасад ва ин имкон медиҳад, ки дастрасии онҳо ба хизматрасониҳои тиббӣ-иҷтимоиш аз ҷониби давлати қабулкунанда барои онҳо пешниҳодшаванда беҳтар гардад, инчунин ҷаҳду ҷадали онҳо баҳри дар фазои ҳуқуқи ҳамкориҳои марбутаи байналмилалӣ қарор гирифтан мушоҳида мегардад.

УДК 616.61-036.12-07.001.33

ГАНИЕВ Х.С., ШОКИРОВ Ю.А.

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКИХ РЕГИОНАХ

Кафедра внутренних болезней № 1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

В статье рассматривается распространённость анемического синдрома у больных с хронической болезнью почек при диабетической нефропатии (ДН) в различных климато-географических регионах. Приводится подробный анализ различных теорий и гипотез об этиопатогенетической взаимосвязи анемического синдрома с ренальными и кардиоваскулярными нарушениями у больных с ДН. Обсуждены данные исследований о влиянии климатических условий на физиологические параметры человека, в том числе на параметры крови.

Ключевые слова: анемия, диабетическая нефропатия, сахарный диабет, кардиоренальный синдром, климат.

GANIEV KH.S., SHOKIROV U.A.

ANEMIC SYNDROME IN PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY IN VARIOUS CLIMATE-GEOGRAPHICAL REGIONS

Department of Internal Diseases № 1 of the Avicenna Tajik State Medical University

The review article examines the prevalence of anemic syndrome in patients with chronic kidney disease in diabetic nephropathy (DN) in various climatic and geographical regions. A detailed analysis of various theories and hypotheses about the etiopathogenetic connection of the anemic syndrome with renal and cardiovascular disorders in patients with DN is given. The research data on the effect of climatic conditions on the physiological parameters of a person, including blood parameters, are discussed.

Key words: anemia, diabetic nephropathy, diabetes mellitus, cardiorenal syndrome, climate.

В последние десятилетия во многих странах мира отмечается стремительный рост численности больных, нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии (гемодиализа и трансплантации). Причиной данного положения является увеличение распространенности заболеваний, которые приводят к необратимой патологии почек. Ведущее место среди этих заболеваний занимает сахарный диабет (СД), преимущественно 2-го типа [3, 14]. Согласно данным ВОЗ, каждые 10-15 лет число больных СД возрастает в среднем в 2 раза. Число людей, страдающих СД, в 1980 году составляло 108 млн, в 2002 году – 120 млн, а в 2010 году – около 240 млн. Предполагалось, что эта цифра к 2030 году достигнет 360 миллионов, однако, уже к 2014 году она превысила 422 млн. [15, 24]. По мере роста частоты СД можно ожидать пропорциональное возрастание частоты его осложнений [15, 22].

Характерным осложнением СД является диабетическая нефропатия (ДН). В США ДН наблюдающаяся у 1/3 больных с СД, а частота больных, получающих диализ, в 12 раз выше среди больных СД, по сравнению с лицами без диабета [3, 14]. В Испании каждый год требуется перевод на диализ 21% больных ДН, а в Японии доля больных с ДН серди пациентов, получающих диализ, составляет 41% [22]. Отмечен рост числа больных с ДН в Индии, Китае и других развивающихся странах

Ганиев Хуршеджон Саъдиевич. – аспирант кафедры внутренних болезней № 1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: (+992)904-41-88-40; e-mail: khurshed12@inbox.ru

мира: 20-40% всех больных на диализе – это больные с ДН. По данным скрининга, проведенного в Российской Федерации в 2000-2010 гг., распространенность ДН среди больных СД составляет в среднем 43% [11].

В большинстве развитых стран ДН стала ведущей причиной терминальной стадии хронической болезни почек (ХБП). Как в странах с высокой, так и с относительно низкой заболеваемостью СД за последние десять лет отмечается удвоение числа пациентов с терминальной стадией ХБП за счёт больных с СД 2 типа [26, 29]. В связи с урбанизацией образа жизни и вестернизацией диеты в Азии также ожидается увеличение популяции больных СД 2-го типа с высоким риском ХБП.

Одним из серьёзных осложнений ДН, влияющих на качество жизни и общую выживаемость больных, является анемический синдром. Анемический синдром – это клинико-гематологическое состояние, обусловленное, главным образом, снижением содержания гемоглобина в крови. Анемия оказывает нежелательное влияние на качество жизни больных, вызывает снижение работоспособности и толерантности к физической нагрузке, ухудшение сексуальной и когнитивной функций и сопровождается рядом симптомов: слабость, головокружение, плохой аппетит, одышка и др. Тем не менее, врачи обычно не придают особого значения анемии у этой группы пациентов [7, 33].

Анемический синдром у больных с ДН развивается раньше и чаще и протекает тяжелее, чем у больных с заболеваниями почек другой природы [8]. Анемией страдает примерно каждый четвертый больной СД [7, 11, 12]. Исследования показали, что при ДН анемия нередко развивается на ранних стадиях поражения почек даже при нормальном уровне скорости клубочковой фильтрации (СКФ), превышающем 90 мл/мин/1,73 м^2, а при СКФ 30-59 мл/мин/1,73 м^2 частота анемии увеличивается в 2-3 раза [7, 8, 12, 30]. Исследование NHANES III показало, что частота анемии у больных ХБП III-IV стадий и СД в 2 раза выше, чем у больных с сопоставимым нарушением функции почек, не страдающих СД.

К настоящему времени получены данные, что анемия ассоциирована с неблагоприятным течением многих хронических осложнений СД. Следует отметить, что среди этих состояний наиболее тесное взаимоотношение имеют анемия, поражения почек и патологии сердечно-сосудистой системы. В связи с этим в настоящее время в научной литературе употребляется термин «кардио-ренальный анемический синдром» [11]. Этот термин подчёркивает наличие двунаправленных патогенетических связей между любыми двумя из вышеперечисленных состояний и возможность воздействия на весь комплекс нарушений путём коррекции одного из его компонентов [6, 11, 17, 19].

Согласно данным авторов [5, 6], у пожилых пациентов риск смерти в течение года возрастает: при наличии анемии – в 1,6 раза, ХБП – в 1,6 раза, анемии и ХБП – в 2,5 раза, анемии и хронической сердечной недостаточности – в 2,6 раза, анемии, ХБП и хронической сердечной недостаточности – в 3,6 раза. 80% больных, страдающих хронической почечной недостаточностью и анемией, имеют также хроническую сердечную недостаточность, 50% этих пациентов больны сахарным диабетом.

В исследованиях [17, 18, 19, 30] было показано, что у больных с нефропатией анемия ассоциировалась с увеличением риска инфаркта миокарда/смерти от ИБС – в 1,6 раза, инсульта – в 1,8 раза и смерти от любых причин – в 1,9 раза. В то же время у пациентов без нефропатии наличие анемии не сопровождалось увеличением риска каких-либо сердечно-сосудистых исходов. Полученные результаты объясняются различными причинами. Во-первых, у больных с диабетической нефропатией нередко наблюдается поражение других органов, включая сердце, поэтому они могут быть более чувствительными к ишемии, индуцированной анемией. Во-вторых, почечная анемия обусловлена дефицитом эритропоэтина, который в опытах на животных оказывал благоприятное воздействие на сердечно-сосудистую систему (ограничение повреждения миокарда путем подавления апоптоза эндотелиальных клеток и кардиомиоцитов, а также стимуляции ангиогенеза) [18, 27, 30]. Соответственно, причиной ухудшения прогноза может быть не только анемия, но и недостаток эритропоэтина [27]. В-третьих, могли оказаться неучтенными некоторые факторы, оказывающие влияние на прогноз, например, тяжесть артериальной гипертонии или большая длительность диабета у больных с нефропатией [6, 19].

Следует подчеркнуть, что группа больных с кардиоренальным анемическим синдромом гетерогенна. Ряд пациентов с заболеваниями сердца и анемией имеют нарушения функции почек, которые могут подвергаться обратному развитию при коррекции уровня гемоглобина и компенсации явлений сердечной недостаточности. Другие пациенты, в том числе больные с осложненным течением СД, имеют выраженные структурные нарушения не только в сердечно-сосудистой системе, но и в почках, что определяет меньшую эффективность терапии и более высокий риск осложнений. Таким образом, подходы к ведению больных с кардиоренальным анемическим синдромом должны быть дифференцированными [4, 6, 11, 21].

Большинство известных механизмов влияния анемии на сердечно-сосудистую систему и почки связано с развитием гипоксии. Гипоксия приводит

к стимуляции активности симпатической нервной системы, почечной вазоконстрикции, активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, задержке натрия и жидкости в организме. Кроме того, в условиях дефицита кислорода происходит усиление процессов некроза и апоптоза кардиомиоцитов и ускорение фибротических процессов в сердечно-сосудистой системе. Комплексное воздействие на сердце создаёт условия для формирования гипертрофии левого желудочка с нарушением его диастолической функции, увеличением частоты сердечных сокращений и сердечного выброса, а также прогрессированием хронической сердечной недостаточности [26, 28].

Воздействие гипоксии на почки опосредуется регуляцией экспрессии генов, участвующих в процессах ангиогенеза, метаболизма клеточного матрикса и апоптоза клеток. Гипоксия и оксидативный стресс стимулируют продукцию экстрацеллюлярного матрикса фибробластами и снижают выработку металлопротеиназ, модулирующих структуру матрикса и играющих важную роль в регенерации почечной ткани [24, 25, 31, 32].

Ещё одним аспектом клинического значения анемии при СД является её влияние на уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1C), значение которого используется для оценки компенсации углеводного обмена за 60-90 дней и влияет на выбор тактики лечения [7, 8]. Уменьшение продолжительности жизни эритроцитов в результате гемолиза или кровопотери, а также стимуляция эритропоэза и применение гемотрансфузий приводят к получению ложно заниженных показателей HbAlC, что может способствовать недооценке нарушений углеводного обмена. Поэтому при наличии гематологических изменений у пациентов с сахарным диабетом следует осторожно трактовать значения HbAlC и особенно тщательно контролировать уровень гликемии [8, 16, 20, 22].

Известно, что система крови претерпевает существенные изменения в зависимости от сезона года, климато-географических и биогеохимических условий среды. В различные сезоны года закономерно изменяется содержание лейкоцитов и эритроцитов, сахара и холестерина в крови [2]. Ряд авторов считают, что одним из наиболее важных природных факторов, оказывающих влияние на рост и развитие организма человека, на возникновение и географию ряда болезней, а также на течение и исход заболевания является климат [1, 9, 10, 13]. Внешняя среда, природно-климатические условия определяют 17-20% в формировании здоровья человека, 48-53% приходится на долю образа жизни, 18-22% – на генетику, 8-10% – на здравоохранение [9].

В настоящее время в качестве интегрального критерия здоровья всё чаще рассматривают адаптационные возможности организма, которые отражают степень его динамического равновесия со средой. Адаптация напрямую связана с неспецифической резистентностью и реактивностью, то есть с тем фоном, который в конечном счёте определяет риск развития заболеваний, а, значит, и состояние здоровья в целом. Выявление функциональных возможностей организма позволяет получить научно обоснованные данные о том, как далеко от возможного срыва адаптации и развития болезни находится организм [2, 10].

Различия в причинах возникновения железодефицитной анемии также обусловлены географическими, социальными и социально-бытовыми условиями [10, 23]. Именно знанием этих факторов определяется необходимый для каждого конкретного региона комплекс профилактических мероприятий. Недостаточная информация, отсутствие научных разработок о влияния климата на здоровье и течение болезней на национальных и региональных уровнях приводят к некорректному пониманию проблемы [8, 13]. В связи с этим, ВОЗ как орган, определяющий политику здравоохранения на международном уровне, заявила, что, учитывая климатические изменения, необходимо развивать научно-исследовательский потенциал в этом аспекте (Бонн, 2008).

Учёт биологических ритмов способствует расширению понятия о норме, позволяет составить более чёткое представление о том интервале, в пределах которого физиологические функции человека являются оптимальными. Знание дифференцированной нормы в различные сезоны года позволит оценить резервные возможности системы, выявить состояние напряжения, уровень нарушения функционального состояния систем, имеющие отношение к патогенезу заболевания, правильно использовать резервные возможности организма и вовремя исправить нарушенный ход биологических процессов.

Большая часть работ, посвященных как проблеме анемии при ДН, так и влиянию климата на состояние периферической крови, проведена у жителей регионов с умеренным, умеренно-континентальным и холодным климатом. Жителям регионов с континентальным и субтропическим климатом посвящены единичные работы, по которым можно лишь косвенно судить о характере изменения периферической крови под влиянием местных климатических факторов. В изученной литературе отсутствовали данные о взаимосвязи течения анемического синдрома у больных с ХБП при ДН от различных климато-географических условий. Поэтому об этом можно косвенно судить только по данным исследований, приведенных по изучению структуры периферической крови у жителей разных географических зон.

Структуру климата северных территорий обуславливает сочетание выраженных изменений

солнечной активности, своеобразие поведения магнитных полей, колебаний температуры и барометрического давления, высокой влажности и жесткого ветрового режима, резкой фотопериодичности, выраженного УФ-дефицита. Всё это предъявляет повышенные требования к организму человека, даёт определенную нагрузку на организм северян, заставляя его приспосабливаться к суровым климатическим условиям, координируя реакции отдельных органов и систем [9, 14]. При увеличении экстремальности климатических факторов количество эритроцитов и общее содержание гемоглобина имеют тенденцию к увеличению как у мужчин, так и у женщин. Цветной показатель при этом имеет тенденцию к снижению [11].

С продвижением на север увеличивается гематокритная величина за счет увеличения среднего объема клеток крови. Так, средний объем эритроцита у мужчин в Заполярье достигает 100-118 мкм^3, у жителей г. Архангельска – 94-98 мкм^3, а у москвичей этот показатель варьирует в пределах 86-92 мкм^3. У жителей регионов северного направления число ретикулоцитов и суточный эритропоэз увеличиваются [1, 11].

Экстремальные условия северных территорий, приводящие к напряжению функции эритропоэза, отражаюся и на обмене железа, так как эти процессы взаимообусловлены. Величина негеминового железа сыворотки определяется величиной абсорбции, утилизации и разрушения самих эритроцитов, поэтому можно считать, что изменения уровня транспортного железа достаточно точно отражают состояние обмена железа в организме. Показатели общей железосвязывающей способности сыворотки крови и латентной железосвязывающей способности сыворотки крови на севере возрастают и достигают высоких значений [1]. Путем сканирования гистологических срезов установлено увеличение костномозговой кроветворной ткани у жителей севера на 17%, по сравнению с аналогичными исследованиями в Москве. Также у северян значительно повышена активность эритропоэтина плазмы крови [1].

Максимальные значения скорости оседания эритроцитов отмечаются летом, а средняя концентрация гемоглобина в эритроците – осенью. Предполагается, что снижение уровня гемоглобина весной обусловлено менее вескими, чем зимой, влияниями метеорологических факторов, в то же время это снижение в весенне-летнем периоде связывается с усилением мышечной работы, во время которой часть Hb переходит в миоглобин [1, 11].

Среднее содержание гемоглобина в эритроците в большей степени зависит от уровня гематокрита и в меньшей от снижения количества эритроцитов в крови. Сезонные изменения уровней Hb и Ht в крови больше зависят от климатических факторов, чем от эндогенных водителей циркануальных ритмов [11, 14].

В условиях тропического климата отмечается низкое содержание гемоглобина. Так, обследование аборигенов Нигерии показало, что у них в 100 мл крови содержится гемоглобина на 1-2 г меньше, чем у англичан. Этот факт нельзя объяснить недостаточным питанием, поскольку такое различие подтвердилось при сравнении содержания гемоглобина в крови темнокожих и светлокожих солдат армии США.

Акклиматизация жителей умеренного климата, оказавшихся в условиях тропиков, отражается и на составе крови. Так, у европейцев, проживших 22-36 месяцев в тропической Африке (Гвинея), было значительно снижено образование эритроцитов и уменьшено содержание гемоглобина, как и у аборигенов-африканцев.

В Таджикистане в зависимости от высоты местности и характера рельефа формируется несколько типов климата (умеренный, резко континентальный, сухой). Климат с очень жарким летом и мягкой зимой господствует на равнинах, расположенных на высотах 350-500 м (изучаемая группа пациентов являются жителями именно этих регионов). Для него характерно длинное (более 200 дней) лето и незначительное количество осадков – 150-200 мм. Зимой в долинах в среднем 0º С до +2º С, летом – в среднем 30º С до + 35º С. В течение почти девяти месяцев баланс солнечной радиации в Таджикистане положительный. На юго-западе республики почти не бывает снега и зимы в обычном ее понимании. Там в течение всего года средняя месячная температура выше нуля. Не менее 2/3 года стоит в южных районах теплая или жаркая погода с температурой от 10 до 30 градусов. В остальное время, с декабря по февраль, прохладно, термометр показывает от 1 до 5-6° тепла.

Климатические изменения в Таджикистане, обусловленные повышением средней температурной нормы, влияют на сокращение уровня осадков, что в свою очередь приводит к увеличению длительности засушливых периодов. Тёплый сезон, когда температура доходит до 40 градусов, увеличился, что повлекло уменьшение холодных воздушных масс с запада и юго-запада. Количество теплых ветров, дующих в восточных и юго-восточных направлениях, возросло. В результате количество осадков, доставляемых холодными ветрами, уменьшилось, засухи участились.

Быстро уменьшается общая площадь четверти таджикских ледников. Длительные периоды, связанные с засухой, нашествием саранчи, нехватка энергоресурсов в сельском хозяйстве негативно влияют на продовольственное производство и

социальную обстановку республики. Дефицит продовольствия меняет структуру питания населения республики, что является дополнительным фактором, усугубляющим анемическое состояние пациентов.

В исследовании Додхоевой М.Ф. с соавт. [2] был проведен анализ взимосвязи особенностей климатических изменений в Таджикистане с некоторыми показателями здоровья населения на примере 2000-2004 гг., когда средняя годовая температура повысилась на 0,5-1°С. Анализ изменения экстремальных значений температуры приземного воздуха показал тенденцию повышения средних максимальных годовых и сезонных температур. Средняя годовая максимальная температура в 2000-2004 гг. повысилась на 0,5-1°С. Минимальные температуры воздуха также повсеместно повысились, особенно в летне-осенний период, на 0,5-2,0°С. Увеличение среднегодовой температуры воздуха на 0,7-1,2°С отмечено в широких долинах Таджикистана, где проживает большая часть населения. В больших городах повышение температуры было особенно значительным и достигало 1,2-1,9°С. С потеплением климата произошло увеличение безморозного периода, продолжительность которого в различных районах увеличилась на 5-10 дней.

Воздействие так называемых «волн тепла» в связи с потеплением климата может влиять на смертность уязвимых групп населения. Резкое повышение температуры в 2000-2001 гг. стало одним из ключевых факторов увеличения смертности среди населения. В ходе исследования выявлено, что «дополнительная смертность» с 2001 по 2003 гг. в среднем составила 2500 человек с преобладанием неравнозначной тенденции в жарких и умеренных климатических зонах Таджикистана.

Таким образом, анемический синдром относится к числу наиболее частых проявлений ХБП. При ДН анемия развивается чаще и раньше и протекает тяжелее, чем при ХБП другой этиологии. Почечная анемия ухудшает качество жизни больных СД 2 типа, их физическую и когнитивную функции, сон, аппетит, толерантность к физической нагрузке. Более того, она ассоциируется с повышенным риском микрососудистых и макрососудистых осложнений СД.

Имеющиеся литературные данные по динамике периферической крови в различных климато-георграфических условиях противоречивы и зависят от многочисленных факторов, воздействующих на человека в процессе жизни. Человек и окружающая среда – две сложные взаимодействующие системы, которые в первом приближении можно считать экосистемой [14]. Комплексное изучение влияния климато-георгафических условий на течение анемического синдрома у больных с ХБП при ДН представляет значительный научный и практический интерес.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Дегтева Г.Н. Состояние эритрона у жителей северных территорий // Экология человека.- 2004.- № 6.- С. 53–57.

2. Додхоева М.Ф., Рафиев М.К., Каюмова Д.А., Сабурова Х.Ш. Некоторые аспекты здоровья населения Таджикистана в условиях потепления климата // ДАН РТ.- 2014.- № 7.- С. 21–28.

3. Каджарян В.Г., Бидзиля П.П., Соловьюк А.О. Диабетическая нефропатия: современные принципы профилактики и лечения // Запорожский медицинский журнал.- 2011.- Т. 13(5).- С. 112–117.

4. Кравчун П.Г., Ефремова О.А., Рындина Н.Г., Титова А.Ю. Структура анемического синдрома и особенности трофологического статуса у больных с хронической сердечной недостаточностью и хронической болезнью почек // Медицина. Фармация.- 2013.- №11.- С. 102–106.

5. Курята А.В., Митрохина О.С., Ященко Т.Д. Возможности коррекции железодефицитной анемии у пациентов с хронической болезнью почек // Украинский медицинский журнал.- 2014.- № 4 (101).- С. 5–6.

6. Ларина В.Н., Барт Б.Я., Ларин В.Г. Клиническая значимость анемического синдрома у больных хронической сердечной недостаточностью // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии.- 2010.- 6(3).- С. 311–317.

7. Милованов Ю.С., Козловская Л.В., Милованова Л.Ю. Лечение анемии у больных с хронической болезнью почек III–V стадии // Врач.- 2012.- № 6.- С. 12–18.

8. Милованов Ю.С., Милованова Л.Ю., Добромыслов И.А.. Железо(III)гидроксид сахарозный комплекс (венофер) или его копии в лечении анемии у больных хронической болезнью почек: на что ориентироваться при выборе препарата // Клиническая нефрология.- 2012.- № 1.- С. 49–50.

9. Мукашева Б.Г. Влияние климата на состояние здоровья населения Приаралья // Гигиена труда и медицинская экология.- 2015.- №4 (49).- С 20–30.

10. Назаров Ч.М., Караев К., Графова В.А., Джунелов А.Б., Джораева Г.Р. Уровень гемоглобина периферической крови у детей в жарком климате // Проблемы освоения пустынь.- 2013.- № 3.- С. 77–79.

11. Худякова Н.В., Пчелин И.Ю., Шишкин А.Н., Иванов Н.В., Василькова О.Н. Гипергомоцистеинемия и кардиоренальный анемический синдром при сахарном диабете // Нефрология.- 2015.- Т. 19, № 5.- С. 20–27.

12. Чернов В. М., Тарасова В. С., Румянцев А. Г. Анемия в практике терапевта и принципы её коррекции // Лечебное дело.- 2011.- № 1.- С. 81–89.

13. Шадетова А.Ж. Ретроспективный анализ природно-климатических факторов г. Усть-Каменогорска // Вестник Карагандинского Университета.- 2012.- № 1.- С. 55–58.

14. Шестакова М.В, Шамалова М.Ш. Сахарный диабет и хроническая болезнь почек: достижения, нерешенные проблемы и перспективы лечения // Сахарный диабет.- 2011.- № 1.- С. 81–87.

15. Locatelli F., Barany P., Covic A., De Francisco A., Del Vecchio L., Goldsmith D., Horl W., London G., Vanholder R., Van Biesen W. ERA-EDTA ERBP Advisory Board Kidney Disease: Improving Global Outcomes guidelines on anaemia management in chronic kidney disease: a European Renal Best Practice position statement// Nephrol Dial Transplant.- 2013.- Vol. 28(6).- P. 1346–1359.

16. Albaramki J., Hodson E., Craig J., Webster A. Parenteral versus oral iron therapy for adults and children with chronic kidney disease// Cochrane Database Syst. Rev.- 2012.- V. 18.- P. 57–68.

17. Arezes J, Nemeth E. Hepcidin and iron disorders: new biology and clinical approaches // Int. J. Lab. Hematol. 2015.- Vol. 37, Suppl. 1.- P. 92–98.

18. Aronson D., Suleiman M., Agmon Y. et al. Changes in Hb levels during hospital course and long-term outcome after acute myocardial infarction// Eur. Heart. J.- 2007.- Vol. 28(11).- P. 1289–1296.

19. Baggott JE, Tamura T. Homocysteine, iron and cardiovascular disease: a hypothesis // Nutrients.- 2015.- Vol. 7 (2).- P. 1108–1118.

20. Dickstein K., Cohen-Solal A., Filippatos G. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) // Eur. Heart. J.- 2008.- Vol. 29(19).- P. 2388–2442.

21. Ferrari P., Kulkarni H., Dheda S. et al. Serum iron markers are in adequate for guiding iron repletion in chronic kidney disease // Clin. J. Am. Soc. Nephrol.- 2011.- Vol. 6.- P. 77–83.

22. Genuth S.G. HbAlc for diagnosis: Progress or the wrong direction? // World Diabetes Congress.- Dubai, UAE, 2011.- P. 56.

23. Locatelli F. Iron treatment and the TREAT trial // NDT Plus.- 2011.- Vol. 4, Suppl. l.- P. 3–5.

24. Mao S., Xiang W., Huang S., Zhang A. Association between homocysteine status and the risk of nephropathy in type 2 diabetes mellitus // Clin. Chim. Acta.- 2014.- Vol. 431.- P. 206–210.

25. Meng S., Ciment S., Jan M. et al. Homocysteine induces inflammatory transcriptional signaling in monocytes // Front Biosci (Landmark Ed).- 2013.- Vol. 18.- P. 685–695.

26. Navarro-Gonzalez J.F., Mora-Fernandez C., De Fuentes M.M. et al. Inflammatory molecules and pathways in the pathogenesis of diabetic nephropathy // Nat. Rev. Nephrol.- 2011.- Vol. 7.- P. 327–340.

27. Parfrey P.S. Erythropoietin-stimulating Agents in Chronic Kidney Disease: A Response to Hyporesponsiveness // Semin. Dial.- 2011.- Vol. 24.- P. 495–497.

28. Philippe M.-F., Benabadji S., Barbot-Trystram L. et al. Pancreatic volume and endocrine and exocrine functions in patients with diabetes // Pancreas.- 2011.- Vol. 40.- P. 359–363.

29. Qunibi W., Martinez C., Smith M et al. A randomized controlled trial comparing intravenous ferric carboxymaltose with oral iron for treatment of iron deficiency anaemia of non-dialysis-dependent chronic kidney disease patients// Nephrol. Dial. Transplant.- 2011.- Vol. 26.- P. 1599–1607.

30. Singh A.K. Is there a deleterious effect of erythropoietin in end-stage renal disease? // Kidney Int.- 2011.- Vol. 80.- P. 569–571.

31. Skali H., Parving H.H., Parfrey P.S. et al. Stroke in patients with type 2 diabetes mellitus, chronic kidney disease, and anemia treated with darbepoetin alfa: the trial to reduce cardiovascular events with Aranesptherapy (TREAT) experience // Circulation.- 2011.- Vol. 124.- P. 2903–2908.

32. Yang L., Brozovic S., Xu J. et al. Inflammatory gene expression in OVE26 diabetic kidney during the development of nephropathy // Nephron Exp. Nephrol.- 2011.- Vol. 119.- P. 8–20.

33. Ziakka S., Zagorianakos A., Koutsovasili A. et al. Efficacy of hemopoietic-stimulating factors in patients undergoing chronic hemodialysis // Ren. Fail.- 2011.- Vol. 33.- P. 923–928.

ГАНИЕВ Х.С., ШОКИРОВ Ю.А.

СИНДРОМИ КАМХУНӢ ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ НЕФРОПАТИЯИ ДИАБЕТИКӢ ДАР МАВЗЕҲОИ ГУНОГУНИ ҶУҒРОФӢ

Кафедраи бемориҳои дарунии № 1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: камхунӣ, нефропатияи диабетикӣ, диабети қанд, синдроми кардиоренал, иқлим.

Дар мақола паҳншавии синдроми камхунӣ ҳангоми нефропатияи диабетикӣ миёни бемориҳои музмини гурда дар минтақаҳои гуногуни ҷуғрофӣ мавриди баррасӣ қарор гирифта аст. Таҳлили пурраи теория ва гипотезаҳои гуногун оиди мутаносибияти этиопатогении синдроми камхунӣ бо вайроншавиҳои фаъолияти гурдавӣ ва кардиоваскулярии беморони диабети қанд оварда шудааст. Натиҷаҳои тадқиқот оид ба таъсири шароитҳои иқлимӣ ба параметрҳои физиологии инсон, аз ҷумла ба параметрҳои хун мавриди баррасӣ қарор гирифтааст.

УДК 615.322., 615.324

ЗАГРЕБЕЛЬНЫЙ И.А., ЮСУФИ С.ДЖ.,
БОРОНИЕВ Н.С., ДЖАМШЕДОВ ДЖ.Н.

О ФОРМИРОВАНИИ СЫРЬЕВОЙ БАЗЫ ИНТРОДУЦИРОВАННЫХ РАСТЕНИЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА

Отдел фармакогнозии и технологии лекарств Научно-исследовательского фармацевтического центра МЗиСЗН РТ

Расширяя понятие «интродукция растений» до его первоначального определения: «расширение ареалов распространения видов за пределы их исконного обитания», задача создания сырьевой базы лекарственных растений приобретает более целенаправленное и результативное решение в комплексе сопряжённых с ней хозяйственных задач по расширению их плантационного возделывания, причём намного более практически значимого, чем при использовании дикорастущих запасов местного растительного генофонда. Научный поиск при выполнении закреплённой тематики должен быть усовершенствован с учётом этой позиции.

Ключевые слова: интродуцированные лекарственные растения, агроклимат, возделывание, мирт, лаванда, роза дамасская, лекарственное сырьё.

ZAGREBELNYY I.A., YUSUFI S.DZH.,
BORONIEV N.S., DZHAMSHEDOV DZH.N.

ABOUT THE FORMATION OF THE RAW MATERIAL BASE OF INTRODUCED PLANTS FOR THE DEVELOPMENT OF DOMESTIC PHARMACEUTICAL PRODUCTION

Department of Pharmacognosy and Technology of Drugs of the Scientific Research Pharmaceutical Center of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

Expanding the concept of "plant introduction" to its original definition: "the expansion of areas of distribution of species outside their native habitat," the task of creating a resource base of medicinal plants acquires more focused and effective solution to the complex conjugate with her household tasks to expand their plantation cultivation, with much more practically meaningful than using wild stocks of local plant gene pool. Scientific research in the performance of designated subjects should be improved, taking into account this position.

Key words: introduced medicinal plants, agroclimate, cultivation, myrtle, lavender, rose damask, medicinal raw materials.

Актуальность и приоритеты. В настоящее время всё большее число лекарственных средств различного назначения имеют синтетическое происхождение. С самого начала получения лекарств синтетическим путём и до сих пор считается, что это – одно из важнейших достижений органической химии, благодаря которому стало возможным излечение многих болезней, бывшими ранее роковыми для больных.

И всё же считается, что применение лекарственных препаратов, приготовленных на основе химического синтеза, – это крайняя мера в лечении заболевания и что синтетические лекарства негативно влияют на деятельность пищеварительной системы и существенно увеличивают

Загребельный И.А. – ст. н. с. отдела фармакогнозии и технологии лекарств НИФЦ; тел.: +(992) 918 161 429; e-mail: zagrebel.i@mail.ru

риск возникновения заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Сейчас даже в фармацевтически развитых странах не ослабевает внимание к производству лекарств из натурального сырья, в особенности из растений, имеющих в своём составе биологически активные вещества (БАВ) известного целенаправленного действия – противоонкологического, иммуноповышающего, седативного и др. В настоящее время усиливается спрос на натуральное сырьё, получаемое чаще всего из растений, генетическими центрами происхождения которых являются страны субтропического или тропического климата, поскольку в условиях высокого напряжения тепла и длительного периода вегетации растения накапливают в своих тканях высокий процент содержания уникальных БАВ.

Таджикистан отличается особо огромным разнообразием растительного мира, ещё далеко не вполне изученным с фармакологической точки зрения, а тем более – с фармацевтической. Именно это на практике сильно лимитирует становление и развитие отечественного фармацевтического производства, опирающегося на собственное сырьё, поскольку завоз сырья из-за границы позволяют себе только те страны, которые не имеют в достаточных масштабах собственных сырьевых ресурсов, удешевляющих процесс производства готовых лекарственных средств. Практика фармацевтически развитых стран всё чаще ориентируется на плантационное возделывание лекарственных растений, поскольку дикорастущее сырьё труднее довести до требований общепринятых стандартов, к тому же оно намного затратнее экономически и одновременно с этим быстро подрывает естественный растительный генофонд отечественной селекции. Учитывая это, приоритетной задачей создания масштабной сырьевой базы лекарственных растений следует назвать их возделывание в агрокультуре, в отдельных случаях – в полукультуре, то есть, окультуриванием мест обитания наиболее фармацевтически перспективного местного генофонда (агрономические методы, способствующие повышению производительности насаждений и получению сырья более высокого качества). Здесь следует иметь в виду важное преимущество природных условий Таджикистана. А именно: существенная часть его территории в достаточной мере обладает уникальным агроклиматом, пригодным для возделывания с высоким качеством продукции многих видов растений различных климатических поясов. В особенности это относится к растениям, происходящим из субтропического климатического пояса [1].

Преимущественный практический интерес представляют наиболее фармакологически и фармацевтически изученные виды растений мировой флоры, издавна славящиеся в странах субтропического климата своими уникальными лечебными свойствами. Мировой опыт интродукции таких растений с территории их исконного обитания в другие страны и континенты свидетельствует о хозяйственной целесообразности такой практики.

Об интродукции растений. Адаптируя энциклопедические источники для агрорайонирования сельскохозяйственных культур различного назначения, понятие «интродукция», во избежание его узко односмысленного понимания как «завоз иноземных видов», необходимо восстановить в первоначальном агрономически расширенном определении. А именно: интродукция – это переселение отдельных видов, форм, сортов растений за пределы их прежнего ареала обитания в места, где они раньше не произрастали. Следовательно, интродуцированные растения, или интродуценты, – это растения, переселенные в местность, где они раньше не существовали.

И, естественно, что расширение ареала былого распространения любого вида или сорта растения за пределы своего былого ареала, например, с Вахшской долины в долины рек Яхсу и Кзылсу или в предгорно-низкогорный пояс, расположенный выше ныне орошаемых долин, – это тоже интродукция местного масштаба.

Хорошо известный былой отечественный опыт показывает, что когда некоторые из хозяйственно ценных растений зарубежных стран с субтропическим климатом, никогда до этого не произрастающие в Таджикистане, были ещё в первые десятилетия Советской власти интродуцированы и акклиматизированы на юге Республики, то они обнаружили здесь высокую продуктивность, в отдельных случаях при агроклиматически удачном размещении плантаций даже более высокую, чем у себя на родине. Например: сахарный тростник, батат, многие сорта субтропических плодовых (хурма восточная, крупноплодные сорта зизифуса, крымские сладкоядерные сорта миндаля, сортимент пекана, многие сорта косточковых и семечковых пород, также овощных, бахчевых культур и др.).

В последние десятилетия советского периода показали положительный результат опыты по интродукции в Таджикистан ценнейших видов субтропической флоры, обладающих уникальной лекарственной ценностью. Так, в 1989-90 гг. по инициативе «Союзлекрастпрома», поддержанной сельхозуправлением Джиликульского района, в опытном порядке проводилась интродукция ценных лекарственных видов субтропической флоры, обладающих противоонкологическим действием (катарантус розовый, паслён дольчатый), а также общепризнанных для применения в качестве слабительных средств (виды кассии, более известные под наименованиями «сенна» или «александрий-

ский лист»). При тщательно микроклиматически обоснованном выборе территории размещения этих интродуцированных растений и последующей адаптации агротехнологий их возделывания с учётом специфики почвенно-климатических условий местности, выяснилось, что качество сырья интродуцентов не только не уступает качеству, получаемому на территории стран его массового производства, но в ряде случаев превосходит по содержанию БАВ общепризнанные стандарты, закреплённые в фармакопеях зарубежных стран.

Превосходство качества лекарственного сырья подтвердилось и в производственных опытах тех же лет по культивированию в микроклиматически оптимальных условиях припянджской полосы земель ГБАО некоторых растений (например, календула, мелисса), массовое сырьё которых ранее, в союзное время, на фармацевтические производства СССР поступало из плантаций умеренного климата (юг России, Украина и др.). Определившееся мнение заказчиков сырья для фармацевтических производств Казахстана (Чимкент), России (Уфа и др.) следующее: таджикистанское сырьё дикорастущих видов лекарственных растений (эфедра, солодка и др.), также и некоторых культивируемых (например, календула, мята перечная, фенхель) выше по качеству, чем сырьё, доставленное из стран, не имеющих такого оптимума агроклимата, который характерен для отдельных высотных микропоясов или микроклиматически обособленных ландшафтов территории Таджикистана.

Следует заметить, что в связи с социально-экономическими обстоятельствами, произошедшими после распада СССР, научно-исследовательские и научно-производственные опыты по интродукции растений, к сожалению, были прекращены; впоследствии же они возобновились, но в очень мизерном объёме и лишь по некоторым видам растений. Причиной этого является недостаток отпущенных средств (семенного и посадочного материала, земельных участков, механизмов и сподручных средств агроухода за растениями, приборов и оборудования, финансовых средств для удержания квалифицированных специалистов и т.п.) на проведение таких многофункциональных опытов.

Исследования. В научно-исследовательскую тематику НИФЦ на период 2016-2020 гг. выполнения заложена тема «Разработка и использование новых лекарственных средств на основе интродуцированных лекарственных растений», рассчитанная на первом этапе её выполнения на последовательное решение задач: 1) выявление видов лекарственных растений местной и зарубежной флоры, перспективных для внедрения в производство; 2) интродукционное испытание с целью адаптации технологий их возделывания к природно-климатическим условиям земельных ресурсов Таджикистана.

Сохраняя тематический интерес к прежде накопленному в НИФЦ экспедиционному опыту исследования ранее относительно изученных, также как и недостаточно изученных, но перспективных лечебно ценных растений флоры местных регионов, были проведены также работы по выбору мест плантационного размещения видов, доставленных из субтропиков Ирана (мирт, роза дамасская, лаванда), и по испытанию их в условиях достаточной теплообеспеченности долин Центрального Таджикистана. В связи с отсутствием в НИФЦ собственных опытных участков размещение интродуцентов велось на договорных началах с землепользователями района Рудаки (поля Районной психиатрической больницы), а также с арендаторами-землепользователями Яванского района.

Сведения (по культурам) и результаты первичного испытания

1. Мирт благородный (*Myrtus communis L.*) – обладает высокими целебными свойствами, какие есть у антибиотиков, но в отличие от них безвреден и не провоцирует дисбактериоз, поэтому в мировой практике его «активно применяют при профилактике и лечении многих заболеваний: герпес, пиелонефрит, воспалительные гинекологические заболевания, простатит, цистит, дисбактериоз и прочие болезни желудочно-кишечного тракта, тонзиллит, гайморит, дифтерия, туберкулез легких, астма, бронхит и грипп», причём общеизвестно, что явных противопоказаний к использованию этого растения, введённого в культуру несколько тысячелетий назад, не выявлено.

С использованием результатов прежде проведённых агрономических исследований, можно сделать достаточно обоснованный вывод, что размещение в открытом грунте плантаций данного ценнейшего растения хозяйственно и агроклиматически оправданным может быть на лёссовых умеренно орошаемых почвах адырно-предгорного климатического пояса, находящегося на 70-100 м выше тальвега нижерасположенных субтропических долин, но не выше 1700 м над ур. м. (на экспозициях южной ориентации).

Примечание. Этот вывод полностью подтверждается результатами самовольной (к сожалению, негативной) попытки партнёров-землевладельцев по пересадке растений мирта в условия Яванской долинной территории; данная попытка послужила, как и было предсказано нами, причиной гибели насаждений в первую же среднехолодную зиму, поскольку в данных условиях критические для мирта морозы повторяются один раз за период 3-4 года, в лучших случаях – 4-5 лет.

2. Роза дамасская (*Rosa damascene*). Формы иранского происхождения в условиях полива насаждений в районе Рудаки показали отличную приживаемость и усиленный рост, однако, на второй год, в отличие от ранее испытанных сортоформ

местного селекционного происхождения, они не зацвели. Часть саженцев была интродуцирована в Кулябский регион, где также было организовано их черенковое размножение на условиях научного сотрудничества с землевладельцами опытного участка Кулябского института технологий и инновационного менеджмента. Агроклиматический анализ условий местности даёт основание для вывода, что роза дамасская может быть размещена не только в условиях орошаемых долин, но, целесообразнее(!), и в условиях обеспеченной богары предгорного пояса, причём даже при контурной схеме посадки на склонах крутизной до 20° и при каменистости почв, позволяющей соорудить полутеррасы в пределах потенциального проективного покрытия растений и выкопку посадочных ямок на глубину 40-50 см, что даёт возможность заправить нижний горизонт ямки необходимым запасом органических удобрений.

3. Лаванда (*Lavandula*) – источник ценных эфирных масел для фармации и парфюмерии. Испытание насаждений в районе Рудаки и в окрестностях г. Куляба показало достаточную приспособленность этой интродуцированной формы для её возделывания на лёссовых и старопахотных почвах равнинной территории и горных склонов юга Таджикистана в пределах высот 1000-1500 м над ур. м. Выносливость к летней жаре интродуцированных форм позволяет под насаждения лаванды использовать также земли обеспеченной осадками богары, где имеется хозяйственная возможность ограниченного орошения в период термической депрессии (с середины июня по первую декаду сентября). Особая ценность лаванды с фармакологической, фармацевтической и косметологической точек зрения, хорошо осознанная во многих странах с климатом сухих субтропиков, даёт убедительные основания для продолжения работ по её размножению и созданию обширных плантаций разностороннего хозяйственного назначения.

Выводы

1. Для дальнейшего продолжения исследований по возделыванию растений совершенно необходимо выделение в землепользование НИФЦ достаточного количества разнорегионно рассредоточенных земельных угодий, рассчитанных для закладки опытов в природно-климатических условиях, которые бы обоснованно отвечали эколого-климатическим требованиям испытываемых видов растений лечебного назначения. В противном случае на опытных участках сотрудничающих учреждений исключительно трудно организовать закладку насаждений и взаимосогласованное проведение даже элементарного агроухода за ними, отвечающего методикам проведения опытов.

2. По отношению к вопросу интродукции местных видов, в особенности редких, исчезающих или не обладающих потенциалом для заготовки их сырья, следует сделать ударение на срочной необходимости введения их в культуру и расширения их ареалов в масштабах, позволяющих вести заготовки сырья в объёмах, производственно требуемых для становления и ускоренного развития отечественной фармации.

3. Экспедиционные исследования показывают, что ориентирование на сбор дикорастущего растительного сырья с целью обеспечения отечественного фармацевтического производства может с большой «натяжкой» и только по очень ограниченному количеству видов растений служить в качестве предположительного аргумента о достаточности дикорастущего генофонда для создания собственной многолетней сырьевой базы растений лечебного назначения, но не аргумента, проверенного нашей практикой систематических обследований территории [2, 3]. По нашему мнению, дальнейший научный поиск сырьевых резервов должен ориентироваться также на использование существующих и создание новых плантаций сельскохозяйственных растений, обладающих не только пищевой, но и важнейшей лечебной ценностью своих БАВ. Это, в первую очередь, распространённые в отечественном садоводстве плодовые культуры (субтропические, косточковые, семечковые, плодово-ягодные, виноград и др.), а также овощебахчевые и некоторые другие. Фармакологам известно, что содержание ценнейших БАВ, например противоонкологического действия в семенах граната и винограда или ингредиентов для приготовления средств, активных при лечении витилиго (листья и плоды инжира) – типа бергаптена и псоралена, также как и для приготовления многих препаратов иного назначения, допустим, для лечения почечно-выделительной сферы малого таза (например, плодовая продукция, а особенно семена арбуза, тыквы и др. близкородственных видов), в условиях возделывания этих культур в Таджикистане очень высокое. Такие примеры можно умножать до бесконечности, т.к. ресурс возделываемых сельхозкультур достаточно мощный.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Азизова З.Н., Каноатов Д.Я. Некоторые вопросы репродуктивного здоровья и поведения внешних трудовых мигрантов Республики Таджикистан // Здравоохранение Таджикистана.- 2009.- №3. - С.87-89

2. Вопросы доступа мигрантов к мероприятиям по раннему выявлению, диагностике, профилактике и лечению туберкулеза и туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией (аналитический обзор).- Москва, 2016. - 68 с.

3. Пачи П. Гендерные проблемы в странах с переходной экономикой / пер. с англ.; М.: Весь мир, 2003. - 188 с.

ЗАГРЕБЕЛЬНИЙ И.А., ЮСУФИ С.ДЖ.,
БОРОНИЕВ Н.С., ҶАМШЕДОВ Ҷ.Н.

КОРКАРД ВА ИСТИФОДАИ МАВОДҲОИ НАВИ ДОРУГӢ ДАР АСОСИ РАСТАНИҲОИ ШИФОГИИ ИНТРОДУКТСИЯШУДА

Шуъбаи фармакогнозия ва технологияи дорусозии МД «Маркази илмию тадқиқотии фармасевтӣ»-и ВТ ва ҲИА ҶТ

Калимаҳои калидӣ: Растаниҳои шифогии интродуксияшуда, иқлими агрономӣ, парвариш, мурт, гули нарма, садбарги димишқӣ, ашёи шифогӣ.

Мафҳуми васеи «растаниҳои интродуктсиявӣ» аз аввали муайяншавиашон чунин аст:

– зиёд намудан ва паҳн кардани намудҳои растаниҳо дар дигар манотиқҳо аз ҷойҳои аслӣ ва маскуншашон мебошад;

– масъалаи тайёр намудани захираи ашёи хом барои растаниҳои шифобахш, ки дар оянда барои ҳал намудани қарорҳои натиҷавӣ ва мақсаднок дар масъалаҳои комплекси хоҷагидорӣ ва васеъ намудани коркарди онҳо аҳамияти бештари амалӣ дорад, нисбати он захираҳои ёбоие, ки дар генофонди маҳаллӣ мавҷуданд

Ҷустучӯи илмӣ дар иҷро намудани мавзӯи додашуда, аз рӯи ин ақида бояд мукаммал бошад.

УДК 616.33/34-002.44-0051-08

НАЗАРОВ Ш.К., САЙДАЛИЕВ Ш.Ш., АЛИ-ЗАДЕ С.Г.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

В статье представлен анализ современных литературных данных о дуоденальных кровотечениях язвенного генеза. Раскрыты причины и механизмы развития кровотечений из дуоденальных язв. Анализ литературных данных свидетельствует о том, что на сегодняшний день по-прежнему остается открытым вопрос тактики лечения больных с острыми дуоденальными кровотечениями язвенной этиологии, который далек от своего окончательного разрешения. Применение в рамках лечебной тактики клинико-эндоскопических критериев прогнозирования рецидивов кровотечения, а также определения сроков и объема операции позволяет в значительной степени улучшить результаты лечения.

Ключевые слова: язва, кровотечение, лечебная тактика.

NAZAROV SH.K., SAYDALIEV SH.SH., ALI-ZADE S.G.

CURRENT STATUS ETIOPATHOGENESIS AND TREATMENT OF ACUTE DUODENAL PEPTIC BLEEDING GENESIS

Department of Surgical Diseases №1 of the Avicenna Tajik State Medical University

The article presents an analysis of the current literature data on bleeding duodenal ulcer genesis. The reasons and mechanisms of bleeding from duodenal ulcers. Analysis of published data shows that today remains an open question of tactics of treatment of patients with peptic etiology UEC, which is far from its final resolution. Application of a treatment strategy of clinical and endoscopic criteria of bleeding relapse prediction and determine the timing and scope of the operation makes it possible to greatly improve treatment outcomes.

Key words: ulcer, bleeding, treatment tactics.

Возникновение кровотечения из язв двенадцатиперстной кишки зависит от целого ряда факторов. Имеют значение возраст и пол больных, сопутствующие заболевания, состояние гемокоагуляции, проводимая терапия, локализация язвы, характер морфологических изменений слизистой в области язвы, нарушение секреторной и моторной функций и многие другие обстоятельства. Все эти причины могут быть подразделены на две большие группы: местные изменения в слизистой и общие факторы, характеризующие нейропсихический статус больного, состояние гемоциркуляции, дыхания и гемокоагуляция.

Решающим в патогенезе язвенного дуоденального кровотечения является прогрессирующий некроз в кратере язвы, который распространяется глубоко в подлежащую жизнеспособную соединительную ткань. Существенные изменения происходят с сосудами дна кровоточащей язвы. Мышечные слои стенки сосудов часто оказываются замещенными соединительной тканью. Внутренняя эластическая мембрана часто набухшая, с разрывами. Интима гиперплазирована, грануляционная ткань от интимы прорастает в просвет сосудов. Наблюдаются множественные тромбы. Эти изменения являются органическим

Сайдалиев Ш.Ш. – асс. кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.; e-mail: Aka.74@mail.ru

субстратом снижения эластических свойств сосудов, что в свою очередь препятствует их сморщиванию. Эта способность сосудов при геморрагиях является, наряду с тромбообразованием, важным компонентом спонтанного гемостаза. Основной причиной аррозии сосудов является острое воспаление ее стенок на фоне активного пептического фактора. Именно взаимодействие этих факторов приводит к расплавлению стенок и возникновению кровотечений.

Острые дуноденальные кровотечения (ОДК) язвенного генеза встречаются наиболее часто и составляют 18-36% [1]. Кровотечения из дуоденальных язв, как непосредственная причина смерти, занимают первое место в структуре смерти от язвенной болезни. Механизм развития ОДК тесно связан с патогенезом язвенной болезни и, следовательно, они должны рассматриваться совместно [2].

На рубеже 80-90-х годов нашего столетия произошло событие, которое коренным образом изменило наше представление о патогенезе ряда заболеваний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта – открытие микроорганизма Helicobacter pylori (HP), который с 1983 года стал постоянным объектом внимания врачей и исследователей во всем мире. Число публикаций, посвященных HP, за последние 20 лет возросло более чем в 1000 раз [3-5]. В 1983 г. доктор медицины Барри Маршалл и патолог Робин Уоррен выделили микроорганизмы специальной формы из эндоскопических биоптатов желудка больных с хроническим гастритом, язвенной болезнью и различными формами рака желудка и совершили медицинский подвиг, производя самозаражение и подтвердив тем самым роль HP в развитии воспалительных изменений в слизистой желудка [6-8].

Роль Helicobacter pylori в этиопатогенезе язвенных гастродуоденальных кровотечений

Роль HP в этиологии и патогенезе язвенных гастродуоденитов достаточно очевидна [3, 9]. При этом в их патогенезе важно не только то, почему образуется язва, но и почему она не заживает и становится хронической. В.Т. Ивашкин и соавт. (1999) установили роль хеликобактеров в нарушении эпителизации язв и, тем самым, в их хронизации [10]. Их способность вызвать язвенные гастродуодениты была установлена лишь после повторного их открытия [8]. Основным местом локализации HP в организме человека является антральный отдел желудка и двенадцатиперстная кишка. Другим биоптатом является полость рта, где они могут входить в микробные ассоциации, выявляемые при стоматитах, парадонтитах и других поражениях [11-15].

Риск возникновения язвенной патологии связывают с наличием у бактерий генов vac A и cag A [16, 17]. Они выявлены у HP I типа, продуцирующих вакуольный цитотоксин ассоциированный белок cag A, секретируемый по IV типу. У бактерий II типа ген cag A не обнаружен, и они не способны к образованию токсина. Мишенью последнего является АТФ-аза поздних эндосом.

После стимуляции цитоксином АТФ-аза катализирует образование кислой среды внутри вакуолей. Из внутриклеточной среды поступают различные вещества (аммиак), которые там протонизируются и аккумулируются внутри вакуоли, т.к. теряют способность элиминироваться через мембрану. В результате происходит депонирование воды в вакуолях, последние «разбухают», сливаются друг с другом, что приводит к разрыву клеточной мембраны и разрушению клетки. Кроме того, тормозится клеточная пролиферация, а за счет стимуляции вторичных мессенджеров, стимулируется высвобождение пепсиногена [5, 16, 18, 19].

Белок cag A не является токсином, но проявляет высокую иммуногенность. Его синтезируют примерно 70% штаммов, продуцирующих цитотоксин [20]. Штаммы продуцирующих cag A либо антиген фактора колонизации и vac A [3,4] стимулируют выработку цитокинов, прочих противовоспалительных факторов и чаще вызывают тяжелые поражения, в том числе геморрагический гастрит и изъязвления [1,16].

Упомянутые свойства бактерий приводят к нарушению эпителизации язвы. HP способны существенно стимулировать пролиферацию эпителия желудка, при этом эпителиоциты не успевают дифференцироваться, и на месте зрелых специализированных клеток оказываются молодые, не способные вырабатывать соляную кислоту и пепсиноген. В этом и сущность морфогенеза хронического гастрита. Также было установлено, что HP стимулирует апоптоз слизистой желудка. О том, что программу апоптоза защищают сами бактерии, свидетельствует корреляция с выраженностью гастрита и, главное, то, что после элиминации HP апоптозный индекс снижается до нормальных значений, несмотря на отсутствие различий в воспалении по сравнению с исходной биопсией. Таким образом, HP стимулирует апоптоз и по закону отрицательной обратной связи усиливает пролиферативный ответ. Результатом этого является образование изъязвлений (в острой фазе) или атрофии (хроническая фаза).

Штаммы HP отличаются большим разнообразием. Появляются сведения, что риск развития того или иного заболевания зависит от штамма, носителем которого он является. В Западной Европе носительство штаммов, положительных по Cag A, Vac A, Ice AI, связано с повышенным риском развития атрофического гастрита и аденокарциномы желудка, локализованных вне кардиальной части желудка. Так, в Германии только

генотип Vac A sT, mT и Cag A достоверно связан с развитием желудочной карциномы.

Под влиянием HP увеличивается воспалительная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки желудка лимфоцитами, снабженными рецепторами для нейротрансмиттеров, усиливающих моторную функцию желудка. Это ведет к выбросу кислого желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку и сопровождается «закислением» и метаплазией дуоденального эпителия в луковице двенадцатиперстной кишки. Эта первая ступень «патологического каскада». Вторая ступень – нарушение механизма обратной отрицательной связи, ведущая к гипергастринемии и гиперсекреции соляной кислоты. Здесь активно включается нарушенный механизм антродуоденального торможения желудочной секреции. Третья ступень – колонизация HP метаплазированного эпителия в луковицу двенадцатиперстной кишки, дуоденит, разрушение защитного слоя слизи и изъязвление. Последняя, четвертая ступень – чередующиеся процессы изъязвлений и репаративной регенерации с формированием хронической язвы. Именно на этом этапе инвазия HP приобретает ведущее значение, обусловливая рецидивы болезни и возможные осложнения, в том числе развитие гастродуоденальных кровотечений [18, 20, 21, 22].

Неэффективность консервативного лечения больных язвенной болезнью может проявляться в двух вариантах: гастрорецидивирующее течение язвенной болезни (т.е. с частотой обострения более 2 раза в год) и формирование рефрактерных гастродуоденальных язв (язв, не рубцующихся в течение 12 недель непрерывного лечения) [23, 24].

Исследование С.С. Доброквашина и Р.Р. Якунова (2007) [4], проведенное у 156 пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями, показало, что количество HP в биоптатах слизистой желудка не отличается от больных с язвенной болезнью без наличия кровотечений. Наоборот, исследование М.Ш. Партова (2007) показало, что между тяжестью и степенью острой кровопотери и хеликобактерной обсемененности гастродуоденальной слизистой имеется тесная корреляционная связь. Чем выше хеликобактерная обсемененность, тем тяжелее кровопотеря.

Таким образом, вышесказанное позволяет говорить в настоящее время о ведущей роли HP в этиологии и патогенезе язвенной болезни. Возникновение язв двенадцатиперстной кишки почти в 95-100% случаев связано с инфицированием и колонизацией HP.

Хирургическая тактика при острых дуоденальных кровотечениях

В настоящее время при выборе тактики лечения больных с ОДК язвенной этиологии, прежде всего необходимо учитывать клинико-эндоскопические критерии устойчивости гемостаза и степень кровопотери, а также возможности эндоскопической службы в выполнении эндоскопического гемостаза.

В отношении хирургической тактики при ОДК язвенного генеза существуют разноречивые мнения и подходы – от очень активного до почти отрицания оперативного вмешательства.

Начиная с 30-х годов прошлого века, стали формироваться три основных направления в выборе метода лечения желудочно-кишечных кровотечений и определении тактики хирурга: 1) сторонники активной тактики, выполняющие при профузном кровотечении оперативное вмешательство в первые 24-48 ч от начало геморрагии (С.С. Юдин., Б.С. Розанов, С.В. Гейнац, А.А. Иванов и др.); 2) сторонники активно-выжидательной тактики, начинающие лечение профузных кровотечений с консервативных мероприятий и предлагающие оперативное вмешательство лишь только при возобновлении кровотечения (Ю.Ю. Джанелидзе, А.А. Немилов, М.Г. Коменчик, В.И. Стручков и Э.В. Луцевич, М.Э. Комахидзе и Т.И. Ахметели, В.С. Маят и др.); 3) сторонники выжидательной тактики, возражающие против оперативного вмешательства на высоте кровотечения и стремящиеся добиться остановки кровотечения с помощью гемотрансфузий и других средств (гемостатических препаратов, локальной гипотермии, искусственной гипотонии, эндоскопической электрокоагуляции, эмболизации сосудов и др.). Оперативное вмешательство рекомендуют после прекращения кровотечения «в межуточном периоде» (Е.Л. Березов, В.К. Рабинович, Г.М. Гуревич и А.С. Губенко, Б.А. Петров и Н.Н. Коренев и др. [4, 25, 26, 27].

В настоящее время отсутствует единая тактика при выборе метода лечения кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки. Она зависит от многих факторов: локализации и характера источника кровотечения; степени тяжести и длительности некомпенсированной кровопотери; состояния больного, а также от того, продолжается кровотечение или остановилось.

Принципиальный вопрос определения показаний к оперативному вмешательству и времени его выполнения является одним из важных в проблеме лечения язвенных дуоденальных кровотечений. Некоторые хирурги, отстаивающие активную тактику, и в настоящее время рекомендуют выполнять операции на высоте кровотечения у большинства больных с тяжелой степенью кровопотери (А.Л. Шалимов, В.Ф. Саенко, 1972, 1982, Suter M. et al., 1992, Buder J.S. 1994). По мнению А.И. Горбашко (1974), экстренная операция (в ближайшие часы после поступления) показана больным с дефицитом глобулярного

объема крови 30% и выше, независимо от того, продолжается кровотечение или остановилось. В первые 24 ч операция должна быть выполнена больным с острым кровотечением средней степени тяжести при дефиците глобулярного объема от 20% до 30%. Абсолютным противопоказанием к операции, по мнению автора, является наличие у больного одного или нескольких сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации, а также у больных, доставленных в терминальном состоянии.

J.S. Bender et al (1994), G.J. Winkeltan et al. (1995) критериями к неотложной операции считают: наличие геморрагического шока при поступлении больного; потребность более 4 доз крови для лечения шока; возраст 65 лет и старше; размер язвы более 2 см или эндоскопические признаки недавнего кровотечения; наличие в анамнезе язвенных осложнений. По данным X. Mueller et al. (1995), 77% больных были прооперированы в течение первых 24 часов после достижения эндоскопического гемостаза. Послеоперационная летальность в этих случаях составила 6%.

Сторонники активной тактики аргументируют ее риском рецидива кровотечения, высокой летальностью при запоздалых операциях и стремлением провести хирургическое вмешательство до развития тяжелых гипоксических изменений в печени, миокарде, почках и других органов [2, 4, 25, 28, 29].

При подобной тактике некоторые больные оперируются не по показаниям, а многим из них радикальная операция могла быть выполнена в плановом порядке. Сторонники активной тактики выполняют порой большие по объему оперативные вмешательства на фоне кровопотери тем больным, кому на данном этапе было бы достаточно проведения консервативного лечения с целью стабилизации их состояния [18, 30, 31].

В тех случаях, когда источник кровотечения установлен, а кровотечение продолжается, ни у кого не возникает сомнений в неотложности операции. Однако, высокая послеоперационная летальность в разгар кровотечения заставляет многих хирургов придерживаться активно-выжидательной тактики.

Сторонники активно-выжидательной тактики объясняют свою точку зрения тем, что во многих случаях кровотечение под влиянием гемостатистической терапии останавливается, а операция в плановом порядке бывает менее опасна для больного и дает лучшие результаты. Если же консервативными мероприятиями кровотечение не остановлено или наступает рецидив, рекомендуется произвести операцию на высоте кровотечения.

Учитывая обнадеживающие результаты современных эндоскопических методов гемостаза, ряд авторов стоит на позиции использования лечебной эндоскопии, как основного метода лечения язвенных кровотечений, объясняя такую тактику риском неотложной операции у обескровленных больных. Показанием к лапаротомии они считают невозможность достижения гемостаза эндоскопическими методами; клинически очевидный рецидив кровотечения; снижение уровня гемоглобина более чем на 20 г/л за 24 часа или продолжающееся просачивание крови, потребовавшее трансфузий по крайней мере 6 доз крови. Кроме того, проведение эндоскопических манипуляций позволяет некоторым авторам избежать операции при рецидивных кровотечениях и снизить летальность с 20% до 2% [25, 27, 32, 33, 34]. Однако, у других авторов при такой тактике лечения послеоперационная летальность достигает 35% при общей смертности 7%.

По данным литературы, большинство американских и английских хирургов рекомендуют операцию только при неэффективном эндоскопическом пособии, поэтому оперативная активность у них составляет 15-18%, а послеоперационная летальность – 20-25%. Немецкие хирурги предлагают оперативное вмешательство на высоте кровотечения при его рецидиве и операции «через интервал», не выписывая пациента из стационара. Послеоперационная летальность при этом достигает 12-14%. Французские хирурги к абсолютным показаниям для оперативного лечения дуоденальных кровотечений относят продолжающееся кровотечение при неэффективном эндоскопическом гемостазе, рецидив кровотечения в стационаре, а также группу больных с высоким риском повторного кровотечения. Такой подход позволил снизить послеоперационную летальность до 7% [23, 27].

Таким образом, центральным вопросом хирургической тактики при желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии является решение дилеммы «риск операции» или «риск рецидива». С одной стороны, мы пока не можем однозначно определить компенсаторные возможности организма, и каждый новый рецидив кровотечения может привести к истощению защитных механизмов и развитию необратимых изменений в жизненно важных органах, с другой стороны, на вопрос: перенесет конкретный пациент операцию или нет, может ответить только сама операция. Совершенно очевидна необходимость дальнейшего изучения и совершенствования тактики лечения ОДК.

В первую очередь необходимо определить показания к неотложной, либо отсроченной операции. По мнению Вербицкого В.Г. и соавт (2004), неотложные операции выполняются больным с продолжающимся кровотечением и пациентам, у которых кровотечение удалось остановить эн-

доскопически, но имеется тяжелая кровопотеря и высокий риск рецидива кровотечения. Отсроченная операция в течение первых 24 часов с момента поступления пациента выполняется больным с остановившимся тяжелым кровотечением или признаками неустойчивого гемостаза, а также больным с небольшой кровопотерей, но с устойчивыми гемодинамическими показателями.

В.Г. Вербицкий и соавт. (2004) считают, что выбор хирургической тактики при ОДК целесообразно проводить на основании комплексной оценки состояния больного и выделением группы «риска операции», анализа основных диагностических критериев и дополнительных клинико-эндоскопических факторов, риска рецидива.

Большое практическое значение в лечении ОДК язвенной этиологии имеет выбор вида операции [4, 23-26, 30].

Оперативное вмешательство должно быть непродолжительным, обеспечивать окончательную остановку кровотечения и радикальность лечения основного заболевания.

До самого последнего времени, да и в настоящее время, распространенным хирургическим вмешательством при ОДК считалась резекция желудка [2], после которой умирают от 10% до 26% больных. Лишь отдельные хирурги сообщают о более низкой летальности после резекции желудка. Однако, эти данные относятся к тем клиникам, в которых ставятся более широкие показания к такой операции, в том числе при язвенном кровотечении легкой степени.

В последнее время появилось значительное число исследований, показывающих целесообразность применения ваготомии с пилоропластикой у больных с ОДК, дополнив ее прошиванием или иссечением кровоточащей язвы [23, 25]. Использование ваготомии позволяет сократить объем радикальной операции. В пользу этого метода лечения говорят и наиболее низкие показатели послеоперационной летальности [35]. Выполнение ваготомии позволяет надеяться на полное излечение язвенной болезни, хотя возможность рецидива заболевания после подобных неотложных операций, предпринятых без достаточного предоперационного обследования и изучения патологических механизмов язвообразования в каждом конкретном случае, больше чем при плановых операциях.

Однако, отдельные хирурги приводят данные о том, что число рецидивов язв после ваготомии при кровотечениях и плановой хирургии существенно не различается.

Следует отметить, что тяжелое состояние больных с массивным язвенным кровотечением нередко вынуждает сокращать объем операции и выполнять такие паллиативные вмешательства, как прошивание кровоточащей язвы или ее иссечение, перевязка крупных сосудов желудка, тампонада кровоточащей язвы и др. Как правило, после таких вмешательств отмечается наибольшая частота рецидивов кровотечения в раннем послеоперационном периоде и высокая послеоперационная летальность [4, 25, 26, 31], причиной которых является прогрессирование некробиотических процессов на дне язвы, а также аррозия прошитого сосуда [31].

В конце XX века широкомасштабно в различные отрасли хирургии, в том числе и хирургии язвенной болезни, вошли видеолапароскопические технологии [21, 29, 33, 34]. В 1990 г. Ph. Mouret впервые сообщил об операциях лапароскопического ушивания перфоративной язвы пилородуоденальной зоны. Имеются работы о комбинированном использовании видеолапароскопии и мини лапаротомии с использованием ретракторов М.И. Прудкова при ушивании перфоративных язв.

В последние годы появились сообщения об эффективном выполнении видеолапароскопической ваготомии [21, 36] и резекции желудка при осложненной язвенной болезни. При кровоточащих язвах передней стенки двенадцатиперстной кишки А.Е. Борисов и соавт (2005) выполнили биэндоскопическое ушивание кровоточащей язвы с использованием видеолапароскопа и фиброгастродуоденоскопии.

Также для лечения кровотечений из желудочно-кишечного тракта эффективно используют методику эндоваскулярной хирургии [37]. Рентгеноэндоваскулярный метод дает возможность выполнять вмешательства, которые позволяют осуществить эффективное и достаточно безопасное «выключение» органного кровотока путем эндоваскулярной окклюзии.

Таким образом, в настоящее время радикальными хирургическими вмешательствами при ОДК язвенного генеза является выполнение ваготомии в сочетании с различными вмешательствами на язве и резекция желудка по строгим показаниям. Учитывая тот факт, что язва двенадцатиперстной кишки встречается только у человека, следует отметить ведущую роль центральной нервной системы в патогенезе дуоденальных язв.

Особенности кровотечений из «низких» дуоденальных язв

Среди больных с язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, больные с «низкой» залуковичной локализацией язвы составляют от 5-8% до 15-20%. Эти язвы характеризуются упорным, массивным кровотечением, обусловленным аррозией крупного сосуда панкреатодуоденальной области.

Многие авторы отмечают более частое развитие тяжелых осложнений язвенной болезни

у пациентов с «низкими» язвами и неэффективность консервативных методов лечения. Так, В.Г. Вербицкий и соавт (2004) отметили, что эндоскопические методы остановки кровотечения из язв луковицы двенадцатиперстной кишки оказались неэффективным в 35% случаев, в то время как у больных с залуковичной язвой – в 40%. После эндоскопических методов гемостаза в 1% случаев рецидивировали язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, тогда как у пациентов с залуковичной локализацией они составили 4% [35].

Хирургическое лечение «низких» дуоденальных язв представлятт собой сложную проблему в хирургической гастроэнтерологии [31, 35]. Известно, что резекция желудка в таких ситуациях бывает технически сложной, сопряжена с повышенным риском повреждения желчных протоков и крупных кровеносных сосудов. При этом язва оказывается неудалимой, что вынуждает производить резекцию для выключения, которая не гарантирует исключение рецидива кровотечения из оставленной язвы [31]. Для обеспечения гемостаза приходится дополнительно прошивать язву. В таких случаях возникают еще и трудности при ушивании культи двенадцатиперстной кишки [31, 38, 39].

Наиболее эффективными и надежными методами лечения кровотечений из «низких» дуоденальных язв являются органосохраняющие операции в сочетании с различными вариантами ваготомии [31].

В.Г. Вербицкий и соавт (2004) на большом клиническом материале пришли к выводу, что ваготомия в сочетании с дренирующими операциями у данной категории больных выгодно отличается от резекции желудка простотой выполнения, значительно меньшим риском, более низкой летальностью и хорошими отдаленными результатами [35].

Таким образом, проблема тактики лечения больных с ОДК язвенной этиологии далека от своего окончательного разрешения. Применение в рамках лечебной тактики клинико-эндоскопических критериев прогнозирования рецидивов кровотечения, а также определения сроков и объема операции позволяют в значительной степени улучшить результаты лечения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Louw J.A., Marks I..N. Peptic ulcer disease. // Curr Opin Gastroenterol. - 2004 - V. 20, №6. - P. 533-537.

2. Горбашко А.И. Диагностика и лечение кровопотери. - М: Медицина, 1982. - 224 с.

3. Алекберзаде А.В. Helicobacter pylori в кровотечении из пептических язв // Анналы хирургии. - 2004. -№1. -С. 19-22.

4. Доброквашин С.В., Якупов Р.Р. Лечение больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями и профилактика их рецидивов. - Казань, 2007. - 96с.

5. Araya J.C., Anabalon L., Roa I., et al. Association between Helicobacter pylori genotype and the severity of gastritis in infected adults // Rev Med Chil. - 2004. - V. 132, №11. - P. 1345-1354.

6. Морозова Л.Г. Лапшина Г.Н. Модифицированный метод микроаэрофильного культивирования Helicobacter pylori. II Рационализаторское предложение №807/61 от 15.09.04. КГМА, Казань.

7. Морозова Л.Г. Характеристика изолятов Helicobacter pylori, выделенных при язвенных гастродуоденитах и онкологических заболеваниях желудка: дис. ... канд. мед. наук. - Казань, 2005. - 134 с.

8. Marshall B. Gastric spirochaetes: 100 years of discovery before and after Kobayashi // J Med. - 2002 - V. 51, Suppl. 2.- P. 33-37.

9. Albanidou-Farmaki B., Giatmoulis L., Markopoulos A. et al. Outcome following treatment for Helicobacter pylori in patients with recurrent aphthous stomatitis // Oral Dis. - 2005. - V.11, №1. - P. 22-26.

10. Ивашкин В.Х. Гастродуоденальная патология и Helicobacter pylori // Русский медицинский журнал. – 1999. - Т.5, №2. – С. 18-19.

11. Taj Y., Essa F., Kazmi S.U., Abdullah E. Sensitivity and specificity of various diagnostic tests in the detection of Helicobacter pylori // J Coll Physicians Surg Pak. - 2003.-V.13, №2. - P.90 -93.

12. Slomiany B.L. Slomiany A. Impedance of Helicobacter pylori lipopolysaccharide interference with gastric mucin synthesis by peroxisome proliferator-activated receptor gamma activation involves phosphatidylinositol 3-kinase/ERK pathway // IUBMB Life. - 2003. - V. 55, №2. - P. 97-102.

13. Kauser F., Khan A.A., Hussain M.A. et al. The cag Pathogenicity Island of Helicobacter pylori Is Disrupted in the Majority of Patient Isolates from Different Human Populations // I. Clin. Microbiol. - 2004. - V. 42, №4. - P. 53-62.

14. Pellicano R., Fagoonee S., Palestro G. et al. The diagnosis of helicobacter pylori infection // Guidelines from the Maastricht 2-2000 Consensus Report Minerva Gastroenterol Dietol. - 2004 - V. 50, №2. - P. 125-133.

15. Schreiber S., Konradt M,, Groll C. et al. The spatial orientation of Helicobacter pyiori in the gastric mucus // Proc. Natl Acad. Sci. U. S. A. - 2004. - V. 101, №2. - P. 5024-5029.

16. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. – 2005. - №1. - С. 58-64.

17. Jie K.Y., Hu F.L. Helicobacter pylori infection and ^regulation of cellular factors: honghua // Yi Xue Za Zhi. - 2004. - V. 84, №14. - P. 1211-1214.

18. Козырев М.А., Морковская И.М. Гастродуоденальные язвы. – Минск: Белорусь, 2007. - 138с.

19. Якупов Р.Р. Доброквашин С.В., Поздеев О.К. Профилактика рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений // Практическая медицина. - 2004. - №4(9). - С. 41.-42.

20. Rad R., Dossumbekova A,, Neu B. et al. Cytokine gene polymorphisms influence mucosal cytokine expression, gastric inflammation, and host specific colonisation during Helicobacter pylori infection // Gut. - 2004. - V.53, №4. - P. 1082-1089.

21. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 333с.

22. Gisbert J.P. Stool antigen test for the diagnosis of Helicobacter pylori infection: a systematic review // Helicobacter. - 2004 - V.9, №4. - P. 347-368.

23. Курбонов К.М. Хирургия «трудных» язв желудка и двенадцатиперстной кишки. – Душанбе: Ирфон, 2007. - 378с.

24. Либницкий Е.М., Алекбарзаде А.В. Диагностика и лечение хеликобактериоза у больных с кровоточащей пептической язвой // Хирургия. – 2008. - №4. - С. 11-15.

25. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Проблема выбора метода лечения при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Хирургия. – 2007.- №7. - С. 7-11.

26. Краснов О.А., Подлучиный В.И., Павленко В.В., Ооржиан О.В. Экспериментальное и клиническое обоснование применения 30% раствора этилового спирта для химической денервации кислотопродуцирующей зоны желудка // Вестник хирургии. – 2007. - №5. - С. 39-43.

27. Подшивалов В.Ю. Эндоскопия кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. – 2006. - №4. - С. 33-38.

28. Доброквашин С.В., Воронин В.Н., Якупов Р.Р. Гастродуоденальные кровотечения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: пособие для слушателей последипломного образования / М-во здравоохранения и социального развития РФ, Казан. гос. мед, университет; сост. - Казань, 2005. - 36 с.

29. Луцевич Э.В., Белов Н.Н., Праздников Э.Н. Диагностика и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // В кн. 50 лекций по хирургии. - 2005. - С. 260-263.

30. Луцевич Э.В., Белов И.Н. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. От хирургии к терапии? // Хирургия. – 2008. - №1. - С. 4-7.

31. Шапкин Ю.Г., Капралов С.В., Матвеева Е.Н., Улядо С.Е. Активная тактика в лечении кровоточащей язвы // Хирургия. – 2004. - №9. - С. 29-31.

32. Алекбарзаде А.В., Липницкий Е.М. Эндоскопический гемостаз у больных с кровоточащей пептической язвой // Хирургия. – 2004. - №6. - С. 63-66.

33. Борисов А.Е., Веселов Ю.Е., Акимов В.П. Возможности использования УЗИ при оценке морфофункционального состояния желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургии. – 2006. - №6. - С. 83-84.

34. Борисов А.Е., Веселов Ю.Е., Акимов В.П. и др. Трансабдоминальное ультразвуковое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта в диагностике язвенной болезни и выборе тактики до и после оперативного вмешательства // Вестник хирургии. – 2007. - №5. - С. 90-95.

35. Вербицкий В.Г., Багненко С.Ф., Курыгин А.А. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии, патогенез, диагностика, лечение. - Санкт-Петербург: Политехника, 2004. - 240 с.

36. Ходжибаев А.М., Маликов Ю.Р., Холматов Р.М., Мельник И.В. Роль эндоскопии в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. - 2005.- №4.- С. 24-27.

37. Хрупкин В.И., Ханевич М.Д., Зубрицкий В.Ф., Тиканадзе А.Д. Неотложная эндоваскулярная хирургия гастродуоденальных кровотечений. – М.: Интел-тек, 2002. - 86 с.

38. Valenzuela J. Helicobacter pylori: two decades later // Rev Med Chil. - 2004 - V. 132, №11. - P. 1339-1344.

39. Wada A. Yamasaki E, Hirayama T. Helicobacter pylori Vacuolating Cytotoxin, VacA. Is Responsible for Gastric Ulceration // J Biochem (Tokyo). - 2004. - V. 136, №6. - P. 741-746.

НАЗАРОВ Ш.К., САЙДАЛИЕВ Ш.Ш., АЛИ-ЗАДЕ С.Г.

ҲОЛАТИ МУОСИРИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ВА ТАБОБАТИ ХУНРАВИИ ШАДИДИ РӮДАИ ДУВОЗДАҲАНГУШТА БО САБАБИ ЗАХМ

Кафедраи беморихои ҷарроҳии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: захм, хунравӣ, тактикаи табобат.

Дар мақола таҳлили маълумотҳои адабиётии муосир оиди хунравӣ аз захми рӯдаи дувоздаҳангушта оварда шудааст. Сабабҳо ва механизми пайдоиши хунравӣ аз захмҳои рӯдаи дувоздаҳангушта ошкор карда шуд. Таҳлили маълумотҳои адабиётӣ аз он шаҳодат медиҳад, ки то имрӯз масъалаи тактикаи табобати беморони хунравии шадиди рӯдаи дувоздаҳангушта бо сабаби захм, ки аз ҳалли ниҳоии худ дур аст масъалаи ҳалталаб ба ҳисоб меравад. Дар доираи тактикаи табобат истифода намудани маҳакҳои пешбиникунандаи клиникиву даруннигарӣ, ҳамчунин муайян намудани муҳлат ва ҳаҷми ҷарроҳӣ имкон медиҳад, то дар як сатҳи муайян натиҷаҳои табобат беҳтар гардонида шавад.

УДК 614.2

[1]ФАЙЗУЛЛОЕВ Н.Ф., [2]ХОДЖАЕВА Н.М.

МЕДИЦИНСКАЯ И БИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭТИКА В ПЕДИАТРИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ, ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

[1]Академия медицинских наук Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ
[2]Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибн Сино

В статье представлены проблемы биоэтики и деонтологии в педиатрии, причины их возникновения и возможные пути решения. Даны основные требования к специалистам, оказывающим лечебно-диагностические услуги детскому населению, механизмы решения нехватки кадров, привлечения профориентированной молодежи на педиатрический факультет. Представлены основные деонтологические нормы и правила, соблюдение которых обеспечивает выполнение международных обязательств стран по обеспечению прав ребенка при оказании лечебно-диагностической и консультативной помощи и проведении научных исследований. Подчеркнута важность преподавания основ биоэтики и деонтологии в медицинских образовательных учреждениях. Отмечена необходимость разработки, внедрения и мониторинга выполнения клинических протоколов, как одного из способов борьбы с полипрагмазией. Предложено включить детское население в перечень контингента, которому в условиях софинасирования оказывается бесплатная медицинская помощь.

Ключевые слова: биоэтика, деонтология, дети, полипрагмазия.

[1]FAYZULLOEV N.F., [2]KHODZHAEVA N.M.

MEDICAL AND BIOLOGICAL ETHICS IN PEDIATRICS: CURRENT CHALLENGES, THEIR SOLUTIONS

[1]Academy of Medical Sciences of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan
[2]Department of Pediatric Infection Diseases of the Avicenna Tajik State Medical University

The article presents problems of bioethics and deontology in pediatrics, their causes and possible solutions. Given the main requirements for professionals who provide diagnostic and treatment services for children, mechanisms for the resolution of staff shortages, involvement of prof-oriented youth on the pediatric faculty. Presents basic deontologyical norms and rules, observance of which ensures the fulfillment of international obligations of countries to promote child rights in the provision of medical diagnostic and counselling services and conducting of scientific research. Stressed the importance of teaching the basics of bioethics and deontology in medical educational institutions. Marked the necessity of developing, implementing and monitoring of clinical protocols, as one of the ways of dealing with polypragmasy. Proposed including children into the list of troops, which in the conditions of co-financing receive free medical assistance.

Key words: bioethics, deontology, children, polypharmacy.

Медицинская и биологическая этика – раздел общей этики, науки о нравственных нормах и правилах, которые определяют взаимоотношения людей в семье, обществе, в быту и трудовой деятельности.

В профессиональной деятельности врача – это свод предписаний и запретов, соблюдение которых в основном зависит от моральных, нравственных и этических качеств специалиста. В этой связи огромное значение имеет организация системы достаточно эффективных мер по профессиональному ориентированию выпуск-

Файзуллоев Н.Ф. – академик АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор

ников общеобразовательных школ при выборе будущей специальности, поскольку “случайно” попавшие в медицинские высшие учебные заведения молодые люди без вышеперечисленных качеств могут создать для себя и, прежде всего, для больных много проблем, негативно влияющих на авторитет врача среди населения.

Медицинская и биологическая этика имеет свои особенности в профессиональной деятельности врача-педиатра, так как они касаются специалиста, чья деятельность связана с охраной здоровья ребенка.

Нарушения и инные деяния в данной сфере могут отразиться на душевном и психологическом состоянии ребёнка, оставляя порою негативный осадок на всю жизнь. Подобного рода действия с морально-этических позиций следует считать безнравственными, поскольку касаются индивидиума, не имеющего возможности в силу своего возраста защитить свои права.

Это обстоятельство диктует необходимость принятия серезных профориентационных мер среди тех, кто выбирает профессию врачапедиатра. На педиатрический факультет, а при его отсутствии – при распределении студентов медицинских факультетов, в профессию врачапедиатра, неонатолога, детского хирурга и других специальистей, имеющих отношение к охране здоровья ребенка, должны быть отобраны преданные этим специальностям студенты, те, кто испытывает истинные добрые чувтва к ребёнку. К сожелению, из числа будущих врачей выбрать студента с такими качествами очень трудно, но эта задача требует обязательного решения для того, чтобы в дальнейшем больной ребёнок оказался в руках истинного, знающего, мудрого и доброго специалиста.

Среди множества методов поиска и привлечения студентов к данной специальности наиболее эффективными являются: создание необходимых условий для выполнения их будушей врачебной деятельности (строительство современных детских лечебно-профилактических учреждений, оснащенных новейшим оберудованием), широкая пропаганда посредством средств массовой информации профессии врача-педиатра, материальная мотивация, привличение опытных, авторитетных, высокопрофессиональных специалистов при проведении профориентационных мероприятий среди школьников старших классов и студентов медицинских вузов. Следует подчеркнуть, что во многих странах мира, независимо от уровня их экономического развития, существует проблема нехватки врачей-педиатров. Для её решения, например, в США привлекаются волонтеры из числа специалистов–педиатров для работы со студентами медицинских вузов, прививая в них любовь к данной врачебной профессии.

Дефицит врачей-педиатров наиболее остро ощущается в менее развитых странах, прежде всего, в тех, где высокая рождаемость. Данное обстоятельство приводит к тому, что лечением больных вынуждены заниматься специалисты, не имеющие опыта в данной отрасли, что пагубно отражается на эффективности и качестве услуг и значительно повышает риск развития нежелательных, порою опасных для жизни последствий, препятствует выполнению международных обязательств стран, касающихся охраны здоровья детей: "Декларации прав ребёнка" (1959), "Конвенции о правах ребёнка" (1989) и "Всемирной декларации ООН об обеспечении выживания, защиты и развития детей" (1990). В последнем документе, в частности, говорится: "Всем детям должна быть обеспечена возможность определить себя, как личность, и реализовать свои возможности в безопасных и благополучных условиях, в среде семьи или попечителей, обеспечивающих их благополучие". Во Всемирной декларации ООН содержится ряд медицинских этических норм, касающихся деятельности специалистов, занятых в сфере охраны здоровья ребёнка. Следует напомнить, что данные международные нормативно-правовые документы обязывают страны не только оказывать доступное и качественное лечение, но и обеспечивать доступ ребёнка к экологически чистым продуктам питания, чистой воде и возможностям физического, интеллектуального и умственного развития.

В тех странах, где нет доступа к качественному лечению, увеличивается риск развития тяжёлых, нередко трагических последствий, а также создаётся почва для “процветания” разного рода целительства, экстрассенства и т.п. В тех странах, где медицинские услуги оказываются на платной основе или на условиях софинансирования, родители с ограниченными экономическими возможностями вынуждены обращаться к такого рода “специалистам”, что является грубым нарушением прав и свобод ребёнка. По этой же причине нередко родители ребенка занимаются самолечением или по совету окружающих и работников аптек. Немаловажную роль играет и реклама лекарственных препаратов, биологически активных добавок, сведений, полученных по интернету.

Следует подчеркнуть, что соблюдение врачами деонтологических норм и правил начинается ещё до рождения ребенка. Так, Межрегиональная конференция ВОЗ по ведению родов (Бразилия, 1985г.) рекомендует:

– здоровый новорождённый должен оставаться с матерью;

– следует поощрять кормление новорождённого без промедления;

– нет никаких оправданий для того, чтобы количество случаев кесарева сечения превышало 10-15%;

– систематическое применение эпизиотомии не оправдано;

– не следует индуцировать роды в целях удобства персонала;

– избегать во время родов применения болеутоляющих и анестезирующих средств.

В последние годы накопилось достаточно данных, подтверждающих психолого-медицинскую и социальную значимость совместного пребывания матери и новорождённого не только в родильных домах и перинатальных центрах, но и, по возможности, в стационарах по уходу за ребёнком. Иногда новорождённый может быть лишен возможности контакта с матерью после выписки из родитеьного дома по социально-экономическим проблемам.

В этой связи следует считать положительным опыт некоторых стран, где организованы учреждения, в которых матери, оказавишиеся в трудном положении, после выписки из родильного дома могли бы временно разместить своего ребёнка до решения своих проблем. Нередко в такой ситуации оказываются трудовые митранты.

В условиях, когда корпорации, выпускающие "заменители" грудного молока и получающие баснословные доходы, широко рекламируют свою продукцию, чрезвычайно актуальным является поощрение и пропаганда грудного вскармливания. Значение грудного молока настолько велико, что в некоторых странах предусмотрено финансовое поощрение (Великобритания), а в других (Таджикистан) принят Закон о защите грудного вскармливания.

Считается неоправданным при отсутствии явных показаний широкое использование оперативных методов родоразрешения и лекарственных препаратов, стимулирующих родоразрешение "в целях удобства медицинского персонала", так как используемые с этой целью медикаменты оказывают серьёзное негативное влияние на организм новорождённого, прежде всего, на функцию центральной нервной системы. По этой же причине не следует применять анальгетики и анестезирующие средства в процессе родов.

Не менее важной биоэтической задачей в плане обеспечения прав ребёнка является защита здоровья детей от вакциноуправляемых инфекций, так как в последние годы в связи с неправильными толкованиями о возможных реакциях и осложнениях, публикуемых в периодической печати, иногда и по религиозным соображениям, некоторые родители отказываются от профилактических прививок. Задача медицинского персонала (педиатра, неонотолога) - аргументированно и доходчиво объяснить негативные последствия такого неоправданного решения. Необходимо в этой связи вежливо напомнить, что родители несут главную ответственность за благополучие и здоровье ребёнка. Анологичная проблема может возникнуть при проведении диагностических и лечебных процедур (отказ от оперативных вмешательств, люмбальной пункции, переливания крови и др.), что ставит врача в затруднительное положение. Во многих странах мира, если отказ родителей от медицинской помощи угрожает жизни ребёнка, то на основании существующих законадательно-правовых документов вопрос решается в пользу пациента.

Не следует забывать, что отказ родителей от профилатических прививок может повысить риск возникновения эпидемий управляемыми инфекциями (дифтерия, корь, коклюш, туберкулёз, полиомиелит), нередко заканчивающихся печальными исходами, инвалидностями и серьёзным экономическим ушербом.

Чрезвичайно важной морально-этической и нравственной задачей государства, общества и здравоохранения, а также социально-экономической проблемой является решение вопросов, связанных с созданием семьи, способной родить здоровое потомство. С этой целью во многих странах мира функционирует целая система, оказывающая консультативную помощь молодым парам перед вступлением в брак. Основная цель данной службы – предупреждение возникновения врождённых инфекций и неинфекционных (прежде всего наследственных) заболеваний будущего ребёнка. В этой связи полезен опыт ряда стран (в частности, Узбекистан, Таджикистан и др.), в которых законодательно закреплено обязательное медицинское обследование будуших супругов. Кроме того, например, в Таджикистане внесены соответсвующие изменения в Законодательство, запрещающее близкородственные браки, поскольку в таких семьях часто отмечается развитие патологий у будущего потомства. Доказано, что при аутосомно-рецессивном типе наследования вероятность встречи двух носителей патологических генов значительно увеличивается, когда у обоих супругов имеется общий предок.

С целью профилактики наследственных патологий плода следует выявить характер генетического дефекта, анализировать состояние здоровья возможно большого числа родственников. В этом ключе важно также учесть возраст родителей будушего ребёнка; доказано, что риск возникновения болезни Дауна удваивается, если возраст матери превышает 35 лет. С увеличением возраста отца повышается риск появления аутосомно-доминантных мутаций, приводящим к хромосомным аномалиям.

Медицинский персонал службы консультирования, наряду с профессиональными знаниями, должен на достаточно высоком уровне быть

осведомлен по широкому кругу вопросов психологического и морально-этического характера, так как от него зависит сохранение целостности семьи и здоровье последующего поколения. Наиболее сложная ситуация возникает, когда в семье имеется или имелся в прошлом ребёнок с генетической патологией, так как риск возникновения наследственных заболеваний у будущего ребёнка возрастает. В сложных случаях для принятия оптимального решения ключевую роль играет использование возможностей современных технологий, пренатальной диагностики и лечения.

Для семьи или будуших молодых пар, обратившихся за советом, решающим является мнение специалиста. Поэтому врач-генетик не должен выдавать "сухую" информацию; он обязан доступно и убедительно изложить свою позицию, опираясь на возможности и достижения современной медицинской генетики. В тех случаях, когда родители идут на риск рождения ребёнка с наследственной патологией, необходимо напомнить им о возможных последствиях такого решения и меру моральной и этической ответственности, каторую они берут на себя, если родится ребёнок с генетической аномалией.

Другой биоэтической проблемой остаются гендерные аспекты планирования семьи. Речь идет о гендерном неравноправии при рождениии девочек, когда появление на свет ребёнка такого пола вызывает у родителей (прежде всего, отцов) недовольство, особенно, если рождаются подряд две или более девочек. Подобная дискриминация, имеющая глубокие исторические корни, сохранилась до сих пор. Данная проблема более ярко выражена во многих странах мира, прежде всего, в тех, где ограничена рождаемость, многие семьи после определения пола плода сохраняют беременность, если плод мужского пола. В таких странах в связи с высоким удельным весом мужского населения возникают определенные сложности при создании семьи.

Подобная ситуация настолько воспринимается "болезненно", что некаторые отцы считают это основанием для возбуждения бракоразводных процессов, даже в тех случаях, когда они осведомлены о том, что закладка плода мужского пола происходит исключительно с участием мужских Y-хромосом. Такие же "обвинения" в адрес матери возникают при рождении больных детей. В таких ситуациях велика роль медицинских работников первичного звена, перинатальных центров в повышении уровня знаний родителей (прежде всего, отцов) для предотвращения смейных конфликтов, возникших по вышеуказанным причинам. Прежде всего, это касается тех специалистов, которые по долгу службы имеют тесный контакт с членами семьи – участковые медицинские сестры, педиатры, патронажные акушерки, акушер-гинекологи женских консультаций, семейные медицинские сестры и врачи, специалисты центров репродуктивного здоровья и др. В сложных случаях в данную работу следует подключить специалистов других медицинских дисциплин, представителей духовенства, правительственных, неправительственных и общественных организаций, защищающих права женщин и ребёнка. В этой связи весьма полезен опыт стран, в которых функционирует государственная структура, призванная защитить права ребёнка (детский амбудсмен).

Немало проблем деонтологического характера приходится решать при организации стационарного лечения ребёнка, поскольку пребывание ребенка в больнице – серьезное психологическое испытание, так как он попадает в совершенно другую атмосферу, сталкивается с чужими и незнакомыми людьми. Наиболее чувствительным контингентом в этом плане являются дети раннего возраста. Поэтому принципиально важной считается госпитализация ребёнка с матерью или отцом (даже бабушкой или дедушкой), если родители по уважительной причине не могут находиться в стационаре. В обратном случае вреда от психологической травмы может быть больше, чем польза от стационарного лечения (за исключением случаев, угрожающих жизни ребенка). Вазможно, с этим связан тот факт, что в Великобритании ещё в конце прошлого века был принят Закон, согласно которому норма площади на каждого ребёнка в детских стационарах должна быть в два раза больше, чем в больницах для взрослых, с тем, чтобы создать оптимальные условия для совместного пребывания ребёнка с близкими ему людьми. Только в исключительных случаях на короткое время допускается госпитализация ребёнка без матери. В такой ситуации врачи должны аргументированно обяснить родителям (в реанимационных отделениях или госпитализация детей в инфекционные отделения по нозологиям, опасным для родителей).

Иногда врач, принимающий решение о госпитализации ребёнка, может оказаться в сложной ситуации, поскольку не все родители соглашаются на стационарное лечение, приводя всевозможные мотивы отказа. В таких случиях важно обяснить показания к госпитализации, причины, по которым такая помощь не может быть оказана на дому, предложить совместное пребывание с ребёнком. Весьма полезным (с учётом состояния ребенка и тяжести имеющейся патологии) является использование возможности дневных стационаров. Пребывание в подобных лечебных учреждениях минимизирует психологический и эмоциональный стресс ребёнка и его близких, по сравнению с круглосуточным пребыванием в больнице.

Используемый в практике письменный отказ родителей от госпитализации не является оптимальным вариантом вопроса, а, скорее всего, свидительствует о том, что врач приёмного отделения не смог убедить родителей о последствиях и пагубности такого решения, мере ответственности, которую они берут на себя, лишая ребёнка возможности оказания необходимой медицинской помощи.

В круг деонтологических проблем входит и госпитализация ребёнка без обоснованных показаний - для выполнения статистических показателей работы стационаров (койко-дней) и улучшения финансового положения учреждения в условях, когда медицинская помощь оказывается на платной основе. К сожалению, последнее обстоятельство имеет место не только в условиях частных клиник, но и в некоторых государственных учреждениях. Подобные "услуги" не только негативно отражаются на психо-эмоциональном состоянии ребёнка и его окружающих, но наносят ощутимый ушерб семейному бюджету. Кроме того, не исключена возможность возникновения дополнительных проблем для здоровья ребёнка в связи с риском развития внутрибольничных заболеваний, более серьёзных, по сравнению с той патологией с которой был госпитализирован. Поэтому, прежде чем предложить стционарное лечение, врач обязан в первую очередь думать об интересах ребёнка, соблюдая один из главных заповедей медицины – "не навреди".

Сложно приходится врачу при решении деонтологических проблем при курации больных с неизличимыми заболеваниями или пациентов с критическими состояниями. В первом случае медицинский персонал, прежде всего лечаший врач, несмотря на фатальный исход заболевания, должен создавать атмосферу дружелюбия, спокойствия, вселять ребёнку уверенность и надежду на выздоровление. В этот процесс следует обязательно подключить родителей и других близких ребёнку людей (бабушек, дедушек), которые, зная серьёзность заболевания, при общении с ребёнком должны, как прежде, быть дружлюбны, ласковы, внимательны, скрывать свои эмоции, поскольку ребёнок (особенно старшего возраста) по тону разговора, мимике и тревоге в глазах могут почувствовать, что его обманывают, что-то от него скрывают. В этих случаях он будет "искать правду" у обслуживаюшего персонала, тех, кто его навещает в больнице (родственников, одноклассников).

В тех случаях, когда ребёнок находится в критическом состоянии, врач должен быть в постоянном контакте с родителями, которым необходимо вселить уверенность, что для лечения ребёнка используются все имеющиеся возможности медицинского учреждения. Полезно в таких случаях сообщить родителям о методах лечения, используемих лекарственных препаратах, результатах проводимых исследований, заключении врачебного консилиума. При необходимости следует пригласить специалистов областных, республиканских клиник. Родители, будучи в курсе всех событый и видя старания медицинского персонала, даже в случаях с трагическим исходом будут уверены, что для спасения их ребёнка были использованы все имеющиеся возможности.

Если ребёнок лечится в условиях клиник, на базе которых ведётся подготовна специалистов среднего и высшего медицинского звена, нередко возникают этические проблемы, связанные с педагогическим процессом. В этой связи ещё в приёмном отделении следует сообщить об этом родителям по ходу их ознокомления с режимом клиники. Из этичесих соображений не следует демонстрировать во время лекций детей с патологией, сопровождающиеся грубыми дефектами, так как это может нанести ребёнку серьёзную пихическую травму, а дети старшего возраста могут это расценить ещё и как оскорбление личности. В таких случаях следует использовать возможности современных видеотехнологий.

Чрезвычайно важно с первых дней пребывания в клиниках напомнить студентам об этических, деонтологических аспектах, которые должны быть, несомненно, соблюдены при курации больных. Важно привить студентам навыки общения с родителями, особенно старшекурсникам, которые под руководством преподователей курируют больных или вместе с персоналом клиники несут дежурство.

Во многих колледжах и высших медицинских образовательных учреждениях в учебную программу включена медицинская этика и деонтология. К великому сожалению, не во всех медицинских учебных заведениях ведетсся преподавание этого черезвычайно важного предмета (особенно в медицинских университетах). С учетом международных обязательств по соблюдению прав ребёнка, а также учитывая опыт передовых стран, рекомендаций международной ассоциации медицинских университетов и комитетов по биотике, следует изыскать возможность включения данного предмета в учебную программу средних и высших медицинских учебных заведений.

Не менее важным разделом медицинской деонтологии является соблюдение этических норм при проведении научных исследований, особенно в тех случаях, когда они сопряжены с риском для здоровья ребёнка.

Любые научные исследования должны праводиться с учётом принятых международных

норм и правил: они должны быть безопасными и осуществлены с учётом соблюдения прав ребёнка. Согласно Хельсинской и пересмотренной Токийской декларациям (1975), Всемирной медицинской ассоциации, любые научные исследования должны быть начаты после получения разрешения страновых биоэтических и медицинских комитетов. Результаты научных исследований, выполненных без согласия этических комитетов, не должны быть опубликованы, заключение комитета по данному поводу должно быть доведено до руководства учреждения, где выполнена данная работа, для рассматрения и принятия мер.

В последние годы в связи с расширением сети представительств фармацевтических компаний с большим штатом сотрудников, рекламирующих их продукцию в лечебных учреждениях (прежде всего с врачебным персоналом), а также, по-видимому, неофициального сотрудничества работников аптечной сети с врачами первичного и вторичного звена, масштаб полипрагмазии, на наш взгляд, принял угрожающий характер. Не вдаваясь в подробный анализ причин данной тенденции, необходимо ясно утвердить, что возникшая ситуация не только грубо игнорирует права ребёнка, но является морально-нравственным пароком, унижающим достоинство и авторитет врача, нарушением данной им клятвы. Не менее важным является и то, что полипрагмазия не только угрожает здоровью и жизни ребёнка, но и наносит огромный ущерб семейному бюджету, особенно в странах с низким уровнем жизни. Нередко родители вынуждены занимать деньги ради спасения своих детей. В таких случаях назначение ненужных медикаментов выглядит аморальным. Нередко врачами выписываются дорогостоящие лекарственнные препараты, хотя имеются не менее эффективные, дешевые их аналоги.

Единственно действующим механизмом в борьбе с полипрагмазией является разработка стандартов и обеспечение сторогого их выполнения. Следует вводить чёткие и эффективные меры дисциплинарного или иного воздействия в случае нарушения требований вышеуказанных документов. С этой целью весьма перспективным является внедрение единой электронной системы, с персональным данными ребёнка, в том числе перенесенными заболеваниями, назначенным лечением и т.д. Анализ поступивших данных в районные, областные и республиканские центры позволяет осуществить мониторинг выполнения клинических протоколов и стандартов и оперативно реагировать в случае их нарушения. В эту электронную сеть длжны быть подключены как учреждения первичной медико-санитарной помощи, так и стационары.

В заключении следует подчеркнуть, что в условиях изменяюшегося мира, перехода к рыночной экономике, внедрения новых систем финансирования за оказанные медицинские услуги, развития сети частных клиник возрастает риск игнорирования биомедицинских и деонтологических принципов, особенно в странах со слабой экономикой. Это обстоятельство, прежде всего, серьёзно сказывается на состоянии здоровья самого чувствительного контингента населения – детей.

В подобной ситуации следует обеспечить детское население (хотя бы детям до 5 лет) бесплатной, гарантированной, доступной и качественной медицинской помощью.

Необходимо уделять особое внимание на до- и последипломную подготовку врачебных кадров, оказывающих медицинскую помощь детскому населению, допуская к данного рода деятельности профориентацию студентов. Важно возобновить преподавание предмета по биомедицинской этике и деонтологии.

Строгое соблюдение клинических протоколов при лечении больных детей позволяет в какой-то степени уменьшить полипрагмазию. Для борьбы с некачественной или фальсифицированной продукцией на фармацевтическом рынке целесообразно создание центров, преобретающих лекарственные средства у кампаний, признанных Всемирной Организацией Здравоохранения, без участия посредников, что также может повлиять на стоимость медикаментов. Подобная система лекарственного обеспечения создана в некоторых странах (например, Таджикистан), но следует строго следить за тем, чтобы лечебные учреждения приобретали лекарственные препараты из этих центров, тем самым обеспечить их функционирование и, самое главное, доступ к качественным медикаментам. Целесообразно в последующем создать сеть аптечных учреждений, реализирующих продукцию этих центров, что значительно повлияет на доступ населения к качественным лекарственным средствам.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельтищев Ю.Е. Этика, медицинская деонтология и биоэтика в педиатрии.- Москва, 1984.- 71 с.
2. Декларация прав ребенка.- ООН, 1959.
3. Всемирная декларация ООН об обеспечение выживания, защиты и развития детей, 1990.
4. Конвенция о правах ребенка.- ООН, 1989.

5. Международная конференция ВОЗ по ведению родов.- Бразилия, 1985.

6. Модельный закон о защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах – участниках СНГ. Постановление межпарламентской Ассамблеи государств-участниках СНГ № 26-10 от 18 ноября 2005 г.

7. Хельсинская декларация о проведении клинических испытаний на человеке.- Хельсинки, Финляндия, 1964.

[1]ФАЙЗУЛЛОЕВ Н.Ф., [2]ХОҶАЕВА Н.М.

ЭТИКАИ ТИББӢ ВА БИОЛОГӢ ДАР ПЕДИАТРИЯ: МУШКИЛИҲО ДАР ШАРОИТИ МУОСИР ВА РОҲИ ҲАЛЛИ ОНҲО

[1]Академияи илмҳои тибби Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи ичтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон
[2]Кафедраи беморихои сироятии кӯдакони ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Калимаҳои калидӣ: биоэтика, деонтология, кӯдакон, полипрагмазия.

Дар мақола проблемаҳои биоэтикӣ ва деонтологӣ дар педиатрия ва роҳи ҳалли онҳо инъикос гардидаанд. Талаботҳои асосӣ нисбат ба мутахасисоне, ки ба кӯдакон кумаки ташхисию табобатӣ мерасонанд қайд карда шуда, тарзи ҳалли норасогии кадрҳо, ҷалби ҷавонони ҳавасманд ба факултаи педиатрӣ муҳим арзёбӣ гардидааст. Қоидаҳои асосии деонтологие, ки риояи онҳо ухдадориҳои байналхалқии мамлакатҳоро оид ба ҳифзи ҳуқуқи кӯдакон дар рафти ташхису табобат кумаки консултативӣ ва корҳои илмӣ-тадқиқотӣ таъмин менамояд пешниҳод шудаанд.

Муҳимии омузиши асосҳои биоэтика дар муассисаҳои таълимии тиббӣ қайд карда шудааст. Таҳия ва истифодабарии протоколҳои клиникӣ яке аз усулҳои муборизa бар зидди полипрагмазия ҳисобида шудааст. Пешниҳод гардидааст, ки дар шароити маблағгузории муштарак, кӯдакон ба руйхати табақаи аҳолие, ки ба онҳо кумаки тиббии ройгон гузаронида мешаванд, ворид карда мешавад.

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.