НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
Основан в 2012 году

Зарегистрирован в Министерстве культуры Республики Таджикистан №071/МҶ-97 от 12.06.2018 г.

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

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

Переводчики:
Дехканов Дж.М.
Нематзода О.

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

С 3 июня 2016 г. журнал включен в Перечень рецензируемых журналов ВАК при Министерстве науки и образования РФ, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук

Сдано в набор 20.09.2018 г.
Подписано в печать 09.10.2018 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 «Мансун»

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

ТОМ VIII №3 (27)
ИЮЛЬ-СЕНТЯБРЬ 2018

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

ГАИБОВ А.Д. (главный редактор) – член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор; АВЕЗОВ С.А. – д.м.н.; АХМЕДОВ А. – член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор; АХМАДЗОДА С.М. – член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор (зам. главного редактора); ГУЛЬМУРАДОВ Т.Г. – член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор; ДОДХОЕВА М.Ф. – академик АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор; ЗИКРИЁХОДЖАЕВ Д.З. – д.м.н., профессор; ЗОИРОВ П.Т. – член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор; ИБОДОВ Х. – д.м.н., профессор; КУРБАНОВ К.М. – академик АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор; КУРБАНОВ У.А. – член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор; МИРОДЖОВ Г.К. – академик АН и АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор (зам. главного редактора); МУРАДОВ А.М. – д.м.н., профессор; 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 АМНиСЗН РТ, д.м.н., профессор, ШУКУРОВА С.М. (член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

АВЕЗОВ С.А. (Душанбе), АЗИЗОВ А. (Душанбе), АШУРОВ Г.Г. (Душанбе), АХМЕДОВ С.М. (Душанбе), БЕЛОВ Ю.В. (Москва), БЕРДИЕВ Р.Н. (Душанбе), ВИШНЕВСКИЙ В.А. (Москва), ГАВРИЛЕНКО А.В. (Москва), ГАИБОВ А.Г. (Душанбе), ГАФФАРОВА М.А. (Москва), ГУЛОВ М.К. (Душанбе), ДАВЫДОВ М.И. (Москва), ИБОДОВ Х. (Душанбе), ИВАШКИН В.Т. (Москва), ИСАЕВА М.С. (Душанбе), ИСМАИЛОВ А.А. (Душанбе), ИСМАИЛОВ К.И. (Душанбе), ИКРОМОВ Т.Ш. (Душанбе), КАМИЛОВА М.Я. (Душанбе), КАСЫМОВ О.И. (Душанбе), КУРБАНОВА М.Х. (Душанбе), КУРБАНОВ С.Х. (Душанбе), МИРАЛИЕВ С.Ш. (Душанбе), МИРШОХИ МАСУД (Франция), НАЖМИДИНОВА М. (Душанбе), НЕЪМАТЗОДА О. (Душанбе), РАФИЕВ Х.К. (Душанбе), РАХМАНОВ Э.Р. (Душанбе), СУЛТАНОВ М.Ш. (Душанбе), ТАБАРОВ М.С. (Душанбе), ТИХИЛОВ Р.М. (Москва), ХАЛИМОВА Ф.Т. (Душанбе), ХОЛМАТОВ Д.И. (Душанбе), ХОЛМАТОВ И.Б. (Худжанд, Тадикистан), HUBERT E. BLUM (Freiburg, Germany), ШАМСИЕВ Д.А. (Душанбе), ШАКИРОВ М.Н. (Москва), ШЕПТУЛИН А.А. (Москва), ШУКУРОВ Ф.А. (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 №071/MJ-97 from 12 June, 2018

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

Website: www.medacad.tj

State registration number in the National patent and licensing center of the Republic of Tajikistan №1761200239 from 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 «Mansun»

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

VOL VIII No3 (27)

JULY-SEPTEMBER 2018

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; AKHMEDOV A. – Corresponding Member of the AMS MHSP of the RT, Doctor of Medical Sciences Professor; AHMADZOD S.M. – corresponding member of the AMS MHSP of the RT, Doctor of Medical Sciences, Professor (Deputy of the Editor in Chief); GULMURADOV T.G. – Corresponding Member of the AMS MHSP of the RT, Doctor of Medical Sciences, Professor; DODHOEVA M.F. – Academician of the AMS MHSP of the RT, Doctor of Medical Sciences, Professor; ZIKRIYOKHOJAEV D.Z. – Doctor of Medical Sciences, Professor; ZOIROV P.T. – Corresponding member of the of the AMS MHSP of the RT, Doctor of Medical Sciences, Professor; IBODOV H. – Doctor of Medical Sciences , Professor; KURBANOV K.M. – Academician of the AMS MHSP of the RT, Doctor of Medical Sciences, Professor; KURBANOV U.A. – Corresponding Member of the AMS MHSP of RT, Doctor of Medical Sciences, Professor; MIROZHOV G.K. – Academician of the Academy of Sciences and the AMS MHSP of the RT, Doctor of Medical Sciences, Professor (Deputy of the Editor in Chief); MURADOV A.M. – Doctor of Medical Sciences, Professor; OLYMZODA N.H. – Doctor of Medical Sciences; RAKHMONOV R.A. – Doctor of Medical Sciences (Deputy of the Editor in Chief); RUSTAMOVA M.S. – Doctor of Medical Sciences; FAYZULLOEV N.F. – Academician of the AMS MHP of the RT, Doctor of Medical Sciences, Professor; SHUKUROVA S.M. (Corresponding Member of th AMS MH SP of the RT, Doctor of Medical Sciences, Professor)

EDITORIAL COUNCIL

AVEZOV S.A. (Dushanbe), AZIZOV A. (Dushanbe), ASHUROV G.G. (Dushanbe), AKHMEDOV S.M. (Dushanbe), BELOV Y.V. (Moscow), BERDIEV R.N. (Dushanbe), VISHNEVSKY V.A. (Moscow), GAVRILENKO A.V. (Moscow), GAIBOVA.G.. (Dushanbe), GAFFAROVA M.A. (Moscow), GULOV M.K. (Dushanbe), DAVIDOV M.I. (Moscow), IBODOV H. (Dushanbe), IVASHKIN V.T. (Moscow), ISAEVA M.S. (Dushanbe), ISMAILOV A.A. (Dushanbe), ISMAILOV K.I. (Dushanbe), IKROMOV T.Sh. (Dushanbe), KAMILOVA M.Y. (Dushanbe), KASYMOV O.I. (Dushanbe), KURBANOVA M.H. (Dushanbe), KURBANOV S.KH. (Dushanbe), MIRALIEV S.S. (Dushanbe), MIRSHOHI MASUD (France), NAJMIDINOVA M. (Dushanbe), NEMATZODA O. (Dushanbe), RAFIEV H.K. (Dushanbe), RAKHMANOV E.R. (Dushanbe), SULTANOV M.Sh. (Dushanbe), TABAROV M.S. (Dushanbe), TIKHILOV R.M. (Moscow), KHALIMOVA F.T. (Dushanbe), HOLMATOV D.I. (Dushanbe), HOLMATOV I.B. (Khujand, Tajikistan), HUBERT E. BLUM (Freiburg, Germany), SHAMSIEV D.A. (Dushanbe), SHAKIROV M.N. (Moscow), SHEPTULIN A.A. (Moscow), SHUKUROV F.A. (Dushanbe)

© The Presidium of Academy of Medical Sciences

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

CONTENTS

ORIGINAL RESEARCH

ОРИГИНАЛЬНЫЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.314.18-002.4 **doi: 10.31712/2221-7355-2018-8-3-297-301**

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЭНДОПАРОДОНТАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОПОРНЫХ ЗУБОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОТЯЖЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ

АБДУЛАЕВ Б.А., САБУРОВ С.К.

Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. *Изучение клинико-рентгенологических закономерностей эндопародонтального состояния опорных зубов с различными промежуточными единицами супраконструкционных элементов.*

Материал и методы исследования. *У 186 пациентов в возрасте 20-50 лет были изучены 280 рентгенограмм с целью выявления закономерностей отображения корневых каналов опорных зубов в зависимости от протяженности ортопедического протеза. До протезирования дефектов зубных рядов всем пациентам проводилось эндодонтическое лечение опорных зубов. Стоматологическое обследование велось по специальной программе с углубленным изучением анамнестических данных.*

Результаты. *При визуализации рентгенологической картины 280 опорных зубов выяснилось, что 261 из них был депульпированным, 19 – недепульпированными. У 186 пациентов среди ранее леченных зубов качество пломбирования корневых каналов под опорными коронками оказалось неудовлетворительным: корневые каналы были запломбированы не до верхушки или наблюдался отлом инструмента в канале.*

У 38 пациентов с ортопедическими конструкциями в полости рта рентгенологически было исследовано состояние периодонта 67 опорных зубов, находящихся под металлокерамическими коронками: из 46 каналов однокорневых опорных зубов до верхушки запломбировано 28 (60,9%), не до верхушки - 18 (39,1%); при структурном анализе 21 многокорневого опорного зуба полученные данные составили соответственно 4 (19,0%) и 17 (81,0%).

Заключение. *Представленные данные о состоянии опорных зубов под ортопедическими протезами в зависимости от их протяженности указывают, что в настоящее время практически отсутствует попытка возможности сохранения пульпы опорных зубов. В большинстве случаев отмечалась неадекватная обтурация корневых каналов в депульпированных зубах, находящихся под несъемными ортопедическими конструкциями с разной промежуточной единицей, что свидетельствует о низком уровне эндодонтического лечения при подготовке зубов к протезированию.*

Ключевые слова: *рентгенологическая картина, корневой канал, опорный зуб, эндодонтическое лечение, эндопародонтальное состояние, протяженность протеза*

PECULIARITIES OF THE CLINIC X-RAY PATERN OF THE ENDOPARODONTAL STATE OF SUPPORTING TEETH DEPENDING ON THE TENSION OF ORTHOPEDIC PROSTHESIS

ABDULAEV B.A., SABUROV S.K.

Department of Orthopedic Stomatology of the Avicenna Tajik Medical University

Study Purpose. *To study of clinical and x-ray regularities of the endoparodontal state of supporting teeth with various intermediate units of supra-structural elements.*

Material and Methods. *280 x-rays of 186 patients aged 20-50 years were examined to determine the patterns of root canal displaying of supporting teeth, depending on the length of the orthopedic prosthesis. Before the prosthesis of dental defects, all patients underwent endodontic treatment of supporting teeth. Dental examination was conducted according to a special program with in-depth study of anamnestic data.*

Results. *During the visualization of x-ray pattern of the 280 supporting teeth it was found that 261 of them were pulpless while 19 of them were not. Among the previously treated teeth of the 186 patients, the quality of the root canal filling under the supporting crowns was unsatisfactory: the root canals were not filled up to the apex or a fracture of an medical tool in the canals was found.*

Among 38 patients with orthopedic structures in the oral cavity, the periodontal state of 67 supporting teeth located under the metal-ceramic crowns was examined, by x-ray: 28 (60.9%) out of 46 single root teeth, were filled up to the apex, while 18 (39.1%) of them were not; In the structural analysis of 21 multi-root supporting teeth, the data obtained were 4 (19.0%) and 17 (81.0%), respectively.

Conclusion. *The presented data regarding the state of supporting teeth located under orthopedic prostheses, depending on their extent, indicate that there is practically no attempt at the present time to preserve the pulp of supporting teeth. In most cases, an inadequate obturation of the root canals in the pulpless teeth, located under the non-removable orthopedic structures with different intermediate units were noted, which indicates a low level of endodontic treatment during the preparing the teeth for prosthetics.*

Key words: *x-rays pattern, root channel, supporting teeth, endodontic treatment, endoparodontal status, prosthetic's extent*

Актуальность

С целью совершенствования методов ранней диагностики и лечения, которые снизили бы количество случаев эндопародонтальных осложнений, а также повысили эффективность эндодонтических вмешательств, продолжает активно укрепляться рентгенологическая позиция. Использование рентгенодиагностических методик перед эндодонтическим лечением и на его этапах рассматривается в качестве обязательной составляющей обследования пациентов, так как названный диагностический метод имеет большое значение для выявления особенностей корневых каналов при планировании эндодонтического лечения и оценки его качества [1, 3, 5].

Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения в стоматологии, погрешности эндодонтического лечения продолжают формировать обширную нозологическую группу эндопародонтальных осложнений. Данные формы хронического воспалительного процесса нередко приводят к потере пораженного зуба, а также значительно изменяют состояние периодонта и пародонта в системе эндопародонтального лечения [2, 4].

Цель исследования

Изучение клинико-рентгенологических закономерностей эндопародонтального состояния опорных зубов с различными промежуточными единицами супраконструкционных элементов.

Материал и методы исследования

Для выявления закономерностей отображения корневых каналов опорных зубов в зависимости от протяженности ортопедического протеза были изучены 280 рентгенограмм у 186 пациентов в возрасте 20-50 лет. Ранее до протезирования дефектов зубных рядов всем пациентам проводилось эндодонтическое лечение опорных зубов. От всех пациентов получено письменное добровольное информированное согласие на обследование стоматологического характера. Стоматологическое обследование велось по специальной программе с углубленным изучением анамнестических данных.

В обследованную группу вошли стоматологические пациенты обоих полов с дефектами зубных рядов, которые были разделены на 3 подгруппы: 1-ю подгруппу составили 72 (38,7%) пациента с малыми промежуточными супраконструкционными единицами (отсутствие 1-3 зубов); во 2-ю подгруппу вошли 83 (44,6%) обследованных со средней протяженностью (отсутствие 4-6 зубов) ортопедического протеза; 3-ю подгруппу составил 31 (16,7%) пациент с большими промежуточными единицами ортопедических конструкций (отсутствие более 6 зубов).

В статистическом аспекте для каждого показателя рассматривали среднее значение и стандартное отклонение по выборке. Учитывали также нормальное распределение каждого оцениваемого рентгенологического параметра, нормированное на число участников в группе. Таким способом выявлялось наличие или отсутствие отклонения в большую или меньшую сторону для группы в целом.

Результаты и их обсуждение.

При клиническом обследовании пациентов с малыми промежуточными супраконструкционными элементами установлено, что 63 человека (87,5%) были довольны протезами, 9 (12,5%) не были удовлетворены результатами ранее проведенного ортопедического лечения и предъявляли различные жалобы. Среди обследованных лиц со средними и большими промежуточными единицами ортопедических конструкций количество удовлетворенных лиц составило соответственно 35 (42,2%) и 2 (6,5%), неудовлетворительные результаты соответствовали 48 (57,8%) и 29 (93,5%). В целом удельный вес обследованных пациентов с удовлетворительными и неудовлетворительными результатами протезирования соответствовал 100 (53,8%) и 86 (46,2%) от общего количества обследованных (186 человек) лиц.

У 86 пациентов с неудовлетворительными результатами протезирования были выявле-

ны следующие патологические состояния: воспалительные изменения десны (33 чел., 38,4%), боль при накусывании (17 чел., 19,8%), расшатывание зубов (21 чел., 24,4%), боль в жевательных мышцах и височно-нижнечелюстном суставе (4 чел., 4,7%), откол керамики (6 чел., 6,9%), расцементировка коронок (5 чел., 5,8%).

Из 74 зубов, покрытых протезами с малой промежуточной единицей, хронический протетический гингивит диагностировали в области 8 зубов (10,8%). В то время как из 206 зубов, покрытых супраконструкционными протезами, протетический гингивит и пародонтит были обнаружены в области 72 опорных зубов со средней протяженностью ортопедического протеза (35,0%) и 134 (65,0%) – с большой протяженностью.

При выяснении причин развития указанных осложнений после снятие конструкций установлено, что, кроме отрицательного влияния поддесневого расположения металлокерамических коронок на ткани краевого пародонта, большое отрицательное значение сыграла протяженность ортопедического протеза. Последнее являлось причиной возникновения травматического гингивита и верхушечного периодонтита, клинически проявлявшихся в виде болей при накусывании на опорные зубы. Необходимо отметить, что поражение верхушечного периодонта в области опорных зубов не всегда сопровождалось болью при накусывании. Об этом свидетельствовал тот факт, что при рентгенологическом исследовании верхушечные гранулемы обнаружены у 2 (2,3%) пациентов, которые не жаловались на боль при накусывании.

Проведенные нами исследования показали, что причиной расцементировки у 7 (11,5%) пациентов чаще всего являлось наличие ортопедических протезов с большой протяженностью. При наличии таких протезов в 1,8% случаев диагностировали хронический пульпит ряда опорных зубов, который обычно протекал бессимптомно.

Функциональная травматическая перегрузка тканей пародонта в области расшатывающих опорных зубов, которая выявлена у 13 (21,3%) пациентов, была обусловлена наличием преждевременных контактов (супраконтактов) при центральной, передней и травсверзальных окклюзиях и различных фазах артикуляции зубных рядов именно при наличии ортопедических конструкций с большой протяженностью. Такие контакты возникали в результате врачебных и технических погрешностей, а также вызваны недостаточным количеством опорных зубов из-за наличия супраконструкции с большой протяженностью.

Клиническая картина функциональной травматической перегрузки тканей пародонта опорных зубов в области протезов с большой протяженностью, характеризовалась появлением дискомфорта или боли при смыкании зубных рядов и жевании. Однако у пациентов с малой и средней протяженностью ортопедических конструкций полости рта в большинстве случаев имеющаяся перегрузка в зоне пародонта опорных зубов не приводила к развитию дискомфорта и боли при смыкании. Вторым признаком возникновения перегрузки пародонта опорных зубов при наличии протезов с большой протяженностью являлось появление патологической подвижности зубов.

Среди этих пациентов характерными являлись также воспалительные изменения десны и наличие патологических зубодесневых карманов в области опорных зубов. При рентгенологическом исследовании у всех пациентов (13 чел., 21,3%) отмечено расширение периодонтальной щели и рассасывание костной ткани альвеолярного отростка разной степени.

Клинико-рентгенологический анализ результатов ортопедического лечения пациентов показал, что столь высокий процент осложнений (32,8%) обусловлен, в основном, 3 факторами: неправильным планированием лечения и выбором протяженности протеза; врачебными ошибками на клинических этапах ортопедического лечения; нарушением технологических принципов изготовления ортопедических протезов.

При визуализации рентгенологической картины 280 опорных зубов выяснилось, что 261 из них был депульпированным, 19 – недепульпированными. У 186 осмотренных пациентов среди ранее леченных зубов качество пломбирования корневых каналов под опорными коронками, по данным рентгенографии, оказалось неудовлетворительным: корневые каналы были запломбированы не до верхушки или наблюдался отлом инструмента в канале. Так, анализ рентгенологических результатов эндодонтического лечения опорных зубов подтверждает, что из 261 ранее эндодонтически леченного зуба только у 111 из них (42,5%) каналы запломбированы до верхушки, а у 150 (57,5%) корневые каналы были запломбированы не до верхушки корня.

У 38 пациентов с ортопедическими конструкциями в полости рта рентгеноло-

гически было обследовано состояние периодонта 67 опорных зубов, находящихся под металлокерамическими коронками. Как следует из полученных данных, из 46 каналов однокорневых опорных зубов до верхушки запломбировано 28 (60,9%), не до верхушки - 18 (39,1%). При структурном анализе 21 многокорневого опорного зуба полученные данные составили соответственно 4 (19,0%) и 17 (81,0%).

В общей сложности среди обследованных лиц с наличием ортопедических конструкций нами выявлена неудовлетворительная эндодонтическая обтурация корневых каналов у 150 зубов, что составляет 57,5%, удовлетворительная обтурация среди исследуемых опорных зубов составила 42,5%.

При структурном анализе рентгенологических данных опорных зубов выяснилось, что суммарная частота эндодонтического лечения центральных резцов верхней и нижней челюстей встречается в 7,0% случаев, боковых резцов – в 9,5%, клыков – в 8,1%, первых премоляров – в 14,3%, вторых премоляров – в 16,3%, первых моляров – в 24,1%, вторых моляров – в 20,7% случаев.

Заключение

Результаты исследования свидетельствовали о том, что наиболее часто эндопародонтальные изменения зубов, служащих супраконструкционными опорами, диагностируются при наличии ортопедических протезов со средней и большой протяженностью. Представленные данные о состоянии опорных зубов под ортопедическими протезами в зависимости от их протяженности указывают, что в настоящее время практически отсутствует попытка возможности сохранения пульпы опорных зубов. В большинстве случаев отмечалась неадекватная обтурация корневых каналов в депульпированных зубах, находящихся под несъемными ортопедическими конструкциями с разной промежуточной единицей, что свидетельствует о низком уровне эндодонтического лечения при подготовке зубов к протезированию.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Аржанцев А.П. Методики рентгенологического исследования и рентгенодиагностика в стоматологии.- М.: Мегаполис, 2015. – 260 с.

2. Ашуров Г.Г., Муллоджанов Г.Э. Социологические и диагностические аспекты совершенствования стоматологической помощи у соматических больных // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2016. – № 4. – С. 57-62.

3. Герасимова Л.П., Зарипова Н.Р., Верзакова И.Н., Раянова Р.А. Рентгенодиагностика в терапевтической стоматологии. – М.: Медицинская книга, 2011. – 196 с.

4. Newman M.G., Takei H., Klokkevold P.R., Carranza F.A. Clinical Periodontology.- Expert Consult 11th edition, 2011. – 823 p.

5. Omer O.E., Shalabi R.M., Jennings M. A comparison between clearing and radiographic techniques in the study of the root-canal anatomy of maxillary first and second molars // Intern Endod J. – 2014. – Vol. 37. – P. 291-296.

REFERENCES

1. Arzhancev A.P. Metodiki rentgenologicheskogo issledovaniya i rentgenodiagnostika v stomatologii [Method of x-ray studies and x-ray diagnostic in dentistry]. M.: Megapolis. 2015: 260 p.

2. Ashurov G.G., Mullodzhanov G.E. Sociologicheskie i diagnosticheskie aspect sovershenstvovaniya stomatologicheskoy pomoshi u somaticheskikh bolnikh [Sociological and diagnostic aspects of the improvement of dental care to somatic patients]. *Vestnik Akademii medicinskikh nauk Tadzhikistana (Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan)*. 2016; 4:57-62.

3. Gerasimova L.P., Zaripova N.R., Verzakova I.N., Rayanova R.A. Rentgendiagnostika v terapevticheskoi stomatologii [X-ray diagnostic in therapeutic dentistry]. M.: «Medicinskaya kniga». 2011: 196 p.

4. Newman M.G., Takei H., Klokkevold P.R., Carranza F.A. Clinical Periodontology. Expert Consult 11th edition, 2011. 823 p.

5. Omer O.E., Shalabi R.M., Jennings M. A comparison between clearing and radiographic techniques in the study of the root-canal anatomy of maxillary first and second molars. Intern Endod J. 2014; 37:291-296.

Сведения об авторах:
Абдулаев Бехруз Абдулаевич – соискатель кафедры ортопедической стоматологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино; e-mail: zulpunso@mail.ru
Сабуров Сабур Каримович – доцент кафедры ортопедической стоматологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино; e-mail: saburov_sabur@mail.ru

Information about authors:
Abdulaev Bekhruz Abdulayevich – Aspirant of the Department of Orthopedic Dentistry of the Avicenna Tajik State Medical University; E-mail: zulpunso@mail.ru
Sabur Saburov – Assistant Professor of the Department of Orthopedic Dentistry of the Avicenna Tajik State Medical University; E-mail: saburov_sabur@mail.ru

ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ-РЕНТГЕНОЛОГИИ ҲОЛАТИ ЭНДОПАРОДОНТАЛИИ ДАНДОНҲОИ ТАКЯВӢ ВОБАСТА АЗ ДАРОЗИИ ПРОТЕЗҲОИ ОРТОПЕДӢ

АБДУЛОЕВ Б.А., САБУРОВ С.К.

Кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Мақсади тадқиқот. *Омӯхтани хусусиятҳои клиникию рентгенологии ҳолати эндопарадонталии дандонҳои такявӣ бо воҳидҳои гуногуни миёнавии элементҳои болоиконструксионӣ.*
Мавод ва усулҳои тадқиқот. *Натиҷаи 280 рентгенограммаи дандонҳои 186 беморони синни 20-50 сола бо мақсади муайян намудани хусусиятҳои зуҳуроти ҷӯяки решаҳои дандонҳои такявӣ вобаста аз дарозии протезҳои ортопедӣ, омӯхта шуданд. То протезкунонии нуқсони дандонҳо ба тамоми беморон табобати эндодонтии дандонҳои такявӣ гузаронида шуда аст. Муоинаи стоматологӣ мувофиқи барномаи махсус бо омӯхтани амиқи маълумотҳои таърихи инкишофи беморӣ, сурат гирифтааст.*
Натиҷаҳо. *Ҳангоми омӯзиши нақшаҳои рентгении 280 дандонҳои такявӣ, муайян карда шуд, ки магзи дарунии (пулпаи) 261 дандон пурра гирифта шуда, дар 19 тои он ин амал иҷро нашудааст. Миёни дандонҳои 186 нафар, ки пештар табобат шудаанд, сифати тамгаҳои хамиравии ҷӯяки решаҳои зери гилофакҳои дандонҳои такявӣ гайриқаноъатбахш буданд: ҷӯяки решаҳо то қисми болоӣ бо хамира тамга нашудаанд ва ё шикасти асбоб дар дохили онҳо муайян мешавад.*
Дар 38 беморон бо конструксияҳои ортопедии дохилидаҳонӣ ҳолати периодонти 67 дандонҳои такявӣ, ки зери рӯйпӯши металу керамикӣ қарор доштанд тавассути таҳқиқоти рентгенӣ омухта шуд. Аз 46 решаҳои дандонҳои такявӣ курсии якрешадор то қисми болоӣ 28 (60,9%) тои онҳо бо хамира тамга карда шуда, дар 18 (39,1%) маврид тамгакунӣ то қисми болоии решаҳо иҷро нашудааст. Ҳангоми таҳлили тарқибии 21 дандони такявии бисёрреша ин нишондиҳандаҳо мутаносибан ба 4 (19,0%) ва 17 (81,0%) баробар буд.
Хулоса. *Натиҷаҳои пешкашгардида оид ба ҳолати дандонҳои такявии зери протезҳои ортопедӣ вобаста ба дарозии онҳо нишон медиҳанд, ки имрӯз эҳтимолияти кӯшиши нигаҳдории бофтаи мулоими магзи дандонҳо (пулпа) ҳангоми табобат ҷой надорад. Дар бештари мавридҳо тамгабандии ҷӯяки решаҳо дар дандонҳое, ки магзи даруниашон гирифта шудааст номувофиқ мебошад, ки он аз сатҳи пасти табобати эндодонтӣ ҳангоми омодасозии дандонҳо барои протезкунонӣ гувоҳӣ медиҳад.*
Калимаҳои асосӣ: *тасвири рентгенӣ, ҷӯяки реша, дандони такявӣ, табобати эндодонтӣ, ҳолати эндопародонтӣ, дарозии протез*

УДК 614.2 **doi: 10.31712/2221-7355-2018-8-3-302-306**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МОЛОДЕЖНЫХ КЛИНИКО-КОНСУЛЬТАТИВНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ

БОБОХОДЖАЕВА М.О.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. *Изучение эффективности функционирования молодежных клинико-консультативных отделений (МККО) в городе Душанбе за 2017 год.*

Материал и методы исследования. *Материалы исследования основаны на сводных данных годовых отчетов МККО центров репродуктивного здоровья. Были обобщены, статистически обработаны и проанализированы консультативные, диагностические и лечебные услуги за 2017 год.*

Результаты. *За 12 месяцев 2017 года в МККО г. Душанбе обратились 25 822 чел., из них 74,7% женщин, 25,3% мужчин. По вопросам репродуктивного и сексуального здоровья, репродуктивных прав и планирования семьи получили консультации 31,0%; по современным средствам контрацепции – 27,6%; ИППП/ВИЧ/СПИД - 21,0%; каждому второму из числа обратившихся – 46,6% - проведено общее обследование, каждому четвертому - 25,0% - необходимые лабораторные исследования. Каждый четвертый нуждался в проведении определенных лечебных мероприятий по поводу наличия соматических заболеваний, нарушений репродуктивного и сексуального здоровья.*

Заключение. *МККО являются важной консультативной и лечебно-профилактической структурой ПМСП, их функционирование вполне эффективно.*

Ключевые слова: *молодёжное медико-консультативное отделение, эффективность*

EFFICIENCY OF THE FUNCTIONING OF YOUTH CLINICAL AND ADVISORY DEPARTMENTS

BOBOKHODZAEVA M.O.

Department of Obstetrics and Gynecology No 1 of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Study Purpose. *The study of the effectiveness of the functioning of the youth clinical-advisory departments in Dushanbe city for 2017.*

Material and Methods. *The research materials are based on the consolidated data of the annual reports of the centers of reproductive health. The consulting, diagnostic and treatment services for the year 2017 were summarized, statistically processed and analyzed.*

Results. *During the 12 months of 2017, 25,822 people applied to the ICCO in Dushanbe, of including women 74.7% and men 25.3%. It was found that the largest number of young people who applied to the ICRC received consultations on reproductive and sexual health, reproductive rights and family planning-31.0%, on modern means of contraception -27.6%, STI / HIV / AIDS-21.0%; each second of the referrals - 46, 6%, a general examination was carried out, and every fourth (25.0%) performed the necessary laboratory tests. Out of the total number of applicants to the ICRC, one in four needed certain medical interventions for the presence of somatic diseases, reproductive and sexual health disorders.*

Conclusion. *The analysis shows that the functioning of the ICCO in Dushanbe is effective. Approximately the same number of people applying for counseling at the same time underwent a timely diagnostic examination. Out of the total number of applicants to the ICRC, one in four needed certain medical interventions for the presence of somatic diseases, reproductive and sexual health disorders. Thus, the ICRM is an important advisory and preventive treatment structure of PHC.*

Key words: *youth medical advisory department, efficiency*

Актуальность

Согласно прогнозу демографов, в ближайшие десятилетия сегодняшняя молодежь составит большую часть трудоспособного населения, а их образование, квалификация и здоровье, т. е. человеческий капитал, напрямую определят будущий рост доходов страны [8].

Состояние и развитие общества во многом определяются уровнем здоровья подростков и молодежи, которые оказывают значимое влияние на здоровье нации в целом и формируют ее культурный, интеллектуальный производственный и репродуктивный потенциал.

Республика Таджикистан (РТ) считается одной из молодых стран в мире, средний возраст населения составляет 23,9 лет [1].

Согласно «Закону РТ о молодежи Таджикистана», в понятие «молодежь» подпадают люди от 15 до 30 лет [4]. Молодежь в Таджикистане в общей численности населения составляет 43,2% [6].

В последнее десятилетие обострилась проблема здоровья молодежи. Возросла частота соматических заболеваний и нарушений репродуктивного и сексуального здоровья [2, 3]. Вместе с тем, на сегодняшний день молодежь имеет низкий, не соответствующий требованиям современности и стилю их жизни, уровень информированности по вопросам репродуктивного здоровья и безопасности сексуальных отношений. Несмотря на такую уязвимость молодого поколения, к сожалению, молодежь сталкивается с серьезными препятствиями в доступности высококачественных услуг в области репродуктивного и сексуального здоровья [2].

С учетом вышеизложенного, в рамках пилотного проекта совместно с ЮНИСЕФ была создана сеть кабинетов доброжелательного отношения к молодежи, где на анонимной основе предоставлялись медицинские услуги молодежи и в особенности их наиболее уязвимой прослойке (работницы коммерческого секса, их клиенты, наркопотребители, бисексуалы). Однако, как показывает практика, не все пилотные проекты по окончанию финансовой поддержки со стороны партнеров по развитию, несмотря на хорошие результаты, со стороны государства обеспечиваются мерами устойчивости. Для достижения устойчивости функционирования этих структур, приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан кабинеты доброжелательного отношения к молодежи были реорганизованы в Молодежные клинико-консультативные отделы (МККО) при Центрах репродуктивного здоровья, с одновременным выделением для них необходимых штатных единиц и служебных помещений [5].

Цель исследования

Изучить эффективность функционирования молодежных клинико-консультативных отделений в городе Душанбе за 2017 год.

Материал и методы исследования

Материалы исследования основаны на сводных данных годовых отчетов МККО центров репродуктивного здоровья. Были обобщены, статистически обработаны и проанализированы отчетные данные за 2017 год в 7 МККО г. Душанбе (Городской центр репродуктивного здоровья г. Душанбе, Центры репродуктивного здоровья №1, №3, №5, №8, №10 и МККО при Городской клинической больнице №1.) Услуги, предоставляемые в МККО, были классифицированы как консультативные, диагностические и лечебные. Классификация заболеваний произведена по МКБ-10 (ВОЗ, 1998).

Результаты и их обсуждение

За 12 месяцев 2017 года в МККО г. Душанбе обратились 25 822 чел., из которых 19279 – женщин (74,7%) и 6543 – мужчин (25,3%). Другими словами, каждый четвертый обратившийся за консультативной помощью в МККО был мужчиной. При этом, повторное обращение отмечено у 2748 чел. (10,6%), среди которых 2072 – женщин (75,4%) и 676 – мужчин (24,6%).

Тематика консультативной помощи представлена в таблице 1.

Таблица 1

Консультативные услуги, предоставленные МККО г. Душанбе в 2017 году

Направления консультативной помощи	**Абс.**	**%**
Репродуктивное и сексуальное здоровье, репродуктивные права и планирование семьи	8019	31,0±2,4
Гендерные вопросы, стигма и дискриминация	532	2,1±0,02
Современные средства предупреждения нежелательной беременности	7141	27,6±1,8
Беременность и роды, аборты и их осложнения	2135	8,3±0,70
ИППП/ ВИЧ/СПИД	5399	21,0±1,9
Здоровый образ жизни	2596	10,0±1,1
Всего	**25822**	**100**

Как видно из приведенных данных, наибольшее число молодых людей обратились в МККО с целью получения консультаций по вопросам репродуктивного и сексуального здоровья, репродуктивных прав и планирования семьи - 8019 (31,0%), далее их интере-

совали современные средства контрацепции – 7141 (27,6%), ИППП/ВИЧ/СПИД – 5399 (21,0%).

За консультативными услугами по вопросам здорового образа жизни обратились 2596 молодых людей (10, 0%), по вопросам беременности, родов и абортов - 2135 (8,3%) и очень немногих молодых людей - 532 (2,3%) - интересовали вопросы гендерных отношений, стигмы и дискриминации, хотя эти вопросы на сегодняшний день являются одними из актуальных и оказывают серьезное влияние на качество жизни.

Далее, нами анализирована обращаемость молодежи с целью получения различных диагностических услуг (табл. 2).

Таблица 2

Диагностические услуги, предоставленные МККО в 2017 году

Виды услуг	**Абс.**	**%**
Общее обследование	10634	46,6±2,8
Ультразвуковое исследование	3140	13,8±1,3
Лабораторное исследование	5709	25,0±1,7
Осмотр акушера-гинеколога	2459	10,8±1,1
Перенаправленные	873	3,8±0,08
Всего	**22815**	**100**

Данные, приведенные в таблице 2, свидетельствуют, что каждому второму из числа обратившихся – 10634 (46,6%) - проведено общее обследование, каждому четвертому - 5079 (25,0%) - необходимые лабораторные исследования. Ультразвуковое исследование прошли 3240 (13,8%) обратившихся в МККО. Из числа обследованных 873 (3,8%) были перенаправлены к другим специалистам - в центр ИППП, центр по профилактике и борьбе с туберкулезом, центр СПИД и др.

Из общего числа обратившихся в МККО лечебные услуги оказаны 6684 молодым людям, что составляет 25,8%, т.е. каждый четвертый нуждался в проведении определенных лечебных мероприятий по поводу наличия соматических заболеваний, нарушений репродуктивного и сексуального здоровья (табл. 3).

Таблица 3

Лечебные услуги, предоставленные МККО в 2017 году

Заболевания, при которых были оказаны услуги	**Класс по МКБ-10**	**Абс.**	**%**
Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП)	A50- A64	499	7,5
Новообразования	C00-Д48	15	0,2
Воспалительные заболевания органов таза	N70–N77	2601	38,9
Нарушения менструального цикла	N80–N98	358	5,4
Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L08	846	12,7
Болезни эндокринной системы	E00-E90	358	5,4
Анемии	D50- D89	357	5,3
Болезни системы кровообращения	I 00- I 99	57	0,9
Болезни мочеполовой системы	N00-N99	1043	15,6
Болезни органов дыхания	J00-J99	172	2,6
Болезни органов пищеварения	K00-K93	160	2,4
Гельминтозы	B65-B83	218	3,3
Всего		**6684**	**100**

Как видно из приведенных данных, наиболее часто среди обратившихся в ***МККО*** выявлены воспалительные заболевания органов таза и болезни мочеполовой системы. Услуги по лечению воспалительных заболеваний органов таза получили 2601 (38,9%), в основном, этот контингент представлен молодежью женского пола, тогда как среди молодежи мужского пола преобладают болезни мочеполовой системы. Лечебные услуги по болезням мочеполовой системы получили 1043 (15,6%) обратившихся молодых людей. Далее по распространенности отмечены болезни кожи и подкожной клетчатки, по поводу которых получили лечебные услуги 846 (12,6%) обратившихся в ***МККО***. Наши данные согласуются с данными ряда исследователей [2, 3, 8] и свидетельствуют о наличии серьезных нарушений репродуктивного и сексуального здоровья у современной молодежи, а также необходимости оказания высококачественных услуг данному контингенту.

С этой целью необходима интеграция оказания медико-консультативных услуг молодежи с Центрами семейной медицины, Центрами ИППП, центрами по профилактике и борьбе с туберкулезом, центром СПИД и другими службами уровне первичной медико санитарной помощи.

Заключение

Проведенный анализ свидетельствует о том, что функционирование МККО г. Душанбе является эффективным. Примерно одинаковое число обратившихся за консультативной помощью одновременно прошли своевременное диагностическое обследование. Из общего числа обратившихся в МККО 25,8%, т.е. каждый четвертый, нуждался в проведении определенных лечебных мероприятий по поводу наличия соматических заболеваний, нарушений репродуктивного и сексуального здоровья.

Таким образом, МККО является важной консультативной и лечебно-профилактической структурой ПМСП.

С целью оказания высококачественных услуг необходима интеграция оказания медико-консультативных услуг молодежи с другими службами на уровне первичной медико санитарной помощи.

Важным направлением в охране здоровья подростков и молодежи является внедрение программ репродуктивного и сексуального здоровья в программы обучения школ, колледжей и вузов страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демографический Ежегодник. Республика Таджикистан. – Душанбе, 2016. – 56 с.

2. Коламбия Р. Региональное техническое совещание UNFPA по вопросам сокращения неравенства в здравоохранении Восточной Европы и Центральной Азии «Причины и следствия: что определяет наше сексуальное и репродуктивное здоровье?» //Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью. – ВОЗ и ЮНФПА, 2011. – № 73. – С. 14-15.

3. Клиники, дружественные к подросткам и молодежи, в Российской Федерации: инициатива, опыт, результат, сотрудничество, устремленность в будущее. – Москва: БЭСТ-принт, 2010. – 210 с.

4. Постановление Правительства Республика Таджикистан от 15.07.2004 г. № 52 «О молодежи и государственной молодежной политике».

5. Приказ МЗ РТ № 243 от 18.05.2007 «Примерное положение медицинского консультативного отдела для молодежи» и «Примерное положение медицинского

REFERENSES

1. *Demograficheskiy Ezhegodnik. Respublika Tadzhikistan* [Demographic Yearbook. The Republic of Tajikistan]. Dushanbe. 2016; 56 p.

2. Kolambiya R. Regionalnoe tekhnicheskoe soveshchanie UNFPA po voprosam sokrashcheniya neravenstva v zdravookhranenii Vostochnoy Evropy i Tsentralnoy Azii "Prichiny i sledstviya: chto opredelyaet nashe seksualnoe i reproduktivnoe zdorove?" [UNFPA regional technical meeting on reducing health inequalities in Eastern Europe and Central Asia "Causes and effects: what determines our sexual and reproductive health?"]. *Evropeyskiy zhurnal po seksualnomu i reproduktivnomu zdorovyu. VOZ i YUNFPA - Entre Nous. WHO and United Nations Population Fund*. 2011; 73: 14-15.

3. *Kliniki, druzhestvennye k podrostkam i molodezhi, v Rossiyskoy Federatsii: initsiativa, opyt, rezultat, sotrudnichestvo, ustremlennost v budushchee* [Clinics friendly to teenagers and young people in the Russian Federation: initiative, experience, result, cooperation, aspiration to the future]. Moscow, BEST-print Publ. 2010: 210 p.

4. *Postanovlenie Pravitelstva Respubliki Tadzhikistan ot 15.07.2004 g. No. 52 "O molodezhi i gosudarstvennoy molodezhnoy politike"* [Resolution of the Government of the Republic of Tajikistan from 15.07.2004 No. 52 "On youth and state youth policy"].

5. *Prikaz MZ RT No. 243 ot 18.05.2007 "Primernoe polozhenie meditsinskogo konsultativnogo otdela dlya molodezhi" i "Primernoe polozhenie meditsinskogo uchrezhdeniya, okazyvayushchego*

учреждения, оказывающего доброжелательные услуги молодежи».

6. Республиканский центр медицинской статистики и информации РТ. Здоровье населения и здравоохранение. Душанбе, 2017. – С. 20

7. Россия в цифрах // Федеральная служба государственной статистики. – 2016. Доступ: http://www.gks.ru/bgd/regl/b16_11/Main.htm

8. UNISEF with UNAIDS, United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, United Nations Population Fund, International Labor Organization, World Health Organization, and World Bank. 2011a. Opportunity in Crisis: Preventing HIV from Early Adolescence to Early Adulthood. New York: UNISEF.

dobrozhelatelnye uslugi molodezhi" [Order of the Ministry of Health of the Republic of Tajikistan No. 243 from 18.05.2007 " Approximate position of the medical Advisory Department for youth» and "The approximate position of the medical establishment providing friendly services to young people»].

6. *Respublikanskiy tsentr meditsinskoy statistiki i informatsii RT. Zdorove naseleniya i zdravookhranenie* [Republican center of medical statistics and information of the the Republic of Tajikistan. Public health and healthcare]. Dushanbe. 2017: 20 p.

7. Rossiya v tsifrakh [Russia in numbers]. *Federalnaya sluzhba gosudarstvennoy statistiki - Federal state statistics service*, 2016. Available at: http://www.gks.ru/bgd/regl/b16_11/Main.htm

8. UNISEF with UNAIDS, United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, United Nations Population Fund, International Labor Organization, World Health Organization and World Bank. 2011. Opportunity in Crisis: Preventing HIV from Early Adolescence to Early Adulthood. New York: UNISEF.

Сведения об авторе:
Бобоходжаева Масуда Облокуловна – заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗ РТ; тел.: (+992)-919037523; e-mail: masuda_10@mail.ru

Information about authors:
Bobokhojaeva Masuda Oblokulovna – Head of the Department of Obstetrics and Gynecology No 1 of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»; tel.: +(992)-919037523; e-mail: masuda_10@mail.ru

САМАРАНОКИИ ФАЪОЛИЯТИ ШЎЪБАҲОИ ТИББИЮ МАШВАРАТӢ БАРОИ ҶАВОНОН

БОБОХОҶАЕВА М.О.

Кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 МДТ "Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон"

Мақсади тадқиқот. *Омӯзиши самаранокии фаъолияти шӯъбаҳои тиббӣ- машваратӣ барои ҷавонон (ШТМҶ) дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соли 2017.*

Мавод ва усулҳои тадқиқот. *Маводи тадқиқоти мазкур маълумоти маҷмӯии ҳисоботи солонаи 18 адад ШТМҶ-и сохтори КАТС мебошад. Хизматрасонии машваратӣ, ташхисӣ ва табобатӣ, ки дар соли 2017 расонида шуда буданд, ҷамъбаст ва таҳлили оморӣ гузаронида шуд.*

Натиҷаҳо. *Дар давоми 12 моҳи соли 2017 дар ШТМҶ Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамагӣ 25 822 нафар, аз ҷумла 74,7% занон ва 25,3% мардон муроҷиат карданд. Бо масъалаҳои солимии репродуктивӣ ва шаҳвонӣ, ҳуқуқҳои репродуктивӣ ва танзими оила 31,0% муроҷиаткунандагон машварат гирифтанд; 27,6% - оиди истифодаи маводҳои ҳозиразамони ҳамли номатлуб; 21,0% - оиди пешгирии ББАҶГ/ВНМО/СПИД; ба ҳар дуюм нафари муроҷиаткунанда, яъне ба 46,6% - муоинаи умумӣ гузаронида шудааст, ба ҳар чорум нафар, 25,0% - ташхиси озмоишгоҳии зарурӣ гузаронида шудааст. Ҳар чорум нафар барои гузаронидани чорабиниҳои табобатӣ оид ба мавҷудияти бемориҳои дарунӣ, тағйиротҳои репродуктивӣ ва шаҳвонӣ ниёз доштанд.*

Хулоса. *ШТМҶ сохтори муҳими КАТС-и машваратӣ ва табобатию пешгирикунанда мебошад, ки фаъолияти онҳо босамар мебошад.*

Калимаҳои асосӣ: *шӯъбаи тиббӣ-машваратӣ барои ҷавонон, самаранокии фаъолият*

УДК 616.126-002-022-06;616.12-008.46-07 **doi: 10.31712/2221-7355-2018-8-3-307-312**

ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА

[1]ВИЛЬДАШИН Д.К., [2]ОДИНАЕВ Ф.И., [2]ОДИНАЕВ Ш.Ф., [3]БОБОАЛИЕВ С.М., [3]ТАБАРОВ А.И.

[1]ГУ «Таджикский НИИ профилактической медицины» МЗиСЗН РТ
[2]ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»
[3]ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. *Изучить этиологическую структуру воспалительно-дистрофических заболеваний миокарда.*
Материал и методы исследования. *Исследован видовой пейзаж бактериальной микрофлоры организма 60 больных с миокардитами воспалительно-дистрофического генеза. Материалом для бактериологического исследования при сопутствующих хронических заболеваниях легких явилась мокрота, при обострении хронического тонзиллита, ларингита и катаральной ангины исследовался мазок из зева, при не установленном инфекционном процессе с наличием температуры или без неё проводился бактериологический посев крови. При хронических воспалительных заболеваниях женской половой сферы материалом для исследования служил мазок из цервикального канала. Для бактериологического исследования использовался 5% кровяной агар, а для выделения энтеробактерий использовалась среда Эндо.*
Результаты. *Установлено, что у больных с миокардитами зачастую высеивается грамположительная и грамотрицательная микрофлора. Микробный пейзаж представлен высокопатогенными штаммами стафилококка и стрептококка (18,0% и 45,7% соответственно). Грамотрицательная флора представлена кишечной палочкой, протеем, синегнойной палочкой. Среди энтеробактерий преобладают: кишечная палочка - 9 штаммов (8,5%), клебсиелла - 4 штамма (3,8%), синегнойная палочка - 5 штаммов (4,8%). В одном случае выделен вульгарный протеи (0,9%). В практическом плане выявленный видовой микробный пейзаж позволяет проводить комплексную эффективную терапию.*
Заключение. *Наличие патогенной инфекции в организме может быть первостепенной этиологической причиной миокардита и/или обуславливать тяжесть течения заболевания. В свою очередь знание видовой принадлежности микробного агента и его биологических свойств поможет провести адекватную терапию. Результаты исследования показали необходимость бактериологического исследования всем пациентам с воспалительно-дистрофическими заболеваниями миокарда.*
Ключевые слова: *миокардит, бактериальная инфекция, микрофлора, посев*

FEATURES OF THE ETIOLOGICAL STRUCTURE OF INFLAMMATORY-DYSTROPHIC DISEASES OF THE MYOCARDIUM

[1]VILDASHIN D.K., [2]ODINAEV F.I., [2]ODINAEV Sh.F., [3]BOBOALIYEV S.M., [3]TABAROV A.I.

[1]State Institution «Tajik Research Institute of Preventive Medicine» MHSP RT
[2]Avicenna Tajik State Medical University
[3]State Institution «Republican Clinical Center of Cardiology» MHSP RT

Study Purpose. *To study the etiological structure of inflammatory-dystrophic myocardial diseases.*
Material and Methods. *The species landscape of bacterial microflora of 60 patient's organism with myocarditis of inflammatory-dystrophic genesis was studied. The material for bacteriological examination in the case of the concomitant chronic lung diseases was sputum, in exacerbation of chronic tonsillitis, laryngitis and catarrhal angina, a smear from the throat was studied, in identified infectious process with or without temperature, bacteriological blood sowing was carried out. In chronic inflammatory diseases of the female genital area the material for the study was a smear from the cervical canal. 5% blood agar was used for bacteriological examination, and for the isolation of enterobacteria has been used the environment Endo.*
Results. *It was found that in patients with myocarditis the gram-positive and the gram-negative microflora are often sown. The microbial landscape is represented by highly pathogenic Staphylococcus and Streptococcus strains (18.0% and 45.7%, respectively). Gram-negative flora is represented by E. coli, proteus, Pseudomonas aeruginosa. Among enterobacteria predomenate: Escherichia coli - 9 strains (8.5%), Klebsiella - 4 strains (3.8%), Pseudomonas aeruginosa - 5 strains (4.8%). In one case, vulgar protein was highlighted (0.9%). In practical terms, the identified microbial landscape allows to conduct complex effective therapy.*

Conclusion. *The presence of a pathogenic infection in the body may be the primary etiological cause of myocarditis and/or cause the severity of the disease. In turn, knowledge of the species of the microbial agent and its biological properties will help to conduct adequate therapy. The results of the study showed the need for bacteriological examination in all patients with inflammatory-dystrophic myocardial diseases.*
Key words: *myocarditis, bacterial infection, microflora, sowing*

Актуальность

Своевременная этиологическая диагностика воспалительно-дистрофических заболеваний миокарда представляет особый интерес, так как от неё зависит эффективность лечения, следовательно, и прогноз заболевания. Зачастую латентное течение и неуклонное прогрессирование воспалительных заболеваний миокарда протекает под марками других заболеваний миокарда, в конечном итоге являясь основной причиной диффузных поражений миокарда, стойких нарушений ритма сердца и необратимой хронической сердечной недостаточности [1]. Отсутствие в литературе общепринятой научной концепции и диагностических критериев по вопросам диагностики воспалительных заболеваний миокарда дают возможность практическому врачу самостоятельно выбирать тактику диагностики и терапии [2]. Практический опыт свидетельствует о том, что данная категория больных имеет труднообъяснимые клинические симптомы и поздно обращается в специализированные центры кардиологии. Комитет экспертов ВОЗ в 1997 г. рассмотрел вопрос о диагностике дистрофических поражений миокарда, сопровождающихся воспалительной инфильтрацией и рекомендовал проведение бактериологических исследований у больных с воспалительными заболеваниями миокарда [3]. В этой связи становится вполне очевидным проведение бактериологического исследования при воспалительно-дистрофических заболеваниях миокарда для выявления основных видов микроорганизмов, как вероятных источников инфекционного процесса.

Цель исследования

Изучить этиологическую структуру воспалительно-дистрофических заболеваний миокарда.

Материал и методы исследования

В работе представлены результаты обследования 60 больных, госпитализированных в Республиканский клинический центр кардиологии в период 2014-2017 годы с воспалительно-дистрофическими заболеваниями миокарда. Возраст обследованных варьировал от 44 до 58 лет. Инфекционный миокардит отмечался у 32 пациентов, инфекционно-токсический миокардит - в 20 наблюдениях и аллергический миокардит - в 8 случаях (согласно классификации Н.Р. Палеева, 1985).

Всем обследованным проведены общеклинические и функциональные методы исследования, включающие ЭКГ, ЭхоКГ. Учитывая наличие инфекции в организме, все пациенты прошли обследование у специалистов: оториноларинголога, стоматолога и гинеколога - для выявления вероятных очагов латентной хронической инфекции.

Среди специальных методов исследования использовался бактериологический анализ. Материалом для бактериологического исследования при сопутствующих хронических заболеваниях легких явилась мокрота, при обострении хронического тонзиллита, ларингита и катаральной ангины исследовался мазок из зева, при неустановленном инфекционном процессе с наличием температуры или без неё проводился бактериологический посев крови. При хронических воспалительных заболеваниях женской половой сферы материалом для исследования служил мазок из цервикального канала. Бактериологическое исследование проводилось в лаборатории бактериологии Таджикского НИИ профилактической медицины. Для бактериологического исследования использовался 5% кровяной агар, а для выделения энтеробактерий - среда Эндо.

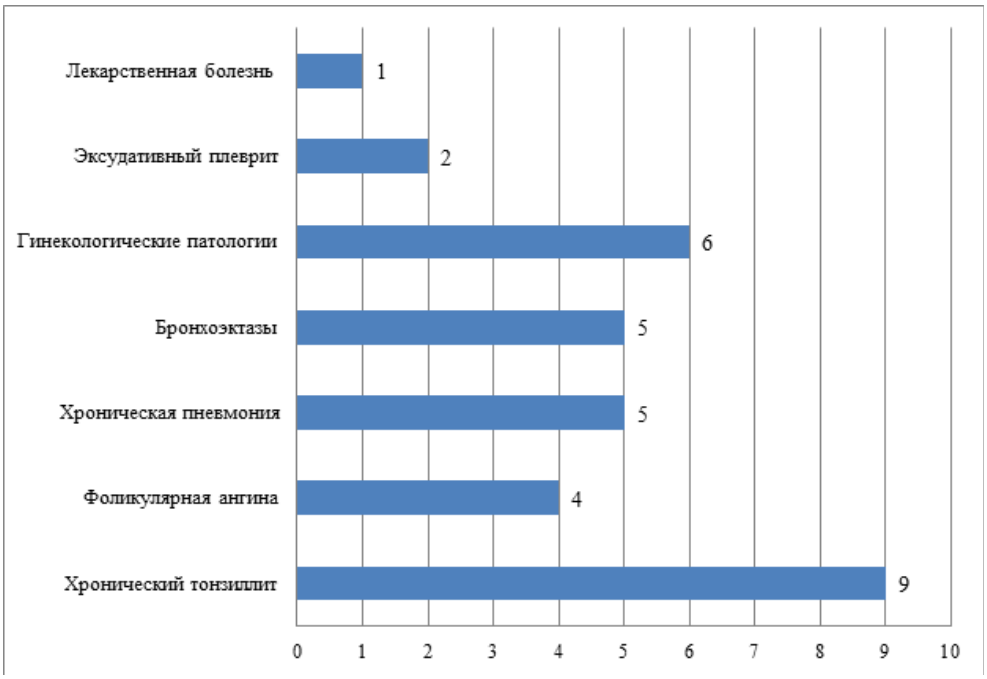
Результаты и их обсуждение

У 32 больных с инфекционными миокардитами установлено наличие сопутствующей хронической инфекционной патологии: обострение хронического тонзиллита и/или фарингита у 9 (15,0%) больных со средней продолжительностью заболевания 3,5±0,7 лет; хроническая неспецифическая пневмония у 5 (8,3%) больных со средней продолжительностью заболевания 5,3±1,2 лет; обострение бронхоэктатической болезни у 5(8,3%) больных со средней продолжительностью заболевания 6,8±1,4 лет; фолликулярная ангина у 4 (6,6%) больных; хронические воспалительные заболевания женской половой сферы у 6 (10,0%) женщин.

Среди обследованных у 2 (3,3%) больных диагностирован экссудативный плеврит и у 1 (1,6%) пациента отмечена прямая связь формирования миокардита с длительным приёмом различных лекарственных препаратов

(лекарственная болезнь с миелотоксическим синдромом и выраженной кардиомегалией).

Структура сопутствующей воспалительной патологии у больных представлена на рисунке. У остальных 28 больных с миокардитами явной клинико¬-лабораторной симптоматики инфекции в организме не обнаружено.



Структура сопутствующей воспалительной патологии среди обследованных больных (n=32)

Высеваемые культуры из материала, взятого у обследованных, при обычном культивировании в аэробных условиях составили 105 видов микроорганизмов. Наиболее частый рост микроорганизмов отмечался среди гемолитического стрептококка, общее количество культур которого составило 48 (45,7%) колоний. Далее по частоте интенсивного роста регистрируются различные виды стафилококка, общее количество культур которого составило 19 (18,0%) колоний.

Биоморфологическое исследование штаммов стрептококка и стафилококка показало, что 97 (92,3%) культур микроорганизмов имели высокую способность роста на питательных средах и были способными коагулировать плазму, ферментировать маннит и вызывать гемолиз. Это обстоятельство свидетельствует о том, что в организме больных имеются высоковирулентные и высокопатогенные штаммы микроорганизмов, которые можно отнести к гетерогенным метициллин-устойчивым штаммам. Следовательно, выделенные штаммы стафилококка и стрептококка (18,0% и 45,7% соответственно) от больных с миокардитами можно отнести к патогенным и, более того, их можно расценивать как наиболее вероятных возбудителей инфекционного миокардита. На фоне патогенной кокковой флоры у больных с лёгочными заболеваниями также в 5 (4,8%) случаях высеивался пневмококк и в 2 (1,9%) наблюдениях обнаружен рост энтерококка (табл.).

В структуре бактериальной микрофлоры у больных с воспалительными заболеваниями миокарда обнаруживали грамотрицательную флору (кишечную палочку, протеи, синегнойную палочку и др.). В структуре грамотрицательной микрофлоры превалировала кишечная палочка - 9 (8,5%) штаммов, клебсиеллы - 4 (3,8%) штамма, синегнойная палочка 5 (4,8%) штаммов. У одного больного (0,9%) с инфекционным миокардитом из мокроты выделен вульгарный протей.

Высокий рост культур отмечен у больных с бронхолёгочной патологией и воспалительными заболеваниями женской половой сферы. У больных с миокардитами на фоне воспалительных заболеваний бронхолёгочной системы превалировал рост грамположительной флоры, тогда как воспалительные заболевания женской половой сферы наиболее часто сопровождались ростом грамотрицательной флоры. Так, синегнойная палочка и нейссерии, выделенные из цервикального канала женщин, составили соответственно 5 (4,8%) и 6 (5,7%) культур. Обращает внимание, что помимо

бактериальной флоры у больных нередко наблюдались случаи роста дрожжевых и дрожжеподобных грибов, что свидетельствует о длительном течении заболевания и применении различных лекарственных препаратов и особенно гормонов.

Микрофлора организма, полученная при культивировании в аэробных условиях, у больных диффузными некоронарогенными заболеваниями миокарда (n=60)

Микроорганизмы	**Материал (зев, мокрота, мазок, плевральная жидкость и др.) n=60**	
	Количество культур	**%**
Staphylococcus aureus	9	8,5
Staphylococcus epidermidis	10	9,5
Streptococcus pyogenes	4	3,8
Streptococcus pneumoniae	9	8,5
Streptococcus gemolitici	8	7,6
Streptococcus bovis	11	10,4
Streptococcus viridans	16	15,2
Пневмококк	5	4,8
Энтерококк	2	1,9
Сардины	2	1,9
Нейссерии	6	5,7
Клебсиеллы	4	3,8
Кишечная палочка	9	8,5
Протей вульгарный	1	0,9
Синегнойная палочка	5	4,8
Коринебактерии	4	3,8
Всего выделено культур	105	
Посевы стерильны	2	1,9

У больных с миокардитами с сопутствующей легочной патологией бактериологический анализ представлен ростом колоний стрептококка, стафилококка, пневмококка, коринобактериями, а микробный пейзаж с сопутствующей внелегочной патологией представлен ростом энтеробактерий, кишечной палочки, синегнойной палочки. Наибольший процент обнаружения представлен коринебактериями - 4 (3,8%) колонии.

Из 60 образцов исследованных материалов только 2 (3,3%) посева оказались стерильными. Микроорганизмы в биосубстратах больных наблюдались как в монокультуре, так и в ассоциациях. Рост ассоциаций более 2 микроорганизмов регистрировался в 48 (45,7%) случаях. Однако во всех ассоциациях характерно присутствие грамположительной кокковой флоры, с преобладанием ассоциации стафилококка и стрептококка. Установлено, что в 96,7% случаях наблюдается рост микроорганизмов.

Таким образом, у больных с миокардитами выделена грамположительная и грамотрицательная микрофлора, среди которой наиболее часто встречались колонии стрептококка (19 колоний) и стафилококка (48 колоний). Выделенные штаммы стафилококка и стрептококка (18,0% и 45,7% соответственно) можно отнести к патогенным и как одним из возможных возбудителей инфекционного миокардита. Способность выделенных штаммов микроорганизмов коагулировать плазму, ферментировать маннит, вызывать гемолиз расценивается как высокая вирулентность и патогенность штаммов, которые можно отнести к гетерогенным метициллин-устойчивым. Грамотрицательная флора зачастую представлена кишечной палочкой,

протеем, синегнойной палочкой. Так, среди энтеробактерий преобладает кишечная палочка - 9 штаммов (8,5%), клебсиелла из мокроты - 4 штамма (3,8%), синегнойная палочка - 5 штаммов (4,8%). В одном (0,9%) случае из мокроты выделен Proteus vulgaris.

Трудность верификации диагноза у больных с воспалительно-дистрофическими процессами в миокарде связана с определением этиологического фактора и обусловлена необходимостью морфологических исследований миокарда, что невозможно провести при жизни пациента. Однако знание этиологического фактора во многом определяет успешность лечения и прогнозную оценку. Учитывая высокую частоту бактериальной инфекции у больных с воспалительными заболеваниями миокарда очевидно значение проведения бактериологического исследования и выявления хронических очагов инфекции, поскольку длительная хроническая инфекционная интоксикация неизбежно сказывается на токсическом поражении и воспалении пораженных органов, в том числе миокарда.

Заключение

Наличие патогенной инфекции в организме может быть первостепенной этиологической причиной миокардита и/или обуславливать тяжесть течения заболевания. В свою очередь знание видовой принадлежности микробного агента и его биологических свойств поможет провести адекватную терапию. Результаты исследования показали необходимость бактериологического исследования всем пациентам с воспалительно-дистрофическими заболеваниями миокарда.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Алаева Е.Н., Нарусов О.Ю., Сафиулина А.А., Щедрина А.Ю., Скворцов А.А., Терещенко С.Н. Эпидемиология дилатационной кардиомиопатии // Кардиология. – 2012. – № 5. – С. 56-61.

2. Палеев Ф.Н. Некомпактный миокард // Кардиология. – 2011. – № 5. – С. 91-96.

3. Aleksova A., Sabbadini G., Merlo M. et al. Natural history of dilated cardiomyopathy: from asymptomatic left ventricular dysfunction to heart failure - a subgroup analysis from the Trieste Cardiomyopathy Registry // J Cardiovasc Med. – 2009. – Vol. 10. – P. 699-705.

4. Ntobeko B.A., Mayosi B.M. Epidemiology of heart failure in sub Saharan Africa // Expert Review of Cardiovascular Therapy. – 2009. – No 7. – P. 169-180.

5. Vischer A., Osswald S., Sticherling C., Schaer B. Outcome of patients with dilated cardiomyopathy in a contemporary Swiss population // Acta Cardiol. – 2009. – Vol. 64. – P. 347-350.

6. Wilkinson J.D., Landy D.C., Colan S.D. et al. The pediatric cardiomyopathy registry and heart failure: key results from the first 15 years // Heart Fail Clin. – 2010. – No. 6. – P. 401-413.

REFERENCES

1. Alaeva E.N., Narusov O.Yu., Safiulina A.A., Shedrina A.Yu., Skvorcov A.A., Tereshenko S.N. Epidemiologiya dilatacionnoy kardiomiopatii [Epidemiology of dilated cardiomyopathy]. *Kardiologija (Cardiology)*. 2012; 5:56-61.

2. Paleev F.N. Nekompaktniy miokard [Non-Compact Myocardium]. *Kardiologiya (Cardiology)*. 2011; 5:91-96.

3. Aleksova A., Sabbadini G., Merlo M. et al. Natural history of dilated cardiomyopathy: from asymptomatic left ventricular dysfunction to heart failure - a subgroup analysis from the Trieste Cardiomyopathy Registry. J Cardiovasc Med. 2009; 10:699-705.

4. Ntobeko B.A., Mayosi B.M. Epidemiology of heart failure in sub Saharan Africa. Expert Review of Cardiovascular Therapy. 2009; 7:169-180.

5. Vischer A., Osswald S., Sticherling C., Schaer B. Outcome of patients with dilated cardiomyopathy in a contemporary Swiss population. ActaCardiol. 2009; 64:347-350.

6. Wilkinson J.D., Landy D.C., Colan S.D. et al. The pediatric cardiomyopathy registry and heart failure: key results from the first 15 years. Heart Fail Clin. 2010; 6: 401-413.

Сведения об авторах:
Вильдашин Дамир Кавыевич – соискатель Таджикского НИИ профилактической медицины; тел.: (+992)918-886-770
Одинаев Шухрат Фарходович – д.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино
Одинаев Фарход Исматуллаевич – д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: (+992)987-17-17-67
Бобоалиев Сархад Морфолиевич – врач-кардиолог ОАО «Дили солим» международная клиника «Ибн Сино» города Душанбе
Табаров Азам Исупович – врач-кардиолог ГУ РКЦК МЗ и СЗН РТ; тел.. (+992) 918-89-82-22; E-mail: tabarovazam1986@gmail.com

Information about authors:
Wildashin Damir Kavyevich – Aspirant of the Tajik Research Institute of Preventive Medicine; tel .: (+992) 918-886-770;
Odinaev Shukhrat Farhodovich – Doctor of Medical Sciences, Associate professor of the Department of Internal Diseases No.1 of the ATSMU;
Odinaev Farhod Ismatullaevich – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Internal Diseases No. 1 of the TSMU named after Abuali Ibn Sino; tel .: (+992) 987-17-17-67
Boboaliev Sarhad Morfoliyevich – Cardiologist of Dili Solim OJSC, International Clinic "Ibn Sino" of Dushanbe city;
Tabarov Azam Isupovich – Cardiologist of the SI RCCC of the MHSP of the RT; tel .. (+992) 918-89-82-22; E-mail: tabarovazam1986@gmail.com

ХУСУСИЯТҲОИ СОХТОРИ ЭТИОЛОГИИ БЕМОРИҲОИ ИЛТИҲОБИЮ ДИСТРОФИКИИ МИОКАРД

[1]ВИЛДАШИН Д.К., [2]ОДИНАЕВ Ф.И., [2]ОДИНАЕВ Ш.Ф., [3]БОБОАЛИЕВ С.М., [3]ТАБАРОВ А.И.

[1]МД «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-тадқиқотии тибби профилактикии Тоҷикистон» ВТ ва ҲИА ҶТ
[2]Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино
[3]МД «Маркази ҷумҳуриявии клиникии бемориҳои дил» ВТ ва ҲИА ҶТ

***Мақсади тадқиқот**. Омухтани сохтори этиологии бемориҳои илтиҳобию дистрофикии миокард.*
***Мавод ва усулҳои тадқиқот**. Натиҷаҳои кишти микробҳои 60 бемор бо миокардити пайдоишаш илтиҳобию дистрофикӣ таҳқиқ карда шуд. Мавод барои тадқиқоти бактериологӣ ҳангоми бемориҳои ҳамрадифи музмини шушҳо балғам, ҳангоми хурӯҷи тонзилити музмин, илтиҳоби гулӯ ва ангинаи катаралӣ молишак аз ҳалқ, ва ҳангоми номуайян будани протсеси сироятӣ бо зуҳуроти баландшавии ҳарорат ва ё бе он хун буд.*
Ҳангоми илтиҳоби музмини узвҳои ҷинсии занона молишак аз роҳҳои ҷинсӣ ва гарданаи бачадон ҳамчун мавод барои тадқиқот истифода шудааст. Барои тадқиқоти бактериологӣ агари хунини 5% ва барои ҷудокунии энтеробкатерияҳо муҳити Эндо истифода карда шуд.
***Натиҷаҳо**. Муайян карда шуд, ки дар беморони гирифтори миокардит бештар микрофлораи граммусбӣ ва грамманфӣ кишт мешавад. Манзараи микробӣ аз намудҳои штаммҳои баландпатогении стафилококк ва стептококк (мутаносибан 18,0% ва 45,7%) иборат буд. Сохтори флораи грамманфӣ аз чӯбчаи рӯдаи, протейҳо, ва чӯбчаи кабуду фасодӣ иборат буд. Миёни энтеробактерияҳо бештар чӯбчаи рӯдавӣ – 9 штамм (8,5%), клебсиелла - 4 штамм (3,8%) ва чӯбчаи кабуду фасодӣ – 5 штамм (4,8%) дучор шуд. Дар як маврид протеи вулгарӣ (0,9%) кишт карда шуд. Дар амалияи тиббӣ намудҳои киштқардашудаи микробҳо барои гузаронидани табобатӣ маҷмуавии самаранок мусоидат менамояд.*
***Хулоса**. Мавҷуд будани сирояти зараровар дар организм метавонад ҳамчун сабаби аввалиндараҷаи пайдоиши миокардит бошад ва ба ҳайси омили вазнинии равиши беморӣ мусоидат намояд. Дар навбати худ донистани намуди микробҳо ва хусусиятҳои биологии онҳо барои гузаронидани табобати самаранок замина хоҳад гузошт. Натиҷаҳои ба дастомада гувоҳи медиҳанд, ки гузаронидани тадқиқоти бактериологӣ дар тамоми беморони гирифтори миокардити илтиҳобию дистрофикӣ зарур мебошад.*
***Калимаҳои асосӣ:** миокардит, сирояти бактериалӣ, микрофлора, кишт*

УДК 616.594.14–08;615.37 **doi: 10.31712/2221-7355-2018-8-3-313-318**

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛОПЕЦИЕЙ

ЗОИРОВА Н.П., САИДОВ Б.И., АБДИЕВА Д.Х.

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. *Изучить эффективность применения иммуномодулирующего препарата тимогар при лечении алопеции в комбинации с мазью силокаст.*

Материал и методы исследования. *Обследовано 70 больных с разными клиническими формами алопеции; 43 (61,4%) – мужчины, 27 (38,6%) – женщин, в возрасте от 10 до 52 лет; давность заболевания от 2 месяцев до 13 лет. В зависимости от метода лечения пациентов разделили на 3 группы. Больные 1-ой группы получали традиционное лечение. Во 2-ой группе наряду с традиционным лечением назначали иммуномодулирующий препарат тимогар и мазь силокаст. Пациентам 3-ей группы дополнительно к традиционному лечению назначали мазь силокаст. Клеточный иммунитет (количество Т- и В-лимфоцитов, Т-хелперов и Т-супрессоров) изучался у всех больных.*

Результаты. *Эффективность применения иммунностимулятора тимогара и мази силокаст в комплексном лечении алопеции отмечалась у 85,7% больных, достигнута нормализация иммунологических показателей.*

Заключение. *Сочетанное применение иммунностимулятора тимогар и мази силокаст в комплексном лечении алопеции повышает эффективность лечения и степень нормализации иммунологических показателей.*

Ключевые слова: *алопеция; иммунномодулятор; тимогар; силокаст*

COMBINED METHOD OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ALOPECIA

ZOIROVA N.P., SAIDOV B.I., ABDIEVA D.H.

Department of Dermatovenerology of the Avicenna Tajik State Medical University

Study Purpose. *To study the efficiency of use of immunomodulatory drug at treatment of alopecia in a combination with ointment sylocast.*

Material and Methods. *70 patients are examined with different clinical forms of an alopecia, including 43 (61,4%), ale and 27 (38,6%) female patients aged from 10 up to 52 with disease prolongation from 2 up to 13 month. Immunologic data, including number of T - and B-lymphocytes, T-helpers and T-suppressors were studied at all patients.*

Depending on a method of treatment the patients were divided into 3 groups. Patients of the 1st group received the traditional treatment. In the 2nd group together with traditional treatment was prescribed immunomodulatory drug of tymogar and ointment sylocast. To the patients of the 3rd group in addition to traditional treatment was prescribed ointment sylocast.

Results. *Efficiency use of timogar immunnostimulator and sylocast ointment in the complex treatment of an alopecia noted at 85,7% of patients, and normalization of immunologic indicators is reached.*

Conclusion. *The combined use of the immunostimulant of timogen and ointments sinocast in the complex treatment of alopecia increases the effectiveness of treatment and the degree of normalization of immunological indices.*

Key words: *alopecia, immunomodulatory, tymogar, sylocast.*

Актуальность

В последние годы отмечается рост заболеваемости алопецией. Алопеция характеризуется как хроническое воспалительное заболевание, поражающее главным образом волосяные фолликулы и иногда ногти. Распространение данного заболевания среди людей не характеризуется каким-либо предпочтением по половому или расовому признаку. Проявляется в виде круговидного, не рубцового выпадения волос на волосистой части головы, лице и других участках кожного покрова. В структуре всех заболеваний волос, не рубцующееся выпадение волос составляет более 80%, т.е. является наиболее частой причиной потери волос, поражающей от 30-40% людей в возрасте до 50 лет [2, 7].

Этиология заболевания неизвестна. Большинство авторов считают природу алопеции аутоиммунной. Заболевание характеризуется образованием воспалительного клеточного инфильтрата вокруг волосяных фоликулов, состоящего из CD8+- и CD4+-лимфоцитов, макрофагов и клеток Лангерганса [3, 10].

Алопеция имеет острую, подострую и хроническую стадии, для каждой из которых

характерна своя специфическая иммуногистохимическая картина [4, 5, 8]. Однако в научной литературе почти отсутствуют данные по изучению влияния иммуномодулирующих препаратов на эффективность лечения алопеции.

В Таджикистане разработан новый иммуномодулирующий препарат - тимогар (рег. № 000084Т), проявивший высокую клиническую эффективность при лечении псориаза и нейродермита. Однако его клиническая эффективность при лечении алопеции не изучена.

В последнее десятилетие для лечения алопеции интенсивно применяются кремнийорганические соединения, в частности, 1-хлорметилсилатран (1-ХМС), на основе которого разработан препарат силокаст, проявивший себя как высокоэффективный препарат, способствующий росту волос [1, 6, 9]. Исследований по комбинированному применению тимогара и мази силокаст для лечения алопеции до настоящего времени не проводилось.

Остается актуальной также необходимость проведения исследований по разработке оптимальных схем лечения данной патологии.

Цель исследования

Изучить эффективность применения иммуномодулирующего препарата тимогар при лечении алопеции в комбинации с мазью силокаст.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 70 больных с разными клиническими формами выпадения волос, мужчин было 43, женщин - 27. Критериями включения в исследование был возраст от 10 до 52 лет и давность заболевания от 2 месяцев до 13 лет и более. В таблице 1 представлена возрастная характеристика обследованных пациентов.

Таблица 1

Распределение пациентов с алопецией по полу и месту жительства

Год	Кол-во больных	Пол		Место жительства	
		мужчины	женщины	Город	Село
2010	20	13	7	15	5
2011	25	15	10	19	6
2012	25	15	10	20	5
Всего	**70**	**43**	**27**	**54**	**16**

Состояние клеточного иммунитета (количество Т- и В-лимфоцитов, Т-хелперов и Т-супрессоров) определяли аппаратом BD ACCURI C6, производство США.

В зависимости от метода лечения пациентов разделили на 3 группы. Больные 1-ой группы (22 человека) получали традиционное лечение. Во 2-ой группе (21 человек) наряду с традиционным лечением назначали иммуномодулирующий препарат тимогар и мазь силокаст. Пациентам 3-ей группы (27 человек) дополнительно к традиционному лечению назначали только мазь силокаст. Эффективность лечения оценивали по клиническим и иммунологическим данным. Показатели клеточного иммунитета изучались у всех больных: количество Т- и В-лимфоцитов, Т-хелперов и Т-супрессоров.

Учитывая, что в основе одного из главных принципов терапии алопеции является применение рационального иммуностимулирующего препарата, нами разработан комбинированный метод лечения, в состав которого входят иммуномодулирующий препарат тимогар и мазь силокаст. Тимогар получали по 1,0 × 1 раз в день, на курс лечения 10 инъекций. Мазь силокаст рекомендовали ежедневно в виде одноразового втирания в кожу головы в местах очагов на протяжении 3 недель.

Результаты лечения показали, что пациентам, которые болели в течение до 1 года необходимо в среднем 5 курсов лечения, с давностью заболевания от 1 года до 5 лет - 7 курсов лечения и с давностью свыше 5 лет - 9 курсов лечения. Интервал между курсами терапии составил 1 месяц.

Результаты и их обсуждение

Как показали результаты наших наблюдений, мужчины болели чаще женщин почти в 1,6 раза, а сельские жители в 3,4 раза реже городских (табл. 1).

У больных наблюдали разные клинические варианты гнездной алопеции как волосистой части головы, так бороды и усов (табл. 2).

Таблица 2

Клинические формы гнездной алопеции

Год	Алопеция				Всего
	очаговая	много-очаговая	сочетание в/ч головы с бороды и усов	очаговое выпадение бороды и усов	
2010	11	6	1	2	20
2011	14	7	1	3	25
2012	12	8	1	4	25
Всего	**37**	**21**	**3**	**9**	**70**

Чаще очаговое выпадение волос начиналось с волосистой части головы: в 64,3% случаев с височно-теменных, 22,8% – затылочной, 12,8% – лобной области. Изолированное очаговое выпадение волос бороды и усов наблюдалось у 75,0% пациентов, а у остальных (у 25,0%) оно сочеталось с очаговым выпадением волос на голове. Причину выпадения волос 20,0% пациентов связывали с перенесенной инфекцией, 25,7% – со стрессом, а остальные 54,3% были с невыясненной этиологией. Продолжительность заболевания у 11 человек составляла до 1 мес., у 34 – до 6 мес., у 10 – до 1 года, у 9 – до 5 лет, у оставшихся (6 чел.) – больше 5 лет. У подавляющего большинства (55 из 70 больных) давность заболевания составляла до 1 года.

В зависимости от группы, больные получали соответствующее лечение. Первая группа больных (22 человека: 14 - с очаговой, 6 - с тотальной и 2 - с субтотальной формами заболевания) получала традиционное лечение, заключающееся в назначении витаминов группы В, никотиновой кислоты, микроэлементов (медь, железо, цинк), УФО, ионофореза, токов д'Арсонваля. Вторая группа больных (21 человек: 14 - с очаговой, 5 - с тотальной и 2 - с субтотальной формами алопеции) наряду с традиционными средствами получала иммуномодулирующий препарат тимогар и мазь силокаст. Третья группа больных (27 человек: 18 - с очаговой, 6 - субтотальной и 3 – тотальной алопецией) получала традиционное лечение, в сочетании с мазью силокаст.

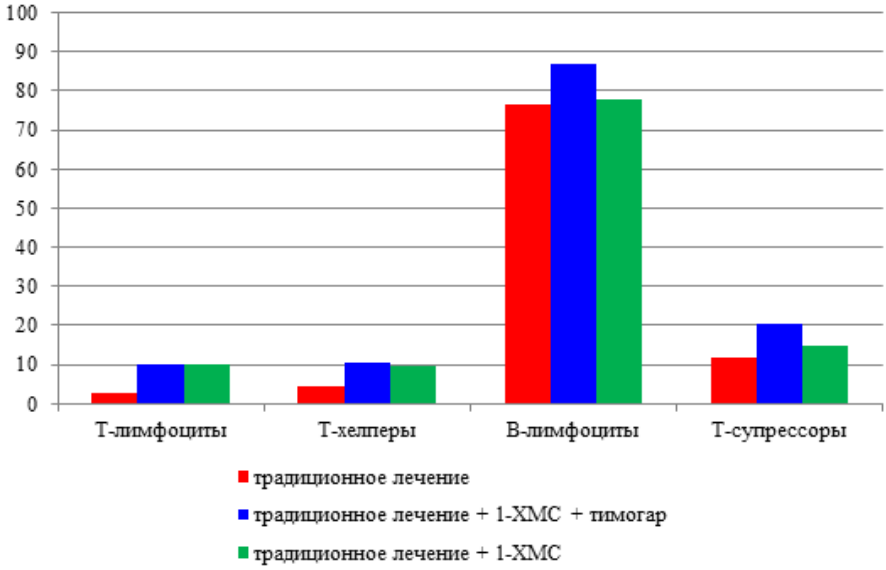
Предложенный метод соответствует критериям, необходимым для лечения: быть удобными по приему и кратности, с максимально коротким курсом терапии без потери эффективности, с максимальной концентрацией препарата в очаге воспаления, без тяжелых побочных эффектов, с максимально широким спектром действия и доступной стоимостью препаратов.

Продолжительность лечения во всех группах составляла 1,5-2 месяца. После завершения традиционного лечения полное восстановление волос отмечалось у 72,7% больных первой, у 85,7% второй и у 77,8% третьей групп. Наблюдался хороший рост волос во всех трех группах пациентов - 27,3%,14,3%, 22,2% соответственно.

Кроме клинической оценки эффективности лечения, проводилась иммунологическая – оценкой состояния клеточного иммунитета: по количеству Т- и В-лимфоцитов, Т-хелперов и Т-супрессоров.

Во всех группах у больных до лечения отмечалось снижение содержания Т-лимфоцитов и Т-хелперов и увеличение содержания В-лимфоцитов и Т-супрессоров. После проведения традиционного лечения в первой группе отмечалась некоторая тенденция к нормализации этих показателей: содержание Т-лимфоцитов увеличилось с 1069,0±61,0 до 1190,0±75,0 кл/мкл (в норме - 1229,0±87 кл/мкл), Т-хелперов - с 29,4±1,5% до 33,2±1,8% (в норме - 36,7±2,0%), содержание В-лимфоцитов снизилось с 765,3±18,7 до 425,7±21,4 кл/мкл (в норме - 390,0+24,0 кл/мкл), Т-супрессоров - с 25,5±1,4% до 22,3±0,9% (в норме - 21,9±1,7%). Во второй группе больных, которых дополнительно лечили тимогаром и мазью силокаст, отмечалась более выраженная тенденция к нормализации измененных показателей иммунологического статуса организма. Так, содержание Т-лимфоцитов увеличилось с 1074,0±41,0 до 1228,0±84,0 кл/мкл, Т-хелперов - с 29,1±1,7 до 35,7±1,8%, содержание В-лимфоцитов снизилось с 741,2±24,7 до 408,0±22,1 кл/мкл, содержание Т-супрессоров - с 26,3±3,2 до 21,8±1,7%. В третьей группе больных также отмечалась положительная динамика показателей иммунологического статуса:

содержание Т-лимфоцитов увеличилось с 1123,0±24,0 до 1158,0±27,0 кл/мкл, Т-хелперов - с 29,8±1,7 до 31,4±1,8%, содержание В-лимфоцитов снизилось с 727,2±24,7 до 429,2±15,3 кл/мкл, содержание Т-супрессоров - с 25,4±1,2 до 22,8±1,4% (рис.).



Степень нормализации показателей клеточного иммунитета при применении традиционного и комбинированного лечения

Сравнивая степень нормализации иммунологических показателей (рис.), можно заметить, что применение тимогара способствовало более полной их нормализации, по сравнению как с традиционным, так и комбинацией традиционного лечения с мазью силокаст.

Таким образом, совместное применение мази силокаст и иммуномодулирующего препарата тимогар повысило эффективность лечения гнездной алопеции. Лучшие результаты достигнуты в той группе больных, при лечении которых совместно применяли мазь силокаст и иммуномодулирующий препарат тимогар. По всей вероятности, это объясняется более полной нормализацией иммунологических показателей, достигнутой применением тимогара, что в последующем привело к более полному излечению больных.

Заключение

Применение иммунностимулятора тимогар и мази силокаст в комплексном лечении алопеции повышает эффективность лечения и степень нормализации иммунологических показателей.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаджигороева А.Г., Потекаев Н.Н., Коган Е.А. и др. Соотношение процессов апоптоза, пролиферации, неоангиогенеза и клеточной дифференцировки при иммунном воспалении в очагах гнездной алопеции // Клин. дерматология и венерология. – 2010. – №2. – С. 25-34.

2. Гаджигороева А.Г. Применение дермоскопии при гнездной алопеции // Эксперим. и клин. дерматокосметология. – 2009. – № 2.– С. 58-60.

3. Гладько В.В., Гречко А.В. Патогенетические особенности андрогенетической алопеции у женщин // Во¬енно-медицинский журнал. –2011. – №2. – С. 62-64.

REFERENCES

1. Gadzhigoroeva A.G., Potekaev N.N., Kogan E.A. i dr. Sootnoshenie processov apoptoza, proliferacii, neoangiogeneza i kletochnoy differencirovki pri immunnom vospalenii v ochagakh gnezdnoy alopecii [The Ratio of Apoptosis, Proliferation, Neoangiogenesis and Cell Differentiation Processes in Immune Inflammation in the Foci of Alopecia]. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya (Clinical Dermatology and Venereology)*. 2010; 2:25-34.

2. Gadzhigoroeva A.G. Primenenie dermoskopii pri gnezdnoy alopecii [Application of dermoscopy in alopecia areata]. *Eksperimimentalnaya i klinicheskaya dermatokosmetologiya (Experimental and Clinical Dermatocosmetology)*. 2009; 2:58-60.

3. Glad'ko V.V., Grechko A.V. Patogeneticheskie osobennosti androgeneticheskoy alopecii u zhenshin [Pathogenetic features of androgenetic alopecia in women]. *Voenno-medicinskiy zhurnal (Military medical Journal)*. 2011; 2:62-64.

4. Гостроверхова И.П., Олисова О.Ю., Смирнов К.В. Комбинированная терапия очаговой алопеции // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. – 2011. – № 6. – С. 12-16

5. Костина С.В., Хорева М.В., Варивода А.С. и др. Клиническое значение цитокинов при различных формах очаговой алопеции у детей // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2009. – Т. 2. – С. 5-9.

6. Костиленко Ю.П., Тихонова О.А. Особенности строения кожи волосистого отдела головы мужчин при андрогенной алопеции // Морфология. – 2009. – Т. III, № 3. – С. 60-65.

7. Олисова О.Ю., Верхогляд И.В., Гостроверхова И.П. Современные представления об этиологии, патогенезе и лечении очаговой алопеции // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2010. – №1. – С. 48-52

8. Потекаев Н.Н., Коган Е.А., Гаджигороева А.Г. и др. Исследование местных иммунных механизмов воспаления при гнездной алопеции с учётом активности заболевания // Клин. дерматология и венерология. – 2010. – №5. – С. 10-18.

9. Dhurat R., Pound P., Ghate S. Diphencyprone (DPCP) in treatment of patchy alopecia areata (AA) // J. Invest. Dermatology. – 2013. – Vol. 133. – P. 1392.

10. Leung M.C., Fenton D.A., Sutton C.W. et al. Trichohyalin is a potential major autoantigen in human alopecia areata // J. Proteome Res. – 2010. – Vol. 9 (10). – P. 5153-5163.

4. Gostroverhova I.P., Olisova O.Ju., Smirnov K.V. Kombinirovannaya terapiya ochagovoy alopecii [Combination therapy of focal alopecia]. *Eksperimental'naya i klinicheskaya dermatokosmetologiya (Experimental and Clinical Dermatocosmetology)*. 2011; 6:12-16.

5. Kostina S.V., Khoreva M.V., Varivoda A.S. i dr. Klinicheskoe znachenie citokinov pri razlichnykh formakh ochagovoy alopecii u detey [Clinical significance of cytokines in various forms of focal alopecia in children]. *Sovremennye problemy dermatovenerologii, immunologii i vrachebnoy kosmetologii (Modern Problems of Dermatovenerology, Immunology and Medical Cosmetology)*. 2009; 2:5-9.

6. Kostilenko Yu.P., Tikhonova O.A. Osobennosti stroeniya kozhi volosistogo otdela golovy muzhchin pri androgennoy alopecii [Features of the structure of the skin of the hairy part of the head of men with androgenic alopecia]. *Morfologiya (Morfology)*. 2009; 3(3):60-65.

7. Olisova O.Yu., Verkhoglyad I.V., Gostroverkhova I.P. Sovremennye predstavleniya ob etiologii, patogeneze i lechenii ochagovoy alopecii [Modern concepts of etiology, pathogenesis and treatment of focal alopecia]. *Rossiyskiy zhurnal kozhnyh i venericheskilkh bolezney (Russian Journal of Skin and Venereal Diseases)*. 2010; 1:48-52.

8. Potekaev N.N., Kogan E.A., Gadzhigoroeva A.G. i dr. Issledovanie mestnykh immunnykh mekhanizmov vospaleniya pri gnezdnoy alopecii s uchyotom aktivnosti zabolevaniya [Study of local immune mechanisms of inflammation in the alopecia areata, taking into account the activity of the disease]. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya (Clinical Dermatology and Venereology)*. 2010; 5:10-18.

9. Dhurat R., Pound P., Ghate S. Diphencyprone (DPCP) in treatment of patchy alopecia areata. *J. Invest. Dermatology*. 2013; 133:1392.

10. Leung M.C., Fenton D.A., Sutton C.W. et al. Trichohyalin is a potential major autoantigen in human alopecia areata. *J. Proteome Res*. 2010; 9(10):5153-5163.

Сведения об авторах:

Саидов Бахромуддин Икромович – доцент кафедры дермато-венерологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.; тел.: (+992)985154545; e-mail: saidov_bahromuddin@mail. ru

Зоирова Нурия Подабоновна – ассистент кафедры дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: (+992)919331179

Абдиева Дилбар Ходжаевна – доцент кафедры дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.; тел.: (+992) 907905530

Information about authors:

Zoirova Nuriya Podabonovna – Assistant professor of the Department of Dermatovenerology of the Avicenna Tajik State Medical University; tel:(+992) 919331179

Saidov Bahromuddin Ikromovich – Associate Professor of the Department of Dermatovenerology of the Avicenna Tajik State Medical University, Candidate of Medical Sciences; tel: (+992)985154545; e-mail: saidov_bahromuddin@mail.ru

Abduvalieva Dilbar Khojaevna – Associate Professor of the Department of Dermatovenerology of the Avicenna Tajik State Medical University, Candidate of Medical Sciences, tel: (+992) 907905530

УСУЛИ КОМБИНАТСИОНИИ МУОЛИҶАИ БЕМОРОН БО МӮЙРЕЗӢ

ЗОИРОВА Н.П., САИДОВ Б.И., АБДИЕВА Д.Х.

Кафедра бемориҳои пӯст ва зӯҳравии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Мақсади тадқиқот. *Омӯхтани самаранокии истифодаи доруи масуниятбаландкунандаи тимогар дар якҷоягӣ бо малҳами силокаст дар табобати мӯйрезӣ.*

Мавод ва усулҳои тадқиқот. *Муоина 70 нафар беморон бо намудҳои гуногуни мӯйрезӣ, аз ҷумла 43 (61,4%) мардон ва 27 (38,6%) занони синну соли аз 10 то 52 сола, ки давоми 2 моҳ-13 сол аз он азият мекашиданд, гузаронида шуд.*

Тибқи усули табобатӣ тамоми беморон ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Беморони гурӯҳи якум ба таври маъмулӣ табобат гирифтаанд. Дар гурӯҳи 2 дар баробари табобати анъанавӣ иловатан маводи масуниятро баландкунанда - тимогар ва малҳами силокаст таъин карда шуд. Ба беморони гурӯҳи 3-юм бошад бар табобати анъанавӣ малҳами силокаст илова карда шуд.

Нишондиҳандаҳои иммунологӣ дар тамоми беморон омӯхта шуд, аз ҷумла миқдори Т- ва В-лимфоситҳо, Т-хелперҳо ва Т-супрессорҳо.

Натиҷаҳо. *Самаранокии истифодаи якҷояи маводи тимогар ва малҳами силокаст дар табобати мӯйрезӣ дар 85,7% беморон ба қайд гирифта шуда, ҳамзамон нишондиҳандаҳои иммунологӣ ба таври пурра ба эътидол меоянд.*

Хулоса. *Истифодаи якҷояи доруи иммуномодулятории тимогар ва малҳами силокаст ҳангоми табобати маҷмӯавии мӯйрезӣ самараи бештар дода, инчунин ба эътидол омадани нишондиҳандаҳои иммунологӣ мусоидат менамояд.*

Калимаҳои асосӣ: *мӯйрезӣ; иммунномодулятор; тимогар; силокаст*

УДК 616-036. 86: 616.34-002-8 (575.3) **doi: 10.31712/2221-7355-2018-8-3-319-325**

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

МАГЗУМОВА Ф.П., ХАКНАЗАРОВ С.Ш., ОДИНАЕВА Н.В.

ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов" МЗиСЗН РТ

Цель исследования. *Создание научно-обоснованной системы экспертизы и реабилитации инвалидов в социально-экономических условиях Таджикистана на основании проведенного медико-социального анализа функционирования медицинской и социальной моделей, социально-профессионального благополучия инвалидов, потребностей людей с ограниченными возможностями в различных формах социальной защиты, уточнение статуса реабилитируемого, его образа жизни в Таджикистане.*

Материал и методы исследования. *Проводился медико-социологический опрос 1300 инвалидов в 2014-2015 гг. в 4-х районах города Душанбе: Сино, Сомони, Фирдавси, Шохмансур, а также районах республиканского подчинения (РРП): гг. Турсунзаде, Шахринав, Файзабад, Рогун, Согдийской области (Согд): Канибадам, Ходжент, Истравшан, Айни и Хатлонской области (Хатлон): гг. Бохтар и Куляб.*

Исследованию были подвергнуты основные показатели жизнедеятельности инвалидов на всех трёх этапах реабилитации. Использовали специально разработанную анкету, содержащую 55 целенаправленных вопросов, в том числе касающихся социального статуса респондентов.

Результаты. *До 73% инвалидов предпочитают лечиться в ЛПУ по месту жительства. Качество работы ЛПУ оценивают на «удовлетворительно» 40%, «хорошо» - 29%. От 22% до 58% инвалидов положительно ответили на вопрос о проведении с ними лечебно–восстановительных мероприятий в ЛПУ по месту жительства. Трудности в получении бесплатных рецептов испытали от 33% до 48%, отказ по ряду причин в выдаче выписанных бесплатных лекарств в аптеках - от 26% до 45% респондентов. Платные медицинские учреждения посещали лишь 5% респондентов, отказ в оказании медицинской помощи при отсутствии денег получили 59% респондентов.*

Заключение. *В РТ назрела необходимость внедрения института страховой медицины. Работа в данном направлении позволит увеличить доступность современных дорогостоящих методов диагностики, лечения и реабилитации больных и в первую очередь инвалидов.*

Ключевые слова: *медико-социальная, социально-профессиональная реабилитация, социальная защита, инвалидность*

EVALUATION THE FUCTIONING OF THE MEDICO-SOCIAL MODEL OF REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

MAGZUMOVA F.P., HAKNAZAROV S.Sh., ODINAEVA N.V.

SE «Scientific and Research Institute for Medical and Social Examination and Rehabilitation of Disabled People» of the MHSP RT

Study Purpose. *Creation of a scientifically based system of examination and rehabilitation of disabled people in the socio-economic conditions of Tajikistan on the basis of medical and social analysis of the functioning of medical and social models, social and professional well-being of disabled people, the needs of people with disabilities in various forms of social protection, clarification of the status of rehabilitated person, his life style in Tajikistan.*

Material and Methods. *Medico-sociological survey of 1,300 people with disabilities in 2014-2015 in 4 districts of Dushanbe city, including : Sino, Somoni, Firdavsi, Shohmansur and in the Districts of Republican Subordination (DRS), including: Tursunzade city, Shahrinav, Faizabad, Rogun districts, in Sugd oblast (Sugd): Khujand, Istravshan cies and Kanibadam, Aini districts and in Khatlon oblast(Khatlon): in Bokhtar and Kulyab cities were conducted.*

The main indicators of life activity of disabled people at all three stages of rehabilitation were subjected to research. A specially designed questionnaire containing 55 targeted questions, including those related to the social status of respondents have to be used.

Results. *Up to 73% of disabled people prefer to be treated at the hospital at the place of their residence. 40% of respondents evaluated the quality of work of medical institutions as a «satisfactory" while 29% of them assumed the quality «good" -. From 22% up to 58% of disabled people responded positively to the question the quality of the therapeutic and rehabilitation measures*

they had in the hospital at the place of their residence.Difficulties in obtaining free recipes have experienced among 33% up to 48% respondents, refusal for a number of reasons in the issuance of prescribed free medicines in pharmacies noted among 26% up to 45% of respondents. Only 5% of respondents visited paid medical institutions, 59% of them received a refusal to provide medical assistance in the absence of money.

Conclusion. *In RT, a necessity to the introduction the institute of insurance medicine came to ahead. Work in this direction will increase the accessibility of modern, expensive methods of diagnosis and treatment and rehabilitation of patients, and primarily disabled people.*

Key words: *Medical and social, social and professional rehabilitation, social protection, disability*

Актуальность

В настоящее время реформирование системы медико-социальной защиты и реорганизация Государственной службы медико-социальной экспертизы населения направлено на решение вопросов установления наличия и степени тяжести поражения инвалида. При этом всё большее значение придаётся определению потребности инвалида в социальной реабилитации и оценки её с учетом ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойкими расстройствами и нарушениями функции организма [2, 6].

В Таджикистане переход на сопоставимые с международными стандартами критерии инвалидности стал обязательным с принятием в 2010 году Закона Республики Таджикистан «О социальной защите инвалидов». Кроме определения статуса «инвалид» и «инвалидность», важнейшее место в нём отводится занятости, обучению либо переобучению, воспитанию, предоставлению технических средств и приспособлений, позволяющих беспрепятственный доступ инвалидов к объектам необходимой инфраструктуры и информации [1, 3, 4, 8, 9].

Именно поэтому в Республике Таджикистан должна вырабатываться новая идеология в оценке инвалидности, роли семьи и государственной политики в отношении к лицам с ограниченными возможностями, в преодолении и смягчении её социальных последствий, в частности относительно снятия барьеров общения, самореализации и преодоления комплексов. Отказ от стереотипов позволяет пересмотреть отношение общества к инвалидам и предоставить возможные условия активного участия их в социальной жизни [5, 7].

Если в ранее существующую медицинскую модель инвалидности входило понятие устранение «дефекта» либо приспособление инвалида к окружению, то социальная модель ориентирована на создании для инвалидов такой окружающей среды, в которой они могут как можно максимальнее интегрироваться в общество [5].

Социальная и медицинская модели инвалидности в функционировании людей с ограниченными возможностями должны находиться в тесной взаимосвязи согласно степени и глубины признания инвалидов равноправными членами общества, причем обе эти модели должны одновременно учитываться при работе с ними, используясь параллельно. Существенным компонентом помощи инвалидам при медицинской модели является предоставление им различного рода компенсаций, установление льгот, пособий, социальных пенсий по нетрудоспособности. Приверженность к социальной модели позволяет проанализировать весь спектр «факторов инвалидности» и разработать адекватные меры по снижению уровня или недопущению создания различных препятствующих барьеров внешней среды для людей с ограниченными возможностями [2, 5, 6].

В этой связи очень важен сбор полной информации по медицинскому и социальному анамнезу, что позволит в дальнейшем оценить потребности индивида с ограниченными возможностями в различных формах социальной защиты, уточнить статус реабилитируемого, его образ жизни.

Цель исследования

Создание научно-обоснованной системы экспертизы и реабилитации инвалидов в социально-экономических условиях Таджикистана на основании проведенного медико-социального анализа функционирования медицинской и социальной моделей, социально-профессионального благополучия инвалидов, потребностей людей с ограниченными возможностями в различных формах социальной защиты, уточнение статуса реабилитируемого, его образа жизни в Таджикистане.

Материал и методы исследования

Медико-социологический опрос инвалидов проводился в 4-х районах города Душанбе: Сино, Сомони, Фирдавси, Шохмансур; районах республиканского подчинения (РРП): г. Турсунзаде, Шахринав, Файзабад, Рогун; Согдийской области (Согд): Канибадам, Ходжент, Истаравшан, Айни и Хатлонской области (Хатлон): г. Курган–Тюбе (ныне Бохтар) и г. Куляб. Опрос проводился

в 2014-2015 годах, всего было опрошено 1300 человек.

Исследованию были подвергнуты основные показатели жизнедеятельности инвалидов на всех трёх этапах реабилитации. Использовали специально разработанную анкету, содержащую 55 целенаправленных вопросов, в том числе касающихся социального статуса респондентов. Анкета недееспособных лиц заполнялась со слов самих инвалидов либо опекуна, родителей, близких. Опрос респондентов проводили в лечебно-профилактических учреждениях и на дому. Количество опрашиваемых составляло 6-7% от общего количества инвалидов, проживающих на данной территории.

Для анализа функционирования медицинской и социальной моделей реабилитации в анкете использовали по 26 целенаправленных вопросов в каждом блоке. После проведенной статистической обработки наиболее значимые вопросы были интерпретированы и объединены в таблицы.

Результаты и их обсуждение

Из всех опрошенных 1300 человек распределение респондентов было следующим: в Душанбе – 102 человека, РРП – 140 человек, Согде – 330 и Хатлоне – 728 человек (табл. 1).

Из общего количества опрошенных по половому признаку значительного преобладания мужчин над женщинами не было - 716 (55%) и 584 (45%) соответственно. В возрастном соотношении дети-инвалиды составили 210 (16%), люди трудоспособного возраста – 951 (73%) и старше 60 лет 139 (11%) человек (табл. 1).

В структуре распределения респондентов по группам инвалидности большую часть составили инвалиды II группы с правом работы - 304 человека (23%) и без права работы - 268 человек (20%) (табл. 2).

Таблица 1

Распределение респондентов инвалидов по полу и возрасту (абс. ч., %)

Регионы	Пол		Всего	Возраст			Всего
	муж.	жен.		от 3 до 18 лет	от 19 до 59 лет	старше 60 лет	
	абс.ч., %	абс.ч., %	абс.ч., %	абс.ч., %	абс.ч., %	абс.ч., %	
Душанбе	57 (56%)	45 (44%)	102 (8%)	13 (13%)	64 (63%)	25 (24%)	102
РРП	86 (61%)	54 (39%)	140 (11%)	21 (15%)	91 (65%)	28 (20%)	140
Согд	167 (51%)	163 (49%)	330 (25%)	58 (18%)	245 (74%)	27 (8%)	330
Хатлон	406 (56%)	322 (44%)	728 (56%)	118 (16%)	551 (76%)	59 (8%)	728
Всего	**716 (55%)**	**584 (45%)**	**1300**	**210 (16%)**	**951 (73%)**	**139 (11%)**	**1300**

Таблица 2

Распределение респондентов инвалидов по группам инвалидности (абс. ч.,%)

Регионы	III группа	II группа с правом работы	II группа без права работы	I группа	Инвалид с детства	Всего
	абс.ч., %	абс.ч., %	абс.ч., %	абс.ч., %	абс.ч., %	
Душанбе	43 (42%)	10 (10%)	28 (27%)	10 (10%)	12 (9%)	102
РРП	53 (38%)	18 (13%)	37 (26%)	23 (16%)	11 (7%)	140
Согд	102 (31%)	78 (24%)	62 (19%)	21 (7%)	64 (19%)	330
Хатлон	241 (33%)	198 (27%)	142 (19%)	36 (10%)	81 (11%)	728
Всего	**439 (37%)**	**304 (23%)**	**269 (20%)**	**90 (7%)**	**168 (13%)**	**1300**

Инвалидов III группы было 439 (37%) человек, I группы - 90 (7%) и детей-инвалидов оказалось 168 человек (13%). Хотя процент детей-инвалидов в общей структуре инва-

лидности занимает последнее место, однако, не следует забывать, что это подрастающее поколение, которое будет играть большую роль в нашем обществе в дальнейшем.

Анализ семейного положения опрошенных (табл. 3) показал следующее: в полных семьях проживают 719 (55%) человек, при этом больший процент был в РРП - 64% и Хатлоне – 61% опрошенных. В неполных семьях (а это холостые, вдовцы, разведенные) проживают 450 (35%) человек и не ответили 10% респондентов. Неполные семьи считаются неблагополучными, при этом люди с ограниченными возможностями более уязвимы в обществе, что ещё больше усугубляет тяжелое состояние данной категории людей.

Таблица 3

Распределение респондентов по семейному положению (абс. ч.,%)

Регионы	Семейное положение					Всего
	женат (замужем)	холост (не замужем)	вдовец (вдова)	разведен (разведена)	нет ответа	
	абс.ч, %	абс.ч., %	абс.ч., %	абс.ч.,%	абс.ч.,%	
Душанбе	50 (49%)	26 (25%)	18 (17%)	5 (5%)	3 (4%)	102
РРП	90 (64%)	30 (21%)	6 (5%)	3 (2%)	11 (8%)	140
Согд	134 (41%)	78 (24%)	61 (18%)	6 (2%)	51 (15%)	330
Хатлон	445 (61%)	165 (23%)	31 (4%)	21 (3%)	66 (9%)	728
Всего	719 (55%)	299 (23%)	116 (9%)	35 (3%)	117 (10%)	1300

Оценка работы медицинских учреждений включала в себя вопросы по обращаемости и оценке качества лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ). На вопрос о посещаемости участковым врачом один раз в месяц ответили от 34% (Хатлон) до 15% (РРП) (в среднем 28%), один раз в полгода - от 29% (РРП) до 15% Согд (в среднем 19%) респондентов соответственно. При этом не ответили на данный вопрос от 43% (Согд) до 23% (Хатлон) (в среднем 30%) респондентов. Большинство инвалидов предпочитают лечиться по месту жительства. Так, на вопрос, где вы предпочитаете лечиться, ЛПУ по месту жительства выбрали от 96% (РРП) до 67% (Согд) опрошенных соответственно (в среднем 73%), тогда как обращались в ведомственные - 3% и платные учреждения - 5% респондентов соответственно. Из этого можно сделать предположение, что в нашей стране мало ведомственных медицинских учреждений, а платные медицинские услуги по ряду причин малодоступны для людей с ограниченными возможностями. В основном оценка качества работы ЛПУ по месту жительства была удовлетворительной - от 32% (Согд) до 54% (РРП) (в среднем 40%) и хорошей - от 24% (РРП) до 34% (Согд) (в среднем 29%) респондентов. При этом оценили личные качества медработников из 1300 респондентов 1195 (92%), поставив на первое место внимательность 690 (53%) человек, доброту 221 человек (17%) и только лишь потом квалификацию 199 (15%) и компетентность 70 (5%). В ЛПУ по месту жительства инвалидам должны оказывать бесплатные медицинские услуги, такие как: обеспечение бесплатными лекарствами и проведение лечебно-восстановительных мероприятий.

Была проведена оценка доступности льготных услуг для инвалидов в ЛПУ. На вопрос: «Испытывали они трудности в получении бесплатных лекарств», положительно ответили от 48% инвалидов по РРП до 33% в Хатлоне (в среднем 33%), при этом немалый процент респондентов не ответили на данный вопрос (в среднем 25% респондентов). Тогда как в получении бесплатных лекарств в прикреплённых к ЛПУ аптеках трудности испытывали от 26% (Согд) до 45% (РРП) (в среднем 29%) респондентов.

На вопрос о проведении с ними лечебно-восстановительных мероприятий положительно ответили от 22% (г. Душанбе) до 58% (Согд) (в среднем 41%) респондентов, при этом 13% не ответили вопрос. Данные цифры показывают, что инвалидам доступны льготные услуги в ЛПУ республики, однако, часть из них указывает на трудности в их получении.

Следует отметить, что в последнее десятилетие в республике, как альтернативная услуга, развивается платная медицина. Оценено отношение инвалидов к платной медицине. На вопрос: «Приходилось ли Вам оплачивать медицинские услуги?» по-

ложительно ответили от 84% (РРП) до 45% (Хатлон) (в среднем 53%) число респондентов, тогда как платную медицину поддержали лишь от 9% (РРП) до 29% (Согд) (в среднем 21%) от общего числа респондентов. А вот на вопрос: «Отказывал ли Вам врач в помощи при отсутствии денег?» положительно ответил большой процент респондентов: от (89%) РРП до (53%) Согд (в среднем 59%) в государственных учреждениях.

Окончательный вердикт о наличии либо отсутствии у человека с ограниченными возможностями той или иной группы инвалидности решает врачебно-трудовая экспертная комиссия (ВТЭК), в связи с этим в анкету были включены вопросы, связанные с оценкой работы ВТЭКа.

По итогам опроса, удовлетворенными проведенной экспертизой оказались от 78% (Согд) до 52% (РРП) (в среднем 61%) респондентов, недовольных оказалось 24%, не ответили на данный вопрос 15% респондентов. При этом высокий процент недовольных оказался в г. Душанбе - 40% и РРП – 47%. На наличие трудностей при оформлении документов положительно ответили от 28% (Согд) до 39% (Душанбе) (в среднем 30%) респондентов. Основными причинами трудностей в оформлении документов называли долгое оформление - от 13% (Согд) до 41% (РРП) (в среднем 30%), волокиту - от 13% (Согд) до 32% (РРП) (в среднем 20%), не ответили на данный вопрос 40% респондентов.

При оценке социального статуса большой процент проживающих в Согде - 51% и Хатлоне - 44% отнесли себя к пенсионерам, что в среднем составило 42%, хотя ранее нами было отмечено людей старше 60 лет 11% в среднем (причем в Согде и Хатлоне по 8% соответственно). Такой разнобой в показателях, вероятно, обусловлен тем, что, получая пенсию по инвалидности, человек психологически ассоциирует себя с пенсионером. Довольно низкий процент (в среднем) составили учащиеся – 10%, рабочие - 10% и госслужащие – 5%, хотя в Душанбе госслужащих оказалось14%.

Выводы

1. Из всего вышеизложенного можно отметить, что существующая медицинская модель реабилитации функционирует неплохо: так, до 73% инвалидов предпочитают лечиться в ЛПУ по месту жительства. При этом удовлетворительную и хорошую оценку качества работы ЛПУ по месту жительства поставили 40% и 29% респондентов соответственно, и, хотя не требуется кардинального изменения медицинской модели, однако, необходимо улучшить качество оказания медицинских услуг в ЛПУ республики.

2. Всего лишь от 22% до 58% инвалидов положительно ответили на вопрос о проведении с ними лечебно-восстановительных мероприятий в ЛПУ по месту жительства. В связи с этим в ЛПУ, особенно в поликлиниках, необходимо изменить сферу деятельности физиотерапевтических отделений и расширить спектр оказываемых реабилитационных услуг больным и, в частности, инвалидам.

3. Проблемным остаётся вопрос доступности бесплатной медицинской помощи лицам с ограниченными возможностями. Так, трудности в получении бесплатных рецептов испытали от 33% до 48%, отказ по ряду причин в выдаче выписанных бесплатных лекарств в аптеках испытали от 26% до 45% респондентов, что наводит на мысль о необходимости пересмотра существующего положения по данному вопросу.

4. В современном мире в связи с внедрением новых технологий в медицинских учреждениях бурно развивается частная медицина, однако, малую доступность данного вида услуг отметили большое количество лиц с ограниченными возможностями. Так, в платные учреждения обратились лишь 5% респондентов, отказ в оказании медицинской помощи при отсутствии денег получили 59% респондентов.

5. Всё вышеизложенное указывает на то, что в республике назрела необходимость внедрения института страховой медицины. Работа в данном направлении позволит увеличить доступность современных дорогостоящих методов диагностики, лечения и реабилитации больных и, в первую очередь, инвалидов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Документ об изложении позиции Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан на период 2014-2019 годы: «Лучшее здоровье для инвалидов в целях создания инклюзивного общества в Таджикистане». – Душанбе, 2014. – 12 с.

REFERENCES

1. Dokument ob izlozhenii pozicii Ministerstva zdravoohranenija i social'noj zashhity naselenija Respubliki Tadzhikistan na period 2014-2019 gody: «Luchshee zdorov'e dlja invalidov v celjah sozdanija inkljuzivnogo obshhestva v Tadzhikistane» [Document on the position

2. Коростелова Н.А. Социальная модель инвалидности основа формирования толерантности отношения к инвалидам // Вестник Челябинского педагогического университета. – 2012. – № 8. – С. 81-89.

3. Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы. Постановление правительства Республики Таджикистан №455 от 28 октября 2016 г.

4. Отчет совместного ежегодного обзора реализации «Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 годы. Период 2013-2014.- Душанбе. С. 15-19, 26, 28, 31, 37

5. Гоибов А.Г., Лукьянов Н.Б., Рузиев М.М., Абдурахимов А.С. Условия перехода к социальной модели инвалидности и особенности реабилитации лиц с ограниченными возможностями в Республики Таджикистан // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2017. – №3. – С. 11-15.

6. Гоибов А.Г., Шехов А.Дж., Азизов З.А., Хакназаров И.А. Медико-социальные аспекты инвалидности и реабилитации лиц с ограниченными возможностями в Таджикистане // Здравоохранение Таджикистана. – 2015. – №1. – С.102-110.

7. Демографический ежегодник Республики Таджикистан: 25 лет государственной независимости. – Агентство по статистики при Президенте Республики Таджикистан. – Душанбе, 2016. – С. 22-25.

8. Итоговый отчет ПРООН по вопросам инвалидности в Таджикистане. Душанбе, 2012.

9. Профиль страны по инвалидности: Республика Таджикистан.- Японское агентство по международному сотрудничеству. 2009. С. 6.

of the Ministry of health and social protection of the population of the Republic of Tajikistan for the period 2014-2019: "Better health for people with disabilities in order to create an inclusive society in Tajikistan»].- Dushanbe, 2014; 12 p.

2. Korostelova N.A. Social'naja model' invalidnosti osnova formirovanija tolerantnosti otnoshenija k invalidam [Social model of disability the basis of the formation of tolerance of attitude to the disabled]. *Vestnik Cheljabinskogo pedagogicheskogo universiteta (Bulletin of the Chelyabinsk pedagogical University)*. 2012;8:81-89

3. Nacional'naja programma reabilitacii invalidov na 2017-2020 gody. Postanovlenie pravitel'stva Respubliki Tadzhikistan №455 ot 28 oktjabrja 2016 g. [National programme for the rehabilitation of disabled persons for 2017-2020. Resolution of the government of the Republic of Tajikistan # 455 from 28 October 2016].

4. Otchet sovmestnogo ezhegodnogo obzora realizacii «Nacional'noj strategii zdorov'ja naselenija Respubliki Tadzhikistan na period 2010-2020 gody. Period 2013-2014 [Report of the joint annual review of the implementation of the National Population Health S of the Republic of Tajikistan for the period 2010-2020. Period 2013-2014].- Dushanbe.15:19-26-28-31-37

5. Goibov A.G., Luk'janov N.B., Ruziev M.M., Abdurahimov A.S. Uslovija perehoda k social'noj modeli invalidnosti i osobennosti reabilitacii lic s ogranichennymi vozmozhnostjami v Respubliki Tadzhikistan [Conditions of transition to the social model of disability and features of rehabilitation of persons with disabilities in the Republic of Tajikistan]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovanija v sfere zdravoohranenija (Bulletin of Postgraduate Education in Health Care)*.- Dushanbe.2017;3:11-15.

6. Goibov A.G., ShehovA.Dzh., Azizov Z.A., Haknazarov I.A. Mediko-social'nye aspekty invalidnosti i reabilitacii lic s ogranichennymi vozmozhnostjami v Tadzhikistane [Medical and social aspects of disability and rehabilitation of persons with disabilities in Tajikistan]. *Zdravoohranenie Tadzhikistana (Healthcare in Tajikistan)*. 2015; 1:102-110.

7. Demograficheskij ezhegodnik Respubliki Tadzhikistan: 25 let gosudarstvennoj nezavisimosti.- Agentstvo po statistiki pri Prezidente Respubliki Tadzhikistan [Demographic almanac of the Republic of Tajikistan: 25 years of the State independence.- Statistics Agency under the President of the Republic of Tajikistan].- Dushanbe, 2016; 22-25p.

8. Itogovyj otchet PROON po voprosam invalidnosti v Tadzhikistane [Final report on disability in Tajikistan,UND P]. Dushanbe, 2012;.

9. Profil' strany po invalidnosti: Respublika Tadzhikistan.- Japonskoe agentstvo po mezhdunarodnomu sotrudnichestvu [Country profile on disability: Republic of Tajikistan.- Japan International Cooperation Agency]. 2009; 6 p.

Сведения об авторах:
Магзумова Фируза Пулодовна – зам. директора по лечебной части НИИ МСЭиРИ МЗиСЗН РТ, к.м.н.; тел.: (+992)919244791; (+992)372501659; e-mail: fmagzumova@mail.ru
Хакназаров Сафо Шахобович – врач невропатолог-реабилитолог, соискатель НИИ МСЭиРИ МЗиСЗНРТ; (+992)901605022
Одинаева Надежда Владимировна – детский врач невропатолог-реабилитолог, соискатель НИИ МСЭиРИ МЗиСЗН РТ; тел.: (+992)904440305

Information about authors:
Magzumova Firuza Pulodovna – Deputy Director of the Treatment Unit of the Scientific and Research Institute MSEIRI, Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan, Candidate of Medical Sciences; Tel: (+992) 919244791; (+992) 372501659; e-mail: fmagzumova@mail.ru
Khaknazarov Safo Shakhobovich – A neuropathologist- rehabilitologist, an aspirant of the Scientific and research institute MSEIRI, MHSP of the RT; (+992) 901605022
Odinaeva Nadezhda Vladimirovna – pediatrician, neuropathologist-rehabilitologist, applicant, the Scientific and Research Institute MSEIRI, MHSP of the RT; (+992) 904440305

БАҲОДИҲИИ ФАЪОЛИЯТНОКИИ МОДЕЛИ ТИББИЮ ИҶТИМОИИ ТАВОНБАХШӢ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

МАҒЗУМОВА Ф.П., ХАҚНАЗАРОВ С.Ш., ОДИНАЕВА Н.В.

МД "Пажуҳишгоҳи экспертизаи тиббию иҷтимоӣ ва тавонбахшии маъюбон" ВТ ва ҲИА ҶТ

***Мақсади тадқиқот**. Офаридани системаи ба таври илмӣ асосноккардашудаи санҷишӣ ва тавонбахшии маъюбон дар шароити иҷтимоию иқтисодии кунунии Тоҷикистон, дар асоси тадқиқоти гузаронидашудаи тиббию иҷтимоии фаъолиятнокии моделҳои тиббию иҷтимоӣ, сатҳи зиндагии маъюбон, талаботи нафарони имконияташон маҳдуд ба ҳимояи гуногуни иҷтимоӣ, муайянсозии мақоми шахси эҳтиёҷдошта ва тарзи ҳаёти ӯ дар Тоҷикистон.*
***Мавод ва усулҳои тадқиқот**. Пурсиши тиббию иҷтимоии 1300 маъюбони 4 ноҳияҳои шаҳри Душанбе – Сино, Сомонӣ, Фирдавсӣ ва Шоҳмансур, инчунин ноҳияҳои тобеъи ҷумҳурӣ – шаҳрҳои Турсунзода ва Рогун, ноҳияҳои Шаҳринав ва Файзобод, вилоятҳои Суғд – шаҳрҳои Конибодом, Хӯҷанд, Истаравшан ва ноҳияи Айнӣ ва Хатлон – шаҳрҳои Бохтар ва Кӯлоб дар солҳои 2014-2015 гузаронида шуд.*
Нишондиҳандаҳои асосии фаъолияти ҳаётии маъюбон дар тамоми 3 марҳилаи тавонбахшӣ мавриди тадқиқот фаро гирифта шуд. Ҳангоми тадқиқот аз анкетаи махсус коркардшуда истифода бурда шуд, ки он дорои 55 саволҳои ҳадафнок бо фарогирии мақоми иҷтимоии шахсони пурсидашуда, мебошад.
***Натиҷаҳо**. Тақрибан 73% маъюбон афзалияти табобатгириро дар шароити муассисаи табобатию профилактикии ҷойи истиқомат арз намудаанд. Сифати кори муассисаҳои табобатию профилактикиро 40% пурсидашудагон ҳамчун «қаноъатбахш» ва 29% ҳачмун «хуб» баҳогузорӣ кардаанд. Аз 22 то 58% маъбон ба саволи гузаронидани машғулиятҳои табобатию тавонбахшӣ бо онҳо дар муассисаҳои табобатию профилактикии ҷойи истиқомат ба таври мусбӣ ҷавоб додаанд. Аз 33% то 48% маъюбон дар гирифтани дорухати ройгон бо мушкилотҳои гуногун дучор шуда, ба 26-45%-и онҳо бо сабаҳои гуногун дорухои навишташудаи ройгон аз ҷониби дорухонаҳо дода нашудааст. Ба муассисаҳои табобатии музднок танҳо 5% пурсидашудагон муроҷиат намуда, 59%-и онҳо ҳангоми расонидани хизматрасонии тиббӣ ба таври ройгон ҷавоби рад гирифтаанд.*
***Хулоса**. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон зарурияти воридсозии системаи сугуртаи тиббӣ ба миён омадааст. Фаъолият дар ин самт барои бештар намудани дастрасии беморон, ба хусус маъюбон ба усулҳои ҳозиразамони гаронарзиши ташхисию табобатӣ ва тавонбахшӣ мусоидат менамояд.*
***Калимаҳои асосӣ:** тавонбахшии тиббию иҷтимоӣ, иҷтимоию касбӣ, ҳимояи иҷтимоӣ, маъюбӣ*

УДК 616-06;616-07;616.24-001;616.248 **doi: 10.31712/2221-7355-2018-8-3-326-334**

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭКЗОГЕННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО АЛЬВЕОЛИТА НА ФОНЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

МУСТАФАКУЛОВА Н.И., СУЛТАНОВ А.И., АБДУЛЛАЕВА Д.Ю.

Кафедра внутренних болезней № 3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. *Изучить особенности течения экзогенного аллергического альвеолита (ЭАА) на фоне бронхиальной астмы (БА).*

Материал и методы исследования. *Всего обследованы 123 больных с ЭАА в возрасте от 17 до 67-х лет. Из них 63 пациента имели в анамнезе тяжёлую степень атопической формы БА.*

Результаты. *Развитие ЭАА на фоне БА сопровождалось выраженным бронхообструктивным и интоксикационным синдромами. Рентгенологически выявлено снижение прозрачности лёгочных полей. Повышение общего IgE, эозинофилов и лимфоцитов в бронхоальвеолярном содержимом свидетельствовало об аллергической природе заболевания.*

Заключение. *При длительном течении БА, повторяющейся в продолжительных экспозициях, в лёгочные альвеолы могут проникать мелкодисперсные частицы, способствуя развитию ЭАА.*

Ключевые слова: *экзогенный аллергический альвеолит, бронхиальная астма, «матовое стекло», «сотовое лёгкое», бронхоальвеолярный лаваж*

FEATURES THE COURSE OF EXOGENOUS ALLERGIC ALVEOLITIS AGAINST THE BACKGROUND OF BRONCHIAL ASTHMA

MUSTAFAKULOVA N.I., SULTANOV, A.I., ABDULLAEVA, D.U.

Department of Internal Diseases No3 of the Avicenna Tajik State Medical University

Study Purpose. *To study the course of exogenous allergic alveolitis (EAA) against the bronchial asthma (BA).*

Material and Methods. *Totally 123 patients aged 17 to 67 years were examined by EAA. In the half of the cases (63 people), these patients had a history of severe atopic asthma.*

Results. *The development of EAA agains the background of the BA was accompanied by a dramatic bronchial obstruction and intoxication syndromes. X-ray revealed a decrease in the transparency of pulmonary fields. Increased total IgE, eosinophils and lymphocytes bronchoalveolar content evidenced to the allergic nature of the disease.*

Conclusion. *In the a long course of asthma, repeated in prolonged exposures, fine particles is able to penetrate into the pulmonary alveoli, contributing to the development of EAA.*

Key words: *exogenous allergic alveolitis, bronchial asthma, bronchoalveolar lavage*

Актуальность

Экзогенный аллергический альвеолит (ЭАА) представляет собой воспаление группы альвеол лёгкого, развивающееся в результате отложения в них своеобразного осадка, состоящего из иммуноглобулинов и аллергенов экзогенного происхождения. Но хотя альвеолы являются мельчайшими структурными единицами лёгких и располагаются на концах бронхиол, само бронхиальное дерево при ЭАА остаётся непоражённым [1].

Частота возникновения ЭАА определяется географическими и климатическими особенностями местности, состоянием окружающей среды, бытовыми условиями, особенностями профессии, санитарно-гигиеническими условиями труда. В большинстве своём ЭАА диагностируется среди работников сельского хозяйства, у которых он наиболее изучен [3]. Среди птицеводов частота ЭАА колеблется от 3% до 14%, у работников животноводства - от 2,3% до 8,6%. Основной причиной появления ЭАА служат ингаляционные аллергены, которые попадают в лёгкие в процессе дыхания. Источниками аллергенов могут быть перья, птичий помёт, грибок, прелое сено, пыль, даже увлажнители воздуха и кондиционеры [4, 5].

Острые приступы, как правило, начинаются уже после четырёх – шести часов, которые отсчитываются от последнего контакта с принципиально значимым аллергеном.

Изначальное состояние больного больше похоже на грипп, в дальнейшем напоминает пневмонию, температура тела стремительно растет, часто достигает отметки сорок градусов, появляется кашель, озноб, в лёгких прослушиваются крепитационные хрипы [2]. Возможен также астмоидный вариант ЭАА. При длительном контакте с аллергенами развивается хроническая форма альвеолита. Для хронической формы характерен кашель с выделением слизистой мокроты, потеря аппетита, одышка при нагрузках, мышечные боли, уменьшение массы тела [6, 7].

У части больных сочетание бронхиальной астмы (БА) с ЭАА сопровождается клиническими проявлениями реакции гиперчувствительности I и III типов. У больных ЭАА важнейшую роль в патогенезе отводят альвеолярным макрофагам, поэтому нередко выявляют нормальные уровни IgE и эозинофилов, тогда как при БА уровни IgE и эозинофилов зачастую повышены [8]. Биопсия лёгкого показана, если для постановки диагноза недостаточно других критериев [1].

Следует отметить, что при аллергическом экзогенном альвеолите комплексы антиген — антитело откладываются в тканях и стенках сосудов лёгких, вызывая их повреждение [7]. Возможно, с этим и связано снижение числа IgE в крови у пациентов с хроническим вариантом ЭАА. Нормальные показатели клеточного и гуморального иммунитета не исключают наличия ЭАА у этих категорий лиц, что совпадает с данными других исследователей [9].

Рентгенологические изменения при ЭАА отличаются участками пониженной прозрачности паренхимы по типу «матового стекла» в ранней стадии и утолщением междольковых перегородок в поздней стадии заболевания. Трансбронхиальная биопсия, согласно данным The European Respiratory Society (Европейское респираторное общество) (ERS) / American Thoracic Society (Американское торакальное общество) (ATS), при ЭАА не имеет диагностического значения в связи с малыми размерами получаемых образцов и невысокой информативностью результатов.

Ошибки диагностики, опоздания в распознавании этого заболевания приводят к формированию лёгочного фиброза, развитию дыхательной недостаточности и летальному исходу.

В процесс диагностики ЭАА специалисты не всегда включают компьютерную томографию высокого разрешения (КТВР), а часто ограничиваются анализом обзорных рентгенограмм. В практике ЭАА в большинстве случаев лечится под диагнозом «Бронхиальная астма», своевременно не диагностируется, что приводит к неадекватному лечению и дальнейшему прогрессированию.

Особенности течения ЭАА на фоне бронхиальной астмы в Республике Таджикистан не нашли своего отражения в доступной научной литературе.

Цель исследования

Изучить особенности течения ЭАА на фоне бронхиальной астмы в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования

Всего обследовано 123 больных с ЭАА в возрасте от 17 до 67 лет. В более половине случаев (63 человека) эти пациенты имели в анамнезе тяжелую степень атопической формы БА.

Группу сравнения составили 55 пациентов с атопической формой БА. В группу контроля вошли 30 здоровых людей.

В свою очередь, пациенты с ЭАА на фоне БА распределены на 3 подгруппы: IA подгруппа – 27 человек (43,0%) с острым течением заболевания, IB подгруппа – 17 человек (27,0%) с подострым течением, IC подгруппа - 19 человек (30,0%) – с хроническим течением заболевания. Все группы пациентов были в тяжёлом состоянии.

С целью дифференциальной диагностики наряду с общепринятыми клинико-лабораторными обследованиями были проведены: диагностика туберкулеза (анализ мокроты на БК) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), диагностика ВИЧ-инфекции – иммуноферментным и ПЦР методами, исследование ЦИК, иммуноглобулинов классов A, M, G, специфического и общего IgE, определение антител и антигенов к конкретным аллергенам и возбудителям болезни, обзорная рентгенография и компьютерная томография лёгких, исследование функции внешнего дыхания, фибротрахеобронхоскопия с клеточным исследованием бронхиального смыва. Учитывая тяжесть состояния, в последующем гистологические методы диагностики не применяли.

Статистическую обработку первичного материала проводили на ПК с помощью применения прикладного пакета Statistica 6,0 («Stat.SoftInci.,vma) Вычисляли средние значения (M) и стандартную ошибку (±m), относительные величины (P). Для проверки нулевой гипотезы и для сравнения средних величин, достоверность различий выборок определяли по t-критерию Стьюдента и по U-критерию Манна-Уитни. Сравнение

нескольких групп проводилось с помощью критерия ANOVA (H-критерий Краскела-Уоллиса). Нулевая гипотеза при анализе данных опровергалась при p<0,05.

Результаты и их обсуждение

Клинические проявления острого течения ЭАА на фоне БА развивались, спустя 5-7 часов после контакта с аллергеном. Из 27 больных с острым течением ЭАА на фоне БА у 11 (40,7%) отмечалось повышение температуры тела до высоких цифр (39-40º), озноб, недомогание, потеря аппетита, головная боль, слабость, сухой кашель (пневмониеподобный вариант). У 16 (59,3%) пациентов имелось затруднение дыхания по типу астматического приступа (астмоидный вариант). У всех больных с острым ЭАА наблюдалась выраженная одышка - до 30 дыханий в 1 мин., тахикардия, цианоз кожных покровов и видимых слизистых оболочек.

При анализе аускультативных данных у всех больных с пневмониеподобным вариантом течения ЭАА прослушивали крепитирующие хрипы, тогда как у пациентов с астмоидным вариантом преобладали сухие свистящие хрипы. Сопоставление клинических проявлений у пациентов с ЭАА на фоне БА и изолированной БА представлено на рисунке 1.

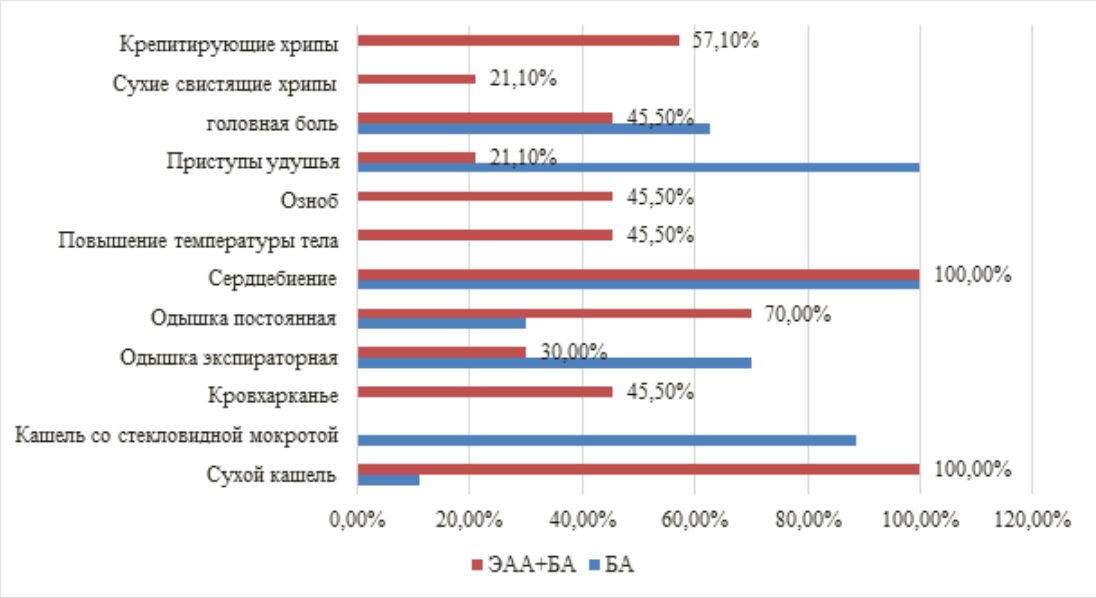


Рис. 1. Сопоставление клинических проявлений у пациентов с ЭАА в сочетании с БА и изолированной БА

Различия отмечались по выраженности рентгенологических данных: «симптом матового стекла» и эмфизематозно-интерстициальных изменений у пациентов с острым и подострым течением ЭАА на фоне БА, тогда как при хроническом варианте ЭАА ретикулярная ткань становилась более грубой, тяжистой, появлялись округлые кистозные просветления, отражающие формирование «сотового» лёгкого. У больных БА визуализировалась эмфизема лёгких (100,0%), расширение правых отделов сердца (23,8%), локальные расширения на стенке бронхов (71,4%)

Рис. 2. Рентгенограмма пациента Р., 1967 года рождения с БА (группа сравнения)

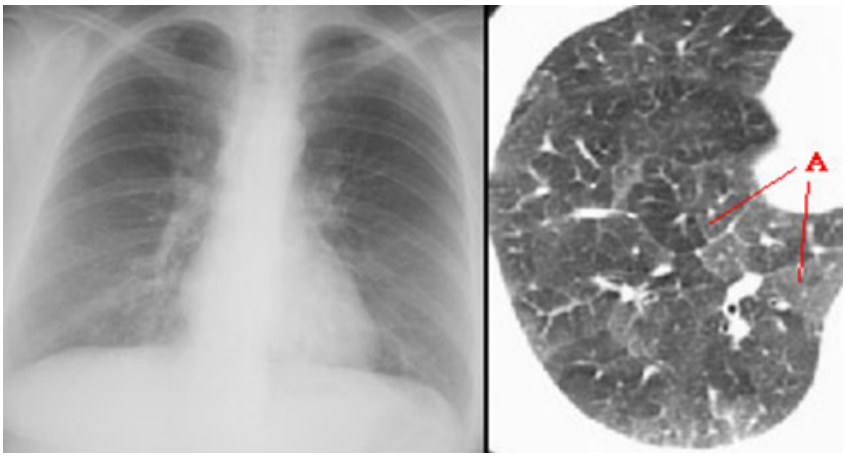


Рис. 3. Выраженный симптом «матового стекла» у пациентки Б., страдающей острой формой ЭАА, на рентгенограмме и КТВР (IA подгруппа)

Рис. 4. Симптом «сотового лёгкого» у больного Р.с хроническим течением ЭАА, 1973 года рождения (IC подгруппа)

Исследования вентиляционной функции лёгких показали, что в большинстве случаев при остром варианте ЭАА на фоне БА наблюдается обструктивный тип нарушений функции внешнего дыхания, тогда как при пневмониеподобном варианте у 77,0% пациентов обнаружен рестриктивный тип, в остальных случаях (23,0%) - обструктивный тип нарушений внешнего дыхания.

В случае установления диагноза по данным неинвазивных методов исследования (КТВР) и при формировании «сотового легкого» проведение БАЛ не рекомендуется (уровень доказательства – 2+, сила рекомендации С) [7].

У пациентов с острым и подострым течением ЭАА на фоне БА в 37 (39,0%) случаях в бронхоальвеолярном лаваже обнаружено преобладание эозинофилов и лимфацитов, тогда как в 61,0% случаев диагностическая ценность клеточного состава бронхоальвеолярного лаважа (БАЛ) теряет значимость в связи неоднократным получением антибактериальной и глюкокортикостероидной терапии.

Клеточный состав БАЛ у пациентов ЭАА на фоне БА в зависимости от варианта течения был различным (табл. 2).

Как видно из таблицы 2, достоверных различий в клеточном составе БАЛ у пациентов с ЭАА на фоне БА с острым и подострым течением заболевания не отмечалось.

Следует подчеркнуть, что ни одному из наблюдавшихся больных до поступления в клинику диагноз ЭАА не был установлен. Эти больные ошибочно расценивались как больные с туберкулёзом лёгких, затяжной, деструктивной или острой пневмонией. В связи с этим, пациенты получали неадекватное лечение: длительные курсы антибиотикотерапии, противотуберкулёзные средства.

Нередко у пациентов с БА в лёгких выслушивались также мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы (51,2%), что было связано, вероятно, с присоединением ЭАА.

Таблица 1

Динамика показателей вентиляционной функции легких у больных с различными вариантами течения ЭАА на фоне БА

Показатель (в % от должной величины, кроме ЧД)	**Р1 БА**	**Вариант течения ЭАА+БА**						
		Р2 острый n=27	**Р3 подострый n=17**	**Р4 хронический n=19**	**Р1-Р2**	**Р2-Р3**	**Р3-Р4**	**Р2-Р4**
ЧД в мин’	23±1,0	27,0±1,0	27,0±1,0	25,0±1,0	***	*	*	*
ЖЕЛ	77,5±2,5	59,3± 2,3	66,0±1,0	70,7± 1,3	***	**	*	**
МВЛ	83,0±1,0	63,0±1,3	70,0±2,3	76,9±3,3	***	*	**	**
ФЖЁЛ	67,7±2,7	53,7±1,5	57,0±1,3	63,5±1,7	***	*	*	*
ОФВ1	87,6±3,0	67,3±1,5	76,3±1,5	80,7±0,3	***	**	**	**
ОФВ1/ ФЖЁЛ	55,3±3,3	43,7±1,3	47,0±1,0	51,3±1,5	***	*	*	*
РД	47,9±2,5	33,2±1,3	37,7±1,3	40,2±0,3	***	*	*	**
ПОС выд	65,3±4,3	45,0±1,7	49,7±2,5	59,4±0,5	***	*	*	*
СОС25-75	73,7±3,0	58,6±1,3	59,0±1,5	69,3±1,5	***	*	*	*

Примечание: статистическая значимость различий по критерию ANOVA (Н-критерий Краскела-Уоллиса) в зависимости от формы ЭАА: р*> 0,05; ** – р<0,01; *** – р<0,001
ЧД – частота дыхания; ЖЁЛ – жизненная ёмкость лёгких; МВЛ – максимальная вентиляция лёгких; ФЖЁЛ – форсированная жизненная ёмкость лёгких; ОФВ1 – объём форсированного выдоха за 1 секунду; ОФВ1/ФЖЁЛ – соотношение ОФВ1 к ФЖЁЛ; РД – резерв дыхания; ПОС выд. – пиковая объёмная скорость выдоха; СОС25-75 – средняя объёмная скорость выдоха в интервале от 25% до 75% ФЖЁЛ; ЧД – частота дыхания; ЖЁЛ – жизненная ёмкость лёгких; МВЛ – максимальная вентиляция лёгких; ФЖЁЛ – форсированная жизненная ёмкость лёгких

Таблица 2

Клеточный состав БАЛ у пациентов ЭАА на фоне БА в зависимости от варианта течения

Клеточный состав	**Вариант течения ЭАА**		**р**
	острый	**подострый**	**р>0,05**
Эозинофилы	8,8±2,5	6,8±1,05	р>0,05
Нейтрофилы	6,5±1,3	8,8±0,5	р>0,05
Лимфоциты	39,3±3,5	43,3±0,5	р>0,05

Изучение факторов риска развития и особенностей аллергологического статуса у больных с ЭАА представляет как научный, так и практический интерес. Аллергологическое обследование проводилось у больных с ЭАА на фоне БА путём подробного сбора анамнеза и иммуноферментным анализом крови, при этом выявлены специфические антитела различных иммунохимических классов к панели антигенов.

В Республике Таджикистан основными причинами ЭАА на фоне БА между группами явились: вдыхание хлопковой (85,2%; 88,2%; 47,3%; 36,3%) и зерновой пыли (77,7%; 70,5%; 26,3%; 27,2); сено (62,9%; 52,9%; 23,5%; 16,3%), пыльца чинара (59,2%; 41,1%; 26,3%; 16,3%), домашняя пыль (51,8%; 52,9%; 26,3%; 12,7%), пыльца кукурузы (48,1%; 41,1%; 31,5%; 9,0%), микоплазмы (33,3%; 29,4%; 57,8%; 5,4%), бактерии (25,9%; 23,5%; 36,8%) (табл. 3).

Как видно из таблицы 3, между пациентами с острым и подострым течением ЭАА в факторах риска развития статистически значимых различий не отмечено, тогда как между острым и хроническим течением ЭАА, в том числе и между больными с БА, отмечены достоверные различия.

Таблица 3

Характер сенсибилизации к основным подгруппам аллергенов у больных ЭАА на фоне БА в зависимости от варианта течения заболевания

Аллергены	**Вариант течения ЭАА на фоне БА**						**БА n=55**	
	острый n=27		**подострый n=17**		**хронический n=19**			
	P1		**P2**		**P3**		**P4**	
	абс.	**%**	**абс.**	**%**	**абс.**	**%**	**абс.**	**%**
Хлопковая пыль	23	85,2	15	88,2*	9	47,3**	20	36,3***
Зерновая пыль	21	77,7	12	70,6*	5	26,3**	15	27,2***
Сено	17	63,0	9	53,0*	4	23,5**	9	16,3***
Пыльца чинары	16	59,3	7	41,1*	5	26,3**	9	16,3***
Домашняя пыль	13	51,8	9	52,9*	5	26,3**	7	12,7***
Пыльца кукурузы	14	48,1	7	41,1*	6	31,5**	5	9,0***
Mycoplasma pneumonia	9	33,3	5	29,4*	11	58,0**	3	5,4***
Бактерии	7	26,0	4	23,5*	15	36,8**	–	–

Примечание: (*) - достоверность различий по критерию ANOVA (H-критерий Краскела-Уоллиса) между P1-2 при P>0,05; (**) - достоверность различий между P1-3 при P< 0,01; (***) - достоверность различий между P1-4 при P< 0,001

Таким образом, если в разных странах и регионах мира наиболее превалирующими факторами развития ЭАА явились птичий антиген и массивная экспозиция плесневых грибов [1], то в нашей Республике превосходствующую роль играют пыльца хлопка, зерна, чинары, а также микоплазмы.

При сравнительном анализе показателей гуморального иммунитета у пациентов с острым течением ЭАА в сочетании с БА (по критерию Манна-Уитни) обнаружено достоверное повышение концентрации IgG, IgM, числа IgE, уровня ЦИК более значительно, чем у больных с изолированным течнием БА, тогда как у больных с хроническим течением ЭАА в сочетании с БА эти показатели были сниженными. Повышение общего IgE свидетельствовало об аллергической природе заболевания.

Состояние гуморального иммунитета у пациентов с ЭАА на фоне БА представлено в таблице 4.

Таблица 4

Показатели гуморального иммунитета у больных ЭАА на фоне БА в зависимости от варианта течения

Иммунологические показатели	**ЭАА+БА (основная группа)**			**БА (группа сравнения)**
	острое течение, подгруппа 1A, n=27	**подострое течение, подгруппа 1B, n=17**	**хроническое течение, подгруппа 1C, n=19**	
	P1	**P2**	**P3**	**P4**
IgA (мг%)	195,1±3,0	170,1±1,5*	120,1±3,0**	150,1±5,0***
IgM (мг%)	149,0±1,5	130,0±0,5*	110,0±0,5**	120,0±3,5***
IgG (мг%)	1955,0±5,0	1575,0±5,0*	1033,0±5,0**	1655,0±7,0***
IgE (нг/мл)	129,0±3,0	110,0±1,0*	63,0±0,5**	135,0±7,0***
ЦИК (у.е.)	103,4±1,5	95,4±1,3*	53,3±1,5**	79,0±1,7***

Примечание: * - достоверность различий по критерию ANOVA (H-критерий Краскела-Уоллиса) между P1-2 при p<0,05; ** - достоверность различий между P1-3 p<0,01; *** - достоверность различий между P1-4 при P<0,001

При аллергическом экзогенном альвеолите комплексы антиген — антитела откладываются в тканях и стенках сосудов лёгких, вызывая их повреждение [7]. Возможно, с этим и связано снижение числа IgE в крови у пациентов с хроническим вариантом ЭАА.

Таким образом, степень иммунологических нарушений у больных с ЭАА зависит от варианта его течения. У пациентов с хроническим течением ЭАА обнаружено достоверное снижение гуморального иммунитета, тогда как у большинства пациентов с острым и подострым вариантами течения выявлено его достоверное повышение.

Следует отметить, что длительный контакт с аллергенами приводит к застою слизи, плохой вентиляции лёгких и часто становится причиной развития ЭАА. ЭАА на фоне БА протекает тяжело. Ингаляционные аллергены, а также связанная с этим интоксикация, учащают появление приступов, с которыми трудно справляться.

В качестве примера приведём случай из медицинской практики. Больная Р., 37 лет, была доставлена в приёмный покой ГУ НМЦ РТ в тяжёлом состоянии. Из анамнеза заболевания выяснилось, что она в течение последних 5 лет страдает БА. Работает парикмахером. После очередного использования косметических средств у неё развился тяжёлый приступ удушья. В домашних условиях больная месяц назад в виде самолечения получала цефтриаксон, сальбутамол, тавегил. В течение суток был инфузирован эуфиллин 2,4% - 10,0, дексаметазон 8 мг в 0,9% - 200,0 в физиологическом растворе, трижды, от которого женщине стало ещё хуже. С резким ухудшением состояния больная была доставлена в приёмный покой, где был поставлен диагноз «Бронхиальная астма».

Рентгенологически выявлено снижение прозрачности лёгочных полей по типу «матового стекла», нечёткие пятна, диффузные или отдельные узелковые инфильтраты, что подтвердилось при компьютерной томографии высокого разрешения органов грудной клетки. Рентгенолог описал картину туберкулеза легких. Было заподозрено присоединение диссеминированного туберкулёза лёгких.

В данном случае на основании анамнеза заболевания было ясно, что больная страдает бронхиальной астмой. Микроскопически анализ мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) и полимеразную цепную реакцию (ПЦР-диагностика) был отрицательным.

Вследствие нарастания бронхообструкционного и интоксикационного синдромов было заподозрено присоединение острой пневмонии на фоне БА. Вновь были назначены цефтриаксон с гентамицином внутримышечно, эуфиллин 2,4%-10,0 в сочетании с дексаметазоном 8 мг с 0,9% - 200,0 раствора натрия хлорида внутривенно. Резко ухудшилось общее состояние, в гемограмме СОЭ увеличилась до 43 мм/ч, лейкоциты до 15 × 109 и отмечался палочкоядерный сдвиг до 17%. Общий иммуноглобин Е – 5 Ед/мл. В результате антибактериальной фармакотерапии слева тень стала ещё более распространённой, с некоторым оттенком картины «матового стекла», что подтверждает наличие острого ЭАА. Практически диагноз БА и ЭАА с последующей неоднократной антибактериальной терапией усугубили течение заболевания.

Было назначено лечение: внутривенное капельное введение преднизолона в дозе 90 мг в сутки, раствора эуфиллина, цитиризина - внутрь. Через 2 недели общее состояние улучшилось: одышка и приступы удушья прошли, на 10 день нормализовалась температура тела. Внутривенное введение преднизолона было заменено на пероральный приём. После выписки из стационара больной было рекомендовано в течение 1 месяца постепенно снизить дозу преднизолона. Пациентка была осмотрена через 1 месяц после выписки из стационара. После глюкокортикостероидной терапии и прекращения приёма антибиотиков затемнения полностью исчезли.

Необходимо отметить, что диагностическая ценность клеточного состава бронхоальвеолярного лаважа в этом случае теряет значимость в связи с неоднократным получением антибактериальной и глюкокортикостероидной терапии.

Только через 1 месяц после госпитализации был поставлен диагноз — «Экзогенный аллергический альвеолит».

Представленный клинический случай показывает один из вариантов, когда у пациентки на фоне БА развился ЭАА. Сложность диагностики этого заболевания заключается в том, что заболевание протекало под маской острой деструктивной пневмонии или же туберкулёза лёгких. Однако рентгенологическая картина в виде снижения прозрачности лёгочных полей по типу «матового стекла», нечётких пятен, диффузных, отдельных узелковых инфильтратов свидетельствовала о развитии острой формы ЭАА. Неоднократная антибиотикотерапия привела к прогрессивному ухудшению состояния пациентки. Только патогенетическая кортикостероидная

терапия позволила избежать фиброзирования лёгких и смертельного исхода.

Заключение

При длительном течении БА, повторяющейся в продолжительных экспозициях, в лёгочные альвеолы могут проникать мелкодисперсные частицы (менее 2-3 мкм), обладающие антигенными свойствами, проникая глубоко в дистальные воздухоносные пути, которые являются причиной развития ЭАА.

В результате наших исследований выявлено, что у большинства больных БА на том или другом этапе формирования и течения астмы возникает ЭАА. Ошибочная трактовка диагноза, неадекватная антибактериальная терапия негативно влияют на течение ЭАА на фоне БА.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Илькович М.М., Орлова Г.П. Экзогенный аллергический альвеолит; в кн.: Интерстициальные и орфанные заболевания лёгких / под ред. М.М. Илькович. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2016. – С. 114-140.

2. Орлова Г.П., Суркова Е.А., Лапин С.В. Маркеры активности экзогенных интерстициальных заболеваний лёгких // Пульмонология. – 2016. – № 2. – С. 180-185.

3. Bacchus L., Shah R.D., Chung J.H. et al. ACR Appropriateness Criteria® Occupational LungDiseases. ACR Appropriateness Criteria Review // J Thorac Imaging. – 2016. – Vol. 31. – P. 1-3.

4. Chiba S., Tsuchiya K., Akashi T. et al. Chronic Hypersensitivity Pneumonitis with a Usual Interstitial Pneumonia-Like Pattern, Correlation Between Histopathologic and Clinical Findings // Chest. – 2016. – Vol. 149, No 6. – P. 1473-1481.

5. Elicker B.M., Jones K.D., Henry T.S., Collard H.R. Multidisciplinary Approach to Hypersensitivity Pneumonitis // J Thorac Imaging. – 2016. – Vol. 31, No 2. – P. 92-103.

6. Kouranos V., Jacob J, Nicholson A., Renzoni E. Fibrotic Hypersensitivity Pneumonitis: Key Issues in Diagnosis and Management // J Clin Med. – 2017. – Vol. 6, No 6. – P. 62.

7. Pereira C.A.C., Gimenez A., Kuranishi L., Storrer K. Chronic hypersensitivity pneumonitis // J Asthma Allergy. – 2016. – Vol. 9. – P. 171-181.

8. Sforza G.G.R., Marinou A. Hypersensitivity pneumonitis: a complex lung disease // Clin. Mol. Allergy. – 2017. – Vol. 15. – P. 6.

9. Quirce S., Vandenplas O., Campo P. et. al. Occupational hypersensitivity pneumonitis: an EAACI position paper // Allergy. – 2016. – Vol. 71. – P. 765-779.

REFERENCES

1. Il'kovich M.M., Orlova G.P. Jekzogennyj allergicheskij al'veolit; v kn.: Intersticial'nye i orfannye zabolevanija ljogkih pod red. M.M. Il'kovicha [Exogenous allergic alveolitis; in the book: Interstitial and orphan lung diseases / under the edition of M. Ilkovich].- M.: GEOTAR-Media. 2016: 114-140

2. Orlova G.P., Surkova E.A., Lapin S.V. Markery aktivnosti jekzogennyh intersticial'nyh zabolevanij ljogkih [Markers of activity of the exogenous interstitial lung diseases]. *Pul'monologija (Pulmonology)*. 2016; 2: 180-185.

3. Bacchus L., Shah R.D., Chung J.H. et al. ACR Appropriateness Criteria® Occupational LungDiseases. ACR Appropriateness Criteria Review. *J Thorac Imaging*. 2016; 31:1-3.

4. Chiba S., Tsuchiya K., Akashi T. et al. Chronic Hypersensitivity Pneumonitis with a Usual Interstitial Pneumonia-Like Pattern, Correlation Between Histopathologic and Clinical Findings. *Chest*. 2016; 149(6):1473-1481.

5. Elicker B.M., Jones K.D., Henry T.S., Collard H.R. Multidisciplinary Approach to Hypersensitivity Pneumonitis. *J Thorac Imaging*. 2016; 31(2):92-103.

6. Kouranos V., Jacob J, Nicholson A., Renzoni E. Fibrotic Hypersensitivity Pneumonitis: Key Issues in Diagnosis and Management. *J Clin Med*. 2017; 6(6):62.

7. Pereira C.A.C., Gimenez A., Kuranishi L., Storrer K. Chronic hypersensitivity pneumonitis. *J Asthma Allergy*. 2016; 9:171-181.

8. Sforza G.G.R., Marinou A. Hypersensitivity pneumonitis: a complex lung disease. *Clin Mol Allergy*. 2017; 15:6.

9. Quirce S., Vandenplas O., Campo P. et. al. Occupational hypersensitivity pneumonitis: an EAACI position paper. *Allergy*. 2016; 71:765-769.

Сведения об авторах:
Мустафакулова Намуна Ибрагимовна – зав. кафедрой внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н., доцент; тел.: (+992) 918762494
Султанов Акбарджон Исмоилович – соискатель кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: (+992)903100303
Абдуллаева Дилором Юсуповна – соискатель кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино; (+992)918470102

Information about authors:
Mustafakulova Namuna Ibragimovna – Head of Department of Internal Diseases №3 of ATSMU , MD, Professor; Tel .: +(992)918762494
Sultanov Akbarjon Ismoilovich – Aspirant of the Department of Internal Medicine No. 3 of the Avicenna Tajik State Medical University; tel .: (+992) 903100303
Abdullaeva Dilorom Yusupovna – Aspirant of the Department of Internal Medicine № 3 the Avicenna Tajik State Medical University; tel.: (+992) 918470102

ХУСУСИЯТҲОИ РАВИШИ АЛВЕОЛИТИ АЛЛЕРГИЯВИИ ЭКЗОГЕНӢ ДАР ЗАМИНАИ ДИҚҚИ НАФАС

МУСТАФОҚУЛОВА Н.И., СУЛТОНОВ А.И., АБДУЛЛОЕВА Д.Ю.

Кафедраи бемориҳои дарунии №3 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

***Мақсади тадқиқот**. Омӯхтани хусусиятҳои равиши алвеолити аллергиявии экзогенӣ дар заминаи диққи нафас.*
***Мавод ва усулҳои тадқиқот**. Муоинаи 123 беморони синни аз 17 то 67 сола бо алвеолити аллергиявии экзогенӣ гузаронида шуд. Зиёда аз нисфи беморон (63 нафар) дар таърихи беморӣ аз дараҷаи вазнини намуди атопикии диққи нафас азият кашидаанд.*
***Натиҷаҳо**. Инкишофи ААЭ дар заминаи диққи нафас бо алоимҳои назарраси бронхообструктивӣ ва захролудӣ зуҳур ёфт. Тариқи рентгенологӣ пастшавии равшаннокии майдони шушҳо муайян карда шудааст. Баландшавии нишондиҳандаҳои IgE, эозинофилҳо ва лимфоситҳо дар моеъи бронхоалвеолярӣ аз табиати аллергиявӣ доштани беморӣ шаҳодат додаанд.*
***Хулоса**. Ҳангоми мӯҳлати зиёд ва дуру дароз идома ёфтани диққи нафас, бо зуҳуротҳои зуд-зуди авҷгирӣ ба фазои хубобчаҳои шушҳо заррачаҳои хурдҳаҷм ворид шуда ба инкишофи алвеолити аллергиявии экзогенӣ мусоидат менамоянд.*
***Калимаҳои асосӣ:** алвеолити аллергиявии экзогенӣ, диққи нафас, «оинаи шахшӯл», «шуши қанду», лаважи бронхоалвеолярӣ*

УДК 616.5-002;616-053.2 **doi: 10.31712/2221-7355-2018-8-3-335-340**

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ И ОБОСТРЕНИЮ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

НАБИЕВ З.Н., АБДУЛЛАЕВА Н.Ш.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. *Изучить факторы, способствующие развитию и обострению атопического дерматита у детей.*
Материал и методы исследования. *Под наблюдением находились 100 больных детей с диагнозом «атопический дерматит» (АД) в возрасте от 2 до 13 лет. Изучение факторов риска реализации аллергии было проведено по анкете, разработанной в соответствии с целями и задачами исследования, также при помощи скарификационных кожных проб с небактериальными аллергенами для определения повышенной чувствительности к предполагаемым причинно-значимым аллергенам.*
Результаты. *В ходе исследования у детей выделены важные экзогенные триггерные (пищевые, ингаляционные, лекарственные аллергены) факторы, в том числе краевые, вызывающие дебют и рецидивы АД. Определены факторы, в том числе усугубляющие действие триггерных факторов: климатические, социальные, психоэмоциональные, сопутствующие заболевания.*
Заключение. *Факторы, способствующие развитию и обострению АД, связаны с возрастными периодами. Так, пищевые преобладали у детей первых трех лет жизни. У детей 4 - 6 лет превалировали социальные, эпидермальные, лекарственные факторы риска, а у детей 7-13 лет включались дополнительные факторы – климатические, психоэмоциональные.*
Ключевые слова: *атопический дерматит, факторы риска, дети*

FACTORS AFFECTING DEVELOPMENT AND EXACERBATION OF THE ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN

NABIEV Z.N., ABDULLAEVA N.SH.

SI «Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Children's Surgery» MHSP RT

Study Purpose. *To study the factors affecting to the development and exacerbation of the atopic dermatitis in children.*
Material and Methods. *100 children with the diagnosis of atopic dermatitis (AD) aged from 2 to 13 years were under observation. A study of the risk factors of the implementation of the allergy was conducted using a questionnaire designed in accordance with the goals and objectives of the study as well as scarifying skin tests with non-bacterial allergens to determine the hypersensitivity to suspected causative allergens.*
Results. *During the study, in children an important exogenous trigger factors were identified (food, inhalation, drug allergens), including regional causing the debut and relapse of AD. Certain factors, including aggravating the effect of trigger factors: climatic, social, psycho-emotional, concomitant diseases were determined.*
Conclusion. *Factors affecting to the development and exacerbation of AD are associated with age periods. By the way, food factors prevailed among children in the first three years of life. Among children aged 4-6 years prevailed social, epidermal, medicinal risk factors, while among children aged 7-13 years additional factors like a climatic, psychoemotionalis is included.*
Key words: *atopic dermatitis, risk factors, children*

Актуальность

По данным ВОЗ, аллергическая патология занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, а в ближайшие 20-30 лет выйдет на первое место. На долю дерматозов приходится 56-66,4% всех форм аллергических заболеваний, среди которых преобладает атопический дерматит [1, 2]. Атопический дерматит (АД) – это хроническое рецидивирующее заболевание воспалительно-аллергического генеза, для которого характерен комплекс признаков атопии, а так же вегетативно-сосудистых расстройств, локальных системных изменений иммунной реактивности и провоцирующих факторов окружающей среды с зудом, сухостью и лихенизацией кожи [3, 4]. Основой успешной терапии и оптимальной профилактики атопического дерматита

служит определение причинных факторов заболевания [6, 8]. Факторы риска развития, клиническое течение и патогенез аллергических заболеваний, в том числе атопического дерматита, в разных климатогеографических зонах имеют свои особенности, которые крайне мало изучены [5, 7].

Цель исследования

Изучить факторы, способствующие развитию и обострению атопического дерматита у детей.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением в Городском центре здоровья №12 г. Душанбе в 2012-2015 гг. находились 100 детей в возрасте от 2 до 13 лет с диагнозом «Атопический дерматит». Из общего числа больных 40,0% первично обратились за помощью в Научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии МЗиСЗН РТ. В связи с тем, что на кафедре семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино ведется научно-исследовательская работа, связанная с тематикой названной патологии, дальнейшие обследование и лечение больных проводились совместно.

Обследование больных включало ретроспективный анализ историй развития ребенка (форма №112), лабораторное обследование (общий анализ крови, мочи, копрология кала), кожноскарификационные аллергологические пробы, консультация узких специалистов (педиатр, дерматолог, аллерголог, иммунолог).

Изучение факторов риска реализации атопического дерматита у детей было проведено по анкете, разработанной в соответствии с целями и задачами настоящего исследования. Среди детей, включенных в обследование, преобладали мальчики – 63,0%, девочек было 37,0%. Аллергологическое обследование включало в себя определение повышенной чувствительности к предполагаемым причинно-значимым аллергенам при помощи скарификационных кожных проб с небактериальными аллергенами. Скарификационные аллергические пробы с бытовыми, эпидермальными, пыльцевыми, пищевыми аллергенами ставились на коже спины однократно в конце лечения.

Результаты и их обсуждение

Основными формами АД были: экссудативная, которая наблюдалась у - 58,0% детей, эритематозно-сквамозная - у 22,0%, эритематозно-сквамозная с лихенификацией - у 12,0%, лихеноидная - у 5,0%, пруригинозная - у 3,0% больных. В зависимости от степени тяжести процесса больные были с легким течением – 55,0%, средней тяжести – 37,0%, тяжелым – 8,0%.

В ходе исследования, направленного на выявление факторов риска развития АД у детей выделены важные экзогенные триггерные (пищевые, ингаляционные, лекарственные аллергены) факторы, в том числе краевые, вызывающие дебют и рецидивы АД. Определены факторы, в том числе усугубляющие действие триггерных, - социальные, психоэмоциональные, сопутствующие заболевания. Структура указанных факторов приведена в таблице 1.

Таблица 1

Факторы, способствовавшие развитию и обострению АД у детей

Факторы	**абс. n=100**
Триггерные (пусковые)	
Пищевые	47
Ингаляционные (пыльцевые, пылевые, эпидермальные)	29
Лекарственные	24
Усугубляющие действие триггерных факторов	
Психоэмоциональные	16
Социальные	33
Климатические	21
Сопутствующая патология	30

В этиопатофизиологии АД у детей немаловажную роль играли и психоэмоциональные факторы, которые способствовали обострению заболевания у детей старшего возраста (табл. 2).

Психоэмоциональные, психосоциальные нагрузки, психотравмирующие ситуации (стресс, напряжённые отношения в школе, семье, ссоры, скандалы) были доминирующими факторами у обследуемых нами детей дошкольного и школьного возраста, которые индуцировали и поддерживали патологический процесс при АД. Кроме этого, следует отметить, что дети с АД больше других подвержены развитию тревожности и депрессии, поэтому выявление психоэмоциональных факторов имеет особое значение у этого контингента больных.

Большое значение в развитии и обострении заболевания имели социальные факторы, которые отражены в таблице 3.

Таблица 2

Психоэмоциональные факторы, способствующие развитию АД

Факторы	**абс. (n=16)**	**%**
Психотравмирующие ситуации	7	43,7
Неполная семья	5	31,2
Психоэмоциональные нагрузки	4	25,0

Таблица 3

Социальные факторы, способствующие развитию АД

Факторы	**абс. (n=33)**	**%**
Социально-биологические	14	42,4
Социально-экономические	11	33,3
Социально-гигиенические	5	15,2
Социально-бытовые	3	9,1

Как видно из таблицы 3, из числа социальных факторов большое значение в развитии заболевания имели социально-биологические, а именно нездоровый образ жизни семьи, вредные привычки членов семьи, заболевания родителей и близких родственников, особенно по атопии.

Из социально-экономических факторов был отмечен низкий уровень материально-бытовых условий семьи. Родители не могли обеспечить больным детям полный курс лечения, и заболевание прогрессировало, переходя в распространенное и хроническое течение.

Со стороны неблагоприятных социально-гигиенических факторов был плохой уход, нечистоплотное содержание как детей младшего – 58,0% (редкая смена пеленок, подгузников, перегревание, повышенная потливость, которая вызывала мацерацию кожи), так и старшего возраста – 20,0% (дети не были приучены основам личной гигиены).

Среди социально-бытовых факторов отмечено, что некоторые семьи жили в сырых помещениях.

Немаловажной особенностью кожи при АД является ее гиперреактивность – повышенная чувствительность к колебаниям температуры и влажности воздуха. В ходе исследования особо обращало на себя внимание то, что у 82,0% больных удлинялся период ремиссии в теплое время года. Наблюдалось отчетливое улучшение самочувствия, связанное с уменьшением зуда, клинических проявлений, особенно у больных с тяжелым течением (лихеноидная, пруригинозная формы АД) заболевания. В связи с этим, нами изучены климатические факторы, способствующие изменению течения заболевания (табл. 4).

В результате проведенного исследования установлено, что разрушенный эпидермальный барьер кожи детей с АД был крайне чувствителен к климатическим факторам. Так, у 82,0% в жаркое летнее время года отмечалось стихание проявлений кожного процесса, что выражалось в регрессии экссудативных элементов, инфильтрации, лихенификации. У больных чаще наступали периоды ремиссии с удлинением. Все это расценивалось нами

как благотворное воздействие повышенной температуры атмосферного воздуха, солнечного УФО, являющихся особенностями жаркого климата РТ, что способствовало улучшению микроциркуляции кожи, физиологически усиленному выделению кожного сала, кожные покровы меньше подвергались воздействию аэроаллергенов.

Таблица 4

Климатические факторы, способствующие изменению течения АД у детей

Течение АД	**Весенне-летний период**		**Осенне-зимний период**	
	абс.	**%**	**абс.**	**%**
Улучшение	82	82,0	5	5,0
Ухудшение	4	4,0	75	75,0
Без изменения	14	14,0	20	20,0

Для специфической диагностики заболевания больным детям (n=40) было проведено аллергологическое обследование с постановкой скарификационных и внутрикожных кожных проб – с неинфекционными аллергенами - пищевыми, пыльцевыми, бытовыми, эпидермальными и лекарственными. Полученные аллергологические данные свидетельствуют о том, что почти у всех больных - 38 (95,0%) - была выявлена повышенная чувствительность к какому-либо из использованных аллергенов и лишь у 2 (5,0%) - отмечалась отрицательная реакция на все исследованные аллергены (табл. 5).

Таблица 5

Результаты аллергических проб у больных детей с атопическим дерматитом (n=38)

Аллергены	**Форма болезни**			
	эритематозно-сквамозная n=18(45,0%)	**эритематозно-сквамозная с лихенификацией n=12(30,0%)**	**лихеноидная n=5(12,5%)**	**пруригинозная n=3(7,5%)**
Пищевые	12 (66,6%)	6 (50,0%)	4 (80,0%)	2 (66,6%)
Лекарственные	3 (15,6%)	1 (8,5%)	1 (20,0%)	2 (66,6%)
Бытовые	2 (11,1%)	3 (25,0%)	2 (40,0%)	1 (33,3%)
Пыльцевые	4 (22,2%)	2 (16,6%)	3 (60,0%)	1 (33,3%)
Эпидермальные	2 (11,1%)	1 (8,5%)	1 (20,0%)	1 (33,3%)

Как видно из таблицы 5, наиболее частая сенсибилизация больных с АД отмечалась к пищевым аллергенам -более чем у 65,5%. Среди пищевых аллергенов повышенная чувствительность наблюдалась к коровьему молоку – 81% больных, далее куриное яйцо - 69%, цитрусовые – 66%, независимо от формы заболевания. Вслед за пищевыми аллергенами в развитии и обострении АД у больных ведущее место занимала сенсибилизация к бытовым аллергенам: домашняя пыль, повышенная чувствительность к которой проявилась у 9 (23,7%) пациентов. Лекарственная аллергия (эритромицин, гентамицин, цефтриаксон, бисептол, ацетилсалициловая кислота) выявлена у 7 (18,1%) больных. К пыльцевым аллергенам (тополя, грецкого ореха, чинары, пыльца злаковых растений, кукурузы, ржи, подсолнечника) повышенная чувствительность была выявлена у 10 (26,5%) больных. Эпидермальная сенсибилизация на шерсть (кошки, собаки, овцы, коровы) животных отмечалась у 5 (13,0%) больных. Исследование показало, что большинство (54,0%) обследованных имели перекрестную аллергию, 46,0% – моновалентную аллергию к пищевым, бытовым, лекарственным,

пыльцевым и эпидермальным аллергенам. У 11 (28,9%) больных преобладала сочетанная аллергия к двум или нескольким аллергенам различного происхождения, т.е. полиаллергия. Выявлено важное значение краевых аллергенов (грецкий орех, хурма, дыня, мясо овцы, пыльца чинары) в развитии АД, сенсибилизацию к которым имели 30,0% больных.

Необходимо отметить, что при проведении исследования обращала внимание высокая встречаемость сопутствующих заболеваний (n=25), что усугубляло течение основного заболевания (табл. 6).

Таблица 6

Сопутствующие заболевания у детей с АД

Патология	**абс. n=25**	**%**
Заболевания бронхо-легочной системы (бронхит, пневмония)	10	40,0
Заболевания крови (железодефицитная анемия)	12	48,0
Заболевания эндокринной системы	10	40,0
Заболевания нервной системы	11	44,0
Хронические очаги инфекции	19	76,0
Аллергические заболевания (поллиноз, конъюнктивит, крапивница)	13	52,0

Как видно из таблицы 6, сопутствующие заболевания неаллергической природы обнаружены у 25,0% больных. Из них заболевания пищеварительного тракта (гастрит, холецистит, панкреатит) имели 40,0% пациентов, анемия выявлена у 48%, ОРВИ (назофарингит, бронхит, фарингит) - у 40% больных. Сопутствующие заболевания аллергической природы были диагностированы у 52,0% больных в виде бронхиальной астмы - 12%, поллиноза - 16%, аллергического конъюнктивита - 24%, крапивницы - 20%, лекарственной - 16% и пищевой аллергии - 52% больных.

Заключение

Таким образом, факторы, способствующие развитию и обострению АД, у детей связаны с возрастными периодами. Так, пищевые преобладали у детей первых трех лет жизни, у детей 4-6 лет превалировали социальные, эпидермальные, лекарственные причины, а у детей 7-13 лет включались дополнительные факторы – климатические, психоэмоциональные.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Асирян Е.Г. Методы аллергодиагностики атопического дерматита у детей // Охрана материнства и детства. – 2010. – № 1(15). – С.16-19.

2. Перевощикова Н.К., Гладков С.Ф., Черных Н.С. Возможности профилактики аллергических заболеваний с учетом региональных особенностей // Мать и дитя в Кузбассе. – 2017. – №2(69). – С.38-46.

3. Сулаймонов Ш.С. и др. Атопический дерматит у детей: факторы риска и эпидемиология // Вестник Ошского государственного университета. – 2015. – №3. – С.24-29.

REFERENCES

1. Asirjan E.G. Metody allergodiagnostikiatopicheskogo dermatita u detej [Methods of allergic diagnosis of the atopic dermatitis in children]. *Okhrana materinstva i detstva (Protection of motherhood and childhood)*. 2010; 1(15):16-19.

2. Perevoshhikova N.K., Gladkov S.F., Chernyh N.S. Vozmozhnosti profilaktiki allergicheskih zabolevanij s uchetom regional'nyh osobennostej [Possibilities of prevention of allergic diseases taking into account regional features]. *Mat' i ditja v Kuzbasse (Mother and child in Kuzbass)*. 2017; 2 (69):38-46.

3. Sulajmonov Sh.S. i dr. Atopicheskij dermatit u detej: faktory riska i jepidemiologija [Atopic dermatitis in children: risk factors and epidemiology]. *Vestnik Oshskogo gosudarstvennogo universiteta (Bulletin of Osh state University)*. 2015; 3:24-29.

4. Шевченко И.М., Титкова Е.В. Факторы риска и особенности дебюта атопического дерматита у детей первого полугодия жизни // Медицинские науки. – 2015. – №8 (13). – С.125-127.

5. Ahmet Akcay. What do child daycare center teachers Know about atopic dermatitis // Pediatric Dermatology. – 2014. – Vol. 31, No 1. – P.54-58.

6. Slavyanskaya T.A., Petrova N.P., Derkach V.V. Prevalence, triggers and clinical features of atopic dermatitis in children // International journal on immunorehabilitation. – 2018. – Vol. 20, No 1. – P. 34-35.

7. Torrelo A. et al. Atopic dermatitis – A therapeutic challenge around // JEAD. – 2014. – Vol. 28, No 3. – P.1.

8. Carsten F. et al. Atopic dermatitis and disease severity are the factors for food sensitization in exclusively breastfed infants // J. Invest Dermatol. Author manuscript. – 2014. – Vol. 1. – P.1-10.

4. Shevchenko I.M., Titkova E.V. Faktory riska i osobennosti debjuta atopicheskogo dermatita u detej pervogo polugodija zhizni [Risk factors and features of the debut of atopic dermatitis in children in the first half of life]. *Medicinskie nauki (Medical Sciences)*. 2015; 8 (13):125-127.

5. Ahmet Akcay. What do child daycare center teachers Know about atopic dermatitis. *Pediatric Dermatology*. 2014; 31(1):54-58.

6. Slavyanskaya T.A., Petrova N.P., Derkach V.V. Prevalence, triggers and clinical features of atopic dermatitis in children. *International Journal on Immunorehabilitation*. 2018; 20 (1): 34-35.

7. Torrelo A. et al. Atopic dermatitis – A therapeutic challenge around. *JEAD*. 2014; 28 (3):1.

8. Carsten F. et al. Atopic dermatitis and disease severity are the factors for food sensitization in exclusively breastfed infants. *J. Invest Dermatol*. Authormanuscript. 2014; 1:1-10 p.

Сведения об автора:
Набиев Зоир Нарзуллаевич – директор Республиканского научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии, д.м.н., профессор
Носирова Матлюба Пулатовна – доцент кафедры семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.; тел.: (+992) 907977202

Information about authors:
Nabiev Zoir Narzullaevich – Director of the Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Children's Surgery, Doctor of Medical Sciences, professor
Abdullaeva Nodira Shomuratovna – the Leading Associate of the Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery of the MHSP of RT, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; tel .: (+992) 918625909

ОМИЛҲОИ МУСОИДАТКУНАНДАИ ИНКИШОФ ВА АВҶГИРИИ ДЕРМАТИТИ АТОПИКӢ ДАР КӮДАКОН

НАБИЕВ З.Н., АБДУЛЛАЕВА Н.Ш.

МД «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакона» ВТ ва ҲИА ҶТ

Мақсади тадқиқот. *Омӯзиши омилҳи инкишоф ва авҷгиронандаи дерматити атопикӣ дар кӯдакон.*
Мавод ва усулҳои тадқиқот. *Дар зери назорати мо 100 нафар кӯдакони синни аз 2 то 13 сола бо дерматити атопикӣ қарор доштанд. Таҳқиқоти омилҳои хатар барои амалисозии аллергия дар кӯдакон, аз рӯи саволномае, ки мувофиқи мақсад ва вазифаҳои ин таҳқиқот таҳия карда, шуда буд ичро шуд. Инчунин барои муайян кардани ҳассосияти баланд ба аллергенҳои хавфнок, бо усули санҷишҳои скарификатсионии пӯст бо аллергенҳои гайрибактериявӣ гузаронида шуд.*
Натиҷаҳо. *Дар равиши таҳқиқот оид ба муайян намудани омилҳои хатар, ки ба гирифтори дерматити атопикӣ дар кӯдакон сабаб мешаванд, омилҳои муҳимтарини тригерӣ (гизои, ингалятсионӣ, доруворӣ), аз он ҷумла омилҳои минтақавӣ, ки боиси саршавӣ ва хурӯҷи беморӣ метавонанд шаванд муайян карда шуд. Инчунин омилҳои таъсири тригериро мураккабгардонанда - иҷтимоӣ, иқлимӣ, рӯҳӣ, бемориҳои ҳамрадиф муайян карда шуданд.*
Хулоса. *Дар натиҷаи таҳқиқот муайян шуд, ки омилҳои хатаре, ки ба беморшавӣ ва ё рушди дерматити атопикӣ мусоидат менамоянд, бо синну сол алоқамандии зич доранд. Омилҳои гизоӣ асосан миёни кӯдакони синни то 3 сола мушоҳида карда шуда, дар кӯдакони синни 4-6 сола бештар омилҳои иҷтимоӣ, эпидермалӣ ва доруворӣ муайян шуданд. Дар кӯдакони синни аз 7 то 13 сола бошад, боз омилҳои иловагӣ - иқлимӣ ва равонӣ ҷой доштанд.*
Калимаҳои асосӣ: *дерматити атопикӣ, омилҳои хатар, кӯдакон*

УДК 616–081; 616.71–018.46–002 **doi: 10.31712/2221-7355-2018-8-3-341-348**

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ КОНТРАКТУРЫ, АНКИЛОЗОВ И АРТРОЗОВ СУСТАВОВ ПРИ СОЧЕТАННЫХ И МНОЖЕСТВЕННЫХ ТРАВМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

[1]НАЗАРОВ Х.Н., [2]ЛИННИК С.А., [3]МИРЗОЕВ Р.Р.

[1]Кафедра хирургии Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]ФГБОУ Высшего образования «Северо-Западный Государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Российская Федерация
[3]Хатлонская областная клиническая больница имени Б. Вохидова, г. Бохтар

Цель исследования. *Разработка способов снижения случаев посттравматической стойкой контрактуры, анкилозов и артрозов суставов при сочетанных и множественных переломах костей нижних конечностей.*
Материал и методы исследования. *Работа основана на результатах обследования, лечения и наблюдении 326 пострадавших с сочетанными и множественными переломами костей нижних конечностей (СиМПНК) и их осложнениями с 2004 по 2017 гг. В основную группу вошли 164 больных, в лечении которых применялись ранние малоинвазивные технические методы остеосинтеза, комплекс мероприятий, направленных на профилактику травматического остеомиелита, замедленной консолидации и ложного сустава при лечении СиМТНК по усовершенствованному лечебно-профилактическому алгоритму, а также своевременные мобилизирующие операции при стойких контрактурах коленных суставов. Контрольную группу составили 162 пострадавших, которым осуществлялось традиционное лечение.*
Результаты. *Ближайшие и отдаленные результаты лечения изучены у 148 пострадавших основной и 146 контрольной группы. Стойкие контрактуры, анкилозы и посттравматические артрозы суставов нижних конечностей встречались у 134 (91,8%) пациентов контрольной группы и у 59 (39,9%) - основной группы.*
Заключение. *Применение ранних малоинвазивных технических методов остеосинтеза с использованием интрамедуллярного блокирующего остеосинтеза, остеосинтез мыщелков типов В1 и В2 закрытым способом под артроскопическим контролем, своевременные мобилизирующие операции при стойких контрактурах коленных суставов, комплекс мероприятий, направленный на профилактику травматического остеомиелита, замедленной консолидации и формирования ложного сустава при лечении СиМТНК способствовали снижению посттравматических контрактур, анкилозов и посттравматических артрозов суставов нижних конечностей в 2,3 раза.*
Ключевые слова: *посттравматические контрактуры, анкилозы и артрозы суставов нижних конечностей, сочетанная и множественная травма*

PREVENTION AND TREATMENT OF THE POST-TRAUMATIC CONTRACTURES, ANKYLOSIS AND ARTHROSIS OF JOINTS IN THE COMBINED AND MULTIPLE INJURIES OF THE LOWER LIMBS

[1]NAZAROV Kh.N., [2]LINNIK S.A., [3]MIRZOEV R.R.

[1]Department of Surgery of the Bokhtar Department of the SEE “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”
[2]SEI of Higher Professional Education, “North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov”, St. Petersburg, Russian Federation
[3]Khatlon regional clinical hospital named after B. Vokhidov, Bokhtar

Study Purpose. *Development the ways of reducing the incidence of posttraumatic resistant contractures, ankyloses and arthrosis of the joints in the combined and multiple fractures of the bones of the lower limb.*
Material and Methods. *The work is based on the results of a survey, treatment and observation of 326 victims with combined and multiple fractures of the bones of the lower limb (CMFBLL) and their complications within the period from 2004 to 2017. The main group included 164 patients who were treated with early mininvasive technical methods of osteosynthesis, a set of measures aimed at preventing traumatic osteomyelitis, delayed consolidation and a false joint in the treatment of CMFBLL using an improved therapeutic and preventive algorithm, as well as timely mobilizing operations for persistent knee contractures joints. The control group consisted of 162 patients who underwent traditional treatment.*

Results. *Immediate and long-term results of treatment were studied in 148 patients of the main and 146 control groups. Persistent contractures, ankylosis and posttraumatic arthrosis of the lower limb joints were observed in 134 (91.8%) patients of the control group and 59 (39.9%) patients of the main group.*

Conclusion. *The use of early minimally invasive technical methods of osteosynthesis using intramedullary blocking osteosynthesis, osteosynthesis of condyle types B1 and B2 with closed method under arthroscopic control, timely mobilizing operations with persistent contractures of the knee joints, a set of measures aimed at the prevention of traumatic osteomyelitis, delayed consolidation and formation of the false joint in the treatment of CMFBLL contributed to the reduction of post-traumatic contractures, ankylosis and post-traumatic arthrosis of the joints lower limbs for 2.3 times.*

Key words: *post-traumatic contracture, ankylosis and arthrosis of the joints of the lower limbs, combined and multiple trauma*

Актуальность

При лечении пострадавших с сочетанными и множественными переломами костей нижних конечностей (СиМТНК) важно добиться приемлемой для пациента функции конечности (полное разгибание и сгибание в пределах 100-110 градусов) [2]. Переломы диафиза бедренной кости, осложнённые несращением, остеомиелитом, дефектом бедренной кости, приводят к развитию посттравматических артрозов, контрактуры и анкилозов коленных суставов [4]. При изучении причин, приводящих к развитию посттравматических артрозов, контрактуры и анкилозов коленных суставов, становится очевидным, что важную роль в развитии этих осложнений играет способность мышц голени к растяжению [3, 7].

Артроскопически контролируемый внутренний остеосинтез все еще является относительно новым методом хирургического лечения переломов. В течение следующих лет возможен значительный прогресс, а также определение и расширение показаний к данному вмешательству [8]. Как правило, реактивное асептическое воспаление сустава развивается практически у всех больных, перенесших травму коленного сустава или после длительной иммобилизации конечности при переломах бедер и костей голени [2, 5, 9]. Необходимо отметить, что более 50% всех ошибок, приведших к неинфекционным осложнениям, являлись лечебно–тактическими, а более трети (34,6%) – техническими. Большинство ошибок (69,0%) было допущено при накостном остеосинтезе, после интрамедуллярного остеосинтеза их было значительно меньше (31,0%) [7]. Окончательный остеосинтез у больных с открытыми переломами длинных костей с множественной и сочетанной травмой выполняется после стабилизации общего и местного статуса [6]. Посттравматическая деформация дистального отдела бедренной кости и проксимального отдела большеберцовой кости - одна из наиболее частых причин развития деформирующего артроза коленного сустава. С внедрением современных средств фиксации (интрамедуллярные блокируемые металлоконструкции) проблема в очередной раз обостряется, так как данная методика не позволяет достичь полного восстановления анатомической оси бедра и голени [1].

Часто встречаются посттравматические артриты, артрозы и анкилозы крупных суставов, что снижает качество жизни пострадавших и свидетельствует о необходимости поиска новых методов профилактики и лечения подобных осложнений.

Цель исследования

Разработка способов снижения случаев посттравматической стойкой контрактуры, анкилозов и артрозов суставов при сочетанных и множественных переломах костей нижних конечностей.

Материал и методы исследования

Работа основана на результатах обследования, лечения и наблюдения 326 пострадавших с СиМТНК и их осложнениями с 2004 по 2017 годы. Все больные разделены на 2 группы. Контрольную группу составили 162 пострадавших, проходивших лечение с 2004 по 2009 годы. Этим больным лечение осуществлялось традиционным методом. В основную группу вошли 164 больных, из них 68 пострадавших лечились в клинике травматологии и ортопедии ГОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова города Санкт-Петербурга Минздрава РФ, 96 – в многопрофильной ОКБ имени Б. Вохидова города Бохтар Республики Таджикистан с 2010 по 2017 годы. Основная группа составила основу проспективного наблюдения. Этим больным применялись малоинвазивные методы остеосинтеза, мероприятия, направленные на профилактику и лечение замедленной консолидации и ложных суставов переломов длинных костей нижних конечностей (ПДКНК). Возраст пострадавших колебался от 18 до 69 лет.

При распределении больных по полу в основной и контрольной группах преобладали мужчины - 228 (69,9%) и 94 (30,1%) соответственно.

Основные причины травм: дорожно-транспортные происшествия - 239 (73,31%), падение

с высоты (кататравма) – 50 (15,34%), производственные – 25 (7,67%), прочие – 12 (3,68%).

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

Результаты и их обсуждение

При лечении всех закрытых ПДКНК в контрольной группе на реанимационном этапе применили консервативную тактику. Остеосинтез при закрытых ПДКНК больным контрольной группы был выполнен в состоянии субкомпенсации и стойкой компенсации травматической болезни. Всего выполнено 154 остеосинтезов: 116 (75,3%) первичных, 38 (24,7%) повторных. Погружной остеосинтез пластинами и винтами применен в 104 случаях, интрамедуллярный остеосинтез без блокирования – в 9. Остеосинтез аппаратами наружной фиксации (АНФ) выполнен в 41 случае. Для стабилизации отломков при открытых ПДКНК на реанимационном этапе применяли в основном консервативные методы лечения: преимущественно с помощью скелетного вытяжения - 42 и гипсовой повязки - 34 случая. Остеосинтез произведен всего в 11 случаях: в 6 наложен АНФ, в 5 случаях переломы фиксированы спицами. В раннем периоде клинического этапа необходимый остеосинтез (на 2-9 сутки) был выполнен в 17, отсроченный остеосинтез произведен в 56 случаях. Всего реостеосинтезы при лечении закрытых и открытых ПДКНК произведены в 38 (24,7%) и 39 (35,1%) случаях соответственно.

Ближайшие и отдаленные результаты лечения изучены у 146 (90,1%) пострадавших контрольной группы, получивших 221 (70,8%) ПДКНК. Сращение переломов в целом наступило в 177 (80,1%) наблюдениях. Общая характеристика анатомо–функциональных осложнений при лечении ПДКНК на фоне сочетанной и множественной травмы у пострадавших контрольной группы представлена в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика функциональных осложнений при лечении ПДКНК на фоне сочетанной и множественной травмы (n=146)

Анатомо-функциональные результаты	**Всего**	
	n	**%**
Хронический остеомиелит	60	41,1
Стойкие контрактуры суставов	56	38,4
Деформирующие остеоартрозы	45	30,8
Деформация и укорочение конечности	35	24,0
Анкилозы суставов	33	22,6
Замедленная консолидация	31	21,2
Ложные суставы	30	20,5
Ампутация конечности	6	4,1

Как видно из таблицы 1, среди осложнений в ближайшем и отдалённом периодах травматической болезни на первом месте стоит хронический остеомиелит - 60 (41,1%), на втором стойкие контрактуры – 56 (38,4%). Также часто наблюдаются деформирующие остеоартрозы, замедленная консолидация и ложные суставы, деформации и укорочения, анкилозы суставов и ампутации конечности. Ложный сустав и замедленное сращение наблюдались почти с одинаковой частотой – 30 (20,5%) и 31 (21,2%) случай соответственно. Стойкие контрактуры, анкилозы и деформирующие остеоартрозы встречались у 91,8% наблюдаемых пострадавших. Надо отметить, что частота стойких контрактур, анкилозов и деформирующих остеоартрозов в основном связана с частотой развития травматического остеомиелита, замедлением сращения и ложных суставов. Частота и локализация контрактуры, анкилозов и деформирующих остеоартрозов в зависимости от локализации ПДКНК при СиМТНК приведены в таблице 2.

Таблица 2

Частота и локализация контрактуры, анкилозов и деформирующих остеоартрозов в зависимости от локализации ПДКНК при СиМТНК (n=134)

Суставы	Стойкие контрактуры		Деформирующие остеоартрозы		Анкилозы суставов		Всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Тазобедренный	7	5,2	10	7,5	5	3,7	22	16,4
Коленный	34	25,4	23	17,2	21	15,7	78	58,2
Голеностопный	15	11,2	12	9,0	7	5,2	34	25,4
Всего	56	41,8	45	33,6	33	24,6	134	100,0

Согласно таблице 2, стойкие контрактуры, анкилозы и деформирующие остеоартрозы при лечении ПДКНК с СиМТНК среди больных контрольной группы наиболее часто встречались в коленных суставах – 78 (58,2%) случаев. В тазобедренном и голеностопном суставах подобная патология наблюдалась в 16,4% и 25,4% случаев соответственно.

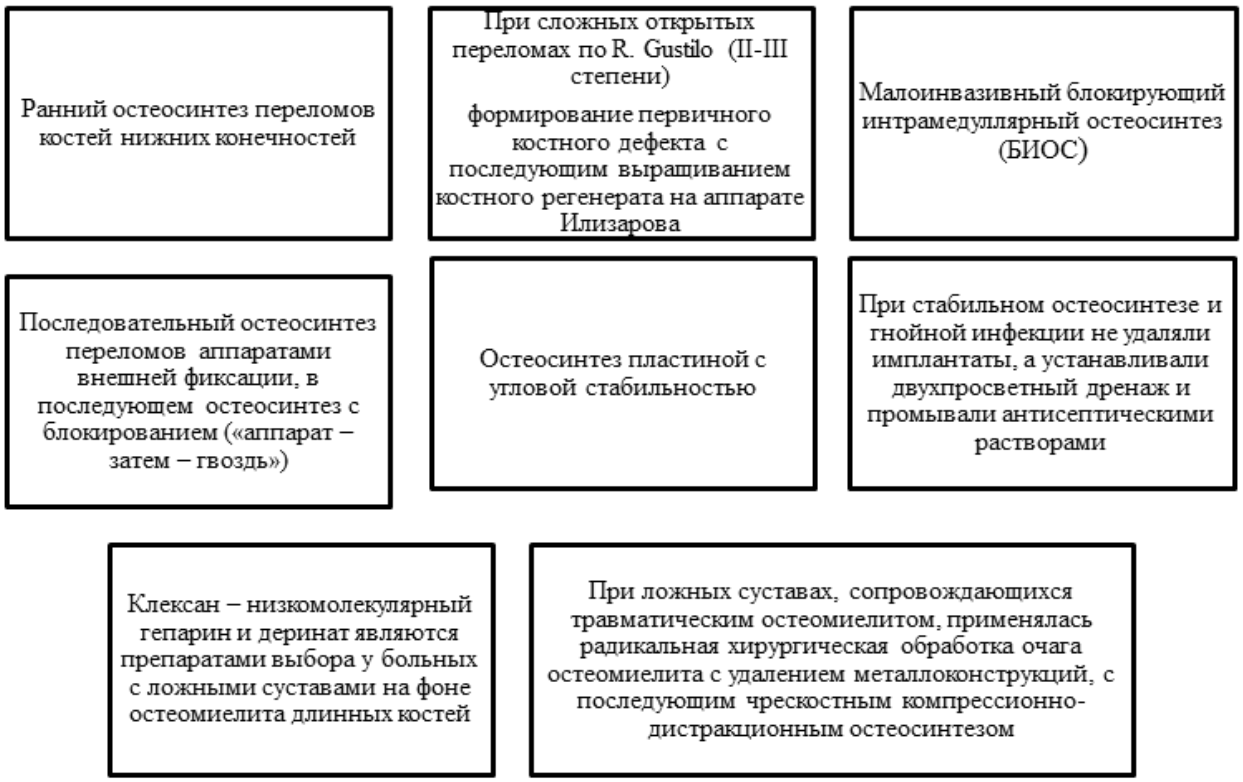


Рис. 1. Усовершенствованный лечебно-профилактический алгоритм замедленного сращения и ложного сустава при лечении пострадавших с СиМТНК

Для улучшения исходов лечения при СиМТНК в основной группе придерживались малоинвазивной технологии, применяя усовершенствованный лечебно-профилактический алгоритм замедленного сращения и ложного сустава (рис. 1).

При оперативном лечении закрытых переломов длинных костей нижних конечностей использовали остеосинтез интрамедуллярными гвоздями с блокированием (82).

Предпочтительным методом лечения переломов костей, составляющих коленный сустав, у пострадавших с множественной и сочетанной травмой следует считать оперативной. Целесообразно выполнение компьютерной томографии коленного сустава для воссоздания трехмерной картины повреждения костных структур. При наших наблюдениях у 16 пострадавших с подобными переломами в условиях клиники травматологии и ортопедии СЗГМУ име-

ни И.И. Мечникова Минздрава РФ города Санкт-Петербурга произведена компьютерная томография коленного сустава. При переломах мыщелков типов В1 и В2 репозицию и остеосинтез у 9 пострадавших проводили закрыто под артроскопическим контролем, а при переломах типов В3 и С – в 7 случаев из мини-доступов без вскрытия капсулы сустава. Для фиксации отломков костей при переломах В3 и С типов у 12 пострадавших использовали опорные мыщелковые пластины с угловой стабильностью винтов.

У пациентов с открытыми переломами II группы по АО – ASIF и IIIA по R. Gustilo в 24 (29,3%) случаях при многооскольчатых раздробленных переломах, когда риск травматического остеомиелита очень высок, произведено создание первичного костного дефекта с последующим выращиванием регенерата на аппарате Илизарова. Для профилактики и лечения ложных суставов ПДКНК в 59 случаев применялось последовательное использование чрескостного и блокированного остеосинтеза (БИОС) по методике «аппарат – затем - гвоздь» (АЗГ). При несросшихся переломах и ложных суставах, сопровождающихся травматическим и послеоперационным остеомиелитом, применялась радикальная хирургическая обработка очага остеомиелита с удалением (нестабильном остеосинтезе) металлоконструкций и последующим чрескостным компрессионно-дистракционным остеосинтезом – 29 больных. Клексан и деринат являются препаратами выбора у больных с ложными суставами на фоне остеомиелита длинных костей. Они способствовали более полному проникновению необходимых субстратов в очаг воспаления и ложного сустава, перестройке костного аутопластического материала и интенсифицировали обменные процессы в очаге поражения. В 7 случаях применены своевременные мобилизирующие операции при стойких разгибательных контрактурах коленных суставов. Надо отметить, что мобилизирующие операции, проводимые при стойких разгибательных контрактурах коленного сустава, должны производиться с учетом потери растяжимости каждой из головок m. Quadriceps femoris. Из четырех головок m. quadriceps f. только одна не прилежит непосредственно к бедренной кости, а именно m. rectus f. Благодаря этому, способность ее к растяжению страдает меньше, чем у m. Inter medius, m. Vastus lateralis и m. Vastus medialis. В связи с этим при мобилизующих операциях отсекаются сухожилия именно этих трех головок m. quadriceps f., после чего появляется возможность сгибания в коленном суставе (если нет других препятствий).

Причинно-следственная цепь возникновения стойких разгибательных контрактур коленного сустава имеет следующий вид (рис. 2).

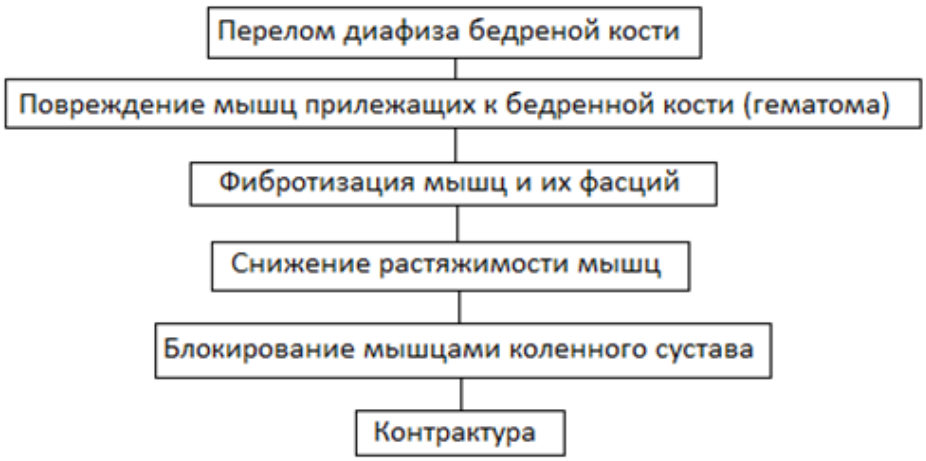


Рис. 2. Причинно-следственная цепь возникновения стойких разгибательных контрактур коленного сустава

Таким образом, потеря способности мышц разгибателей голени к растяжению, при отсутствии других препятствий, является наиболее важным этиопатогенетическим фактором развития деформирующих остеоартрозов, стойких контрактур и анкилозов коленного сустава.

Ближайшие результаты лечение изучены у 148 пострадавших, получивших 253 ПДКНК. Сращение переломов в целом наступило в 229 (90,5%) наблюдениях, их анатомо–функциональные осложнения приведены в таблице 2.

Таблица 2

Характеристика анатомо–функциональных осложнений при лечении ПДКНК на фоне сочетанной и множественной травмы n=148

Анатомо-функциональные результаты	**Всего**	
	n	**%**
Стойкие контрактуры суставов	26	17,6
Хронический остеомиелит	22	14,9
Деформирующие остеоартрозы	21	14,2
Деформация и укорочение конечности	14	9,5
Анкилозы суставов	12	8,1
Замедленная консолидация	11	7,4
Ложные суставы	10	6,7
Ампутация конечности	4	2,7

Как видно из таблицы 2, в ближайшем и отдаленном периодах травматической болезни количество стойких контрактур, по сравнению с контрольной группой, снизилось в 2,7 раза, хронического остеомиелита, ложных суставов и деформирующих остеоартрозов - в 2,0, деформаций и укорочений, анкилозов суставов и замедленной консолидации - в 1,8, ампутаций конечности - в 1,5 раз. Стойкие контрактуры, анкилозы и посттравматические артрозы суставов нижних конечностей отмечались в 39,9% случаев и, по сравнению с контрольной группой, меньше в 2,3 раза.

Заключение

Таким образом, ранние малоинвазивные технические методы остеосинтеза с использованием интрамедуллярного блокирующего остеосинтеза, закрытого остеосинтеза мыщелков типов B1 и B2 под артроскопическим контролем, своевременные мобилизующие операции при стойких контрактурах коленных суставов, комплекс мероприятий, направленных на профилактику травматического остеомиелита, замедленной консолидацией и ложного сустава при лечении СиМТ-НК способствовали снижению количества посттравматических контрактур, анкилозов и посттравматических артрозов суставов нижних конечностей с 91,8% до 39,9%.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Апагуни А.Э., Сергеев И.И., Арзуманов С.В. Сохранение функции коленного сустава у пациентов с политравмой // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2011. – №1. – С. 35-48.

2. Котельникова Г.П., Миронова С.П. Травматология. Национальное руководство. Российская ассоциация ортопедов и травматологов. – Москва, 2011. – 1100 с.

3. Миронова С.П., Котельникова Г.П. Ортопедия. Национальное руководство. Российская ассоциация ортопедов и травматологов. – Москва, 2011. – 836 с.

4. Раззоков А.А. Актуальные вопросы травматологии, ортопедии и хирургии повреждений. – Душанбе, 2016. – 440 с.

REFERENCES

1. Apaguni A.Je., Sergeev I.I., Arzumanov S.V. Sohranenie funkcii kolennogo sustava u pacientov s politravmoj [Preservation of knee joint function in patients with polytrauma]. *Vestnik travmatologii i ortopedii im. N.N. Priorova (Bulletin of Traumatology and Orthopedics. N.N. Priorov.)*. 2011; 1:35-48.

2. Kotel'nikova G.P., Mironova S.P. Travmatologija [traumathology]. *Nacional'noe rukovodstvo. Rossijskaja associacija ortopedov i travmatologov (National leadership. Russian Association of Orthopedic and Traumatology)*. M. 2011: 1100 p.

3. Mironova S.P., Kotel'nikova G.P. Ortopedija [Orthopedics]. *Nacional'noe rukovodstvo. Rossijskaja associacija ortopedov i travmatologov (National Guidance. Russian Association of Orthopedic and Traumatology)*. M.: 2011: 836 p.

4. Razzokov A.A. Aktual'nye voprosy travmatologii, ortopedii i hirurgii povrezhdenij [Relevant issues of traumatology, orthopedics and damage surgery]. Dushanbe: 2016: 440 p.

5. Роберт Р. Саймон, Скотт С. Шерман, Стивен Дж. Кенигснехт. Неотложная травматология и ортопедия верхних и нижних конечностей. – Москва, 2014. – 576 с.

6. Хромов А.А., Линник С.А., Егоров К.С. и соавт. Гнойно–септические осложнения при лечении больных с множественной и сочетанной травмой // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – № 3(40). – С. 431-436.

7. Шаповалов В.М., Хоминец В.В., Михайлов С.В. и соавт. Особенности ревизионных операций при ошибках внутреннего остеосинтеза // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – № 3(40). – С. 436-443.

8. Штробель Михаэл. Руководство по артроскопической хирургии / под ред. А.В. Королева. – Москва, 2012. – Т. 1. 659 с.

9. Keel M., Trentz O. Pathophysiology of polytrauma // Injury. – 2012. – Vol. 36 (6). – P. 691-709.

5. Robert R. Sajmon, Skott S. Sherman, Stiven Dzh. Kenigsneht. Neotlozhnaja travmatologija i ortopedija verhnih i nizhnih konechnostej [Emergency traumatology and orthopedics of upper and lower limbs]. M.: 2014: 576 p.

6. Hromov A.A., Linnik S.A., Egorov K.S. i soavt. Gnojno–septicheskie oslozhnenija pri lechenii bol'nyh s mnozhestvennoj i sochetannoj travmoj [Purulent-septic complications in the treatment of patients with multiple and combined trauma]. *Profilakticheskaja i klinicheskaja medicina (Preventive and clinical medicine)*. 2011; 3(40): 431-436.

7. Shapovalov V.M., Hominec V.V., Mihajlov S.V. i soavt. Osobennosti revizionnyh operacij pri oshibkah vnutrennego osteosinteza [Features of revision operations in case of errors of internal osteosynthesis]. *Profilakticheskaja i klinicheskaja medicina (Preventive and clinical medicine)*. 2011; 3(40):436-443.

8. Shtrobel' Mihajel. Rukovodstvo po artroskopicheskoj hirurgii pod red. A.V. Koroleva [Guide to arthroscopic surgery]. Under the editorship of A. V. Korolyov. M.: 2012. Vol. 1: 659 p.

9. Keel M., Trentz O. Pathophysiology of polytrauma. Injury. 2012; 36(6):691-709.

Сведения об авторах:

Назаров Хасан Насруллоевич – ассистент кафедры хирургии Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ, зав. отделением травматологии и ортопедии Областной клинической больницы им. Б. Вохидова; тел.: +(992)939602222; e-mail: sino2004@mail.ru

Линник Станислав Антонович – профессор кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, д.м.н.; г. Санкт–Петербург, Российская Федерация; тел.: +79213227584

Мирзоев Рустам Рахимович – врач-ординатор отделения травматологии и ортопедии Областной клинической больницы им. Б. Вохидова; тел.: +(992)934880845

Information about authors:

Nazarov Hasan Nasrulloevich – Assistant of the Department of Surgery of the Bokhtar Department of the SEI PGSPRT, Head of the Department of Traumatology and Orthopedics of the Regional Clinical Hospital named after B. Vohidov; tel.: + (992) 939602222; e-mail: sino2004@mail.ru

Linnik Stanislav Antonovich – Professor of the Department of Traumatology and Orthopedics of SEI "NWSMU" named after I.I. Mechnikova, MD; St. Petersburg, Russian Federation; tel .: +79213227584

Mirzoyev Rustam Rakhimovich – Intern at the Department of Traumatology and Orthopedics of the Regional Clinical Hospital named after B. Vohidov; tel .: + (992) 934880845

ПЕШГИРӢ ВА ТАБОБАТИ КОНТРАКТУРАҲО, АНКИЛОЗҲО ВА АРТРОЗҲОИ БАЪДИОСЕБИИ БУҒУМҲО ДАР БЕМОРОН БО ОСЕБҲОИ ЯКҶОЯ ВА СЕРШУМОРИ ПОЙҲО

[1]НАЗАРОВ Ҳ.Н., [2]ЛИННИК С.А., [3]МИРЗОЕВ Р.Р.

[1]Кафедраи ҷарроҳии шӯъбаи Бохтарии МДТ ДТБКСТҶТ
[2]МДТБ ТОК «Донишгоҳи давлатии тиббии шимолу ғарбии ба номи И.И. Мечников», Санкт–Петербург, Федератсияи Россия
[3]Беморхонаи клиникии вилоятии ба номи Б. Воҳидов, ш. Бохтар

Мақсади тадқиқот. *Коркарди усулҳои коҳиш додани ҳолатҳои контрактураҳои устувор, анкилозҳо ва артрозҳои баъдиосебӣ ҳангоми осебҳои якҷоя ва сершумори пойҳо (ОЯСП).*

Мавод ва усулҳои тадқиқот. *Таҳқиқот дар асоси натиҷаҳои муоинаю табобат ва назорати 326 нафар осебдидагон бо ОЯСП ва оризаҳои онҳо дар давоми солҳои 2004-2017 гузаронида шудааст. Ҳамаи беморон ба ду гурӯҳ тақсим карда шудаанд. Гурӯҳи назоратӣ аз 162 нафар осебдидагон иборат буд, ки онҳо бо усулҳои анъанавӣ табобат гирифтаанд. Ба гурӯҳи асосӣ 164 беморон дохил карда шуданд, ки ба онҳо шикасти устухонҳои дарозрӯяи пойҳо бармаҳал бо усулҳои камосеби мустаҳкамкунӣ ва ҳамчунин чорабиниҳо нисбати пешгирию табобати сусташирагирӣ, бугумҳои қалбакӣ ва устухоншиканҳои баъдиосебӣ аз рӯи алгоритми мукаммалгардонидашудаи табобатию пешгирӣ ва сари вақт бартарафкунии контрактураҳои росткунандаи бугуми зонуҳо гузаронида шудааст.*

Натиҷаҳо. *Натиҷаҳои наздик ва дурӣ табобатҳо дар 146 беморони гурӯҳи назоратӣ ва 148 нафари гурӯҳи асосӣ мавриди омӯзиш қарор гирифтанд. Контрактураҳо, анкилозҳо ва артрозҳои баъдиосебии бугумҳо дар 134 (91,8%) нафар осебдидагони гурӯҳи назоратӣ ва 59 (39,9%) нафар осебдидагони гурӯҳи асосӣ мушоҳида гардидаанд.*

Хулоса. *Мустаҳкамкунии бармаҳал бо усулҳои камосеби техникӣ бо истифода аз пайвандакҳои қулфакдор ва мустаҳкамкунии пӯшидаи шикасти мучаҳрҳо намуди В1 и В2 бо назорати артроскоп ва инчунин чорабиниҳо нисбати пешгирию табобати сусташирагирӣ, бугумҳои қалбакӣ ва устухоншиканҳои баъдиосебӣ аз рӯи алгоритми мукаммалгардонидашудаи табобатию пешгирии осебдидагон бо ОЯСП ва сари вақт бартарафкунии контрактураҳои росткунандаи бугуми зонуҳо ба пастшавии контрактураҳо, анкилозҳо ва артрозҳои баъдиосебӣ аз 91,8% то 39,9% мусоидат намуд.*

Калимаҳои асосӣ: *контрактураҳо, анкилозҳо ва артрозҳои баъдиосебӣ, осебҳои якҷоя ва сершумор*

УДК 616.61-001-036.11:616.146.2-005 **doi: 10.31712/2221-7355-2018-8-3-349-355**

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ПРЕРЕНАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК

[1]ОДИНАЕВ А.А., [2]ИКРОМОВ Т.Ш., [2]ИБОДОВ Х.,
[2]МУРАДОВ А.М., [3]ШУМИЛИНА О.В.

[1]ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ
[2]ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
[3]ГУ «Научный центр реанимации и детоксикации г. Душанбе»

Цель исследования. *Изучить некоторые показатели центральной гемодинамики у детей при остром повреждении почек преренальной этиологии в зависимости от тяжести почечной дисфункции и возраста.*
Материал и методы исследования. *Проанализированы результаты обследования и лечения 90 детей с преренальной формой острого повреждения почек (ОПП) и изучены особенности показателей центральной гемодинамики в зависимости от тяжести течения основной патологии и развившихся органных осложнений. Причинами возникновения ОПП были нейроинфекция, травма, острые кишечные заболевания, перитонит, сепсис.*
Стадии и тяжесть заболевания оценивались по классификации ОПП: RIFLE (2004) и AKIN (2007).
Центральная гемодинамика исследовалась в динамике биоимпедансной спектроскопией (по Тищенко М.И.) на аппаратно-программном комплексе «Диамант-Р», эхокардиография проводилась по общепринятой методике в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации Эхо-КГ. Определяли параметры: фракцию выброса левого желудочка; систолическую функцию по трансмитральному кровотоку, ударный объем сердца (УО). В последующем рассчитывались показатели: работу левого желудочка сердца (РЛЖ); сердечный выброс (СВ); сердечный индекс (СИ); общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС); среднее артериальное давление (САД); частота сердечных сокращений (ЧСС).
Результаты. *У детей с ОПП преренальной этиологии в остром периоде заболевания нарушаются гемодинамические показатели, в основном по гиперкинетическому типу кровообращения.*
Заключение. *Выявленные изменения в системе центрального кровообращения при ОПП зависят от тяжести патологии, стадии заболевания и возраста детей.*
Ключевые слова: *дети, острое повреждение почек, преренальная форма, показатели центральной гемодинамики*

SOME PARAMETERS OF THE CENTRAL HEMODYNAMIC IN CHILDREN WITH PRERENAL FORM OF ACUTE KIDNEY INJURY

[1]ODINAEV A.A., [2]IKROMOV T.Sh., [2]IBODOV Kh.,
[2]MURADOV A.M., [3]SHUMILINA O.V.

[1]SI «Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Children's Surgery» MHSP of the RT
[2]SEE "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"
[3]SI «City Scientific Center for Reanimation and Detoxification», Dushanbe

Study Purpose. *To study some parameters of the central hemodynamic in children with acute damage to the kidneyprenal etiology, depending on the severity of renal dysfunction and age.*
Material and Methods. *The results of examination and treatment of 90 children with prerenal form of the acute kidney damage (AKD) were studied, and features of central hemodynamics were studied depending on the severity of the main pathology and the development of organ complications. The causes of AKD were neuroinfection, trauma, acute intestinal diseases, peritonitis, sepsis.*
The stages and severity of the disease were assessed according to the classification of AKD: RIFLE (2004) and a AKIN (2007).
The central hemodynamics was studied in the dynamics of bioimpedance spectroscopy (by Tishchenko M. I.) by the "Diamant-R" workstation, echocardiography was carried out according to the generally accepted method in accordance with the recommendations of the American Association of Echo-KG. The parameters of the followings were determined: the left ventricular ejection fraction; systolic function in the transmittal blood flow, hear tstroke volume (SV). Next, the following parametrs were calculated: the work of the left ventricle of the heart (WLV); cardiac output (CO); cardiac index (CI); general peripheral vascular resistance (GPVR); average blood pressure (ABP); heart rate (HR).

Results. *In children with AKD of pre-renal etiology, in an acute period of the disease, hemodynamic parameters mainly occurring according to the hyperkinetic type of circulation are violated.*
Conclusion. *The revealed changes in the system of central circulation in AKD depend on the severity of the pathology, the stage of the disease and the age of the children.*
Key words: *children, acute kidney damage, prerenal form, central hemodynamic parameters*

Актуальность

По данным Республиканского центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения, в Республике Таджикистан за 2015 год летальность от заболеваний почек составила 6% [3]. Следует отметить, что при высокой рождаемости в Республике, её регионарных климатических и социальных особенностях, среди детей часто выявляются нарушения функций желудочно-кишечного тракта, которые приводят к дисфункциям почек за счет дисбаланса гидроионного равновесия. Кроме этого, заболевания почек у детей в Таджикистане являются краевой патологией, в связи с чем ежегодно по республике более 5-7 тысяч пациентов детского возраста нуждаются в проведении активных методов детоксикации с последующей реабилитацией.

Значительную долю в структуре ОПП занимают преренальные причины достигая 80% наблюдений [1, 3, 7]. Особый контингент – это дети раннего возраста, у которых при любом патологическом состоянии в первую очередь в процесс вовлекаются почки, в тяжелых случаях развивается ОПП, особенно часто это происходит при дисфункции желудочно-кишечного тракта, что в дальнейшем способствует развитию картины полиорганной недостаточности.

Ранняя диагностика и комплексная терапия ОПП у детей остаётся одной из важных и сложных проблем современной медицины. В отделениях реанимации и интенсивной терапии частота развития ОПП составляет от 6% до 18%, несмотря на проводимые диагностические, профилактические и лечебные мероприятия [1, 8].

По полученным авторами [1, 7, 8] данным анализа структуры причин развития ОПП у детей выявлено следующее: острые кишечные инфекции, сопровождающиеся гемолитико-уремическим синдромом (ГУС), – 39%, мочекаменная болезнь – 19%, сочетанные травмы – 16%, острые отравления – 8%. При сепсисе ОПП развивается у 22% больных, а при септическом шоке – более чем у 50% [7].

В настоящее время применение новых технологий в диагностике и лечении ОПП у детей улучшило результаты и дало положительные сдвиги в плане снижения развития осложнений, однако, летальность от этого заболевания по-прежнему остается на высоких цифрах и доходит до 50%, имея тенденцию к увеличению при развитии органных осложнений.

Исследования, проведенные у детей с острым повреждением почек (ОПП), показали, что особое значение в утяжелении состояния данного контингента больных имеют не только возникающие в период болезни нарушения почечного кровотока, но также центральной гемодинамики, по мере прогрессирования которых нарушаются функции жизненно важных органов [1, 2, 4, 5, 6].

Цель исследования

Изучить некоторые показатели центральной гемодинамики у детей при остром повреждении почек преренальной этиологии в зависимости от тяжести почечной дисфункции и возраста.

Материал и методы исследования

Нами проанализированы результаты обследования и лечения 90 больных детей с острым повреждением почек преренальной формы. Возраст от 3 до 16 лет, мальчики составили 62,2%, девочки – 37,8%.

Причинами возникновения ОПП служили: перитонит – 34 (37,8%), травма – 21 (23,3%), сепсис – 15 (16,7%), острые кишечные заболевания – 12 (13,3%), нейроинфекция – 8 (8,9%).

Для определения стадии и тяжести патологии при поступлении больных в клинику использовались классификации ОПП: RIFLE (2004) и AKIN (2007) **I ст. Risk и 1ст. AKIN** – 11 (7,6%) (креатинин ≥ в 1,5 раза, СКФ>25%, диурез <0,5 мл/кг/ч за 6 часов); **II ст. Injury и 2 ст. AKIN** – 38 (26,4%) (креатинин ≥ в 2 раза, СКФ>50%, диурез <0,5 мл/кг/ч за 12 часов); **III ст. Failure и 3 ст. AKIN** – 41 (28,4%) (креатинин ≥ в 3 раза, СКФ>75%, диурез <0,5мл/кг/ч за 12 часов).

Для изучения особенностей показателей центральной гемодинамики у детей с ОПП в зависимости от тяжести течения, возраста и развившихся органных осложнений нами проводился многокомпонентный неинвазивный мониторинг, включающий динамическое наблюдение на этапах диагностики и лечения. Для оценки центральной гемодинамики и состояния водных секторов использовали аппаратно-программный ком-

плекс «Диамант-Р», с помощью которого выполнялась биоимпедансная спектроскопия (по Тищенко М.И.), проводимая до начала лечения и ежедневно в течение всего периода проведения заместительной почечной терапии.

Эхокардиография проводилась по общепринятой методике (Шиллер Н., Осипов М.А., 1993; Feigenbaum H., 1996) в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации Эхо-КГ.

Визуализация структур сердца осуществлялась из парастернального и апикального доступов по длинным и коротким осям в положении пациента лежа на левом боку, при этом определялись:

Фракция выброса левого желудочка по Симпсону (ФВ)

$$\textbf{ФВ} = (\textbf{КДО-КСО}) \times \textit{ЛСДО}$$
$$\textbf{ФВ\%} = \textbf{ФВХ100\%}$$

Размеры левого желудочка в систолу (КСО) и диастолу (КДО) по Tetchily:

$$\textbf{КО} = (7/(2{,}4+Д)) \times Д^3$$

где: КО - КСО или КДО в $см^3$, а Д – соответственно, конечный систолический и диастолический размеры в см.

Определяли ударный объем сердца (УО) при эхокардиографическом исследовании в М-режиме, в последующем рассчитывали показатели центральной гемодинамики по общепринятым формулам:

сердечный выброс **(СВ)=УО×ЧСС**;

сердечный индекс **(СИ)=СВ(л/мин)/S($м^2$)**;

общее периферическое сосудистое сопротивление

$$\textbf{ОПСС} = \textbf{САД} \times 80 / \textbf{СВ } \textit{л/мин};$$

среднее артериальное давление **(САД)= АДсис+(АД сис.–АД даст.)/3**;

частота сердечных сокращений (ЧСС).

Полученные цифровые данные обработаны с использованием методов вариационной и разностной статистики с вычислением M±m и оценкой достоверности результатов по критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Из 90 больных с преренальной дисфункцией почек основными её причинами были перитонит – 34 (37,7%), травмы – 21 (23,3%), ОКЗ – 11 (12,2%), сепсис – 15 (16,7%), нейроинфекция – 8 (8,9%), при которых отмечались значительные изменения в системе центрального кровообращения, зависящие от тяжести патологии, стадии ОПП и возраста детей.

При ОПП преренального генеза у детей в зависимости от возраста и тяжести патологии выявляется гиповолемия разной степени со снижением ударного объема, средне динамического давления, при компенсаторных ОПСС и МОК, прогрессирующая от 1 к 3 стадии почечной дисфункции. В зависимости от возраста отмечалось снижение УО крови, по сравнению с возрастными нормативными показателями: в 1 стадии тенденция уменьшения в возрасте 3-7 лет на 15,0%, 8-11 лет на 13,8% и 12-16 лет на 13,7%; при 2 стадии почечной дисфункции снижение достоверно – на 21,3%, 20,7% и 19,7% ($p<0{,}05$); при 3 стадии – на 29,1%, 27,7% ($p<0{,}05$) и 27,4% ($p<0{,}01$) соответственно возрастным категориям. Вследствие снижения УО наблюдалось компенсаторное повышение ЧСС во всех возрастных группах в зависимости от тяжести и стадии ОПП, по сравнению с нормой: при 1 стадии у детей в возрасте 3-7 лет – тенденция на 15,1%, 8-11 лет – на 15,8% ($p<0{,}05$) и 12-16 лет – на 25,3% ($p<0{,}05$); при 2 стадии – на 26,4% ($p<0{,}001$), 28,4% ($p<0{,}001$) и 42,2% ($p<0{,}001$); при 3 стадии – на 37,7% ($p<0{,}001$), 45,3% ($p<0{,}001$) и 53,0% ($p<0{,}001$) соответственно возрастным категориям (табл.).

Исследования показали, что средне динамическое давление у больных с ОПП преренальной этиологии достоверно снижено в связи с прогрессирующим понижением как систолического, так и диастолического давления, что зависит от тяжести основной патологии и развития сердечно-сосудистой недостаточности. В зависимости от возраста и стадии ОПП отмечалось снижение СДД, по сравнению с нормой: тенденция при 1 стадии у 3-7-летних на 6,5%, 8-11-летних на 4,2% и 12-16-летних на 4,0%; во 2 стадии почечной дисфункции – на 11,6% ($p<0{,}05$), 14,3% ($p<0{,}05$) и 12,0% ($p<0{,}05$); при 3 стадии – на 23,3% ($p<0{,}001$), 16,4% ($p<0{,}001$) и 16,0% ($p<0{,}001$) соответственно исследованным возрастным группам.

Несмотря на гиповолемию, прогрессирующую от 1 к 3 стадии при преренальном ОПП, снижение УО и систолическую дисфункцию левого желудочка, у детей отмечается повышение ЧСС и минутного объема кровообращения. Увеличивается СВ, как компенсаторная реакция: тенденция при 1 стадии у детей 3-7 лет на 23,8%, 8-11 лет на 25,0% ($p<0{,}05$) и 12-16 лет на 18,4% ($p<0{,}05$); во 2 стадии – на 28,6% ($p<0{,}01$), 28,1% ($p<0{,}01$) и 26,3% ($p<0{,}01$); при 3 стадии соответственно указанному возрасту на 23,8% ($p<0{,}01$), 34,4% ($p<0{,}05$) и 21,1% ($p<0{,}001$) (табл.).

Некоторые показатели центральной гемодинамики у детей с преренальной ОПП в зависимости от стадии и возраста при поступлении (M±m)

Показатели	Возраст (лет)	Стадии ОПП			Контрольная группа
		1стадия n=11	2 стадия n=38	3 стадия n=41	
ЧСС, в мин	3-7	122±5,0	134±4,0***	146±5,0***	106±6,0
	8-11	110±4,0*	122±3,0***	138±3,0***	95±5,0
	12-16	104±6,0*	118±4,0***	127±6,0***	83±7,0
СДД, мм рт.ст.	3-7	68,5±2,4	64,8±3,5*	56,2±3,2***	73,3±2,2
	8-11	78,3±2,3	70,0±3,0*	68,3±2,4**	81,7±3,4
	12-16	80,0±3,4	73,3±3,8*	70,0±2,6***	83,3±2,6
ОПСС, дин/с×см$^{-5}$	3-7	2108±132	1920±124	1729±180*	2178,8±124
	8-11	1566±106**	1366±100***	1271±105***	2040±80.0
	12-16	1422±160	1222±112*	1210±105*	1780±216
СВ, л/мин	3-7	2,6±0,1	2,7±0,3	2,6±0,2	2,1±0,4
	8-11	4,0±0,1*	4,1±0,1**	4,3±0,2**	3,2±0,3
	12-16	4,5±0,2*	4,8±0,2**	4,6±0,2*	3,8±0,2
СИ, л/мин×м^2	3-7	3,8±0,2**	3,9±0,3**	3,8±0,1***	2,9±0,1
	8-11	4,2±0,2	4,3±0,4	4,6±0,3*	3,6±0,3
	12-16	3,2±0,2*	3,4±0,2	3,3±0,2	3,8±0,2
УО, мл	3-7	21,6±2,8	20,0±2,5	18,0±2,0	25,4±3,6
	8-11	36,7±3,2	33,8±3,1	30,8±2,8*	42,6±4,7
	12-16	43,4±3,3	40,4±3,2*	36,5±2,7**	50,3±3,2
РЛЖ, кгм/мин	3-7	2,5±0,2	2,48±0,3	2,1±0,2	2,2±0,2
	8-11	4,5±0,4	4,1±0,2	4,2±0,3	3,7±0,3
	12-16	5,1±0.3	5,0±0.3	4,6±0,2	4,5±0,2

Примечание: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001 достоверность показателей по сравнению с нормой

Анализ показателей СИ, заложенных в основу для определения типа гемодинамики, связанных с данными СВ и площадью поверхности тела, которая увеличивается в зависимости от возраста, при сравнении с возрастной нормой показал: увеличение СИ при 1 стадии у 3-7-летних на 31,0% (p<0,01), тенденцию к увеличению у 8-11-летних на 16,7% и снижение в возрасте 12-16 лет на 15,8% (p<0,05); во 2 стадии почечной дисфункции повышение на 34,5% (p<0,01), 19,4% и снижение на 10,5% соответственно возрастным категориям, а также увеличение при 3 стадии на 31,0% (p<0,001), 27,8% (p<0,05) и тенденцию к снижению на 13,1% в старшей возрастной группе (табл.).

Одним из критериев, являющихся звеном компенсаторного механизма поддержания ОЦК, а также регулирующим и определяющим тип кровообращения, является показатель ОППС, зависящий от СВ и СДД. У детей в зависимости от возраста, особенно в младшей группе, отмечается значительное повышение ОПСС, по сравнению со взрослыми, и только в старшей возрастной группе данный показатель приближается ко взрослым значениям. Поэтому в возрастной группе 3-7 лет, 8-11 лет и 12-16 лет сравнительный анализ ОПСС, по сравнению с возрастными нормативными значениями, показал его снижение: при 1 стадии ОПП на 3,2%, на 23,2% (p<0,01) и 20,1%; во 2 стадии на 11,9%, 33,0% (p<0,001) и 31,3% (p<0,05); при 3 стадии на 20,6% (p<0,05), 37,7% (p<0,001) и 32,0% (p<0,05) соответственно (табл.).

Состояние кровообращения и многие показатели ЦГ напрямую зависят от функ-

ционального состояния и контрактильной способности левого желудочка, т.е. от РЛЖ, которая связана с показателям СВ, САД, УО и др. Анализ РЛЖ у детей с ОПП в зависимости от возраста и стадии дисфункции показал: что при 1 стадии у детей 3-7 лет она составила 2,5±0,2 кгм/мин, 8-11 лет – 4,5±0,4 кгм/мин и 12-16 лет – 5,1±0,3 кгм/мин; при 2 стадии у детей 3-7 лет она составила 2,48±0,3 кгм/мин, 8-11 лет – 4,1±0,2 кгм/мин и 12-16 лет – 5,0±0,3 кгм/мин; при 3 стадии у детей 3-7 лет – 2,1±0,2 кгм/мин, 8-11 лет – 4,2±0,3 кгм/мин и 12-16 лет – 4,6±0,2 кгм/мин. Полученные данные РЛЖ у детей с ОПП с преренальной этиологией свидетельствуют о компенсации контрактильной способности левого желудочка при 1 и 2 стадиях, её снижении при 3 стадии почечной дисфункции, так как эффективная производительность ЛЖ снижается в связи с прогрессирующим уменьшением УО, СДД и ОПСС, что впоследствии приводит к нарушениям легочной гемодинамики.

Заключение

Таким образом, результаты исследования подтверждают данные ряда авторов, что у детей с ОПП преренальной этиологии в остром периоде нарушаются гемодинамические показатели, в основном по гиперкинетическому типу кровообращения, зависящие от стадии почечной дисфункции и имеющие возрастные особенности.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Кемпер М. Острая почечная недостаточность (острое повреждение почек). В кн.: Детская нефрология, практическое руководство / под ред. Э. Лойманна, А.Н. Цыгина, А.А. Саркисяна. – М.: Литера, 2010. – С. 338-345.

2. Нугманова А.М. Эхокардиография в исследовании центральной гемодинамики у детей на программном гемодиализе // SonoAce Ultrasound. – 2010. – № 20. – С. 78-82

3. Республиканский центр медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ за 2015 год (Статистический сборник). – Душанбе, 2015. – 384 с.

4. Шраменко Е.К., Шкарбун Л.И. Сравнительная оценка изменений почечного кровотока при различных вариантах острого повреждения почек // Медицина неотложных состояний. – 2014. – № 4(59). – С. 78-82.

5. Dewitte A., Coquin J., Meyssignac B., Joannès-Boyau O., Fleureau C., Roze H., Ripoche J., Janvier G., Combe C., Ouattara A. Doppler resistive index to reflect regulation of renal vascular tone during sepsis and acute kidney injury // Crit. Care. – 2012. – Vol. 16, No 5. – P. 165.

6. Schnell D., Deruddre S., Harrois A., Pottecher J., Cosson C., Adoui N., Benhamou D., Vicaut E., Azoulay E., Duranteau J. Renal resistive index better predicts the occurrence of acute kidney injury than cystatin C // Shock. – 2012. – Vol. 38, No 6. – P. 592-597.

7. Stajic N., Bogdanovic R., Spasojevic-Dimitrijeva B. et al. Acute kidney injury in pediatric patients hospitalized in two Serbian tertiary care centers during one year // Pediatr Nephrol. – 2012. – Vol. 27, No 9. – P. 1773.

REFERENCES

1. Kemper M. Ostraja pochechnaja nedostatochnost' (ostroe povrezhdenie pochek) [Acute Kidney Violation (Acute Kidney Injury)], V kn.: *Detskaja nefrologija, prakticheskoe rukovodstvo / pod red. Je. Lojmanna, A.N. Cygina, A.A. Sarkisjana (in the book: Pediatric nephrology, practical guidance under edition of E. Lojman, A.N. Cygin, A.A. Sarkisjan)*. M.: Litera. 2010: 338-345.

2. Nugmanova A.M. Nugmanova A. M. Ekhokardiografiya v issledovanii tsentralnoy gemodinamiki u detey na programmnom gemodialize [Echocardiography in the study of central hemodynamics in children on programmed hemodialysis]. *SonoAce Ultrasound*. 2010; 20:78-82.

3. *Respublikanskiy tsentr meditsinskoy statistiki i informatsii Ministerstva zdravookhraneniya i sotsialnoy zashchity naseleniya RT za 2015 god (Statisticheskiy sbornik)* [Republican center of medical statistics and information of the Ministry of health and social protection of population of the Republic of Tatarstan for 2015 (Statistical collection)]. Dushanbe. 2015: 384 p.

4. Shramenko E.K., Shkarbun L.I. Sravnitel'naja ocenka izmenenij pochechnogo krovotoka pri razlichnyh variantah ostrogo povrezhdenija pochek [Comparative evaluation of changes in renal blood flow in different types of acute kidney injury)], *Medicina neotlozhnyh sostojanij (Emergency Medicine)*. 2014; 4(59):78-82

5. Dewitte A., Coquin J., Meyssignac B., Joannès-Boyau O., Fleureau C., Roze H., Ripoche J., Janvier G., Combe C., Ouattara A. Doppler resistive index to reflect regulation of renal vascular tone during sepsis and acute kidney injury. *Crit Care*. 2012; 16(5):165.

6. Schnell D., Deruddre S., Harrois A., Pottecher J., Cosson C., Adoui N., Benhamou D., Vicaut E., Azoulay E., Duranteau J. Renal resistive index better predicts the occurrence of acute kidney injury than cystatin *C. Shock*. 2012; 38(6):592-597.

7. Stajic N., Bogdanovic R., Spasojevic-Dimitrijeva B. et al. Acute kidney injury in pediatric patients hospitalized in two Serbian tertiary care centers during one year. Pediatr Nephrol. 2012; 27(9):1773.

8. Tanyildiz M., Ekim M., Kendirli T., Assessment of Acute Kidney Injury (AKI) in children after cardiac surgery in intensive care units // Pediatr Nephrology. – 2012. – Vol. 27, No 9. – P. 1768.

Сведения об авторах:

Одинаев Азиз Абдусатторович – соискатель ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ, к.м.н.

Икромов Турахон Шарбатович – ассистент кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.; тел.: +(992)919000260; e-mail: ikromov0368@mail.ru

Ибодов Хабибулло – профессор кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор; тел.: +(992)900991177; e-mail: ibodov49@mail.ru

Мурадов Алишер Мухтарович – зав. кафедрой эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор; тел.: +(992)900730110; e-mail: AlisherMuradov@mail.ru

Шумилина Ольга Владимировна – ученый секретарь Городского научного центра реанимации и детоксикации, г. Душанбе, к.м.н.; тел.: +(992)900002345; e-mail: oshumilina2008@yandex.ru

8. Tanyildiz M., Ekim M., Kendirli T., Assessment of Acute Kidney Injury (AKI) in children after cardiac surgery in intensive care units. *Pediatr Nephrology*. 2012; 27(9):1768.

Information about authors:

Odinaev Aziz Abdusattorovich – aspirant of the State Institution "Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Child's Surgery» of the Ministry of Health and Social Protection of the Population, Candidate of Medical Science

Ikromov Turakhon Sharbatovich – assistant of the department of Children's Surgery, Anesthesiology and Reanimatology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan», Doctor of Medical Sciences; tel.: +(992)919000260; e-mail: ikromov0368@mail.ru

Ibodov Habibullo – professor of the department of Children's Surgery, Anesthesiology and Reanimatology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan», Doctor of Medical Sciences;tel.: +(992)900991177; e-mail: ibodov49@mail.ru

Muradov Alisher Mukhtarovich – head of the department of Efferent Medicine and Intensive Care of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan», Doctor of Medical Sciences, professor; tel.: +(992)900730110; e-mail: AlisherMuradov@mail.ru

Shumilina Olga Vladimirovna – scientific secretary of the State Establishment "City Scientific Center of Reanimation and Detoxification" of Dushanbe, Candidate of Medical Science; tel.: +(992)900002345; e-mail: oshumilina2008@yandex.ru

БАЪЗЕ НИШОНДИҲАНДАҲОИ ХУНГАРДИШИ МАРКАЗИИ КӢДАКОНИ ГИРИФТОРИ НАМУДИ ПРЕНЕФРАЛИИ ИЛЛАТИ ШАДИДИ ГУРДАҲО

[1]ОДИНАЕВ А.А., [2]ИКРОМОВ Т.Ш., [2]ИБОДОВ Ҳ.,
[2]МУРОДОВ А.М., [3]ШУМИЛИНА О.В.

[1]МД «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакона» ВТ ва ҲИА ҶТ
[2]МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»
[3]МД «Маркази илмии шаҳрии эҳё ва детоксикатсия» РТ ш. Душанбе

Мақсади тадқиқот. *Омӯхтани баъзе нишондиҳандаҳои хунгардиши марказии кӯдакони гирифтори иллати шадиди гурдаҳо бо этиологияи пререналӣ вобаста аз вазнинии дисфунксияи гурдаҳо ва синну сол.*
Мавод ва усулҳои тадқиқот. *Натиҷаҳои муоина ва табобати 90 кӯдакон бо намуди пререналии иллатёбии шадиди гурдаҳо (ИШГ) ва хусусиятҳои нишондиҳандаҳои хунгардиши марказии онҳо вобаста аз вазнинии равиши бемории асосӣ ва оризаҳои узвии он омӯхта шуданд. Сабабҳои инкишофи ИШГ сирояти системаи асаб, осебҳо, бемориҳои шадиди рӯдаҳо, перитонит ва сепсис буд. Марҳила ва дараҷаи вазнинии беморӣ мувофиқи таснифҳои ИШГ – RIFLE (2004) ва AKIN (2007) муайян карда шуд.*
Хунгардиши марказӣ дар ҷараёни тадқиқот бо усули спектроскопияи биоимпедансӣ (бо Тишенко М.И.) дар дастгоҳи «Диамант-Р» ва эхокардиография бо усули маъмулӣ мувофиқи тавсияҳои Ассотсиатсияи Амрикоии ЭхоКГ таҳқиқ карда шуд. Тавассути ЭхоКГ чунин нишондиҳандаҳо омӯхта шуданд: фраксияи партоиши меъдачаи чап; функсияи систоликӣ тавассути хунгардиши трансмитралӣ; ҳаҷми зарбавии дил (ҲЗ). Пас аз он нишондиҳандаҳои зерин ҳисоб карда шуданд: кори меъдачаи чапи дил (КМЧ); партоиши дилӣ (ПД); индекси дилӣ (ИД); муқовимати умумии канории рагҳо (МУКР); фишори миёнаи шараёнӣ (ФМШ); миқдори тапиши дил (МТД).
Натиҷаҳо. *Дар кӯдакони гирифтори ИШГ бо этиологияи пререналӣ дар марҳилаи шадиди беморӣ вайроншавии нишондиҳандаҳои хунгардиш асосан ба намуди хунгардиши гипекинетикӣ ба амал меояд.*
Хулоса. *Тағйиротҳои муайянкардашудаи системаи хунгардиши марказӣ ҳангоми ИШГ аз дараҷаи вазнинӣ ва марҳилаи беморӣ ва синну соли кӯдакон вобастагӣ дорад.*
Калимаҳои асосӣ: кӯдакон, иллати шадиди гурдаҳо, намуди пререналӣ, нишондиҳандаҳои хунгардиши марказӣ

УДК 616.9 – 614 (575.3) **doi: 10.31712/2221-7355-2018-8-3-356-360**

ФОРМИРОВАНИЕ ПОЛИТИКИ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

[1]РУЗИЕВ М.М., [2]СОН И.М., [3]БАНДАЕВ И.С.

[1]ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе с СПИД» МЗиСЗН РТ
[2]ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ
[3]ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. *Обеспечение устойчивости политики противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан.*

Материал и методы исследования. *Проведен анализ нормативно-правовых документов Правительства Республики Таджикистан, решений Национального координационного комитета по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией по противодействию распространения ВИЧ-инфекции, приказов Министерства здравоохранения и социальной защиты населения.*

Результаты. *Меры по противодействию ВИЧ/СПИД-инфекции, принимаемые в республике, основываются на комплексном использовании различных профилактических, лечебно-профилактических и социально направленных программ.*

Заключение. *Реализация национальных целевых программ и стратегий проводилась с разработкой нормативно-методической базы, совершенствованием организационного и ресурсного обеспечения, направленных на профилактику ВИЧ/СПИДа с учетом специфики восприимчивых к ВИЧ-инфекции разных контингентов населения.*

Ключевые слова: *противодействие ВИЧ-инфекции, целевые программы, комплексные профилактические мероприятия*

FORMATION THE POLICY OF COMBATING AGAINST PREVALENCE OF HIV INFECTION IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

[1]RUZIEV M.M., [2]SON I.M., [3]BANDAEV I.S.

[1]SI "Republican Center for Prevention and Control of AIDS" of the MHSP RT
[2]FSBI «Central Scientific Research Institute of Health Organization and Informatization», MH RF
[3]SI «Republican Educational and Clinical Center for Family Medicine» of the MHSP RT

Study Purpose. *To Ensure the sustainability of the policy of combating the prevalence of HIV infection in the Republic of Tajikistan.*

Material and Methods. *The analysis of legislative documents of the government of the Republic of Tajikistan, decisions of the National Coordination Committee to combat HIV/AIDS, tuberculosis and malaria to counteract a prevalence of HIV infection, orders of the Ministry of health and social protection were conducted.*

Results. *The measures taken to counteract HIV / AIDS infection in the country are based on the comprehensive use of various preventive, preventive and treatment and socially oriented programs.*

Conclusion. *The implementation of national target programs and strategies was carried out through formulation of legislative and methodological base, improvement of organizational and resource provision addressed to the prevention of HIV/AIDS, taking into account the specifics of different populations groups susceptible to HIV infection.*

Key words: *combating HIV infection, targeted programs, comprehensive preventive measures*

Актуальность

В современном мире одним из самых страшных вызовов прогрессу и стабильности является эпидемия ВИЧ/СПИДа, представляющая реальную угрозу здоровью населения и национальной безопасности многих стран мира, что требует принятия комплексных мер глобального реагирования [1, 2, 3].

Для Таджикистана, как и для других стран мира, СПИД представляет одну из наиболее

острых и актуальных проблем, поскольку является реальной угрозой социально-экономическому развитию и национальной безопасности страны. Эпидемическая ситуация с ВИЧ-инфекцией в стране является напряжённой и имеет тенденцию к устойчивому развитию [4].

Мировой опыт борьбы с ВИЧ/СПИДом показал, что эффективное противодействие распространению ВИЧ может быть обеспечено при наличии таких основных инструментов, как законодательная база, целевые программы, сотрудничество с международными и общественными организациями в области профилактики данной инфекции. Одним из наиболее важных направлений противодействия распространению ВИЧ-инфекции является разработка и последовательная реализация долгосрочных целевых программ профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом, которые включают в себя меры как первичного воздействия (первичная профилактика), так и вторичного и третичного (вторичная и третичная профилактика). Эти инструменты нашли свое применение и в странах СНГ, включая Таджикистан [5].

Цель исследования

Обеспечение устойчивости политики противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан (РТ) путем разработки и последовательной реализации долгосрочных целевых программ профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Материал и методы исследования

Для изучения организационных аспектов противодействия распространению ВИЧ-инфекции проведен анализ нормативно-правовых документов: Постановлений Правительства РТ, решений Национального координационного комитета по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией (НКК) по противодействию распространения ВИЧ-инфекции при правительстве РТ, приказов Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ, межведомственных документов, нормативно-распорядительных и аналитических материалов Центра СПИД.

Результаты и их обсуждение

Меры по противодействию ВИЧ/СПИД-инфекции, принимаемые в республике, основываются на комплексном использовании различных профилактических, лечебно-профилактических и социально направленных программ и применении различных методов и способов, доказавших свою эффективность в мировой практике. Среди них: программы, направленные на предупреждение ВИЧ среди населения страны: программа добровольного консультирования и тестирования, образовательные программы для молодежи, программа профилактики инфекций, передающихся половым путем, программа безопасности крови, программа после контактной профилактики, программа профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, программы для лиц, живущих с ВИЧ. Сюда же следует отнести программу совместных действий против туберкулеза и ВИЧ-инфекции и т.д.

Начало формирования политики противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан заложено принятием Программы по предупреждению распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), на 1996-1997 гг., утвержденной Постановлением правительства Республики Таджикистан от 02.09.1996 № 737-п.

В Таджикистане первая целевая программа «Стратегический план по предотвращению угрозы распространения вируса иммунодефицита человека (заболевания СПИД) на период 2002-2005гг.», утвержденная постановлением Правительства Республики Таджикистан 30.12.2000 № 516, была принята в период, когда в стране были зарегистрированы лишь единичные случаи ВИЧ инфекции. В этой связи план имел только профилактическую направленность. Его приоритетными направлениями являлись профилактические мероприятия по снижению уязвимости к ВИЧ-инфекции среди молодежи, потребителей инъекционных наркотиков и коммерческих секс-работников.

В 2004 г. она была расширена Программой противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа, на 2004-2010 гг., утвержденной Приказом Министерства здравоохранения от 24.03.2004 №145, включающей принципы и основы комплексной диагностики с мониторингом и оценкой эпидемиологической ситуации и проводимых профилактических мероприятий в организациях и учреждениях как внутри сектора здравоохранения, так и других секторов.

Третья Национальная Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в РТ на период 2007-2010 гг. утверждена постановлением Правительства РТ 03.03.2007г. № 86. Она была разработана на принципах достижения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке по ВИЧ/СПИДу. Ее целью являлось замедление темпов распространения ВИЧ-инфекции путем обеспечения универсального доступа населения к профилактике, лечению, уходу

и поддержке. В ней были изложены ряд приоритетных областей: по предупреждению заражения; лечению и уходу; социальной поддержке; соблюдению законности и прав человека; проведению научных исследований; мониторингу и наблюдению.

В 2010 г. было завершено выполнение третьей Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в РТ на период 2007-2010 гг. Проведенными исследованиями установлено, что основная ее цель была достигнута. Распространенность ВИЧ-инфекции не превысила 20% среди групп населения, наиболее подверженных высокому риску, и не превысила 1% среди общего населения.

Четвертая Программа была утверждена с детальным бюджетом, планом мониторинга и оценки с ежегодным планом действий (Постановление Правительства РТ № 562 от 30.10. 2010г.). Национальная программа была согласована со всеми международными партнерами и являлась основным документом для определения деятельности доноров в области ВИЧ/СПИД. Особое внимание в ней уделено гендерным вопросам. Впервые в национальную повестку дня были широко включены проблемы женщин и девочек, гендерного равенства в связи с проблемой ВИЧ, исходя из результатов, полученных в исследовании доступа лиц, живущих с ВИЧ, к социальным услугам, с акцентом на гендерное равенство.

В течение периода выполнения четвертой Программы был заложен фундамент для интеграции мероприятий по вопросам гендерных отношений и ВИЧ/СПИДа в ряд министерств, ведомств, комитет по делам женщин и семьи при Правительстве РТ, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ, Министерство труда, миграции и занятости населения РТ, Министерство обороны РТ. Для повышения осведомленности по вопросам, связанным с ВИЧ/ СПИД и гендерных отношений, были задействованы религиозные лидеры.

В 2015 г. было завершено выполнение четвертой Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2011-2015 гг. Проведенными исследованиями установлено, что основная ее цель была достигнута.

В 2014 году в стране была подготовлена и принята Национальная стратегия по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2015-2017 годы, утвержденная решением Национального координационного комитета по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией (НКК) протокол № 27 от 18 июля 2014г.

Для выполнения Национальной стратегии по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД (НСПВ) был разработан детальный оперативный план, где были указаны четкие приоритеты по реализации ключевых мероприятий. Основные усилия были направлены по шести приоритетным областям: 1) профилактика; 2) лечение; 3) уход и поддержка; 4) правовые вопросы; 5) исследования, мониторинг и надзор; 6) расширение доступа, снижение уровня стигмы, а также улучшение качества медицинской помощи.

НСПВ акцентировалась на проведение интервенций, направленных на укрепление системы здравоохранения, в частности на расширение и интеграцию услуг по добровольному и конфиденциальному консультированию и тестированию (ДККТ) в учреждениях первичной медико-санитарной помощи ПМСП. Она также вносила свой вклад в национальную реформу здравоохранения путем наращивания и совершенствования технического и управленческого потенциала специалистов в области здравоохранения, поощрения участия гражданского общества в борьбе с эпидемией.

Реализация НСПВ потребовала необходимость расширения координированного межотраслевого реагирования по вопросам ВИЧ/СПИДа. Каждой отрасли предложено было рассмотреть позитивное или негативное воздействие, оказывающее распространение, и последствия ВИЧ/СПИД на ее деятельность: какие угрозы представляет ВИЧ/СПИД для деятельности, реализации и устойчивости мероприятий; какие мероприятия и интервенции могут быть реализованы для снижения рисков, защиты работников и сообщества; какой вклад можно внести в рамках национальных ответных мер.

Стратегическая цель новой НСПВ (2015-2017 гг.) заключалась в эффективном реагировании на имеющуюся базу доказательных данных и реализацию координированных, комплексных и качественных мер по профилактике, лечению и уходу, а также мобилизации и повышении уровня осведомленности населения о СПИДе, а также эффективному внедрению проблемы ВИЧ во все секторы. В этой связи были разработаны 4 стратегических направлений и 6 приоритетов.

Стратегическое направление № 1. Обеспечение эффективности профилактики, лечения, ухода и сопутствующих услуг на основании гендерно-ориентированного подхода в целях предоставления всеобщего доступа.

Стратегическое направление № 2. Интеграция проблемы ВИЧ в ключевые отрасли посредством реализации долгосрочных программ, направленных как на коренные причины, так и последствия эпидемии ВИЧ.

Стратегическое направление № 3. Реализация программ под руководством общин в целях содействия достижению всеобщего доступа и социальной трансформации СПИДа в контексте компетентных общин со снижением маргинализации (стигмы и дискриминации) уязвимых групп и ЛЖВ.

Стратегическое направление № 4. Координация действий всех заинтересованных сторон в рамках национальной стратегии и соответствующей рамочной программы действий, основанных на взаимной ответственности, гендерном равенстве и правах человека.

Приоритет 1. Расширение охвата, пользование услугами профилактики ВИЧ и снижение опасного поведения среди общин в целом, лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, и уязвимого населения.

Приоритет 2. Увеличение количества лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, имеющих право доступа к услугам лечения, уходу и смягчению последствий.

Приоритет 3. Укрепление систем здравоохранения в предоставлении пакета услуг по ВИЧ, обеспечивающего непрерывность ухода в соответствии со Стратегическим планом.

Приоритет 4. Включение вопросов по ВИЧ/СПИДу в стратегии и политику конкретных отраслей.

Приоритет 5. Поддержка общин в реагировании на ВИЧ/СПИД в разрезе местного контекста.

Приоритет 6. Эффективный ввод в действие НСПВ.

Наличие в республике имеющейся нормативно-правовой базы является необходимым, но не единственным условием для эффективной реализации политики по предотвращению ВИЧ. Важным условием является также фактическая правоприменительная практика, которая существенно отличается от изначально запланированной.

Резюмируя результаты исполнения Национальных программ и стратегии по противодействию ВИЧ/СПИДа, необходимо отметить, что в них не только представители групп риска являются основным объектом воздействия в сфере профилактики ВИЧ-инфекций, но и остальной контингент населения необходимо рассматривать как группу риска по имевшимся критериям информированности. Так как социологические исследования показывают, что при достаточно высоком уровне знаний как о путях передачи, так и о средствах индивидуальной профилактики ВИЧ-инфекции у представителей различных социальных групп часто имеет место отсутствие должной настороженности в плане инфицирования ВИЧ.

Заключение

В основу принятых документов заложен унифицированный комплексный подход по реализации мероприятий первичной, вторичной и третичной профилактики ВИЧ/СПИДа, регламентированные нормативными и методическими документами.

Реализация национальных целевых программ и стратегий проводилась с разработкой нормативно-методической базы, совершенствованием организационного и ресурсного обеспечения, направленных на профилактику ВИЧ/СПИДа с учетом специфики восприимчивых к ВИЧ-инфекции разных контингентов населения.

Приказами Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан утверждены более 20 нормативно-методических документов, в которых определен порядок проведения мероприятий первичной, вторичной и третичной профилактики. Важно отметить, что ряд документов утвержден на межведомственном уровне для обеспечения взаимодействия Министерства здравоохранения и социальной защиты населения, Министерства образования и науки, Министерства труда и занятости населения, МВД, Министерства юстиции и др.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Онищенко Г.Г. ВИЧ-инфекция – проблема человечества // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2009. – №1. – С. 5-9

2. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические рекомендации. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 192 с.

REFERENCES

1. Onishhenko G.G. VICh-infekcija – problema chelovechestva [HIV Infection - Humanity Problem]. *VICh-infekcija i Immunosupressii (HIV infection and Immunosuppression)*. 2009; 1:5-9.

2. Pokrovskij V.V. VICh-infekcija i SPID. Klinicheskie rekomendacii [HIV infection and AIDS. Clinical recommendations]. - M.:GJeOTAR-Media, 2010;192p.

3. Хоффман К., Рокштро Ю.К. Лечение ВИЧ-инфекции. – М.: Р.Валент, 2010. – 648 с.

4. Мирзоев А.С., Нуров Р.М., Рафиев Х.К. и др. Детерминанты ВИЧ-инфекции в Таджикистане // Здравоохранение Таджикистана.- 2011.- № 11.- С. 34-40.

5. Нуров Р.М., Рафиев Х.К., Рузиев М.М. Эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях Республики Таджикистан // Вестник педагогического университета. – 2012. – № 5. – С. 91-92.

3. Hoffman K., Rokshtro Ju.K. Lechenie VICh-infekcii [Treatment of HIV infection].- M.: R.Valent, 2010;648 p.

4. Mirzoev A.S., Nurov R.M., Rafiev H.K. i dr. Determinanty VICh-infekcii v Tadzhikistane [Determinants of HIV infection in Tajikistan]. *Zdravoohranenie Tadzhikistana (Health Care in Tajikistan)*. 2011; 11:34-40.

5. Nurov R.M., Rafiev H.K., Ruziev M.M. Jepidemiologicheskie osobennosti VICh-infekcii v penitenciarnyh uchrezhdenijah Respubliki Tadzhikistan[Epidemiological features of HIV infection in penitentiary institutions of the Republic of Tajikistan]. *Vestnik pedagogicheskogo universiteta (Bulletin of pedagogical University)*. 2012; 5:91-92.

Сведения об авторах:

Рузиев Муродали Мехмондустович – научный консультант ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД», к.м.н.; 734016, Таджикистан, г. Душанбе, ул. Дехоти – 48; e-mail: m.ruziev@mail.ru

Сон Ирина Михайловна – заместитель директора по науке ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, д.м.н., профессор; 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11; e-mail: son@mednet.ru

Бандаев Илхомджон Сироджидинович – директор ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины» МЗиСЗН РТ, д.м.н.; 734025, Таджикистан, г. Душанбе, ул. Нарзикулова, 8; e-mail: ibandaev@list.ru

Information about authors:

Ruziev Murodali Mehmondustovich – The Republican Center for Prevention and Control of AIDS, the Ministry of Health and Social Protection of the Republic Tajikistan; 734016, Tajikistan, Dushanbe, Dehoti Str., 48

Son Irina Mikchailovna – Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation; 127254, Russia, Moscow, Dobrolubova Str., 11

Bandaev Ilhomdzhon Sirodzhidinovich – The Republican Training and Clinical Center of Family Medicine of Ministry of Health and Social Protection; 734025, Tajikistan; Dushanbe, Narzikulov Str., 8

ТАШАККУЛИ СИЁСАТИ МУҚОВИМАТ ОИД БА ПАҲНШАВИИ СИРОЯТИ ВНМО ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

[1]РУЗИЕВ М.М., [2]СОН И.М., [3]БАНДАЕВ И.С.

[1]МД «Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бар зидди ВНМО» ВТ ва ҲИА ҶТ
[2]МДФБ «Пажуҳишгоҳи марказии илмию тадқиқотии ташкилотӣ ва маълумотии соҳаи тандурустӣ» Вазорати тандурустии Федератсияи Россия
[3]МД «Маркази ҷумҳуриявии таълимию клиникии тибби оилавӣ» ВТ ва ҲИА ҶТ

Мақсади тадқиқот. *Таъмини таҳкими сиёсати муқовиматӣ оид ба паҳншавии сирояти ВНМО дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.*

Мавод ва усулҳои тадқиқот. *Таҳлили ҳуҷҷатҳои амалкунандаи меъёрию ҳуқуқии Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон, хулосаҳои Кумитаи ҳамоҳангсозии миллӣ оид ба мубориза бар зидди ВНМО, сил ва табларза ва фармоишҳои Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолӣ гузаронида шуд.*

Натиҷаҳо. *Чорабиниҳои дар ҷумҳурӣ истифодашуда доир ба муқовимат бар зидди сирояти ВНМО дар заминаи истифодаи маҷмуавии барномаҳои гуногуни пешгирӣ, табобатӣ ва иҷтимоӣ асос ёфтаанд.*

Хулоса. *Амалишавии барнома ва стратегияҳои мақсадноки миллӣ дар асоси коркарди заминаи ҳуқуқию методӣ ва мукаммалсозии таъминоти моддию ташкилӣ, ки бар зидди пешгирии ВНМО бо назардошти ҳассосияти қишрҳои гуногуни аҳолӣ асос ёфтаанд, гузаронида шудааст.*

Калимаҳои асосӣ: *муқовимат бар зидди сирояти ВНМО, барномаҳои мақсаднок, чорабиниҳои маҷмуавии пешгирикунанда*

УДК 616.65-002 **doi: 10.31712/2221-7355-2018-8-3-361-368**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АДЕНОПРОСИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

**САЙДУЛЛОЕВ Л., ИШОНАКОВ Х.С.,
МУМИНОВ Н.О., ЁРОНОВ О.ДЖ.**

Кафедра урологии и андрологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. *Изучить эффективность аденопросина в лечении хронического простатита.*
Материал и методы исследования. *Представлены результаты диагностики и лечения 135 больных хроническим простатитом, разделенных на две группы: первая - 74 (54,8) больных с традиционными методами лечения; вторая - 61 (45,2) пациент, в традиционное лечение включен аденопросин в виде суппозиториев 1 раз в день перед сном в течение 30 дней. Обследованные мужчины были в возрасте от 21 до 50 лет (в среднем 33,2±1,2 лет).*
Методы обследования - клинические и лабораторные.
Результаты. *У всех пациентов до лечения установлено нарушение всех составляющих копулятивного цикла, одновременно у 51 (37,8%) больного сохранялся болевой симптом, у 82 (60,7%) содержание лейкоцитов в секрете предстательной железы не превышало 10 в поле зрения. Суммарный показатель анкеты симптомов хронического простатита NIH-CPSI у больных обеих групп соответствовал мало выраженной симптоматике хронического простатита.*
В процессе лечения у больных 2 группы установлено существенное улучшение ближайших и отдаленных динамических показателей симптоматики: повышалось качество адекватных эрекций, симптом ожидания неудачи полностью исчезал через 4 недели применения, раньше прекращалось преждевременное семяизвержение и повышалось либидо. Показатели анкет NIH-CPSI и I-PSS снижались одинаково в 1 и 2 группах. Нормализация эхоструктуры предстательной железы и уменьшение ее объема после лечения наступали несколько раньше у больных 2 группы. Нормализация секрета предстательной железы происходила раньше у больных 2 группы, уже в процессе лечения.
Заключение. *Аденопросин является эффективным препаратом для лечения хронического простатита.*
Ключевые слова: *хронический простатит, аденопросин*

EFFECTIVENESS OF APPLICATION OF THE ADENOPROSINE IN PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS

**SAYDULLOEV L., ISHONAKOV KH.S.,
MUMINOV N.O., YORONOV O.DZH.**

Department of Urology and Andrology of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”

Study Purpose. *To study Effectiveness the adenoprosine in treatment of the chronic prostatitis.*
Material and Methods. *Results of diagnostics and treatment of 135 patients with chronic prostatitis divided into two groups are presented in article, including: the first group 74 (54,8) patient with traditional methods of treatment, 2. 61 (45,2) patients, those were applied adenoprosin in a type of suppository along with traditional methods of treatment one time per day before bedtime within 30 days. The examined men were aged from 21 up to 50 years (in average 33,2±1,2 years). Methods of examination were clinical and laboratorial.*
Results. *Among all patients before treatment, a violation of all components of the copulative cycle was identified, while among 51 (37.8%) patients pain symptom were remained and in 82 (60.7%) patients the content of white blood cells in the secret of the prostate did not exceed 10 in the field of view. The total index of the questionnaire of symptoms of chronic prostatitis NIH-CPSI in patients of both groups corresponded to the mild symptoms of chronic prostatitis*
In the course of treatment in patients of the 2nd group, a significant improvement in the immediate and long-term dynamic indicators of symptoms was revealed: the quality of adequate erections increased, the symptom of waiting for failure completely disappeared after 4 weeks of application, premature ejaculation stopped earlier and libido increased. NIH-CPSI and IPS questionnaire indicators decreased equally in the 1st and the 2nd groups. Normalization of the prostate echostructure and reduction of its volume after treatment occurred somewhat earlier in patients of the 2nd group. Normalization of prostate secretion occurred earlier in patients of the 2nd group, already in the process of treatment.
Conclusion. *Adenopathy is an effective drug for the treatment of chronic prostatitis.*
Key words: *chronic prostatitis, adenoprosine*

Актуальность

Хронический простатит – широко распространенное заболевание. Типичными проявлениями хронического простатита считаются боль в малом тазу, нарушения мочеиспускания, расстройства копулятивного цикла, а именно его эректильного и эякуляторного компонентов [1, 2]. Воспаление предстательной железы может распространяться на сосудисто-нервные пучки, проходящие в непосредственной близости от этого органа [1, 5]. Именно нарушение функции нервных волокон и кровеносных сосудов, направляющихся к половому члену, может стать пусковым моментом в развитии эректильной дисфункции. При психической астенизации пациента эректильную дисфункцию дополнительно усугубляет снижение либидо [5, 6]. Поражая мужчин сравнительно молодого возраста (20-40 лет), простатит нередко становится причиной мужского бесплодия. За последние годы наблюдается рост заболеваемости хроническим простатитом, что связано с широким распространением малоподвижного образа жизни, ухудшением экологической обстановки, бесконтрольным применением лекарственных препаратов, аллергизацией населения, вредными условиями труда [2].

Одним из перспективных направлений в лечении больных хроническим простатитом является применение препаратов биологического происхождения, выделенных из предстательной железы крупного рогатого скота. Было доказано, что они оказывают органотропное действие, т.е. влияют на процессы дифференцировки в популяции клеток, из которых они выделены. Кроме того, обладают противовоспалительным и иммуномодулирующим эффектами, влияют на показатели гемостаза, усиливают синтез антигистаминовых и антисеротониновых антител и улучшают микроциркуляцию в пораженном органе [5].

Цель исследования

Изучить эффективность аденопросина в лечении хронического простатита.

Материал и методы исследования

В основу настоящего исследования положены материалы обследования и лечения 135 больных мужчин с хроническим простатитом. Все пациенты находились под наблюдением в клинике урологии и андрологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» на базе Городской клинической больницы скорой медицинской помощи города Душанбе.

Все больные обследованы в динамике до, в процессе и после лечения и наблюдались нами в период с 2016 по 2018 годы. Обследованные мужчины были в возрасте от 21 до 50 лет (средний возраст 33,2±1,2 лет). Из таблицы 1 видно, что 55 (40,7±8,3%) обследованных мужчин в обеих группах находились в возрасте от 30 до 40 лет, то есть молодом и наиболее трудоспособном.

Таблица 1

Распределение больных 1 и 2 групп по возрасту

	20-30 лет	**30-40 лет**	**40-50 лет**	**Всего**
1 гр. (n=74)	25 (33,8±10,8%)	29 (39,2±11,1%)	20 (27,0±10,1%)	74 (100%)
2 гр. (n=61)	27 (44,3±12,5%)	27 (44,3±12,5%)	7 (11,5±8,0%)	61 (100%)
Всего (n=135)	52 (38,5±8,2%)	55 (40,7±8,3%)	27 (20,0±6,7%)	135 (100%)

Примечание: разница показателей во всех группах $p<0,05$

Больные были разделены на две группы, идентичные по симптомам заболевания. В 1 группу вошли 74 (54,8±8,4%) пациента, которым применялись только традиционные методы лечения, во 2 группу - 61 (45,2±8,4%) больной, которые получали аденопросин в виде суппозиториев, наряду с традиционными методами лечения.

Отбор пациентов осуществлялся по специально разработанной карте обследования с использованием комплекса клинических и лабораторных методов, включающих микробиологическое исследование клинического материала, полученного из разнолокализованых анатомических участков мочеполового тракта: уретры, секрета предстательной железы, эякулята.

При клиническом обследовании больных учитывали жалобы, данные урологического, андрологического, эпидемиологического статусов, тщательно собранного анамнеза и результатов клинического осмотра в момент обращения. Проводили оценку копулятивной функции с применением анкет-вопросников: Международного индекса эректильной функции (МИЭФ-5) и шкалы количественной оценки мужской копулятивной функция (МКФ).

У всех пациентов исследовались наружные и внутренние половые органы: половой член, органы мошонки, предстательная железа, семенные пузырьки. Оценивались вторичные половые признаки. Всем больным выполнялось пальцевое ректальное исследование предстательной железы, обращалось внимание на ее консистенцию, болезненность, симметричность, наличие инфильтративных и рубцовых участков, состояние междолевой бороздки. При осмотре органов мошонки обращали внимание на размеры яичек и их придатков, консистенцию, наличие расширенных вен гроздевидного сплетения.

Ультразвуковое исследование предстательной железы выполнялось всем пациентам трансбрюшинным методом.

Для оценки степени выраженности симптомов расстройств акта мочеиспускания применяли анкету Международной шкалы суммарной оценки симптомов заболевания предстательной железы (I-PSS) и качество жизни (L) в виде вопросника. Нами применялась тест-шкала для оценки симптомов хронического простатита - NIH-CPSI.

Клинический анализ секрета предстательной железы и мочи выполнялся в динамике 1 раз в 14 дней.

Аденопросин вводили ректально по 1 суппозиторию 1 раз в день перед сном в течение 30 дней.

Аденопросин - это активное вещество, представляет собой биомассу, полученную из личинок насекомых вида Непарный шелкопряд (Lymantria dispar), оказывает противовоспалительное, антиоксидантное действие. Препарат снижает проницаемость капилляров, уменьшает отек простаты, улучшает микроциркуляцию в предстательной железе.

Для оценки достоверности полученных результатов исследований проведена компьютерная статистическая обработка материала с вычислением M и ±m, значимости, различий по критерию Стьюдента. Различие признаков считалось достоверным при 95% уровне значимости ($p<0,05$).

Результаты и их обсуждение

У всех 135 пациентов до лечения бактериологические посевы на урогенитальные скрытые инфекции, передающиеся половым путем, были отрицательными, на основании чего у них был исключен уретрит.

Как следует из таблиц 2 и 3, у всех (100%) больных 1 и 2 групп достоверно отмечались нарушения копулятивной функции, особенно в виде снижения качества адекватных эрекций, средняя продолжительность которых до 1 года встречалась несколько чаще у 78 (57,8±8,3%) больных и реже - от 1 года до 3 лет – у 53 (39,3±8,2%) больных, а более 3 лет - у 4 (3,0±2,9%). Все пациенты отмечали увеличение времени сексуальной стимуляции. Однако, у 120 (88,9±5,3%) больных обеих групп были сохранены спонтанные (утренние и ночные) эрекции. Симптом «ожидания неудачи» имелся у 46 (34,1±8,0%) пациентов обеих групп. Его длительность у 45 (33,3±8,0%) больных 1 и 2 групп была до 1 года, от 1 года до 3 лет – по 1 (0,7±1,4%) больному из 1 и 2 группы. Тусклый оргазм отмечен у 30 (22,2±7,0%) больных 1 и 2 групп, его продолжительность до 1 года была у 19 (14,1±5,9%) больных, от 1 года до 3 лет – у 9 (6,7±4,2%) и свыше 3 лет – у 2 (1,5±2,1%) пациентов. Снижение либидо в течение 1 года выявлялось у 25 (18,5±6,6%) больных 1 и 2 групп. У остальных 110 (81,5±6,6%) пациентов 1 и 2 групп либидо было сохранено.

Преждевременное семяизвержение отмечалось у 20 (14,8±6,0%) больных обеих групп, чаще с продолжительностью до 1 года - у 15 (11,1±5,3%). Нарушения копулятивного цикла, особенно снижение качества эрекций, сочетались с болевым симптомом, который выявлялся у 51 (37,8±8,2%) пациента 1 и 2 групп и чаще характеризовался болью в промежности - у 34 (25,2±7,3%) обследованных 1 и 2 групп. Длительность болевого симптома преобладала у больных до 1 года.

При пальцевом ректальном исследовании у 15 – 20% больных обеих групп предстательная железа была умеренно увеличена в размерах, болезненная, а у 20% пациентов – уменьшена. Тестовидная консистенция определялась у 2/3 больных за счет кистозного перерождения части ацинусов – железок предстательной железы. У 10% пациентов выявлялись умеренно выраженные рубцовые изменения в отдельных участках простаты. Расстройства акта мочеиспускания в виде поллакиурии обнаруживались только у 8 (5,9±4,0%) больных 1 и 2 групп и оценивались по шкале IPSS как легкой степени (от 0 до 7 баллов) — 4,7±0,9; 5,1±1,0 - соответственно, при удовлетворительном качестве жизни. Суммарный показатель анкеты симптомов хронического простатита NIH-CPSI до лечения в 1 группе больных составлял в среднем 14,1±2,1 балла, во 2 группе - 13,8±2,0 балла, в том числе средний показатель болевого симптома в 1 и 2 группах равнялся: 8,2±1,4; 7,9±1,3 баллам соответственно ($p<0,05$), что было характерным для маловыраженной симптоматики хронического простатита (табл. 2).

Таблица 2

Симптоматика больных 1 и 2 групп до лечения

Симптомы	1 группа (n=74)	2 группа (n=61)	Всего (n=135)
Копулятивная функция			
Либидо: снижено сохранено	13 (17,6±8,7%) 61 (82,4±8,7%)	12 (19,7±10,0%) 49 (80,3±10,0%)	25 (18,5±6,6%) 110 (81,5±6,6%)
Адекватные эрекции: снижены сохранены	74 (100%)	61 (100%)	135 (100%)
Спонтанные эрекции: снижены сохранены	6 (8,1±6,2%) 68 (91,9±6,2%)	9 (14,8±8,9%) 52 (85,2±8,9%)	15 (11,1±5,3%) 120 (88,9±5,3%)
Тусклый оргазм	17 (23,0±9,6%)	13 (21,3±10,3%)	30 (22,2±7,0%)
Преждевременное семяизвержение	9 (12,2±7,5%)	11 (18,0±9,6%)	20 (14,8±6,0%)
Симптом ожидания неудачи	25 (33,8±10,8%)	21 (34,4±11,9%)	46 (34,1±8,0%)
Болевой симптом: в промежности яичках крестце паховой области	27 (36,5±11,0%) 17 (23,0±9,6%) 1 (1,4±2,7%) 4 (5,4±5,1%) 5 (6,8±5,7%)	24 (39,3±12,3%) 17 (27,9±11,3%) 2 (3,3±4,5%) 3 (4,9±5,4%) 3 (4,9±5,4%)	51 (37,8±8,2%) 34 (25,2±7,3%) 3 (2,2±2,5%) 7 (5,2±3,7%) 8 (5,9±4,0%)
Поллакиурия	2 (2,7±3,7%)	6 (9,8±7,5%)	8 (5,9±4,0%)

Примечание: разница показателей во всех группах p<0,05

Таблица 3

Показатели NIH-CPSI и I-PSS у больных 1 и 2 групп до лечения (M±m)

Шкала, баллы	1 группа (n=74)	2 группа (n=61)	Всего (n=135)
NIH-CPSI	14,1±2,1	13,8±2,0	14,0±1,7
Показатель болевого синдрома	8,2±1,4	7,9±1,3	8,1±1,2
I-PSS	4,7±0,9	5,1±1,0	4,9±0,8

Примечание: разница показателей во всех группах p<0,05

Увеличение объема предстательной железы, утолщение ее капсулы при УЗИ были отмечены у 15% больных обеих групп. Диффузно неоднородная эхоструктура простаты выявлялась у 45% больных. Расширение парауретральных желез отмечалось у 10% пациентов. Пролиферативные образования (участки фиброза) определялись у 35%, у 20% – инфильтративно-экссудативные, у 15% – их сочетание, у остальных больных предстательная железа была однородной.

Как следует из таблицы 4, содержание лейкоцитов от 0 до 10 в полях зрения в нативном препарате секрета предстательной железы выявлялось у 82 (60,7±8,2%) из 135 обследованных 1 и 2 групп. Повышенное содержание лейкоцитов от 11 до 20 в полях зрения определялось у 29 (21,5±6,9%) больных 1, 2 групп. У 17 (12,6±5,6%) пациентов 1 и 2 групп содержание лейкоцитов было в пределах от 21 до 40 в полях зрения, у остальных 7 (5,2±3,7%) – свыше 40 лейкоцитов. Это могло явиться морфологической предпосылкой к конгестии в предстательной железе и на её фоне спровоцировать инфицирование.

Таблица 4

Показатели секрета предстательной железы у больных 1 и 2 групп до лечения

Группа	Содержание лейкоцитов в поле зрения			
	0-10	**11-20**	**21-40**	**> 40**
1 группа – (n=74)	41 (55,4±11,3%)	15 (20,3±9,2%)	13 (17,6±8,7%)	5 (6,8±5,7%)
2 группа – (n=61)	41 (67,2±11,8%)	14 (23,0±10,6%)	4 (6,6±7,2%)	2 (3,3±4,5%)
Всего (n=135):	82 (60,7±8,2%)	29 (21,5±6,9%)	17 (12,6±5,6%)	7 (5,2±3,7%)

Примечание: разница показателей во всех группах p<0,05

Таким образом, при диагностике и исследовании клинических проявлений хронического простатита у больных до лечения было установлено нарушение всех составляющих копулятивного цикла, но, особенно, эректильной, когда наблюдалось снижение качества адекватных эрекций в 100% наблюдений с увеличением времени сексуальной стимуляции и при сохранении в 88% случаев спонтанных эрекций. Исследованиями установлено, что одновременно у 51 (37,8%) больного сохранялся болевой симптом. Суммарный показатель анкеты симптомов хронического простатита NIH-CPSI у больных обеих групп соответствовал мало выраженной симптоматике хронического простатита. Исследованиями установлено, что у 82 (60,7%) обследованных содержание лейкоцитов в секрете предстательной железы не превышало 10 в поле зрения, и только у 7 (51,5%) имелось повышение лейкоцитов более 40 в поле зрения.

После проведения лечения хронического простатита произошли существенные изменения ближайших и отдаленных показателей симптоматики у больных обеих групп. Более раннее повышение качества адекватных эрекций отмечалось во 2 группе (через 4 недели у 21 (34,4±11,9%) из 61 больного, через 8 недель – у 37 (60,7±12,3%), через 12 недель – у 52 (85,2±8,9%)), получавших аденопросин, и позже в 1 группе в такие же сроки наблюдения: у 20 (27,0±10,1%); у 42 (56,8±11,3%), у 59 (79,7±9,2%), соответственно. До лечения у 135 (100%) пациентов обеих групп было снижено качество адекватных эрекций. Восстановление спонтанных (утренних) эрекций раньше происходило у больных 2 группы - уже после 4 недель лечения, несколько позже в 1 группе. Тусклый оргазм исчезал раньше через 4 недели лечения у больных 2 группы и позже в 1 группе. Преждевременное семяизвержение уменьшалось также после 4 недель лечения в 2 раза чаще у больных 2 группы, а через 12 недель, несколько позже, в 1 группе, но сохранялось у больных 1 и 2 групп после 12 недель лечения. Либидо повышалось одинаково у больных 1 и 2 групп уже после 4 недель лечения, а в 1,13 раза чаще во 2 группе после 12 недель лечения сочетанным методом, чем в 1 группе, получавшей только традиционные методы лечения. Болевой симптом прекращался в 4,5 раза раньше у больных 2 группы после 4 недель лечения и в 3 раза - в 1 группе.

Поллакиурия одинаково ликвидировалась у пациентов 1 и 2 групп после 4 недель лечения.

Как следует из таблицы 5, суммарный показатель анкеты NIH-CPSI после лечения снизился в 3 раза - с 14,1±2,1 до 4,3±1,8 баллов в 1 группе и с 13,8±2,0 до 4,0±1,8 баллов во 2 группе (p<0,05). Уменьшился и показатель болевого синдрома в 1 и 2 группах: с 8,2±1,4 до 7,3±1,3 баллов, с 7,9±1,3 до 3,8±1,2 баллов соответственно. Отмечено снижение показателей I-PSS в обеих группах.

Таблица 5

Показатели NIH-CPSI, I-PSS у больных 1 и 2 групп после лечения (M+m)

Шкала баллы	1 группа (n=74)		2 группа (n=61)		Всего (n=135)	
	до	**после**	**до**	**после**	**до**	**после**
NIH-CPSI	14,1±2,1	4,3±1,8	13,8±2,0	4,0±1,8	14,0±1,7	4,2±1,7
Показатель болевого синдрома	8,2±1,4	7,3±1,3	7,9±1,3	3,8±1,2	8,1±1,2	5,9±1,1
I-PSS	4,7±0,9	2,1±0,7	5,1±1,0	1,2±0,6	4,9±0,8	1,7±0,5

Из таблицы 6 видно, что во 2 группе больных достоверно раньше наблюдалась нормализация числа лейкоцитов в секрете предстательной железы уже в процессе лечения – с 41 (67,2±11,8%) до 58 (95,1±5,4%) больных и несколько позже в 1 группе – с 41 (55,4±11,3%) до 66 (89,2±7,1%). Уменьшение числа лейкоцитов менее 20 наступало раньше у пациентов второй группы (в 4,5 раза), чем первой (в 2 раза).

Таблица 6

Динамические показатели секрета предстательной железы у больных 1 и 2 групп после лечения

Группа	Содержание лейкоцитов в поле зрения											
	0-10			11-20			21-40			> 40		
	до лечения	в процессе	после лечения	до лечения	в процессе	после лечения	до лечения	в процессе	после лечения	до лечения	в процессе	после лечения
1 группа (n=74)	41 (55,4±11,3%)	66 (89,2±7,1%)	74 (100%)	15 (20,3±9,2%)	8 (10,8±7,1%)	–	13 (17,6±8,7%)	–	–	5 (6,8±5,7%)	–	–
2 группа (n=61)	41 (67,2±11,8%)	58 (95,1±5,4%)	61 (100%)	14 (23,0±10,6%)	3 (4,9±5,4%)	–	4 (6,6±7,2%)	–	–	2 (3,3±4,5%)	–	–
Всего (n=135)	82 (60,7±8,2%)	124 (91,9±4,6%)	135 (100%)	29 (21,5±6,9%)	11 (81,5±6,6%)	–	17 (12,6±5,6%)	–	–	7 (5,2±3,7%)	–	–

Примечание: разница показателей во всех группах $p<0,05$

После лечения у пациентов обеих групп отмечено уменьшение объема предстательной железы и ее капсулы, улучшение эхоструктуры.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о высокой эффективности аденопросина при лечении хронического простатита. Эффект от применения препарата проявляется в более раннем повышении качества адекватных эрекций, исчезновении тусклого оргазма, снижении числа симптома «ожидания неудач» во время полового акта, прекращении болевого симптома, а также нормализации объёма и секрета предстательной железы и её эхоструктуры.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Блюмберг Б.И., Шатылко Т.В., Твердохлеб С.А., Фомкин Р.Н., Воскобойникова И.В. Комбинированная терапия простатит-ассоциированной копулятивной дисфункции // Урология. – 2014. – № 6. – С. 27-32.

2. Зайцев А.В., Пушкарь Д.Ю., Ходырева Л.А., Дударева А.А. Хронический бактериальный простатит,

REFERENCES

1. Bljumberg B.I., Shatylko T.V., Tverdohleb S.A., Fomkin R.N., Voskobojnikova I.V. Kombinirovannaja terapija prostatit-associirovannoj kopuljativnoj disfunkcii [Combined therapy of prostatitis-associated copulative dysfunction]. *Urologija (Urology)*. 2014; 6:27-32.

2. Zajcev A.V., Pushkar' D.Ju., Hodyreva L.A., Dudareva A.A. Hronicheskij bakterial'nyj prostatit,

расстройства мочеиспускания у мужчин и фиброз предстательной железы // Урология. – 2016. – № 4. – С. 37-43.

3. Кочарян Г.С. Сексуальные дисфункции у больных хроническим простатитом: модели формирования // Здоровье мужчины. – 2012. – № 2(41). – С.114-122.

4. Неймарк А.И., Неймарк Б.А., Давыдов А.В., Клепикова И.И., Ноздрачев Н.А. Применение препарата витапрост у пациентов с хроническим простатитом, сопровождающимся нарушениями сперматогенеза // Урология. – 2014. – № 4. – С. 56-59.

5. Неймарк А.И., Киптилов А.В., Лапий Г.А. Клинические и патоморфологические особенности хронического простатита у рабочих химического производства // Урология. – 2015. – № 6. – С. 68-73.

6. Урология. Российские клинические рекомендации / под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.- 480 с.

rasstrojstva mocheispuskanija u muzhchin i fibroz predstatel'noj zhelezy [Chronic bacterial prostatitis, urinary disorders in men and prostate fibrosis]. *Urologija (Urology)*. 2016; 4:37-43.

3. Kocharjan G.S. Seksual'nye disfunkcii u bol'nyh hronicheskim prostatitom: modeli formirovanija [Sexual dysfunctions in patients with chronic prostatitis: models of formation]. *Zdorov'e muzhchiny (Men's Health)*. 2012; 2(41):114-122.

4. Nejmark A.I., Nejmark B.A., Davydov A.V., Klepikova I.I., Nozdrachev N.A. Primenenie preparata vitaprost u pacientov s hronicheskim prostatitom, soprovozhdajushhimsja narushenijami spermatogeneza [Application of the drug Vitaprost in patients with chronic prostatitis, accompanied by impaired spermatogenesis]. *Urologija (Urology)*. 2014; 4:56-59.

5. Nejmark A.I., Kiptilov A.V., Lapij G.A. Klinicheskie i patomorfologicheskie osobennosti hronicheskogo prostatita u rabochih himicheskogo proizvodstva [Clinical and pathomorphological features of chronic prostatitis in chemical industry workers]. *Urologija (Urology)*. 2015; 6:68-73.

6. Urologija. Rossijskie klinicheskie rekomendacii pod red. Ju.G. Aljaeva, P.V. Glybochko, D.Ju. Pushkarja [Urology. Russian clinical guidelines] under editorship of Alyaev Yu.G., Glybochko P.V., Pushkar' D.Yu. M.: GJeOTAR-Media, 2015: 480 p.

Сведения об авторах:

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

Ишонаков Хикматулло Сулаймонович – ассистент кафедры урологии и андрологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

Муминов Нодирхон Одинаевич – ассистент кафедры урологии и андрологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

Ёронов Олим – врач-уролог ЦРБ Шаартузского района

Information about authors:

Saidulloev Lutfullo – The Head of the Department of Urology and Andrology of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan", candidate of medical science; e-mail: slutfullo@yandex.ru

Ishonakov Hikmatullo Sulaimonovich – Assistant of the Department of Urology and Andrology of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan", MD.

Muminov Nodirhon Odinayevich – Assistant of the Department of Urology and Andrology of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan", MD.

Yoronov Olim – urologist of the Central district hospital of Shaartuz district

САМАРАНОКИИ ИСТИФОДАБАРИИ АДЕНОПРОСИН ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ПРОСТАТИТИ МУЗМИН

САЙДУЛЛОЕВ Л., ИШОНАКОВ Ҳ.С., МУМИНОВ Н.О., ЁРОНОВ О.Ҷ.

Кафедраи урология ва андрологияи МДТ "Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон"

Мақсади тадқиқот. *Омӯхтани самаранокии аденопросин дар табобати простатити музмин.*

Мавод ва усулҳои тадқиқот. *Натиҷаҳои ташхис ва табобати 135 беморон бо простатити музмин, ки ба ду гуруҳ тақсим карда шудаанд дарҷ гардидаанд. Ба гуруҳи якум 74 (54,8%) бемор дохил карда шуд, ки ба онҳо танҳо усулҳои муолиҷаи анъанавӣ истифода карда шуд. Гуруҳи дуюмро 61 (45,2%) бемор ташкил намуданд, ки дар баробари усулҳои муолиҷаи анъанавӣ иловатан шамъчаҳои доругии аденопросин истифода карда шуд. Беморон аденопросинро ба таври 1 шамъча 1 маротиба дар як шабонарӯз пеш аз хоб дар мудати 30 руз истифода карданд. Синни беморон аз 21 то 50 солро (синни миёна 33,2±1,2 сол) ташкил намуд.*

Натиҷаҳо. *Ҳангоми таҳлили нишонаҳои клиникии простатити музмин то муолиҷа, дар беморон ҳамаи нишонаҳои силсилаи копулятивӣ ба назар мерасид. Муайян карда шуд, ки нишонаи дармандӣ дар 51 (37,8%) бемор ва дар 82 (60,7%) нафар миқдори лейкоситҳо дар шираи ғадуди простата на зиёда аз 10 дар майдони биниш ҷой дорад. Нишондодҳои маҷмуии нишонаҳо мувофиқи саволномаи простатити музмин NIH-CPSI дар хар ду гуруҳи беморон мувофиқ ба нишондоди начандони простатити музмин рост меомад.*

Дар рафти муолиҷа дар марҳилаи наздик ва дурӣ табобат байни беморони гуруҳи дуюм тағйиротҳои назарас ба қабили баландшавии сифатии нууз, баратарафшаии алоими нобарорӣ пас аз 4 ҳафта ва баландшавии шаҳвоният муайян карда шуд.

Коҳишёбии нишондодҳои саволномаи NIH-CPSI ва I-PSS дар хар ду гуруҳи беморон якхела ба қайд гирифта шуд. Аммо ба эътидол омадани эхосохтори ғадуди простата ва хурдшавии ҳаҷми он дар беморони гуруҳи дуюм дар муҳлати камтар ба амал омад. Инчунин тағйиротҳои ҷойдошта дар ширраи ғадуди простата низ дар гурӯҳи дуюм зудтар ба қайд гирифта шуд.

Хулоса. *Аденопросин дар табобати простатити музмин маводи доругии самарабахш мебошад.*

Калимаҳои асосӣ: *простатити музмин, аденопросин*

УДК 616.24-002.5-07:612.654 **doi: 10.31712/2221-7355-2018-8-3-369-375**

СКРИНИНГ ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

[1]ТУРДУМАМБЕТОВА Г.К., [2]ГАЛИЕВА Р.Ш., [1]БАЙТЕЛИЕВА А.К.

[1]Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
[2]Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации

Цель исследования. *Провести анализ эффективности ДСТ и пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л при массовом скрининге на туберкулез у детей младшего школьного возраста г. Бишкека.*
Материал и методы исследования. *Отражена актуальность ранней диагностики латентной туберкулезной инфекции у детей. Проведен сравнительный анализ иммунологических методов диагностики: пробы Манту с 2 ТЕ и пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным – диаскинтест (ДСТ) у 1873 детей в возрасте 7-10 лет.*
Результаты. *Число положительно реагирующих на пробы Манту с 2 ТЕ было 31,6%, а при постановке пробы ДСТ выявлено 12,3% случаев. ДСТ исключает поствакцинальную реакцию и показывает истинную инфицированность у детей, при этом сокращает число ложноположительных результатов.*
Заключение. *ДСТ можно рекомендовать для дифференциальной диагностики поствакцинальной и инфекционной аллергии и применять как дополнительный тест при взятии на учет для наблюдения и проведения превентивного лечения латентной туберкулезной инфекции.*
Ключевые слова: *проба Манту, проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным, диаскинтест, дети, латентная инфекция, диагностика*

SCREENING OF LATENT TUBERCULOSIS INFECTION IN CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE

[1]TURDUMAMBETOVA G.K., [2]GALIEVA R.SH. [1]BEYTELIEVA A.K.

[1]I.K. Achunbaeva Kyrgyz State Medical Academy
[2]Kyrgyz State Medical Institute for Retraining and Advanced Studies

Study Purpose. *To conduct analysis of effectiveness of DST and Mantoux test with 2 TE PPD-L in a mass screening for tuberculosis in children of primary school age in Bishkek.*
Material and Methods. *The relevance of early diagnosis of latent tuberculosis infection in children is reflected. A comparative analysis of immunological diagnostic methods was carried out, including: Mantoux samples with 2 TE and samples with allergen tuberculous recombinant - diaskintest (DST) in 1,873 children aged 7-10 years.*
Results. *The number of positively reacting to Mantoux tests from 2 TE was 31.6%, and 12.3% of cases were detected in the DST sample. DST excludes postvaccinal reaction and shows true infection in children, while reducing the number of false positive results.*
Conclusion. *DST can be recommended for differential diagnosis of postvaccinal and infectious allergies and used as an additional test when enrolled for monitoring and conducting preventive treatment of latent tuberculosis infection.*
Key words: *Monteux test, test with allergen of tuberculous recombinant, diaskintest, children, latent infection, diagnostics*

Актуальность

Раннее выявление и диагностика туберкулезной инфекции в настоящее время во всем мире, в том числе и Кыргызской республике (КР), являются актуальной проблемой фтизиатрии детского возраста. До сих пор основным методом выявления ЛТБИ у детей в КР является туберкулинодиагностика с применением внутрикожной пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Несмотря на широкое применение пробы Манту с 2 ТЕ в течение более 100 лет и обширный мировой опыт, у этого метода есть ряд серьезных недостатков, связанных с перекрестной сенсибилизацией с нетуберкулезными микобактериями и микобактериями вакцинного штамма *M. Bovis BCG*. Это ограничивает специфичность туберкулинового теста у детей школьного возраста из-за большого числа ложноположительных реакций, в том числе и в результате вакцинации БЦЖ [6, 9].

Установлено, что вирулентный штамм микобактерии туберкулеза (*M. tuberculosis*) при размножении в организме человека и животных секретирует белки–антигены. Два из числа наиболее полно описанных антигенов, пригодных для использования в диагностических целях - это ESAT-6 и CFP-10 [3, 10]. В связи с их отсутствием в вакцинном штамме BCG (*M. bovis BCG*)

и большинстве нетуберкулезных микобактерий эти два белка использованы при разработке специфических диагностических тестов [1, 3]. Тесты IGRA (Interferon-gammareleaseassay) обладают высокой специфичностью, но не применимы в КР из-за высокой стоимости, внутривенных манипуляций и необходимости оснащенной лаборатории.

Для того, чтобы дифференцировать различные виды иммуноаллергических реакций: поствакцинальную, инфекционную и неспецифическую, вызванную нетуберкулезными микобактериями – в Российской Федерации был разработан препарат «аллерген туберкулезный рекомбинантный» (ДСТ), который представляет собой комплекс рекомбинантных белков ESAT-6 и CFP-10, предназначенный для внутрикожного применения [2, 7, 8]. Тест высокочувствителен – все больные активным туберкулезом дают положительную реакцию на препарат. В КР препарат зарегистрирован был в 2014 г. и применен для раннего выявления туберкулезной инфекции.

Внутрикожную пробу с препаратом диаскинтест проводили в соответствии с нормативными документами (указание № 70 от 30.01.15. МЗ КР; приказ № 02/169 от 3.02.15 г. Департамента здравоохранения г. Бишкек, выписка из заключения этического комитета при научно-производственном объединении «Профилактическая медицина» МЗ КР на протокол исследования №2 от 18.03.15 г.

Цель исследования

Провести анализ эффективности ДСТ и пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л при массовом скрининге на туберкулез у детей младшего школьного возраста г. Бишкека.

Материал и методы исследования.

После проведенного информированного согласия в группу исследования были включены 1873 детей младшего школьного возраста (7-10 лет) г. Бишкек обоих полов, из них девочек было 938 (50,1%), мальчиков - 935 (49,9%) человек, все дети были учащимися средних школ, входили в когорту «здоровые дети». По технике постановки ДСТ и пробы Манту с 2 ТЕ были идентичные. Внутрикожные пробы делали у 1808 (96,5%) одновременно: на одной руке пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л, на другой – ДСТ, у 65 (3,5%) вначале пробу Манту провели в школе, после положительной реакции дети были направлены в Городской центр по борьбе с туберкулезом, где дополнительно проведена проба с ДСТ.

Оценка результатов ДСТ проводилась следующим образом: в соответствии с инструкцией к препарату: отрицательный - при наличии «уколочной реакции», сомнительный – при наличии гиперемии любого размера (без инфильтрата) или инфильтрата 2-4 мм, положительный – при наличии инфильтрата размером 5 мм и более. При размере инфильтрата 15 мм и более, при везикуло-некротических изменениях и (или) лимфангоите, лимфадените независимо от размера инфильтрата реакция на препарат считается гиперергической [5].

Интерпретация пробы Манту с 2 ТЕ проведена согласно клиническому протоколу КР по туберкулезу у детей [4]. Проба считается: отрицательной - при инфильтрате 0-4 мм; положительной - при инфильтрате 5 мм и более для детей с ВИЧ-инфекцией, нарушением питания и из контакта с больным туберкулезом и 10 мм и более - для остальных детей, так же при везикуло-некрозе независимо от размеров инфильтрата.

Для более доступного сравнения результаты пробы Манту с 2 ТЕ и ДСТ разделены на размеры: 0-4 мм, 5-9 мм, 10-14 мм и 15 мм и более.

Анализ был проведен в дизайне проспективного исследования, статистическая обработка материала сводилась к расчету долей и 95% доверительных интервалов (ДИ) для долей, а также сравнению долей с помощью Z-критерия в среде программы SPSS – 16.0.

Результаты и их обсуждение. При интерпретации результатов проведенной пробы Манту с 2 ТЕ у 1873 детей были получены следующие данные (табл. 1).

Таблица 1

Результаты пробы Манту с 2 ТЕ у детей школьного возраста (7-10 лет)

Возраст		**Проба Манту**				**Всего**
		0-4 мм	**5-9 мм**	**10-14 мм**	**15 мм и ↑**	
7 лет	n (%)	183 (47,9)	38 (10)	81 (21,2)	80 (20,9)	382 (20,4)
8 лет	n (%)	254 (56,1)	78 (17,2)	58 (12,8)	63 (13,9)	453 (24,2)
9 лет	n (%)	310 (62,9)	92 (18,7)	69 (14)	58 (11,8)	493 (26,3)
10 лет	n (%)	288 (52,8)	74 (14)	102 (18,7)	81 (14,9)	545 (29)
Всего	n (%)	1035 (55,3)	282 (15,1)	310 (16,6)	281 (15)	1873(100)

Как видно из таблицы 1, максимальное число положительно реагирующих на туберкулин (21,2%) отмечается в возрасте 7 лет. Среди этого же возраста отмечается и большее число гиперергических проб (20,9%). Скорее всего, это связано с поступлением в первый класс средней школы, что увеличило число контактов учащихся (ученики всех классов школы, учителя, транспортные передвижения и т.п.). При постановке ДСТ мы получили следующие данные (табл. 2).

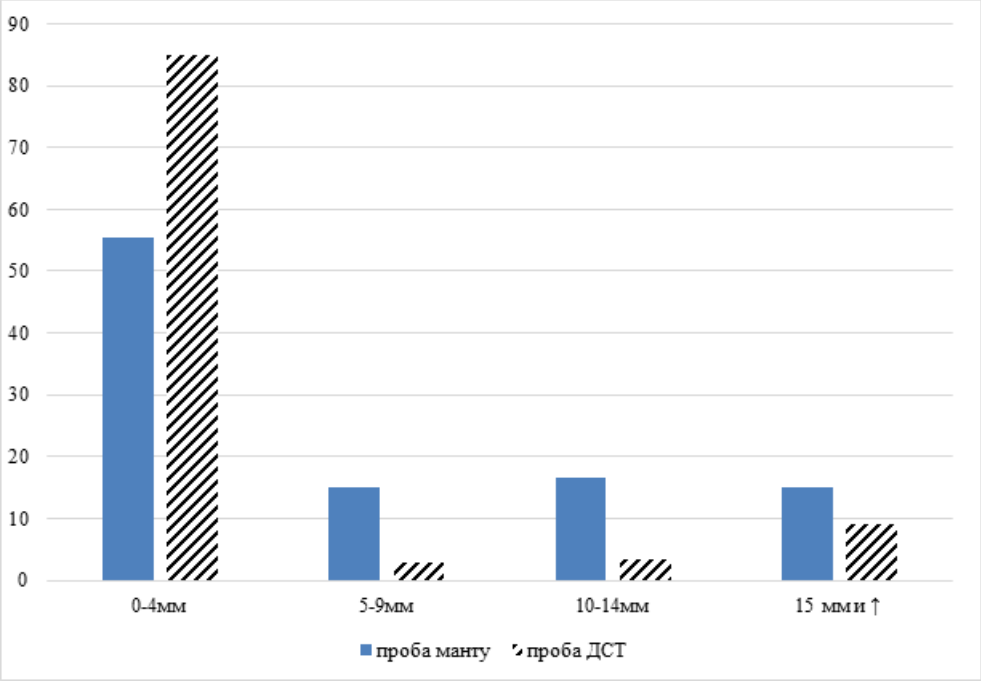
Таблица 2

Результаты пробы ДСТ у детей школьного возраста (7-10 лет)

Возраст		Аллерген туберкулезный рекомбинантный (ДСТ)				Всего
		0 - 4 мм	5 – 9 мм	10 -14 мм	15 мм и ↑	
7 лет	n (%)	340 (89)	6 (1,6)	12 (3,1)	24 (6,3)	382 (20,4)
8 лет	n (%)	383 (84,5)	13 (2,9)	16 (3,5)	41 (9,1)	453 (24,2)
9 лет	n (%)	414 (84)	18 (4)	15 (3)	46 (9,3)	493 (26,3)
10 лет	n (%)	455 (83,5)	15 (2,8)	18 (3)	57 (10)	545 (29)
Всего	n (%)	1592 (85)	52 (2,8)	61 (3,3)	168 (9)	1873 (100)

После интерпретации анализов выявлено, что во всех возрастных группах имелось большое количество отрицательных результатов (85%). В возрасте 7 лет положительно реагирующих на ДСТ отмечено только 3,1% детей, а гиперергическая реакция – у 6,3% детей, что, по сравнению с пробой Манту с 2 ТЕ, показало низкое количество и говорит о гипердиагностике данной пробы.

Наглядно сравнительный анализ представлен на рисунке.



Результаты сравнительных анализов (в %) пробы Манту и ДСТ у детей школьного возраста (7 – 10 лет)

При анализе полученных результатов нами было отмечено, что при постановке пробы Манту 2 ТЕ положительные результаты выявляются чаще, чем при ДСТ и, наоборот, отрицательные пробы, исключающие ложноположительные данные, чаще бывают при ДСТ.

При сравнении полученных результатов пробы Манту 2 ТЕ и аллергена туберкулезного рекомбинантного (ДСТ) различия оказались высоко статистически значимы и приведены в таблице 3.

Кроме того, ДСТ учитывался при взятии детей под наблюдение по III группе, то есть группе риска по заболеванию ТБ. Согласно клиническому протоколу по ТБ, среди детей по III (а) группе наблюдаются пациенты с ЛТБИ, по III (б) – дети из контакта с больным туберкулезом (ТБ). Так как ДСТ сокращает число ложноположительных результатов, он явился дополнительным тестом при взятии на учет для наблюдения и проведения превентивного лечения ЛТБИ.

После проведенного анализа полученных данных дети были взяты под диспансерное наблюдение. Результаты представлены в таблице 4.

Таблица 3

Сравнение долей по результатам пробы Манту с 2 ТЕ и аллергена туберкулезного рекомбинантного (ДСТ)

Размер пробы	**Манту Доля (95% ДИ)**	**ДСТ Доля (95% ДИ)**	**Z P**
0-4 мм	0,553 (0,532-0,577)	0,850 (0,833-0,866)	19,848 0,000
5-9 мм	0,151 (0,135-0,167)	0,028 (0,021-0,340)	13,12 0,000
10-4 мм	0,166 (0,149-0,183)	0,033 (0,025-0,045)	13,565 0,000
15 мм и выше	0,150 (0,134-0,167)	0,090 (0,078-0,104)	5,634 0,000

Таблица 4

Группы наблюдения по пробе Манту с 2 ТЕ

Размер пробы Манту		**Группа наблюдения**			**Всего**
		3 А группа	**3 Б группа**	**Активный ТБ**	
0-4 мм	**абс.ч.**	0	2	0	2
	%	0,0	8,3	0,0	0,8
5-9 мм	**абс.ч.**	0	6	0	6
	%	0,0	25	0,0	2,5
10-14 мм	**абс.ч.**	65	7	1	73
	%	31	29,2	11,1	30
≥ 15 мм	**абс.ч.**	145	9	8	162
	%	69	37,5	88,9	66,7
Всего	**абс.ч.**	**210**	**24**	**9**	**243**
	%	**100**	**100**	**100**	**100**

Так, в таблице 4 отмечено, что по пробе Манту 2 ТЕ взято под наблюдение 210 (11,2%) инфицированных, размер инфильтрата у которых более 10 мм (3А группа), 24 (1,3%) ребёнка из контакта с больными ТБ и у 9 (0,5%) заподозрен активный ТБ. Всего подлежало наблюдению с использованием пробы Манту 2 ТЕ 243 (13%) ребёнка.

Использование аллерген рекомбинантного белка (ДСТ) позволило исключить латентную инфекцию у 142 (7,6%) детей и по 3А группе взято 68 (3,6%) детей. При дообследовании 9 детей с подозрением на активный туберкулез внутригрудных лимфатических узлов локальный процесс исключен у 6 (0,3%). Наряду с ДСТ им была сделана компьютерная томограмма органов грудной клетки. Данные пересмотра групп наблюдения детей при использовании диаскинтеста отражены в таблице 5.

Таблица 5

Группы наблюдения по результатам пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (ДСТ)

Размер пробы ДСТ		Группа наблюдения			Всего
		3 А группа	3 Б группа	Активный ТБ	
0-4 мм	**абс.ч.**	0	9	0	9
	%	0,0	37,5	0,0	9,5
5-9 мм	**абс.ч.**	6	1	1	8
	%	8,8	4,2	33,3	8,4
10-14 мм	**абс.ч.**	13	2	1	16
	%	19,1	8,3	33,3	16,8
≥ 15 мм	**абс.ч.**	55	13	1	69
	%	81	54,2	33,3	72,6
Всего	**абс.ч.**	**68**	**24**	**3**	**95**
	%	**100**	**100**	**100**	**100**

Если по пробе Манту 2 ТЕ под наблюдением должно было находиться 243 (13%) детей, то проведение им диаскинтеста позволило сократить число подлежащих наблюдению детей до 95 (5%) человек.

Заключение

Таким образом, число положительно реагирующих детей в возрасте 7-10 лет при проведении пробы Манту с 2 ТЕ 591 (31,6%) больше, чем при постановке ДСТ 229 (12,3%), при этом результаты исследования показали, что применение ДСТ сокращает число ложноположительных результатов, которые чаще дает проба Манту с 2 ТЕ (P=0,000). ДСТ можно применять как дополнительный метод диагностики при взятии на учет для диспансерного наблюдения и более целенаправленного отбора лиц для проведения превентивного химиотерапии ЛТБИ.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова В.А. Туберкулез у детей и подростков: учебное пособие. – М., 2007. – 269 с.

2. Бармина Н.А., Барышникова Л.А., Шурыгин А.А. и др. Скрининг латентной туберкулезной инфекции с применением аллергена туберкулезного рекомбинантного // Туберкулез и болезни легких. – 2016. – № 5. – С. 56-60.

3. Киселев Н.В., Барановский П.М., Пупышев С.А. и др. Новый кожный тест для диагностики туберкулеза на основе рекомбинантного белка ESAT-CFP // Молекул. мед. – 2008. – № 4. – С. 4-6.

4. Клинический протокол по туберкулезу у детей. – Бишкек, 2017. – 34.

5. Кожная проба с препаратом «Диаскинтест» – новые возможности идентификации туберкулезной инфекции. М.: Шико, 2011. – 255 с.

6. Мельник В.М., Мыколышин Л.И. Туберкулиновая чувствительность у больных туберкулезом детей

REFERENCES

1. Aksenova V.A. Tuberkulez u detej i podrostkov [Tuberculosis in children and adolescents]: *Uchebnoe posobie (A textbook)*. M.: 2007; 269 p.

2. Barmina N.A., Baryshnikova L.A., Shurygin A.A. i dr. Skrining latentnoj tuberkuleznoj infekcii s primeneniem allergena tuberkuleznogo rekombinantnogo [Screening of latent tuberculosis infection using the allergen of tuberculosis recombinant]. *Tuberkulez i bolezni legkih (Tuberculosis and lung diseases)*. 2016; 5:56-60.

3. Kiselev N.V., Baranovskij P.M., Pupyshev S.A. i dr.Novyj kozhnyj test dlja diagnostiki tuberkuleza na osnove rekombinantnogo belka ESAT- CFP [New skin test for diagnosis of tuberculosis based on recombinant ESAT-CFP protein]. *Molekul.med (Molecule.med)*. 2008; 4:4-6.

4. Klinicheskij protokol po tuberkulezu u detej [Clinical protocol on tuberculosis in children]. Bishkek: 2017; 34p.

5. Kozhnaja proba s preparatom «Diaskintest» – novye vozmozhnosti identifikacii tuberkuleznoj infekcii [A skin test with the preparation "Diaskintest" – new possibilities of identification of TB infection]. M.: Shiko, 2011; 255 p.

6. Mel'nik V.M., Mykolyshin L.I. Tuberkulinovaja chuvstvitel'nost' u bol'nyh tuberkulezom detej rannego i

раннего и дошкольного возраста // Пробл. туберкулеза. – 2003. – № 8. – С. 5-7.

7. Мотанова Л.Н., Коваленко Г.Е., Попова Ю.В. Опыт применения диаскинтеста на территории с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией // Туберкулез и болезни легких. – 2013. – № 9. – С. 37- 42.

8. Слогодская Л.В., Богородская Е.М. Сравнительная характеристика иммунологических тестов для выявления туберкулезной инфекции, возможность массового скрининга // Туберкулез и болезни легких. – 2016. – № 5. – С. 5-16.

9. Слогодская Л.В., Овсянкина Е.С., Кочетков Я.А. и др. Инфицированность туберкулезом детей и подростков – взгляд через столетие // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – № 3. – С. 21-29.

10. Guinn K., Hickey M., Mathur S. Et al. Individual RD1-region genes are required for export of ESAT-6/CFP-10 and for virulence of Mycobacterium tuberculosis // Mol. Microbiol. – 2004. – Vol. 51 – P. 359-370.

doshkol'nogo vozrasta [Tuberculin sensitivity in children of early and preschool age patients with tuberculosis]. *Probl. Tuberkuleza (Problems of tuberculosis)*. 2003; 8:5-7.

7. Motanova L.N., Kovalenko G.E., Popova Ju.V. Opyt primenenija diaskintesta na territorii s neblagoprijatnoj jepidemiologicheskoj situaciej [Experience of using a diaskintest in a territory with an unfavorable epidemiological situation]. *Tuberkulez i bolezni legkih (Tuberculosis and lung diseases)*. 2013; 9:37- 42.

8. Slogodskaja L.V., Bogorodskaja E.M. Sravnitel'naja harakteristika immunologicheskih testov dlja vyjavlenija tuberkuleznoj infekcii, vozmozhnost' massovogo skrininga [Comparative characteristics of immunological tests for detection of tuberculosis infection, the possibility of mass screening]. *Tuberkulez i bolezni legkih (Tuberculosis and lung diseases)*. 2016; 5:5-16.

9. Slogockaja L.V., Ovsjankina E.S., Kochetkov Ja.A. i dr. Inficirovannost' tuberkulezom detej i podrostkov – vzgljad cherez stoletie [Infection of children and adolescents with tuberculosis - a century view]. Tuberkulez i bolezni legkih (Tuberculosis and lung diseases). 2011; 3:21-29

10. Guinn K., Hickey M., Mathur S. Et al. Individual RD1-region genes are required for export of ESAT-6/CFP-10 and for virulence of Mycobacterium tuberculosis. Mol. Microbiol. 2004; 51:359-370.

Сведения об авторах:

Турдумамбетова Гульнура Кенешбековна – зав. кафедрой фтизиатрии КГМА имени И.К. Ахунбаева, к.м.н., доцент; e-mail: gulnusik@mail.ru

Байтелиева Алтынай Карыпбаевна – ассистент кафедры фтизиатрии КГМА им. И. К. Ахунбаева; e-mail: altynai_baitelieva@mail.ru

Галиева Раиса Шавхатовна – доцент кафедры КГМИиПК, к.м.н.; e-mail: raisya-gali@mail.ru

Information about authors:

Turdumambetova Gulnura Keneshbekovna – Head of the Department of Phthisiology of the KSMI named after I.K. Akhunbaeva, candidate of medical science, Associate Professor; e-mail: gulnusik@mail.ru

Baytylieva Altynai Karypbaevna – Assistant of the Department of Phthisiology of the KSMI named after. IK Akhunbaeva; e-mail: altynai_baitelieva@mail.ru

Galieva Raisa Shavkhatovna – Associate professor of chair the KSMI named after. IK Akhunbaeva, candidate of medical science; e-mail: raisya-gali@mail.ru

МУАЙЯНСОЗИИ СИРОЯТИ НИҲОНИИ СИЛ ДАР КЎДАКОНИ СИННИ ХУРДИ МАКТАБӢ

[1]ТУРДУМАМБЕТОВА Г.К., [2]ГАЛИЕВА Р.Ш., [1]БАЙТЕЛИЕВА А.К.

[1]Академияи давлатии тибии Қирғизистон ба номи И.К. Ахунбаев
[2]Донишкадаи давлатии тиббии бозомӯзӣ ва такмили ихтисоси Қирғизистон

Мақсади тадқиқот. *Баҳодиҳии нисбии самаранокии истифодаи Диаскинтест (ДСТ) ва озмоиши Манту бо 2 ТЕ ППД-Л ҳангоми муайянсозии сил дар байни кўдакони синни хурди мактабии шаҳри Бишкек.*
Мавод ва усулҳои тадқиқот. *Таҳлили муқоисавии усулҳои иммунологии ташхисӣ гузаронида шуд: озмоиши Манту бо 2 ТЕ дар муқоиса бо озмоиши намунаи рекомбинатнии силӣ - диаскинтест (ДСТ) дар 1873 кўдакони синни 7-10 сола.*
Натиҷаҳо. *Шумораи нафарони ба озмоиши Манту бо 2 ТЕ мутаассир буда 31,6% ва миқдори нафарони ба ДСТ мутаассирбуда 12,3%-ро ташкил намуд. Диаскинтест аксуламалҳои бардурўғро инкор намуда, миқдори сирояти ҳақиқиро дар кўдакон нишон медиҳад ва барои коҳиш додани басомади натиҷаҳои мусбии бардурўғ мусоидат менамояд.*
Хулоса. *Диаскинтестро хамчун усули ташхиси тафриқавии ҳассосияти баъдиваксинавӣ ва сироятӣ тавсия дода, инчунин як навъи озмоиши иловагии ташхисӣ ҳангоми ба қайдгирӣ ва табобати превентивии сили ниҳонӣ ба таври васеъ истифода бурдан мумкин аст.*
Калимаҳои асосӣ: *озмоиши Манту, озмоиш бо намунаи сили рекомбинатӣ, диаскинтест, кўдакон, сирояти ниҳонӣ, ташхис*

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 615.322 **doi: 10.31712/2221-7355-2018-8-3-376-382**

СОСТОЯНИЕ ДИКОРАСТУЩЕЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЕЙ РАСТИТЕЛЬНОСТИ В БИОЦЕНОЗАХ (ЧАСТЬ II)

ЗАГРЕБЕЛЬНЫЙ И.А.

ГУ «Научно-исследовательский фармацевтический центр» МЗиСЗН РТ

Основным и решающим фактором обеднения биоценозов и снижения их хозяйственной эколого-природоохранной продуктивности является пастбищная деградация территории. Автором рекомендовано срочно пересмотреть и коренным образом совершенствовать существующий ущербный порядок практически нерегулируемого выпаса скота, всесторонне адаптируя его к непростой природоохранной и социально-экономической ситуации.

Важнейшие растения, которые по причине антропогенной деградации уже не могут обеспечить потребности сбора их лечебного сырья, предлагается вводить в агрокультуру, интродукционно подыскивая им климатические аналоги территории.

Ключевые слова: *сырьё лекарственных растений, пастбищная деградация, местная интродукция, агрокультура*

CONDITION OF WILD-GROWING MEDICINAL AND ASSOSIATED TO IT VEGETATION IN BIOCENOSIS (PART II)

ZAGREBELNYY I.A.

SI «Scientific and Research Pharmaceutical Centre» of the MHSP of the RT

The main decisive factor of impoverishment of biocenoses and reducing their economic, ecological and environmental productivity is the degradation of pasture areas. The author recommends an urgent review and radical improvement of the existing flawed standards of practically unregulated grazing, comprehensively adapting it to the difficult environmental and socio-economic situation. The most important plants, which due to anthropogenic degradation can no longer meet the needs of collecting them as a medicinal raw materials, are proposed for agricultural cultivation, looking for them a climatic analogues of territory.

Key words. *raw materials of medicinal plants, pasture degradation, local introduction, agriculture*

Актуальность

Лимитирующее влияние различных антропогенных факторов, сильно меняющих и уже резко ухудшивших состояние природной среды, очень неравнозначное. Об этом свидетельствует историческая практика древних стран, растерявших своё былое природное изобилие в результате чисто потребительского, а, в принципе, хищнического порядка ресурсопользования, не учитывающего грамотного применения мер по восстановлению изымаемых из природы ресурсов. Проведённый анализ динамики изменения состояния естественной растительности Памиро-Алайского региона за последние десятилетия [2] показывает, что Таджикистан тоже ступил на путь управления своими природными ресурсами, проторённый этими ныне опустынившимися странами. Это следует признать, сравнивая состояние былого изобилия растительного мира, отмечаемого натуралистами всего лишь полторы сотни лет назад, с состоянием его в последние десятилетия. И это вынуждает совершенствовать хозяйственный порядок ресурсопользования как растительным миром пищевого, лекарственного, кормового, природоохранного и эстетического назначения, так и окружающей природной средой в целом.

Цель исследования

На основании анализа материалов полевого обзорного обследования основных местообитаний лекарственных растений инициировать полный пересмотр с общегосударственных позиций и основательное совер-

шенствование давно устаревшего, то есть примитивно-архаичного порядка пользования возобновляемыми природными ресурсами, и в их числе ресурсами лечебно-диетического назначения.

Задачи исследования

1. Дополняя ранее представленную информацию [3] анализом материалов обследования состояния естественной растительности территории Таджикистана с выяснением степени негативного воздействия на неё неравнозначно действующих антропогенных факторов, обозначить среди этих факторов наиболее лимитирующий, без хозяйственного преодоления негативного воздействия которого деградация и опустынивание растительного мира и горной территории в целом экологически неизбежны.

2. Представить соответствующе сложившейся экологической ситуации с естественной растительностью предварительные рекомендательные меры хозяйственного характера, направленные на сохранение растительного генофонда, в том числе важнейших лекарственных растений и эдификаторно сопутствующих им в биоценозах.

Методика (избегая повторения ранее подробно изложенных методических приёмов [3]) выполнения данной продолжающейся работы:

1. На всех исследованных площадях велось визуальное сравнение между собой следующих факторов антропогенного влияния на естественную воспроизводимость изымаемых из природы растительных ресурсов: 1) ежегодный сбор сырья лекарственных растений, 2) ежегодный выпас скота, 3) освоение новых территорий сельскохозяйственным землепользованием, дорожным и другим строительством и т.п.;

2. Аналитический выбор конкретных рекомендательных мер хозяйственного характера, направленных на сохранение отечественного ресурсного фонда растений лечебного назначения, проводился на основании материалов обследования (на территории всех регионов) многолетней динамики резкого снижения восстанавливаемости изъятых из биоценозов сырьевых ресурсов наиболее востребуемых видов растений в последние десять лет в сравнении с прошлыми десятилетиями. Обследованные регионы: водосборные бассейны рек Кафирниган, Зеравшан (левобережье), Вахш, Пяндж и их основных притоков – в пределах нижне-, средне- и высокогорных ареалов преобладающего распространения растений лечебного назначения, начиная от припойменных местообитаний и вплоть до водоразделов хребтов или нивальной высотной зоны.

Результаты исследований.

Сравнивая различные факторы антропогенного давления на биоценозы, легко заметно, что сбор лекарственных трав населением, в сравнении с масштабами негативного влияния выпаса скота на растительность в целом, в том числе и на лекарственные виды, – это не такой уж значительный фактор, что уничтожает лекарственное разнообразие. И лишь для некоторых видов лечебного назначения усиленный хозяйственный сбор сырья резко снизил потенцию их естественного восстановления. В первую очередь это касается пищевых растений широкого потребительского спроса, например, съедобных видов ферулы (ров, рошак), зиры (буниум персидский), некоторых пищевкусовых растений. Например, по поводу массово заготовляемого для лечебно-пищевых целей лука Розенбаха (сиёхалаф), кстати, следует отметить, что давно проникшая в народную медицину слава и популярность среди местного населения этого растения, содержащего в своём составе органический йод, широко востребуемый для лечения и профилактики повсеместно распространённого в Таджикистане эндемического зоба, сыграла для данного вида роковую службу – запасы его сырья усиленно эксплуатируются, а местообитания всё быстрее истощаются. Однако, в последнее время нашлось для этого вида применение не только в народной, но и в научной медицине. Отечественными фармакологами выяснено: «… настой лука Розенбаха достаточно эффективно стимулирует кислотность желудочного сока, а также нормализует нарушенный обмен липидов, в связи с чем его можно рекомендовать в качестве биологически активной добавки (БАД) больным с ана- и гипоацидным гастритом, а также при заболеваниях, связанных с пониженным липидным обменом» [6].

Из этого следует, что тенденция сокращения запасов сырья лука Розенбаха (сиёхалафа) вынуждает принять хозяйственные меры по введению его в агрокультуру – климатических аналогов территории его обитания в горах Таджикистана достаточно много для того, чтобы организовать местную интродукцию данного вида на обширных площадях.

В целом же, в местах постоянного ограниченного сбора населением растительного сырья, за исключением обширных территорий с перевыпасом скота, самовосстановление изъятых сбором из биоценозов растений идёт удовлетворительно. Это наблюдается в типичных местах спорадического сбора популярных

среди населения лекарственных видов (например, в верховьях следующих урочищ: Такоб, Варзоб, Зиды, Чильдухтарон, Даштиджум), но лишь там, где выпас скота ограничен в связи с сенокосами травостоя или труднодоступностью рельефа. Здесь в сборах замечены самые востребованные виды: зверобой (чойкахак), душица (кокути), иссоп, ромашка (бобуна), зизифора (джамилак), гвоздика (мухалас), мята (пудина) и др. Ограниченно по тёплым склонам в этих местах до сих пор достаточно обильно распространён шалфей мускатный (важное эфиромасличное растение), также как и другие виды шалфея.

Мало подвержены сбору, возможно в связи с отсутствием элементарных познаний их целебных свойств, некоторые лечебно ценные виды средне- и высокогорья. Например, выцветшие на солнце куртины такого эндемика, как адонис туркестанский, содержащего используемые при лечении сердца карденолиды, остаются непоедаемыми до конца вегетации растений. Также очень мало используются виды лапчатки, за исключением, пожалуй, неприхотливого и устойчивого к перевыпасу скота высокогорного вида лапчатки Мукрофта, которую киргизы Восточного Памира именуют «ёр-чай»: её листья, деформированные повышенным ультрафиолетовым излучением, издавна собираются местным высокогорным населением для использования в качестве оригинальной чайной заварки.

Другие виды хозяйственной деятельности на территории, ранее отличающейся богатством разнообразия лекарственных растений и (канувшим ныне в вечность) ресурсным изобилием, оказывают лимитирующее влияние на состояние растительного мира лишь очень локально (например, на освоенных земледелием землях), а это мало влияет на общие запасы сырья лечебного назначения большинства видов, кроме, пожалуй, некоторых краснокнижных.

Сравнительный анализ показывает, что после распада СССР и последующих негативных междоусобных событий, предшествующих новому хозяйственному укладу, характеризующемуся переходом от государственного к частному землепользованию, именно по причине бессистемного выпаса скота резко возросла аридизация горной территории с перспективой резкого уменьшения многолетних запасов атмосферной влаги в ледниках, снежниках и водоёмах. Фактически наблюдается хозяйственная ситуация, когда порядок выпаса скота повсеместно практикуется без применения многолетнего пастбищеоборота и агрономических мер по восстановлению продуктивной растительности, а это верный путь к углублению давно уже выраженной антропогенной деградации растительных сообществ.

В последнее десятилетие в Таджикистане пастбищная деградация усилилась даже на территории, издавна квалифицируемой как многолетне обеспеченная осадками богара. На необеспеченной же богаре (менее 200-250 мм осадков) продуктивность пастбищной растительности, в том числе и лекарственных видов, кроме колючетравных и сорных растений, непоедаемых по причине насыщенности их надземной части неприемлемым для скота биохимическим составом, ничтожна, а проективное покрытие почвенной поверхности, как показывают настоящие исследования, очень разреженное (намного менее 50%, а местами 15% и ещё ниже).

В виде непредвзятого мнения по поводу заметного в последние годы снижения продуктивности и растительно-бонитетной ценности достаточно урбанизированных пастбищ, можно привести выводы общественной организации «Молодёжь 21 века», полученные в результате исследований, финансируемых зарубежными (ОБСЕ) грантами [5]: «… уровень деградации пастбищ вблизи населённых пунктов стал критическим. Даже отдаленные территории испытывают изменения. Постоянно снижается урожайность кормовой массы, наблюдается засорение пастбищ сорными растениями. Разрушаются биотопы, что приводит к интенсификации процессов уменьшения численности таксонов биоразнообразия в целом. Генетические ресурсы многих местных видов растений находятся под угрозой исчезновения. Кормовая продуктивность травостоя снизилась в 5-10 раз».

Эти кричащие выводы о недопустимой степени пастбищной деградации говорят сами за себя, но пока что не послужили стимулом для государственного регулирования механизмами управления территорией, что явно свидетельствует о полном невладении ситуацией соответствующими государственными органами, независимо от смягчающих причин. Это тем более тревожно, то обследованием выявлено углубление ситуации с истощающим растительность пастбищепользованием. Оно в Таджикистане практикуется не только на территориях, выделенных землеустройством в качестве пастбищ, но и на всей, даже отдалённой территории, доступной по рельефу и наличию дорожно-тропной инфраструктуры для выпаса скота. В результате можно констатировать, что естественная растител-

ность, и понятно, что не только пастбищная, но и противоэрозионная, эдификаторная и прочая хозяйственно и генетически ценная и, конечно же, лекарственная, в Республике испытывает всевозрастающий антропогенный стресс, что вынуждает принимать экстраординарные меры по совершенствованию порядка управления этими важными природными ресурсами.

Целесообразно отметить, что деградационные процессы, связанные с перевыпасом скота, наблюдаются не только в Таджикистане, но и на всём постсоветском пространстве Средней Азии, например, в соседнем Кыргызстане, проявляя однотипные экологические закономерности. Там исследователи также отмечают, что основными последствиями интенсивного выпаса скота, практикуемого во всех горных экосистемах Кыргызстана, являются «преобладание в растительных сообществах непоедаемых, сорных и колючих растений» [7].

И хотя юг Кыргызстана (Ошская область) имеет климатическое сходство с однотипными по рельефу и континентальности климата регионами Таджикистана, всё же степень пастбищной деградации там меньше выражена, что явно связано с более перенасыщенным выпасом скота на пастбищах Таджикистана. Об этом свидетельствуют и авторские визуальные обследования ландшафтов Мургабского района (обследованы земли Каракульского джамоата, приграничные по отношению к соседствующим ландшафтам Алайской долины Кыргызстана, а также (кратко) вдоль всего протяжения Памирского тракта, начиная от Мургаба и Каракуля и далее вплоть до таможенного поста возле к. Карамык на стыке Таджикско-Киргизской Государственной границы).

Отечественными исследователями экологического состояния территорий обитания диких животных Таджикистана (как известно, эти территории менее посещаются выпасающимися домашними животными, чем более урбанизированные пастбищные угодья) также отмечается отрицательное влияние перевыпаса на биоценозы: «Главными лимитирующими факторами сокращения численности уриала в Юго-Западном Таджикистане являются браконьерство и перевыпас домашнего скота» [1]. Здесь следует понимать, что конкуренция домашнего скота настолько снижает запасы кормов для диких животных, лимитируя их жизнедеятельность, что вытесняет их с исконных местообитаний на менее продуктивные территории, труднодоступные для выпаса скота, или на более отдалённые местообитания, ранее не освоенные в связи с их предельно бедной кормовой базой, крутосклонностью скалистых участков и пр.

Аналогичную ситуацию при проведении данных обследований (2017 г.) приходилось наблюдать в урочищах Рамитского региона (Коназк-боло, элементы рельефа в верховьях отрогов Гиссарского хребта), где методом опроса охотников была подтверждена замеченная уже 20 лет назад миграция сибирского козерога с исконных мест его постоянного обитания на более высокогорные ландшафты, хотя и бедные кормами, но сравнительно отдалённые и менее доступные для домашнего скота.

Разительным же контрастом с пастбищно опустынивающимися ландшафтами выглядят лишь немногочисленные участки с обильной растительностью на ограждённых территориях или на территориях охраняемых лесных угодий, например, на водоразделе хребта Рангон (в окрестностях пос. Ляур близ «Телевышки»). Такой же контраст ощущается в верховьях некоторых других высокогорных урочищ, труднодоступных или вообще недоступных для выпаса скота по причине отсутствия дорог и троп (самые верхние пастбищные угодья Старой Матчи, верховья хребтов Ляхшского района на границе с Кыргызстаном, например, урочище Кандысу, и некоторые другие, куда ещё не проникла общая сеть автодорог, мостов и троп).

На основании полученных исследованиями данных о резком сокращении ареалов отдельных лекарственно значимых растений, с авторской точки зрения, необходимо предпринять срочные меры по интродукционному переселению (местная интродукция) ещё не исчезнувшего их генофонда из опустынивающихся местообитаний на территории, где ему не грозит исчезновение и где размноженные растения могут расширить лекарственную ресурсную базу.

В данном случае, как уже упоминалось ранее [4], целесообразно отказаться от узко односмысленного понимания термина «интродукция», ограниченно воспринимаемого как «завоз иноземных видов», и необходимо восстановить первоначальное терминологическое понятие в агрономически расширенном его определении, заимствованном из советского периода проведения интродукции лучших зарубежных и местных (!) сортов субтропических культур на новоосваиваемых орошением долинных территориях сухих субтропиков Южного Таджикистана (1930-е и последующие годы). Первоначальное же толкование термина «интродукция», неискажён-

ное псевдоноваторскими нововведениями, это – переселение отдельных видов, форм, сортов растений за пределы их прежнего ареала обитания в места, где они ранее не произрастали, а «интродуцированные растения или интродуценты – это растения, переселенные в местность, где они раньше не существовали».

Именно на данном историческом этапе антропогенного уничтожения растительного разнообразия возникает необходимость усиления внимания сохранению исчезающих из естественных местообитаний лекарственных растений путём местной интродукции их в аналогичные по природно-климатическим особенностям условия агрокультурного возделывания. Это актуально не только для отдельных видов и форм, но и для целых биоценозов, в составе которых хорошо притёртые к ним виды (как древесные, так и травянистые) имеют намного больше шансов выжить, чем в монокультуре.

Древесно-кустарниковые виды в горных условиях вполне можно размещать в полукультуре, то есть в культуре, максимально приближённой к условиям обитания этих видов в дикой природе. Это – лесосады, надёжно защищённые от проникновения скота, при закладке которых растения высаживаются по произвольной схеме посадки. Их междурядья вполне возможно агрономически адаптировать для размещения хозяйственно ценных травянистых видов, в первую очередь лекарственных растений – многолетников и хорошо воспроизводящихся самосевом однолетников. Естественно, что посадка здесь возможна лишь с учётом сложности рельефа и степени каменистости почв, то есть природных особенностей, диктующих адаптировать способы ведения минимально необходимого агроухода. При этом агроуход приближается к обеспечению той требовательности интродуцентов к сезонным параметрам тепла, света, влаги и почв, которая свойственна условиям былых ареалов их обитания.

Остаётся подчеркнуть, что в настоящее время отечественных научно-исследовательских работ имеется более чем достаточно, чтобы инициировать государственное мышление в сфере рационального управления возобновляемыми природными ресурсами на срочную переоценку самой системы методов управления, начиная от замены существующего архаично-ущербного порядка выпаса скота на более рациональный, давно известный в землеустроительной и землепользовательской практике стран с развитым отгонным животноводством, и завершая адаптивным заимствованием современных технологий и инженерных решений из ёмкой сокровищницы мирового агрономического, природоохранного и административного опыта.

Общие выводы и рекомендации

1. Существующий хозяйственно ущербный порядок землепользования с неизбежностью запускает безотказный механизм пастбищной деградации и опустынивания почвенного покрова. Следует отметить, что это в качестве азбучной истины давно и прочно известно из мировой практики стран с континентальным климатом, издавна занимающихся пастбищным животноводством.

2. Безусловным приоритетом для оценки лимитирующих факторов сохранения не только лекарственных растений, но и всего биоценозного разнообразия, без чего конкретные виды изолированно не могут сохраняться, является пересмотр с законотворческих, административных и природоохранных позиций ныне существующего порядка пастбищепользования с акцентом на немедленной разработке и введении в практику мер по восстановлению растительных ресурсов, антропогенно нарушенных ландшафтов и экосистем различной иерархии. А именно: мер, достаточных по масштабу и результативности действий для поворота вспять всё более усиливающейся деградации территории, аридизации ранее экосистемно влагообеспеченных площадей, используемых под выпас скота, то есть, для снижения антропогенного стресса на живой мир со стороны отгонного животноводства. Это должно стать главной стратегической задачей; дочерние же задачи проблемы сохранения конкретных видов тоже в достаточно весомой степени важные, должны детализировано дополнять эту стратегически приоритетную задачу с многосторонних позиций, учитывающих взаимосвязь ресурсопользователей и административно-управительных структур.

3. Проведённые исследования не только подтверждают практически единодушные выводы, представленные в последние годы отечественной научной деятельностью соответствующих научных организаций и средствами массовой информации, но и вынуждают обратить внимание органов государственного управления на то, что ситуация с хозяйственным использованием возобновляемых природных ресурсов срочно вынуждает пересмотреть существующие порядки хозяйственного ресурсопользования. Для этой цели предлагаются также конкретные авторские наработки рекомендательного характера, основанные на детальном анализе многолетне сложившейся эколого-природоохранной ситуации и возможностях заимствования зарубежного опыта [2].

4. Учитывая также всевозрастающие масштабы антропогенного давления на генофонд дикорастущих лекарственных растений, впрочем как и возрастающие потребности в растительном лекарственном сырье, их многие виды необходимо рекомендовать для агрокультуры в природно-климатических условиях, где агротехникой возможно добиться намного большего эффекта, чем организовывать трудоёмкий сбор их сырья в природных обитаниях, зачастую отдалённых, мало- или совсем необеспеченных автодорожной сетью, пешими тропами, мостами для переправы и т.п. Сюда следует отнести многие виды, спорадически рассредоточенные в диком состоянии; среди них: крапива, зверобой продырявленный, полынь горькая, череда, спаржа, многие виды горцев (кроме пока что широко распространённого горца дубильного, а также, частично, гиссарского, и, пожалуй, птичьего), грыжник, мачок жёлтый (рогомак), расторопша, шалфей, пижма, клевер, подорожник большой. Тем более это относится к видам с сокращающейся численностью: гвоздика (мухалас), ятрышник (сохранился лишь в обводнённых условиях высокогорья, мало подверженных выпасу скота), дымянка, льнянка, патриния, ромашка, пион, бессмертник, бадан и др.

Древесно-кустарниковые же виды с резко сократившейся численностью, например, марену красильную (руян), боярышник дарвазский, миндаль Вавилова и др., хозяйственно рационально было бы ввести в полукультуру – по типу лесосадов.

И тем более нужно расширить культивирование лучших представителей мирового ассортимента растений недикорастущей флоры (ноготки, чистотел, мята перечная и др.), сырьё которых в климатических условиях горных регионов Таджикистана превосходит по качеству привозное.

5. Исходя из выше обозначенных выводов, научная тематика соответствующих отечественных научно-исследовательских учреждений, при безусловной и ответственной координации её АН РТ должна быть пересмотрена на предмет внесения в многолетний план научной работы с выбором наиболее приоритетных ресурсовосстановительных задачи методологически обоснованной детализацией их конкретного решения – задач, безотлагательность которых более чем очевидна.

Заключение

Обследованием нынешнего состояния дикорастущей лекарственной растительности и анализом полученных данных обнаружена необходимость срочного пересмотра существующего хозяйственно ущербного порядка пастбищепользования и его коренного совершенствования с устранением многолетней углубляющейся пастбищной деградации биоценозов, чреватой истощением растительных ресурсов, в частности лекарственного сырья. Учитывая экосистемную взаимозависимость, решение данной задачи видится в комплексе с сопутствующими задачами пересмотра в целом порядка государственного управления природно возобновляемыми ресурсами (вода, растительный и животный мир, агроклимат, почвенное плодородие и т.п.).

В данном понимании речь идёт не о текущем перечне назревающих хозяйственных мероприятий обычной государственной значимости, а о важнейшей стратегической задаче по восстановлению естественного растительного покрова гор Таджикистана до масштабов, экосистемно способствующих восстановить также былой климатический оптимум, свойственный его горной и окрестной территории ещё столетие назад, а вместе с тем – и былой водный потенциал родников, ледников, снежников, больших и малых водоёмов, как ценности, не имеющей в природе равного по значимости эквивалента для выживания человеческого сообщества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амиров З.К. Распространение, особенности экологии и меры охраны уриала (Ovis vignei Bocharensis Nasonov, 1914) в Юго-Западном Таджикистане // Известия Ошского технологического университета. – 2017. – № 1. – С. 78-82.

2. Загребельный И.А. Деградация лесов в Таджикистане: причины и климатические следствия, предложения по восстановлению: аналитический обзор. – СПб.: Астерион, 2016. – 298 с.

REFERENCES

1. Amirov Z.K. Rasprostranenie, osobennosti jekologii i mery ohrany uriala (OvisvigneiBocharensisNasonov, 1914) v Jugo-Zapadnom Tadzhikistane [Spreading, features of ecology and measures of protection of urial (Ovisvignei Bocharensis Nasonov, 1914) in South-West Tajikistan) in South-Western Tajikistan]. *Izvestija Oshskogo tehnologicheskogo universiteta (News of Osh Technological University)*. 2017; 1:78-82.

2. Zagrebel'nyj I.A. Degradacija lesov v Tadzhikistane: prichiny i klimaticheskie sledstvija, predlozhenija po vosstanovleniju [Degradation of forests in Tajikistan: causes and climatic consequences, proposals for reabilitation]. *Analiticheskij obzor (an analytical review)* – SPb.: Asterion, 2016; 298 p.

3. Загребельный И.А. Состояние дикорастущей лекарственной и сопутствующей ей растительности в биоценозах (часть I) // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2018. – Т. VIII, № 2 (26). – С. 113-119.

4. Загребельный И.А., Юсуфи С.Дж., Борониев Н.С., Джамшедов Дж.Н. О формировании сырьевой базы интродуцированных растений для развития отечественного фармацевтического производства // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2017. – Т. VII, № 4(24). – С. 98-102.

5. Исследование по изменению климата в Республике Таджикистан 2010. – ОБСЕ; общественная организация «Молодёжь 21 века», 2010. – 70 с.

6. Халилова Ш.Н., Ишанкулова Б.А. Фармакологические свойства лука Розенбаха («Сиёхалаф») // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2017. – Т. VII, № 3(23). – С. 87-90.

7. Шамшиев Б.Н., Жеенбеков Б., Ибраев Э., Жумабаев М.С. Оценка существующих угроз биологическому разнообразию в Кыргызстане // Известия Ошского технологического университета. – 2017. – № 1. – С. 106.

3. Zagrebel'nyj I.A. Sostojanie dikorastushhej lekarstvennoj i soputstvujushhej ej rastitel'nosti v biocenozah (chast' I) [The state of wild medicinal and accompanying vegetation in biocenoses (part I)]. *Vestnik Akademii medicinskih nauk Tadzhikistana (Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan)*. 2018; 8(2):113-119.

4. Zagrebel'nyj I.A., JusufiS.Dzh., Boroniev N.S., DzhamshedovDzh.N. O formirovanii syr'evoj bazy introducirovannyh rastenij dlja razvitija otechestvennogo farmacevticheskogo proizvodstva [On the formation of the raw material base of the introduced plants for the development of domestic pharmaceutical production]. *Vestnik Akademii medicinskih nauk Tadzhikistana (Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan)*. 2017; 7(4):98-102.

5. Issledovanie po izmeneniju klimata v Respublike Tadzhikistan 2010.- OBSE; obshhestvennaja organizacija «Molodjozh' 21 veka», 2010; 70 p.

6. Halilova Sh.N., Ishankulova B.A. Farmakologicheskie svojstva luka Rozenbaha («Sijohalaf»)[Pharmacological properties of Rosenbach's onion ("Siyohalaf")]. *Vestnik Akademii medicinskih nauk Tadzhikistana (Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan)*. 2017; 7(3):87-90.

7. Shamshiev B.N., Zheenbekov B., Ibraev Je., Zhumabaev M.S. Ocenka sushhestvujushhih ugroz biologicheskomu raznoobraziju v Kyrgyzstane [Evaluation of existing threats to biological diversity in Kyrgyzstan]. *Izvestija Oshskogo tehnologicheskogo universiteta (News of Osh Technological University)*. 2017; 1:106.

Сведения об авторе:
Загребельный Иван Александрович – старший научный сотрудник отдела фармакогнозии и технологии лекарств НИФЦ; тел.: +992 918 161 429; e-mail: zagrebel.i@mail.ru

Information about authors:
Zagrebelnyy Ivan Aleksandrovich – The Senior Scientific Associate of the Department of Pharmacology and Medicine technology of PSRC of AM MHP of the RT Tel.: +992 918 161 429; e-mail: zagrebel.i@mail.ru

ҲОЛАТИ РАСТАНИҲОИ ХУДРЎИ ШИФОБАХШ ВА ГИЁҲҲОИ БА ОНҲО ВОБАСТАШУДА ДАР БИОСЕНОЗ (ҚИСМИ ДУЮМ)

ЗАГРЕБЕЛНИЙ И.А.

МД «Маркази илмию тадқиқотии фармасевтӣ» ВТ ва ҲИА ҶТ

Омили асосӣ ва қатъии харобшавии биосеноз ва пастшавии маҳсулнокии хоҷагиву экологии он ин таназзули чарогоҳҳои ҳудудӣ мебошад. Муаллиф тавсия медиҳад, ки тартиби зарарнокии мавҷудбудаи чарогоҳи ҳайвонотро ба таври фаврӣ санҷида баромада, ин ҳолатро ба таври қатъӣ ба ҳолати гайриоддии иҷтимоиву иқтисодии ҳифзи муҳити зист мутобиқ намудан лозим аст. Растаниҳои муҳиме, ки бо сабаби фишори атропогенӣ таъмини талаботи ҷамъоварии ашёи табобатиро қонеъ карда наметавонанд, ба таври интродуктсия дар ҳудуди иқлими мусоид ба соҳаи аграрӣ дароварда шаванд.

Калимаҳои асосӣ: *ашёи растаниҳои шифобахш, таназзули чарогоҳҳо, интродуктсияи маҳалӣ, зироати аграрӣ*

УДК 616-007-053.1;616-007.15 **doi: 10.31712/2221-7355-2018-8-3-383-388**

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ

РАДЖАБОВА А.Б., КАРИМ-ЗАДЕ Х.Д., ДОДХОЕВ Д.С.

Кафедра офтальмологии и детских болезней №1 ТГМУ имени Абуали ибн Сино

В обзоре представлены современные данные об особенностях органа зрения недоношенных детей, этиологии, патогенезе, клиническом течение и истории развития ретинопатии недоношенных. Исследования показали, что основной причиной возникновения ретинопатии недоношенных является общая недоношенность новорожденных, которая представлена малым гестационным возрастом, низкой массой тела новорожденного и продолжительной оксигенотерапией.

Ключевые слова: *новорожденный, недоношенный, ретинопатия недоношенных, ретролентальная фиброплазия, гестационный возраст, масса тела при рождении*

PARTICULARITIES OF THE ORGAN OF VISION OF PREMATURE NEWBORNS

RAJABOVA A.B., KARIM-ZADE Kh.D., DODKHOEV D.S.

Departments of Ophthalmology and Children's Diseases No 1 of the Avicenna Tajik State Medical University

The review presents current data on the features of the visual organ of premature infants, etiology, pathogenesis, clinical course and history of retinopathy of prematurity. Studies have shown that the main cause of retinopathy of prematurity is the General prematurity of newborns, which is represented by low gestational age, low birth weight and prolonged oxygenotherapy.

Key words. *newborn, premature, retinopathy of prematurity, retrolental fibroplasia, gestation age, body weight at birth*

Орган зрения является основным связующим органом человека с окружающим миром, что способствует привлечению большого внимания к его здоровью и правильному функционированию.

Закладка его происходит внутриутробно и проходит следующие стадии: первичных, вторичных глазных пузырей и глазного бокала [2]. Окончательное развитие глазного яблока, формирование оптической системы и совершенствование зрительных функций продолжаются также и после рождения ребенка [2]. Зрительные функции у недоношенных развиваются медленнее, чем у доношенных детей. Нормальная сетчатка у недоношенного по периферии глазного дна сероватого цвета и в большинстве серо-жёлтая по центру, блестящая, непрозрачная и шелковистая. По ходу увеличения гестационного возраста, её окраска меняется вначале на желтоватую, а затем на бледно-розовую, как у доношенных [1].

Диаметр сосудов сетчатки равномерно уменьшается от диска зрительного нерва к периферии. Калибр аритерий и вен сужен у недоношенных в 27,5% случаях, сужение только артерий наблюдается в 36,2%, а полнокровие вен - в 21,7 %. Соотношение сосудов у недоношенных соответствует доношенным и составляет в среднем 1:2- 2,5 [1].

Диск зрительного нерва (ДЗН) у недоношенного младенца бледно-серый, вокруг него видна пигментная кайма, сетчатка, расположенная вокруг диска, светлее остальной. Начиная с 33 недель гестации, ДЗН начинает приобретать серо-жёлтую окраску (15,1%), и у 4,6% старше 33 недель приобретает розовый оттенок. Границы ДЗН в большинстве стушеваны (60,1%). Чем глубже недоношен ребенок, тем более стушеваны границы ДЗН [1].

Макула ещё не развита. Сетчатка в области макулы толще, кольцевой макулярный рефлекс отсутствует. Формирование макулярного рефлекса у глубоко недоношенных детей происходит в 3-3,5 месяца после рождения, у 29-30 недельных детей - в 2,5-3 месяца, у 31-32 недельных – в 1,5-2 месяца и у 33-34 недельных - соответствует доношенным - и составляет 1-2 месяца [1].

Недоношенные и маловесные дети

В зависимости от гестационного возраста новорожденных Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) [22] выделяет 3 уровня недоношенности:

• недоношенные (<37 недель гестации);
• очень недоношенные (<32 недель гестации)
• экстремально недоношенные (<28 недель гестации)

Однако во многих странах гестационный возраст не всегда правильно определяется, в связи с чем наиболее приемлемой является классификация в зависимости от массы тела новорожденных при рождении [22].

Таким образом, в современной медицине принято выделение среди новорожденных маловесных, что также учитывается при скрининге многих патологий, в том числе и глазных.

Маловесные дети - это новорожденные с массой тела при рождении ниже 2500 грамм, вне зависимости от их гестационного возраста [3].

Согласно протоколу [3] по ведению маловесных детей, выделяют следующие группы маловесных детей.

2499-1500 грамм - дети с низкой массой тела

1499-1000 грамм - дети с очень низкой массой тела

Менее 1000 грамм - дети с экстремально низкой массой тела

К этой группе относятся:

• доношенные дети с массой тела при рождении ниже 2500 грамм;
• недоношенные дети (родившиеся до 37 полных недель) с массой тела, соответствующей гестации;
• недоношенные дети с массой тела, не соответствующей гестационному сроку.

История развития РН

Впервые мир услышал о ретинопатии недоношенных в 1942 году, когда Theodore Terry [21], офтальмолог и патолог из США, описал васкуляризованную фиброзную мембрану, находящуюся за хрусталиком и обуславливающую двухстороннюю слепоту, а также серьёзные нарушения зрения исключительно у недоношенных детей с низкой массой тела. Новую патологию он назвал ретролентальной фиброплазией (РФП) [21]. В последующем было выявлено, что данная васкуляризованная фиброзная мембрана является терминальной стадией РН. И уже в 1966 г.Parker Heath переименовал ретролентальную фиброплазию в ретинопатию недоношенных [18]. В то время, когда данная патология впервые была описана, она встречалась очень редко, что обуславливало низкий интерес к ней, но уже спустя 10 лет стала огромной проблемой для всех педиатров и офтальмологов. На сегодняшний день она поражает тысячи детей по всему миру [16].

В литературе встречается еще один синоним РН – пролиферирующая сосудистая ретинопатия [7].

Начиная с 1951 года, по всему миру стали проводиться многочисленные исследования с целью выявления механизма развития РФП. Офтальмологическая литература того времени указывала на то, что основным фактором развития РФП у недоношенных является аноксия (недостаток кислорода в тканях), в связи с чем в 1952 и появилось название «аноксичная ретинопатия» [16].

Так, исследование Szewczyk выявило, что данное состояние является ответной реакцией нервной ткани на аноксию. Согласно его описанию, механизм развития РФП, возможно, заключался в низком напряжении кислорода в фетальной крови недоношенного, что способствовало первичному расширению сосудов сетчатки, а в последующем, если потребность в кислороде не устранялась, это приводило к отёку, транссудации и кровоизлияниям [16, 20]. Однако, в 1951 году Kate Campbell в Мельбурне (Австралия) впервые выявила, что РН развивается вследствие воздействия кислородотерапии на недоношенных [6, 16].

Клинико-патологическое исследование Ryan [17], произведенное в Женском госпитале Мельбурна в Австралии в 1948-1950 гг., выявило 23 случая РФП. Было отмечено, что все случаи были после назначения кислородотерапии. Медсестры давали кислород свободно всем недоношенным, что привело к возрастанию частоты РФП. В последующем с октября 1950 г. кислород стали ограничивать и назначать только детям с цианозом, что в свою очередь снизило частоту РФП. Таким образом было сделано заключение, что РФП можно предупредить путём ограничения кислородотерапии и назначения её только недоношенным, которые действительно в ней нуждаются [16, 17].

Такое же значение было определено и в отмене кислородотерапии, с тех пор как было выявлено, что она минимизирует процент повреждения ретинальных сосудов, индуцированный гипероксией. Контролированное медсестринское исследование Bedrossianetal [5, 16] отметило, что число РФП было больше в группе, где младенцев резко забирали из атмосферы с постоянным кислородом, по сравнению с группой, где это происходило постепенно. Таким образом, появилась необходимость мониторинга напряжения уровня кислорода в артериях и офтальмологиче-

ского скрининга калибра сосудов сетчатки новорожденных [16].

В 1982 году Quinn et al. использовали термин «Ретинопатия недоношенных плюс» для описания вирулентной формы РН [18].

Ретинопатия недоношенных

Одной из наиболее проблемных патологий, возникающих у недоношенных новорожденных, является ретинопатия недоношенных.

Ретинопатия недоношенных (РН) занимает пятое место в списке лидирующих причин детской слепоты и представляет собой вазопролиферативное витреоретинальное заболевание глаз, приводящее к слабовидению, миопии различной степени, косоглазию, дегенеративным изменениям сетчатки, вторичной глаукоме, отсроченной тракционной отслойке сетчатки, а также способствует высокой частоте развития слепоты (≥ 47%) [12, 15, 19]. Особенностью данной патологии является то, что она поражает незрелые кровеносные сосуды сетчатки в процессе их развития [4]. Сосудистая система сетчатки в норме к 40 неделе гестации полностью сформирована. Таким образом, какое-либо повреждение сосудов, развивающееся в сетчатке во время беременности, в процессе родов, а также в раннем послеродовом периоде, стимулирует образование новых сосудов и развитие РН. Последняя может регрессировать или прогрессировать с образованием неоваскулярной мембраны в стекловидном теле с последующим рубцеванием и отслойкой сетчатки [12, 15].

РН, как было выше сказано, - это транзиторное заболевание большинства новорожденных со спонтанным регрессом, отмечающимся до 85% случаев. Ранняя диагностика даёт возможность использования лазерной терапии для предупреждения потери зрения. Современные методы выявления и оценки РН в большинстве основаны на измерении расширенности вен и извитости артерий сетчатки, являющихся предшественниками Плюс-болезни, которая предшествует РН [4, 11].

Среди факторов риска развития ретинопатии недоношенных можно выделить: общую недоношенность (низкая масса тела при рождении и малый гестационный возраст), а также продолжительную оксигенотерапию. Кроме того, известно, что прогрессирование заболевания является мультифакторным и может быть связано с такими факторами риска, как: многоплодная беременность, апное, интравентрикулярные кровоизлияния, сепсис, гипоксия, респираторный дистресс-синдром, анемия, гипотензия, гипотермия, продолжительная ИВЛ (искусственная вентиляция легких), множественные гемотрансфузии, воздействие света и дефицит витамина Е. Несмотря на это, определённая роль каждого из этих факторов в развитии РН на данный момент не установлена [3].

Классификация РН

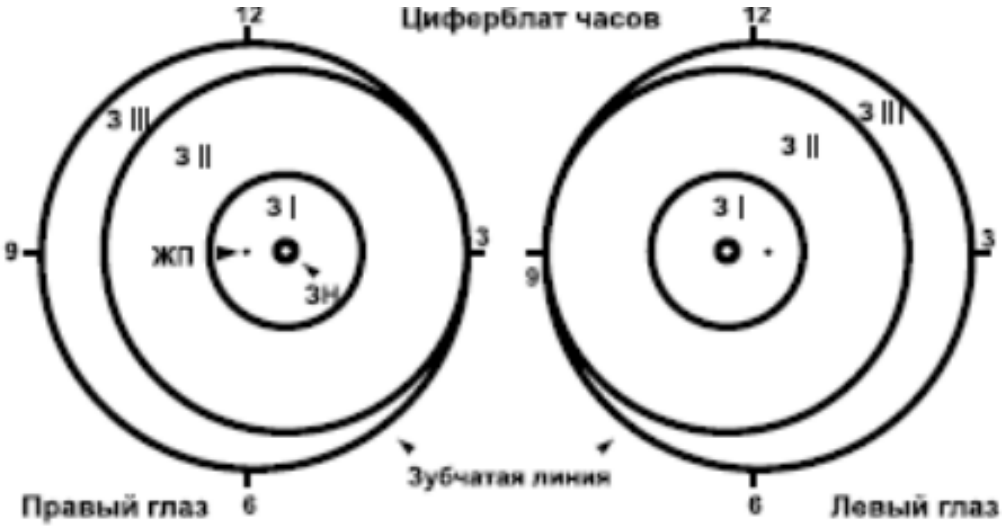
В процессе возросшего интереса к РН в 1984 году был создан специальный комитет по разработке классификации РН, которым была предложенная Международная классификация ретинопатии недоношенных (МКРН), а в 1987 году в неё были внесены дополнения [10, 16]. Согласно данной классификации, сетчатка делилась на три зоны для обозначения локализации патологического процесса по циферблату часов [10, 16].

При этом распространённость ретинопатии определяется:

- по количеству поражённых «часов»;
- по тяжести заболевания (стадии);
- по активности течения процесса:

– активную (острую);

– рубцовую фазы.



• **Зона I** – это круг радиуса - двойное расстояние от диска до макулы;
• **Зона II** – начинается от края первой зоны до носовой зубчатой линии;
• **Зона III** – это оставшаяся полоса сетчатки вплоть до зоны II [10].

Стадии РН (Международная Классификация РН, 1987) [10].

I стадия – демаркационная линия (это тонкая ясная плоская, направленная по окружности, интраретинальная линия, представляющая собой скопление сосудообразующей мезенхимальной ткани.)

II стадия – гребень (демаркационная линия, увеличенная в ширину и по толщине). За гребнем видны мелкие новообразованные сосуды. Гистопатологически гребень представляет собой интраретинальную пролиферацию капилляров.

III стадия – гребень с экстраретинальной неоваскуляризацией.

IV стадия – субтотальная отслойка сетчатки:
(а) экстрафовеолярная;
(б) фовеолярная.

V стадия – тотальная отслойка сетчатки, имеющая воронкообразную конфигурацию:
(а) открытая воронка;
(б) закрытая воронка

Плюс-болезнь (характеризующаяся стремительным течением):
(а) расширение сосудов радужки и сетчатки;
(б) помутнение стекловидного тела;
(в) затруднение расширения зрачка.

В соответствии с существующей на сегодняшний день единой международной классификацией РН, самый неблагоприятный прогноз в отношении тяжести и скорости течения активной РН развивается в случаях развития задней агрессивной РН (AP-ROP) – быстропрогрессирующей (молниеносной) злокачественной формы заболевания при локализации патологического процесса в зоне I глазного дна. Для AP-ROP типичны резкое расширение и извитость сосудов во всех 4-х квадрантах глазного дна, наличие шунтов по всей васкуляризированной сетчатке, быстрое развитие экстраретинальной пролиферации без характерного для классического течения РН перехода от I к III стадии болезни, симметричное поражение обоих глаз, отсутствие тенденции к самостоятельному регрессу [8, 14].

Заключение

Таким образом, вышеприведенные данные говорят о своеобразности анатомических характеристик органа зрения недоношенного новорожденного, а также особенностях протекания у них РН. Несмотря на изученность РН, согласно мировым данным, всё ещё остаются моменты, не освещённые наукой, как в этиологии данной патологии, так и в клиническом течении различных её форм. Отсутствие данных по РН в Республике Таджикистан требует её глубокого изучения с целью своевременного выявления, анализа клинических особенностей и проведения необходимого лечения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова И.И. Особенности глаза недоношенных детей // Российская детская офтальмология. – 2013. – № 1. – С. 17-21.

2. Глазные болезни. Основы офтальмологии: учебник для мед. вузов / под ред. В.Г. Копаевой.– М.: Медицина 2002. – 560 с.

3. Рахматуллоев Ш.Р. и др. О внедрении протоколов периода новорожденности в Республике: протокол по введению маловесных детей. – Душанбе: Министерство здравоохранения Республики Таджикистан, 2013. – С. 212-252.

4. Alajbegovic-Halimic J. et al. Risk Factors for Retinopathy of Prematurity in Premature Born Children // Kerala J. of Ophthalmology. – 2015. – Vol. 69, No 6. – P. 409-413.

5. Bedrossian R.H. et al. Retinopathy of prematurity (retrolental fibroplasia) and oxygen. I. Clinical study. II.

REFERENCIES

1. Aksenova, I.I. Osobennosti glaza nedonoshennyh detej [Features of the eye of premature infants]. *Rossijskaja detskaja oftal'mologija (Russian pediatric ophthalmology)*. 2013; 1: 17-21.

2. Glaznye bolezni. Osnovy oftal'mologii: uchebnik dljamed vuzov pod red. V.G. Kopaevoj [Basics of ophthalmology: A Textbook for Medical Higher Schools / under the editorship of V. G. Kapaiwai].– M.: Medicina, 2002; 560p.

3. Rahmatulloev Sh.R. i dr. O vnedrenii protokolov perioda novorozhdennosti v Respublike: protokol po vvedeniju malovesnyh detej.- Dushanbe: Ministerstvo zdravoohranenija Respubliki Tadzhikistan, 2013[About the implementation of protocols of the newborn period in the Republic: Protocol on the care of low weght children.- Dushanbe: Ministry of health of the Republic of Tajikistan, 2013]. 212-252 p.

4. Alajbegovic-Halimic J.et al. Risk Factors forRetinopathy of Prematurityin Premature Born Children // *Kerala J. of Ophthalmology*. 2015; Vol. 69 (6): 409-413.

5. Bedrossian R.H. et al. Retinopathy of prematurity (retrolental fibroplasia) and oxygen. I. Clinical study. II.

Further observations on the disease // Am. J. Ophthalmol. – 1954. – Vol. 37. – P. 78-86.

6. Campbell K. Intensive oxygen therapy as a possible cause of retrolental fibroplasia; a clinical approach // Med. J. Aust. – 1951. – Vol. 2. – P. 48-50.

7. Cernichiaro-Espinosa L.A. et al. New insights in diagnosis and treatment for Retinopathy of Prematurity // Int. Ophthalmol. – 2016. – Vol. 36, No 5. – P. 751-760.

8. Dempsey E., Creery Mc.K. Local anaesthetic eye drops for prevention of pain in preterm infants undergoing screening for retinopathy of prematurity // Cochrane Database of systemic reviews. – 2011. – Iss. 9

9. Eldweik L., Mantagos I.S. Role of VEGF Inhibition in the Treatment of Retinopathy of Prematurity // Semin Ophthalmol. – 2016. – Vol. 31, No 1-2. – P. 163.

10. International Committee for the Classification of Retinopathy of Prematurity. The international classification of retinopathy of prematurity revisited // Arch Ophthalmol. – 2005. – Vol. 123, No 7. – P. 991-999.

11. Jorge E.C. et al. Early light reduction for preventing retinopathy of prematurity in very low birth weight infants // Cochrane Database of systemic reviews. – 2013. – Iss. 8

12. Li R. et al. Effect(s) of Preterm Birth on Normal Retinal Vascular Development and Oxygen-Induced Retinopathy in the Neonatal Rat // Curr Eye Res. – 2013. – Vol. 38, No 12. – P. 1266-1273.

13. Mary K. Jacob et al. Validation of the existing modified screening criteria for detection of all cases of Retinopathy of Prematurity in preterm babies – 11 year study from a governorate referral hospital in Oman // Saudi J. Ophthalmol. – 2016. – Vol. 30, No 1. – P. 3-8.

14. Monika M., Katarzyna K.K., Leszek K. Present-day conservative treatment retinopathy of prematurity // Klin Oczna. – 2013. – Vol. 115, No 1. – P. 65-68.

15. Narayanan S.P. Arginase in retinopathy // Prog Retin Eye Res. – 2013. – Vol. 36. – P. 260-280.

16. Parag K. et al. Retinopathy of prematurity: Past, present and future // World J. Clin Pediatr. – 2016. – Vol. 8, No 5. – P. 35-46.

17. Ryan H. Retrolental fibroplasia; a clinicopathologic study // Am. J. Ophthalmol. –1952. – Vol. 35. – P. 329-342.

18. Solarte C.E., Awad A.H., Wilson C.M., Ells A. Plus Disease: Why is it Important in Retinopathy of Prematurity? // Middle East African Journal of Ophthalmology. – 2010. – Vol. 17, No 2. – P. 148-155.

19. Sun H. et al. The Use of the WINROP Screening Algorithm for the Prediction of Retinopathy of Prematurity in a Chinese Population // Neonatology. – 2013. – Vol. 24, No 104. – P.127-132.

20. Szewczyk T.S. Retrolental fibroplasia; etiology and prophylaxis // Am. J. Ophthalmol. – 1952. – Vol. 35. – P. 301-311.

21. Terry T.L. Fibroblastic Overgrowth of Persistent Tunica Vasculosa Lentis in Infants Born Prematurely: II. Report of Cases-Clinical Aspects // Trans Am. Ophthalmol. Soc. – 1942. – Vol. 40. – P. 262-284.

22. Zabransky S. ed. Caring for Children Born Small for Gestational Age.- Tarporley: Springer Healthcare, 2013.

Further observations on the disease// *Am. J. Ophthalmol*. 1954;Vol. 37, 78-86.

6. Campbell K. Intensive oxygen therapy as a possible cause of retrolental fibroplasia; a clinical approach // *Med. J. Aust*.1951; Vol. 2, 48-50.

7. Cernichiaro-Espinosa L.A. et al. New insights in diagnosis and treatment for Retinopathy of Prematurity // *Int. Ophthalmol*. 2016; Vol. 36(5):751-760.

8. Dempsey E., CreeryMc.K. Local anaesthetic eye drops for prevention of pain in preterm infants undergoing screening for retinopathy of prematurity // *Cochrane Database of systemic reviews*. 2011; Iss. 9.

9. Eldweik L., Mantagos I.S.Role of VEGF Inhibition in the Treatment of Retinopathy of Prematurity// *SeminOphthalmol*. 2016; Vol. 31(1-2): 163 p.

10. International Committee for the Classification of Retinopathy of Prematurity. The international classification of retinopathy of prematurity revisited // *Arch Ophthalmol*. 2005; Vol. 123(7): 991-999.

11. Jorge E.C. et al. Early light reduction for preventing retinopathy of prematurity in very low birth weight infants // *Cochrane Database of systemic reviews*. 2013; Iss. 8.

12. Li R. et al. Effect(s) of Preterm Birth on Normal Retinal Vascular Development and Oxygen-Induced Retinopathy in the Neonatal Rat // *Curr Eye Res*. 2013; Vol. 38(12):1266-1273.

13. Mary K. Jacob et al. Validation of the existing modified screening criteria for detection of all cases of Retinopathy of Prematurity in preterm babies – 11 year study from a governorate referral hospital in Oman // *Saudi J. Ophthalmol*. 2016; Vol. 30(1):3-8.

14. Monika M.,Katarzyna K.K., Leszek K. Present-day conservative treatment retinopathy of prematurity // *KlinOczna*. 2013;Vol.115(1):65-68.

15. Narayanan S P. Arginase in retinopathy // *ProgRetin Eye Res*. 2013; Vol. 36, 260-280 p.

16. Parag K. et al. Retinopathy of prematurity: Past, present and future // *World J. ClinPediatr*. 2016; Vol. 8(5):35-46.

17. Ryan H. Retrolental fibroplasia; a clinicopathologic study // *Am. J. Ophthalmol*. 1952; Vol. 35, 329-342.

18. Solarte, Carlos E. et al. Plus Disease: Why is it Important in Retinopathy of Prematurity? // *Middle East African Journal of Ophthalmology*. 2010; Vol. 17(2).

19. Sun H. et al. The Use of the WINROP Screening Algorithm for the Prediction of Retinopathy of Prematurity in a Chinese Population // *Neonatology*. 2013; Vol. 24(104):127-132.

20. Szewczyk T.S. Retrolental fibroplasia; etiology and prophylaxis // *Am. J. Ophthalmol*. 1952; Vol. 35, 301-311.

21. Terry T.L. Fibroblastic Overgrowth of Persistent Tunica VasculosaLentis in Infants Born Prematurely: II. Report of Cases-Clinical Aspects // Trans Am. Ophthalmol. Soc. 1942; 40:262–284.

22. Zabransky S. ed.Caring for Children Born Small for Gestational Age.-*Tarporley: Springer Healthcare*, 2013.

Сведения об авторе:
Раджабова Азиза Бокибойевна – аспирант кафедры офтальмологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: (+992) 901005558; e-mail – a.rajabova@yahoo.com
Карим-заде Хакима Джанговаровна – доцент кафедры офтальмологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.; тел.: (+992)934458236; e-mail – kh.karimzade@gmail.com
Додхоев Джамшед Саидбобоевич – профессор кафедры детских болезней № 1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.; тел.: (+992)919232008; e-mail – jamshedsd@yandex.ru

Information about authors:
Razhabova Aziza Bokiboevna – Post-graduate student of the Department of Ophthalmology of the Avicenna Tajik State Medical University; tel .: (+992) 901005558; e-mail - a.rajabova@yahoo.com
Karim-zade Hakima Jangovarovna – Associate Professor of the Department of Ophthalmology the Avicenna Tajik State Medical University, Candidate of Medical Sciences; tel .: (+992) 934458236; e-mail - kh.karimzade@gmail.com
Dodkhoev Jamshed Saidboboevich – Professor of the Department of Children's Diseases № 1 of the Avicenna Tajik State Medical University, MD; tel: (+992) 919232008; e-mail - jamshedsd@yandex.ru

ХУСУСИЯТҲОИ УЗВИ БОСИРАИ КӮДАКОНИ НОРАСИД

РАҶАБОВА А.Б., КАРИМ-ЗОДА Ҳ.Ҷ., ДОДХОЕВ Ҷ.С.

Кафедраҳои бемориҳои ҷашм ва бемориҳои кӯдаконаи №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Дар мақола маълумотҳои навтарин оид ба хусусиятҳои узви босира дар кӯдакони норасид, сабаб, пайдоиш, равиши клиникӣ ва таърихи инкишофи ретинопатияҳои кӯдакони номбурда дарҷ гардидаанд. Тадқиқотҳо нишон медиҳанд, ки сабаби асосии пайдоиши ретинопатияҳои кӯдакони норасид ин норасоии умумии кӯдакон, ба мисоли синну соли гестатсионӣ, вазни ками навзод ва давомнокии табобатии оксигенӣ мебошанд.

Калимаҳои асосӣ: *навзод, норасид, ретинопатияи кӯдакони норасид, синни гестатсионӣ, вазни бадан ҳангоми таваллуд*

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК 615.2;616-092.9 **doi: 10.31712/2221-7355-2018-8-3-389-392**

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ЖЕЛЧЕГОННОЕ ДЕЙСТВИЕ НАСТОЯ ТРАВЫ ДУШИЦЫ МЕЛКОЦВЕТКОВОЙ И ДУШИЦЫ ОБЫКНОВЕННОЙ У БЕЛЫХ КРЫС С ХОЛЕЛИТОГЕНОЙ ДИЕТОЙ

ЗУБАЙДОВА Т.М.

ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗиСЗН РТ

С целью изучения механизма желчегонного действия фитопрепаратов проведены эксперименты на 80 белых крысах обоего пола массой 230-240 г.

Установлено, что настои травы душицы мелкоцветковой и душицы обыкновенной в дозе 5 мл/кг обладают активным желчегонным действием. Желчегонное действие настоя травы душицы достаточно активно проявлялось не только у интактных, но и у белых крыс, получавших холелитогенную диету. Общий объём желчи, собранной за 3 часа, под действием настоя травы душицы мелкоцветного составил больше, чем в серии получавших настой травы душицы обыкновенной. Он составил 8,3±0,09 мг/г массы, что было на 48,8%, больше чем в контроле.

Трава душицы мелкоцветковой по своему холелитическому действию не уступает эффективности травы душицы обыкновенной.

Ключевые слова: *желчегонное действие, трава душицы мелкоцветковой, трава душицы обыкновенной, холелитогенная диета, эксперимент, белые крысы*

COMPARATIVE CHOLERETIC EFFECT OF INFUSION THE SMALL-FLOWERED MARJORAM AND OREGANO IN WHITE RATS WITH CHOLELITHASIS DIET (EXPERIMENTAL STUDY)

ZUBAIDOVA T.M.

SI “Institute of Gastroenterology” of the MHSP RT

In order to study the mechanism of choleretic action of phytopreparations, experiments were carried out on 80 white rats of both sexes weighing 230-240 g.

It was found that the infusion of the small-flowered marjoram and oregano at a dose of 5 ml / kg have an active choleretic effect. Choleretic effect of infusion of marjoram is rather actively manifested not only in intact but also in white rats treated with cholelithotomy diet. The total amount of bile collected for 3 hours, under the effect of infusion of the small-flowered marjoram was more than in a series of received infusion of ordinary oregano.

The small-flowered marjoram in its Choleretic effect is not inferior to the effectiveness of ordinary oregano grass.

Key words. *choleretic effect, small-flowered marjoram, ordinary oregano, cholilitogenium dietes, experiment, white rats*

Актуальность

Origanum tyttanthum Gontsch и Origanum vulgare L. являются лекарственными, эфиромасличными, пряно-ароматическими и декоративными растениями. Трава дущицы обыкновенной в Таджикистане не произрастает [1-3].

В таджикской народной медицине водные извлечения из травы душицы мелкоцветковой широко используются при острых и хронических холециститах, хроническом гастрите, язвенном колите, острых и хронических бронхитах, пневмонии, мочекаменной болезни, сахарном диабете, а также в качестве успокаивающего, противосудорожного, желчегонного средства и стимулятора желудочной секреции [4-5].

Цель исследования

Экспериментальное изучение желчегонного действия настоя травы душицы мелкоцветной и обыкновенной у белых крыс, получавших холелитогенную диету, в эксперименте в течение 2 месяцев.

Материал и методы исследования

Эксперименты по изучению механизма желчегонного действия фитопрепаратов проведены на 80 белых крысах обоего пола массой 230-240 грамм.

Желчный проток у белых крыс фистулировали по методике Фишера и Варса (1961).

Сущность методики заключалась в следующем: под барбамиловым (50 мг/кг внутрибрюшинно) наркозом вскрывали брюшную полость и, осторожно раздвигая операционную рану, находили общий желчный проток, в дистальный конец которого вставляли эластичную канюлю длиной 10-12 см, диаметром 0,1-0,15 мм, затем путем перевязки фиксировали его шелковой лигатурой. У опытных и контрольных животных желчь собирали в течение 1-го, 2-го, 3-го часа операции и канюлирования желчного протока.

Изучаемые препараты вводились внутрижелудочно в дозах 2 и 5 мл/кг массы за 40 минут до операции.

Многочисленными работами А.Ф. Блюхера (1984) и Н.Я. Скакуна (1987) доказано, что желчевыделительная функция печени, особенно желчегонная, химизм желчи у белых крыс легко нарушаются под действием различных гепатотоксинов и ксенобиотиков. Однако до сих пор нет адекватной модели повышенной литогенности желчи у белых крыс, позволяющей на более дешёвых биологических объектах изучить специфическое действие новых холелитолитических препаратов. Исходя из сказанного, перед нами стояла задача выяснить характер влияния разработанной нами сухой холелитогенной диеты (ХЛД), которая была разработана еще 1993 году.

В опыт было взято 80 половозрелых белых крыс обоего пола со средней массой 245-255 г, предварительно распределенных на следующие серии:

1 – интактные, получавшие обычный рацион вивария; 2 – контрольные (крысы 2-месячные), получавшие вместо корма сухую ХГЛД; 3 – 4 опытные крысы, получавшие наряду с сухой ХГЛД, настой травы душицы мелкоцветковой (НТДМ) и настой травы душицы обыкновенной (НТДО) внутрижелудочно в дозе 5 мл/кг массы ежедневно в течение 2 месяцев.

У опытных и контрольных животных в течение 3 часов после введения изучаемых препаратов каждый час измеряли объём секретируемой желчи с последующим переводом в мг из расчета на 1 г массы тела за 1 минуту в суммарной порции желчи, собранной в течение 3 часов после канюляции желчного протока.

Желчегонное действие настоя (1:10) травы душицы мелкоцветковой (НТДМ) сравнивали с желчегонным эффектом настоя (1:10) травы душицы обыкновенной (НТДО). Контрольным животным по той же схеме внутрь вводили дистиллированную воду в соответствующем объеме и ХЛД.

О проявлении желчегонного эффекта изучаемых фитопрепаратов судили по объему секретируемой желчи, собранной за 1, 2, 3 часа после канюлирования желчного протока. В опыт были взяты животные с разной массой тела, поэтому расчет объема секретируемой желчи производили в мг/мин на 100 г массы.

Обработка статистических данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 6,0» (StatSoftInc.,USA). Для абсолютных величин вычисляли средние значения и ошибку среднего значения (M±m); для качественных показателей - относительную величину (P, %). Парные сравнения абсолютных величин проводились по U – критерию Манна-Уитни. Сравнение нескольких независимых выборок проводилось с применением метода ANOVA Крускала-Уоллиса. Различия между показателями считали статистики значимыми при p<0,0,5.

Результаты и их обсуждение

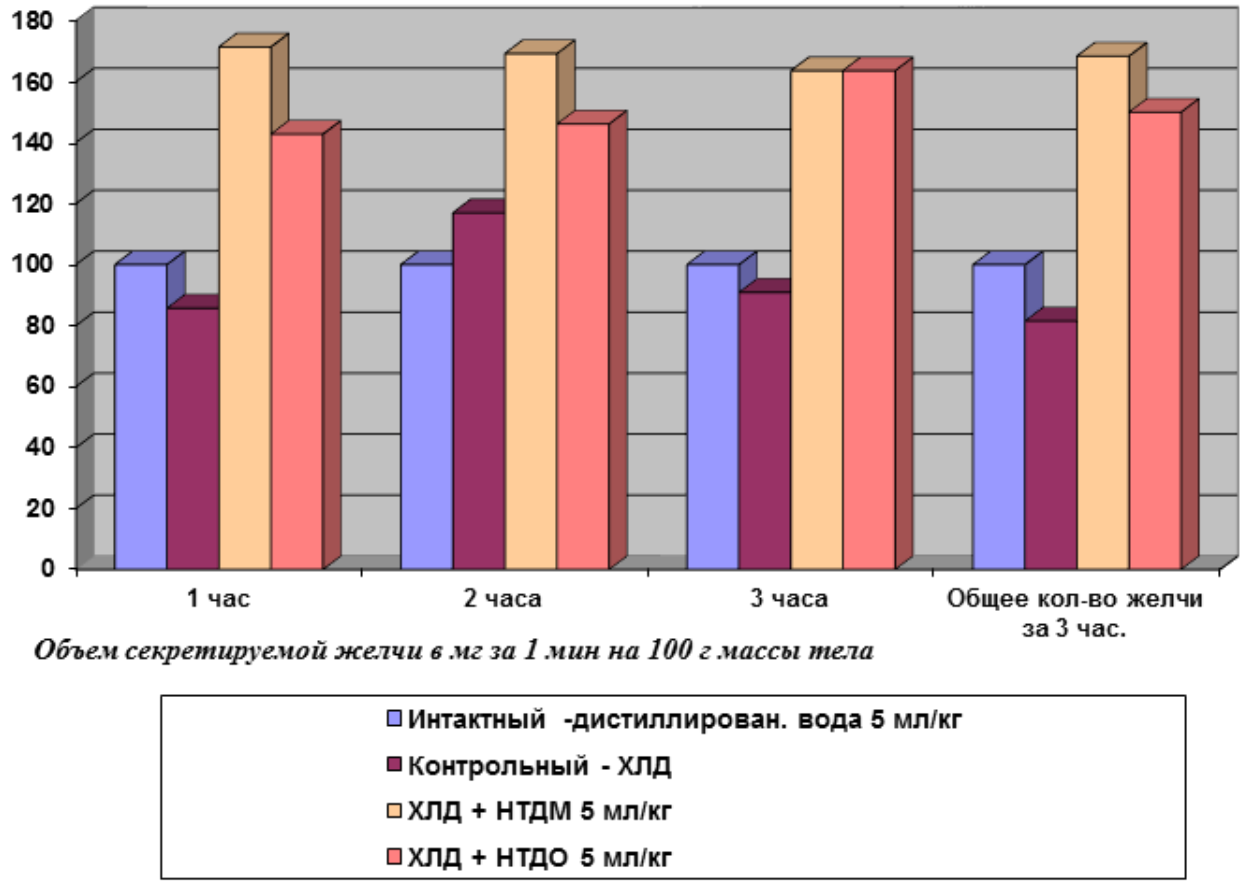
Как видно из рисунка 1, **у интактных** крыс после фистулирования желчного протока количество собираемой каждый час желчи в среднем составляло от 1,4±0,02 за первый час, 1,3±0,01 - за второй час и за третий час - 1,1±0,01 мг на 1 грамм массы животного. Общий объём желчи, собранной за 3 часа, составил 3,8±0,11 мг/г массы, который считается за 100 %.

У контрольных (нелеченных) белых крыс, получавших холелитогенную диету после фистулирования желчного протока, количество собираемой каждый час жёлчи в среднем составляло от 0,9±0,02 за первый час, 1,0±0,01 – за второй час и за третий час - 0,7±0,01 мг на 1 грамм массы животного. Общий объём желчи, собранной за 3 часа, составил 2,6±0,11 мг/г массы, что составляет 46,1%. Настой травы душицы мелкоцветковой в дозе 5 мл/кг массы на всех сроках исследования статистически достоверно (p<0,01-0,001) повышал объём выделенной желчи. Желчегонное действие НТДМ в сочетании с ХЛД достаточно активно проявлялось в начале 1-го часа после его введения и стойко держалось в течение 3 часов. За первый час действия настоя травы душицы мелкоцветковой объём выделенной после стимуляции жёлчи составляет 3,6±0,09, за второй час - 3,3±0,06 и за третий час - 2,7±0,05

мг на 1 грамм массы животного. Общий объём желчи, собранной за 3 часа, составил 9,6±0,15 мг/г массы, что составляет 159,2% от контрольных данных.

Желчегонный эффект препарата зависит от величины его изучаемых доз и наиболее чётко проявлялся в дозе 5 мг/кг массы. Под действием данной дозы препарата общий объём секретируемой желчи почти в 3 раза выше, чем в контрольной серии животных.

НТДО в дозе 5 мл/кг, вводимый крысам, получавшим холелитогенную диету, во всех сроках исследования вызывал статистически достоверное повышение (p<0,001) объёма секретируемой желчи. Однако желчегонное действие препарата в среднем было на 1,5 % ниже, чем у НТДМ, введенного в терапевтической дозе. НТДО в дозе 5 мл/кг массы тела за первый час действия вызвал желчегонный эффект в количестве 3,2±0,05, за второй час - 3,0±0,04 и за третий час - 2,7±0,04 мг на 1 грамм массы животного. Общий объём желчи, собранной за 3 часа, составил 8,9±0,09 мг/г массы, что составляет 148,8%.



Сравнительные желчегонное действие настоя (1:10) травы душицы мелкоцветковой и обыкновенной (НТДМ и НТДО) у белых крыс получавших холелитогенную диету в остром эксперименте.0 В среднем по 10-12 животных в каждой серии

Заключение

Результаты экспериментальных исследований доказывают, что настои трав душицы мелкоцветковой и душицы обыкновенной обладают активным желчегонным действием. Их можно рекомендовать в качестве биологически активной добавки (БАД) больным с патологией печени и желчного пузыря.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко Е.Ф. Origanum vulgare L. и Origanum tyttanthum Gontsch как лекарственные, эфиромаслич-ные, пряно-ароматические и декоративные растения // Ученые записки Таврического национального уни-

REFERENCIES

1. Boyko E.F. Origanumvulgare L. i Origanumtyt-tanthum Gontsch kak lekarstvennye, jefiromaslichnye, prjano-aromaticheskie i dekorativnye rastenija [Origa-num vulgare L. and Origanum tyttanthum Gontsch as a

верситета им. В. И. Вернадского. Серия «Биология, химия». – 2009. – Т. 22, № 2. – С. 9-15.

2. Курбанов У.А. Энсиклопедияи мухтасари тиб (медицинская энциклопедия). – Душанбе, 2012. – 512 с.

3. Лесиовская Е.Е., Пастушенков Л.В. Фармакотерапия с основами фитотерапии: учебное пособие для вузов. – М.: Гэотар-Медиа, 2012. – 590 с.

4. Горкин А.П. Лекарственные растения. Современная иллюстрированная энциклопедия / под ред. А.П. Горкина. – М.: Росмэн, 2006. – 560 с.

medicinal, essencial oil, aromatic and ornamental plants]. *Uchenye zapiski Tavricheskogo nacional'nogo universiteta im. V.I. Vernadskogo. Serija «Biologija, himija» (Scientific notes of Tauride National University named after V. I. Vernadsky."Biology, chemistry» Series)*.2009; 22(2):9-15.

2. Kurbanov U.A. *Jensiklopedijai muhtasari tib (medicinskaja jenciklopedija) (Medical Encyclopedia)*.Dushanbe, 2012; 512p.

3. Lesiovskaja E.E., Pastushenkov L.V. Farmakoterapija s osnovami fitoterapii [Pharmacotherapy with the basics of herbal medicine]. *Uchebnoe posobie dlja vuzov (A textbook for high schools)*. – M.: Gjeotar-Media, 2012; 590 p.

4. Gorkin A.P. Lekarstvennye rastenija. Sovremennaja illjustrirovannaja jenciklopedija pod red. A.P. Gorkina [Modern Illustrated Encyclopedia edited by A.P. Gorkina]. – M.: Rosmjen, 2006; 560 p.

Сведения об авторе:
Зубайдова Таджинисо Махмудовна – зав. отделом патофизиологии и экспериментальной фармакологии ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗиСЗН РТ, к.м.н.; тел.: (+992) 951552633

Information about author:
Zubaidova Tajhiniso Makhmudovna – Head of the Department of Pathophysiology and Experimental Pharmacology of the SI "Institute of Gastroenterology" of the MHSP of the RT, Candidate of Medical Science; tel .: (+992) 951552633

ТАҶРИБАҲОИ МУҚОИСАВИИ ТАЪСИРИ САФРОРОНИИ ГИЁҲИ КОКУТИИ МАЙДАГУЛ ВА КОКУТИИ МУҚАРРАРӢ ДАР КАЛЛАМУШОНИ САФЕДИ ҒИЗОИ ХОЛЕЛИТОГЕНИ ҚАБУЛКАРДА (ТАДҚИҚОТИ ТАҶРИБАВӢ)

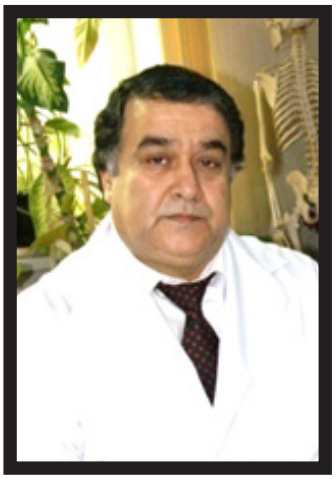
ЗУБАЙДОВА Т.М.

МД «Пажуҳишгоҳи гастроэнтерология» ВТ ва ҲИА ҶТ

Таъсири сафроронии нушобаи гиёҳи кокутии майдагул ва муқаррарӣ дар 80 калламушҳои сафеди ҷинси гуногуни вазни 230-240 г дошта ба таври таҷрибавӣ омӯхта шуд. Муайян карда шуд, ки нушобаи гиёҳи кокутӣ майдагул ва муқаррарӣ дар вояи 5 мл/кг вазн таъсири фаъоли сафронӣ доранд. Хосияти фаъоли сафроронии нушобаи гиёҳи кокутии майдагул на танҳо дар калламушони сафеди интактивӣ муайян мешавад, инчунин ин гуна таъсири гиёҳ дар калламушони сафеде, ки гизои парҳезии сафроронанда қабул кардаанд ба қайд гирифта шуд. Ҳаҷми умумии талха, ки дар муддати 3 соати пас аз қабули нушобаи гиёҳи кокутии майдагул ҷамъ шуд, нисбат ба ҳаҷми талхаи гурӯҳе, ки нушобаи гиёҳи кокутии муқаррариро истифода бурдааст зиёдтар мебошад.

Калимаҳои асосӣ: *таъсири сафронӣ, гиёҳи кокутии майдагул, гиёҳи кокутии муқаррарӣ, гизои холелитикӣ, таҷриба, калламушҳои сафед*

НЕКРОЛОГ



РАХМОНОВ РАХМАТУЛЛО АЗИЗОВИЧ

После непродолжительной болезни 11 июля 2018 года скоропостижно скончался один из выдающихся ученых современного Таджикистана, вице-президент Академии медицинских наук МЗиСЗН РТ, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан по неврологии, заведующий кафедрой неврологии и основ медицинской генетики Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино, председатель Общества неврологов «Нейрон» доктор медицинских наук, профессор Рахмонов Рахматулло Азизович.

Рахмонов Р.А. родился 28 марта 1963 года в городе Кулябе Хатлонской области.

В 1987 году окончил медицинский факультет Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино, затем прошел интернатуру в отделении неврологии Республиканской клинической больницы №3. С 1988 по 1993 год он работал врачом-неврологом в городской больнице г. Куляба и одновременно преподавателем медицинского колледжа г. Куляба. В период 1993-1996 годов занимал должность начальника Управления международных связей Министерства здравоохранения Республики Таджикистан.

В 1996 г. успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Клинико–генетический и молекулярный анализ миодистрофии Дюшенна в Таджикистане».

Зарекомендовал себя зрелым и перспективным научным работником. В 2004 году в диссертационном совете при НИИ неврологии РАМН защитил докторскую диссертацию на тему: «Наследственные болезни нервной системы в Таджикистане».

Впоследствии продолжил исследования в рамках проблем нейрогенетики, других актуальных направлениях неврологии, исследуя вопросы диагностики и медикаментозного лечения заболеваний нервной системы.

С 2007 года до кончины возглавлял кафедру неврологии и основ медицинской генетики Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино.

Научно-педагогический стаж Рахмонова Р.А. составил 14 лет. За этот период он проявил себя как грамотный специалист, уделяющий много внимания совершенствованию лечебно-диагностического процесса с внедрением новых технологий, что позволило значительно повысить уровень оказания специализированной помощи неврологическим больным.

Рахмонов Р.А. был известен как высококвалифицированный врач-невропатолог, необычайно добрый и отзывчивый человек. Его знали не только в Таджикистане, но и в странах ближнего и дальнего зарубежья.

Как учёный, Р.А. Рахмонов был автором и соавтором более двухсот научных работ, среди которых монографии: «Современное представление о клинико-генетической и молекулярной основе миодистрофии Дюшенна»; «Эссенциальный тремор», «Медицинское наследие и педагогическая система Абу Ханифы», «Триходесмотоксикоз». учебник для студентов, интернов, магистров, клинических ординаторов и врачей-невропатологов «Неврология», а также ряд методических рекомендаций, пособий, рабочих программ по неврологии.

В течение последних лет Рахматулло Азизович активно изучал вопросы эпидемиологии, клиники и диагностики врождённых заболеваний центральной нервной системы в нашей республике.

Благодаря его научным трудам выявлялись и своевременно лечились пациенты с неврологическими заболеваниями. Под его руководством защищены 5 кандидатских диссертаций по самым актуальным проблемам неврологии: «Клинико-патогенетические особенности и терапия некоторых форм полиневропатий инфекционного генеза», «Отдалённые результаты восстановления периферических нервных стволов верхних конечностей», «Отдаленные результаты поражения внутренних органов и нервной системы при триходесмотоксикозе», «Клинико-эпидемиологические особенности наследственных заболеваний нервной системы в РТ (на примере Гиссарского района)», «Клинико-биохимические предикторы нарушения мозгового кровообращения».

Его существенный вклад в отечественную неврологию отмечен почётным званием «Отличник здравоохранения Республики Таджикистан» и медалью «Хизмати Шоиста».

Рахмонов Р.А. являлся активным участником конгрессов, съездов, симпозиумов и конференций в Таджикистане и за рубежом. Имел длительное сотрудничество с Институтом неврологии РАМН.

Рахмонов Р.А. – врач высшей квалификационной категории. Проводил консультации пациентов, обходы, консилиумы и клинические разборы. Дважды проходил курсы повышения квалификации по неврологии на базе Научного центра неврологии Российской академии медицинских наук.

В течение ряда лет он являлся активным членом редакционных советов журналов «Вестник Академии медицинских наук Таджикистана», «Вестник Авиценны», «Здравоохранение Таджикистана».

Президиум АМН и редколлегия журнала
«Вестник Академии медицинских наук Таджикистана»
выражают глубокие соболезнования родным и близким
Рахмонова Р.А.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Правила направления, рецензирования и опубликования научных статей в журнале «Вестник Академии медицинских наук Таджикистана»

Уважаемы авторы! Редакция журнала «Вестник Академии медицинских наук Таджикистана» просит Вас придерживаться следующих правил оформления статей

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 всех авторов** (полностью фамилия, имя, отчество, почтовый адрес, телефон, электронная почта, место работы, должность, ученая степень и звание – при наличии).

4. Перед текстом должно быть написано отдельное **резюме** (**от 250 до 300 слов**), вкратце отражающее содержание статьи. Структура резюме для оригинальных исследований: (***цель исследования, материал и методы, результаты, заключение)***; для обзоров и клинических наблюдений – коротко, отражающее суть статьи. После резюме необходимо написание **ключевых слов** (3-10) для индексирования статьи в информационно-поисковых системах.

5. Фамилии, имена, отчества автора (ов), название статьи и резюме вместе с ключевыми словами, а также сведения об авторах должны быть переведены на **английский и таджикский языки**.

6. В конце статья должна быть **собственноручно подписана автором и соавторами**. При наличии соавторов в конце статьи указывается **отсутствие конфликта интересов**.

7. Рекомендуемый объём статей: для оригинальных исследований – 10-12 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 по алфавиту в соответствии с ГОСТ Р 7.1-84. В тексте дается ссылка на порядковый номер **в квадратных скобках**.

Количество источников для оригинальной статьи – 5-8, для обзора/ов – не больше 45. Принимаются ссылки на авторов только **за последние 5-7 лет исследования**.

Ссылки на неопубликованные работы не допускаются. Ссылки на собственные работы авторов комитетом ВАК по этике признаны некорректными и в статье не допускаются! Также не допускаются ссылки на диссертации, авторефераты диссертаций, тезисы из материалов съездов и конференций.

Направление в редакцию работ, которые посланы в другие издания или напечатаны в них, не допускаются.

Редакция вправе сокращать и рецензировать статьи. Обращаем внимание авторов на то, что все статьи проверяются системой антиплагиат!

Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.