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:
Боницкая В.И..
Каримов П.

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 28.06.2019 г.
Подписано в печать 06.07.2019 г.
Формат 60x84 1/8
Печать офсетная
Усл.печ.л. 7,5 (1+1) + 1 у.п.л. (4+4)
Уч. изд. л. 9,85
Заказ № 3/07

Отпечатано в ООО «Азия-Принт»

ISSN 2221-7355
ДУШАНБЕ

ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН
АКАДЕМИЯИ ИЛМҲОИ ТИБ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН
АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

ВЕСТНИК АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК ТАДЖИКИСТАНА

ПАЁМИ АКАДЕМИЯИ ИЛМҲОИ ТИББИ ТОҶИКИСТОН

ТОМ IX №2 (30)
АПРЕЛЬ-ИЮНЬ 2019

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 «Asia-Print»

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 IX No2 (30)

APRIL-JUNE 2019

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

CONTENTS

ORIGINAL RESEARCH

ОРИГИНАЛЬНЫЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 612.31+616.31 **doi: 10.31712/2221-7355-2019-9-2-119-125**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗРАБОТАННОЙ СХЕМЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ, ИНДУЦИРОВАННОЙ РАДИО- И ХИМИОТЕРАПИЕЙ, У БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА И ЯЗЫКА

[1]АШУРОВ Г.Г., [1]МУЛЛОДЖОНОВА А.Г.,
[2]РАСУЛОВ С.Р., [1]КАРИМОВ С.М.

[1]Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
[2]Кафедра онкологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. *Определить эффективность комплексного лечения органов и тканей полости рта, индуцированных радио- и химиотерапией, у больных с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области.*

Материал и методы. *В статье представлены данные исследования, направленного на повышение эффективности комплексного лечения патологии твердых тканей зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта (мукозитов), индуцированных радио- и химиотерапией у больных с онкологией, на основании результатов клинико-рентгенологического обследования. Проведено комплексное клинико-рентгенологическое обследование и лечение 5 пациентов после курса лучевой и химиотерапии по поводу внутриэпителиальной формы рака на альвеолярном отростке нижней челюсти и на боковой поверхности языка (болезнь Боуэна).*

Результаты. *Полученные результаты позволяют рекомендовать данную схему лечения пациентов с патологией зубов, пародонта и слизистой полости рта на фоне онкологии к внедрению в практическое здравоохранение.*

Заключение. *Критерием эффективности лечения данной группы пациентов были уменьшение или исчезновение болей, чувства жжения, дискомфорта и сухости во рту.*

Ключевые слова: *кариес, гингивит, пародонтит, мукозит, химиотерапия, лучевая терапия, рак слизистой оболочки рта, рак языка*

THE EFFECTIVENESS OF THE DESIGNED SCHEME OF COMPLEX TREATMENT OF DENTISTRY PATHOLOGY, INDUCED BY RADIO- AND CHEMOTHERAPY BESIDE PATIENTS WITH ONCOLOGY DISEASES OF THE ORAL MUCOUS AND TONGUE

[1]ASHUROV G.G., [1]MULLODZHONOVA A.G.,
[2]RASULOV S.R., [1]KARIMOV S.M.

[1]Departments of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»
[2]Departments of Oncology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Aim. *To determine the effectiveness of complex treatment of organs and tissues of the oral cavity induced by radio- and chemotherapy, in patients with cancer diseases of maxilla facial region.*

Material and Methods. *The article presents the research data aimed at improving the efficiency of complex treatment of the pathology of hard tissues of teeth, parodontium and oral mucosa (mucositis), induced by radio-and chemotherapy in patients with cancer, based on the results of clinical and radiological examination.*

A comprehensive clinical and radiological examination and treatment of 5 patients after a course of radiation and chemotherapy for intraepithelial cancer on the alveolar process of the mandible and on the lateral surface of the tongue (Bowen's disease) was performed.

Results. *The obtained results allow us to recommend this treatment for patients with pathology of teeth, parodontium and oral mucosa on the background of oncology for implementation in practical healthcare.*

Conclusion. *The criterions for the effectiveness of treatment in this group of patients were the reduction or disappearance of pains, feeling of combustion, discomfort and dryness in oral cavity.*

Key words: *caries, gingivitis, periodontitis, mucositis, chemotherapy, radiotherapy, cancer of the oral mucosa, cancer of the tongue*

Актуальность

При комплексном лечении онкологических заболеваний широкое распространение получила цитостатическая химиотерапия в сочетании с лучевой терапией. Использование умеренных и, особенно, высоких доз цитостатиков сопровождается развитием воспалительного процесса в слизистой оболочке рта, который получил наименование «мукозит слизистой оболочки рта» [4, 6]. Данная патология обусловлена клиническими и патогенетическими изменениями слизистой оболочки полости рта, сопровождающимися прямым и непрямым цитотоксическим эффектом [1, 2].

С одной стороны, цитостатики вызывают непосредственное повреждающее действие на ткани слизистой полости рта, с другой – непрямое влияние цитостатиков на слизистой полости рта связано с внедрением в поврежденные ткани микроорганизмов и поступлением продуктов их жизнедеятельности, индуцированных химио- и радиотерапией на фоне вторичного иммунодефицитного состояния, в организм пациентов [3, 5].

Стоматологическая помощь онкологическим больным оказывается в основном по обращаемости, обусловленной острой болью. Недостаточные знания стоматологами специфики онкобольных, профилактики и лечения патологии органов и тканей полости рта, индуцированных радио- и химиотерапией, сдерживают использование современных технологий обезболивания и лечения зубов, околозубных тканей и мукозитов.

Учитывая актуальность проблемы в указанном аспекте, следует отметить, что до сих пор в условиях республики онкологические пациенты лишены возможности получения своевременной и качественной стоматологической лечебно-профилактической помощи. Приходится констатировать отсутствие научно обоснованных разработок по тактике ведения онкологических больных, практического применения современных методов профилактики и лечения стоматологических заболеваний после курса лучевой и химиотерапии по поводу рака слизистой оболочки полости рта и языка.

Цель исследования

Определить эффективность комплексного лечения заболеваний органов и тканей полости рта, индуцированных радио- и химиотерапией, у больных с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области.

Материал и методы исследования

Для достижения поставленной цели на базе кафедры онкологии ГОУ ИПОвСЗ РТ было проведено комплексное стоматологическое обследование и лечение 5 пациентов (2 женщины и 3 мужчин) после курса лучевой и химиотерапии по поводу внутриэпителиальной формы рака на щеке и на альвеолярном отростке нижней челюсти, а также на боковой поверхности языка (болезнь Боуэна) в возрасте 40-60 лет (основная группа).

Онкологический диагноз был подтвержден данными клинико-анамнестического, микробиологического и иммунологического статусов у данной группы пациентов. Элементы поражения при болезни Боуэна локализовались преимущественно на боковой поверхности языка (2 случая – все женщины), на щеке и на слизистой альвеолярного отростка нижней челюсти (3 случая - мужчины).

Все пациенты обследовались по общепринятой в стоматологии схеме, включающей клинические и параклинические методы исследования. На каждого из них заполняли стоматологическую карту с приложением, включающую анамнез (номер истории болезни, паспортные данные, основные и дополнительные жалобы, анамнез жизни и настоящего заболевания), результаты объективного обследования (общий и стоматологический осмотр), предварительный и окончательный диагноз, дополнительные методы исследования.

Состояния зубов и тканей пародонта определяли с помощью метода обследования А.В. Алимского. Для определения уровня заболеваемости твёрдых тканей зубов использовались объективные показатели и индексы: распространённость и интенсивность кариеса зубов и его осложнённых форм. Для оценки интенсивности кариеса постоянных зубов использовались индексы КПУз, средняя величина этих индексов. Для объективности оценки состояния тканей пародонта учитывали показатели пародонтальных проб и индексов: данные пародонтального и гигиенического индексов (цифровой пробы Шиллера-Писарева, индекса РМА, индекса кровоточивости дёсен).

При оценке распространённости и интенсивности заболеваний пародонта использовался индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта – CPITN. Оценивали подвижность зубов, глубину пародонтальных карманов, обращали внимание на наличие и характер гнойного отделяемого из них, цвет грануляций, наличие абсцессов. Для оценки состояния костной ткани челюсти использовали ортопантомографическое исследование, при котором определяли степень и вид деструкции альвеолярного гребня (горизонтальная, вертикальная, лакунообразная). Полученные данные сравнивали с показателями стоматологических пациентов без наличия онкопатологии (контрольная группа).

Полученные в ходе исследования показатели вносили в базу данных, созданную в программе Microsoft Access. Статистическая обработка произведена с применением программы Statistica for Windows v. 7.0.

Результаты и их обсуждение.

Клинические проявления болезни Боуэна характеризовались наличием красного пятна с неровной, иногда бархатистой поверхностью, с отдельными включениями белесоватых очагов ороговевающего эпителия на щеке и на слизистой альвеолярного отростка нижней челюсти справа (рис. 1) и на боковой поверхности языка слева (рис. 2).

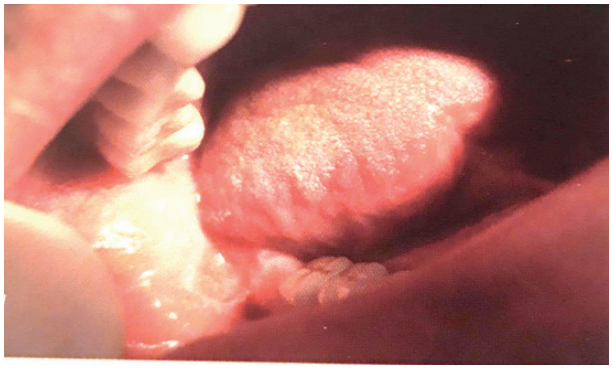


Рис. 1. Болезнь Боуэна – очаги на альвеолярном отростке нижней челюсти

Рис. 2. Болезнь Боуэна – очаги на боковой поверхности языка

Пациенты с внутриэпителиальной формой рака на щеке и на альвеолярном отростке нижней челюсти, а также на боковой поверхности языка спустя один-три месяца после проведения радио- и химиотерапии обращались за помощью на кафедру терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ. При первичном обращении основными жалобами были сухость во рту, боль при приеме пищи, покраснение слизистой оболочки полости рта и губ, чувство жжения и покалывания, налет на зубах и слизистой полости рта.

Для определения потребности обследуемых в стоматологической помощи, прежде всего, нами изучен их кариесологический статус. Полученные результаты в указанном аспекте свидетельствуют о высокой распространённости и интенсивности кариеса зубов среди онкологических больных.

Как свидетельствуют полученные результаты, у больных с онкологическими заболеваниями слизистой оболочки полости рта и языка распространённость кариеса зубов в возрасте 40-49 лет в среднем составила 98,5±2,3%, в возрастных группах 50-59 и старше 60 лет - соответственно 99,8±2,8% и 100,0±0,01%.

Абсолютное значение интенсивности кариеса зубов по индексу КПУз у лиц основной и контрольной групп (здоровые) составило соответственно 11,88±0,12 и 7,64±0,12. В структуре интенсивности кариеса зубов показатель «К» у пациентов с онкологическими заболеваниями слизистой оболочки полости рта и языка статистически достоверно отличался (1,67±0,3) от лиц контрольной группы (1,96±0,2) в сторону уменьшения, тогда как такие составляющие элементы интенсивности кариеса, как «Р», «Х» и «У» у лиц основной группы достоверно превышали контрольный уровень соответственно в 2,0, 1,8 и 2,9 раза (соответственно 3,62±0,3 и 1,86±0,2; 2,56±0,2 и 1,40±0,2; 3,88±0,2 и 1,34±0,3).

Процентное распределение структурных элементов интенсивности кариеса зубов у пациентов с онкологическими заболеваниями слизистой оболочки полости рта и языка показывает, что от общего значения КПУз в среднем 52,0% составляли осложнённые формы кариеса, из которых около 30% подлежат лечению (элемент «Р») и 22,5% - удалению (элемент «Х»). Среди обследованных лиц процент неосложненных форм кариеса (элемент «К») и удаленных зубов (элемент «У») соответствовал значениям 13,1% и 33,3%.

При сопоставительной оценке интенсивности кариеса зубов у лиц без онколо-

гической патологии процентное значение структурных элементов интенсивности кариеса зубов составило 25,7%, 24,3%, 18,3%, 14,2% и 17,5% соответственно для компонентов «К», «Р», «Х», «П» и «У». Таким образом, неосложненных форм кариеса и пломбированных зубов оказалось на 12,6% больше, чем у лиц основной группы. Вместе с тем, у лиц контрольной группы частота осложненных форм кариеса, подлежащих лечению и удалению, а также удаленных зубов оказалась соответственно на 5,2%, 4,2% и 15,8% меньше, чем у лиц основной группы.

В целом, при осмотре состояние зубов у пациентов основной группы, в сравнении с контрольной, выявлена неблагоприятная ситуация по интенсивности кариеса и структуре индекса КПУз из-за превалирования удаленных зубов (33,3%). Среди обследованных лиц основной группы распространенность эндодонтического лечения незначительна. В зубах, пораженных кариесом, частота эндодонтического лечения у пациентов основной и контрольной групп составила соответственно 14,6% и 36,7%.

Результаты кариесологического исследования показали, что у пациентов с онкологической патологией челюстно-лицевой области преобладают кариозные и удалённые зубы при минимальном значении пломбированных зубов (элемент «П»=1,6%), что свидетельствует об отсутствии и неадекватности проводимых им профилактических и санационных мероприятий стоматологического характера. Всё изложенное выше свидетельствует о недостаточной плановой санации и недостаточно качественном лечении патологии твердых тканей зубов у больных с онкологическими заболеваниями органов и тканей полости рта.

В структуре заболеваний пародонта у пациентов основной группы гингивит занимает стопроцентную величину (в контрольной группе 26,9%), пародонтит - примерно половину. Интенсивность заболеваний пародонта по индексу CPITN превышает 5,9 сегмента (5,9±0,1) у всех обследованных основной и 3,5±0,8 сегмента – у лиц контрольной группы. У пациентов основной группы структура индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта менее благоприятна за счет большего количества исключенных сегментов, пародонтальных карманов, а также сегментов с зубным камнем. Так, у пациентов с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области сегменты с кровоточивостью в среднем составили 2,2±0,2 (36,7%), с зубным камнем - 1,3±0,2 (21,6%), с пародонтальными карманами глубиной до 4 мм – 0,4±0,2 (6,7%), с соответствующими карманами глубиной более 5 мм – 1,1±0,3 (18,3%), исключенные сегменты – 1,0±0,2 (16,7%).

У пациентов без онкологической патологии челюстно-лицевой области значение индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта оказалось следующими: CPITN0=2,4±0,3 (40,0%); CPITN1=1,6±0,3 (26,7%); CPITN2=0,7±0,2 (11,7%); CPITN3=1,0±0,2 (16,6%); CPITN4=0,3±0,1 (5,0%).

Клинические изменения слизистой оболочки полости рта у данной группы пациентов характеризовались выраженной сухостью слизистой и губ, гиперемией, отечностью, потерей блеска, наличием эрозий на слизистой оболочке полости рта, покрытых фибринозным налетом, болезненных при пальпации. Отмечалось отсутствие нитевидных сосочков на дорсальной поверхности языка («лакированный язык») (рис. 3) или имелся обильный творожистый псевдомембранозный налет на языке (рис. 4).

Рис. 3. «Лакированный язык» у пациентов после проведения радио- и химиотерапии

Рис. 4. Обильный творожистый налет на языке у пациентов после проведения радио- и химиотерапии

У больных с онкологическими заболеваниями языка ярко выражены клинические

признаки IV степени тяжести дисбактериоза. Полученные данные говорят о многофакторном дисбалансе иммунной системы, что в свою очередь может служить проявлением нарушений гомеостаза макроорганизма, выражающихся не только тяжелым дисбактериозом, но и кандидозом.

На основании клинической картины и данных рентгенологического исследования всем пациентам при лечении патологии органов и тканей полости рта производили стоматологические мероприятия, направленные на санацию рта: снимали мягкий налет с поверхности твердых тканей зубов, слизистой оболочки полости рта, в том числе пародонта и языка; удаляли зубной камень, устраняли очаги одонтогенной инфекции, выполняли замену некачественных пломб и протезов, пришлифовывали острые края зубов и пломб. При необходимости рекомендовали рациональное протезирование с использованием однородных материалов.

Пациентам назначали антисептические полоскания полости рта растворами Асепта или Listerine, Мексидол-dent в течение 20 дней и более, орошения или туалет языка содовым раствором, аппликации на слизистую оболочку полости рта кератопластических мазей 2-3 раза в день в течение 2-3 недель.

После реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий кариесологического характера в зубах, пораженных кариесом, частота эндодонтического лечения у пациентов основной и контрольной групп составила соответственно 44,2% и 41,7%. Результаты кариесологического исследования показали, что у пациентов с онкологической патологией челюстно-лицевой области преобладают пломбированные зубы (элемент «П»=29,6%), что свидетельствует об улучшении санационных мероприятий.

После активной реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий пародонтологического характера у пациентов с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области не были зафиксированы сегменты с кровоточивостью десен, а также с зубным камнем. Сегменты с пародонтальными карманами глубиной до 4 мм и более 5 мм составили соответственно 1,4% и 15,5%. Визуально обнаружено исчезновение клинических симптомов гингивита и уменьшение симптомов пародонтита. Установлено, что срок ремиссии пародонтологической патологии удлинялся, соответственно количество рецидивов в течение года уменьшалось до 1-2 раз.

У онкологических пациентов с мукозитом слизистой оболочки полости рта при выявлении патологических микроорганизмов и большого количества грибов рода Candida применяли антибактериальные и противокандидозные препараты общего действия: трихопол, флуконазол или дифлюкан. Полиоксидоний применяли в качестве адъювантной терапии. В схему лечения также были включены эубиотики (ацилакт, бифилиз, бифидум- и лактобактерин, нормофлорин-Б) в виде ротовых ванночек 2-3 раза в день по 1-2 минуте в течение 1,5 месяцев.

Наряду с эубиотиками по показаниям назначали специфические бактериофаги (пиобактериофаг, стафилококковый, стрептококковый, протейный, клебсиеллезный, колипротейный, синегнойный) в виде ротовых ванночек по 20 мл 2-3 раза в день за 30 минут до еды с последующим проглатыванием. Длительность курса варьировала от 4 недель до 2 месяцев. Наблюдение за пациентами проводилось в течение 1,5-2 лет.

Критерием эффективности лечения данной группы пациентов были уменьшение или исчезновение болей, чувства жжения, дискомфорта и сухости во рту. Объективно происходила эпителизация эрозий слизистой оболочки полости рта, а также сокращались сроки перманентного течения мукозита слизистой оболочки полости рта.

Заключение

Полученные данные по комплексному изучению стоматологического статуса у пациентов с онкологическими заболеваниями слизистой полости рта и языка свидетельствуют о необходимости совершенствования стоматологической помощи указанному контингенту больных. Разработанные нами схемы комплексного лечения пациентов с патологией органов и тканей полости рта на фоне наличия онкологических заболеваний можно рекомендовать к внедрению в практическое здравоохранение.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Быков Л.В., Леонтьева И.В. Повреждение и репаративная регенерация эпителий слизистой оболочки полости рта при воздействии цитостатиков (тканевые, клеточные и молекулярные механизмы) // Морфоло-

REFERENCES

1. Bykov L. V., Leonteva I. V. Povrezhdenie i reparativnaya regeneratsiya epiteliy slizistoy obolochki polosti rta pri vozdeystvii tsitostatikov (tkanevye, kletochnye i molekulyarnye mekhanizmy) [Damage and reparative

гия.- 2011.- № 2(139).- С. 7-17.

2. Караков К.Г., Власова Т.Н., Оганян А.В. Совершенствование терапевтического комплекса мероприятий при лечении орального мукозита на фоне лучевой терапии при «заинтересованности» тканей полости рта // Современная стоматология. 2014. № 2(71). С. 114.

3. Al-Dasooqi N., Sonis S.T., Bowen J.M. Emerging evidence on the pathobiology of mucositis // Support Care Cancer.- 2013.- Vol. 21, N 7.- P.2075-2083.

4. Berger V.D., Zandonade E., Monteiro M.N. Prevalence of oral manifestation in children and adolescent with cancer submitted to chemotherapy // BMC Oral Health.- 2016.- Vol. 16, N 1.- P. 107.

5. Chen S.C., Lai Y.H., Liao C.T. Changes of symptoms and depression in oral cavity cancer patients receiving radiation therapy // Oral Oncol.- 2013.- Vol. 46, N 7.- P. 509-513.

6. Chaitanya N.C., Soma S. Assessment of anxiety and depression in oral mucositis patients undergoing cancer chemoradiotherapy: a randomized cross-sectional study // Indian J Palliat Care.- 2016.- Vol. 22, N 4.- P. 446-454.

regeneration mucous epithelium of oral cavity under influence of citostatics (tissue, celluar and molecular mechanisms)]. *Morfologiya – Morfology*, 2011; 2(139): 7-17.

2. Karakov K .G., Vlasova T. N., Oganyan A. V. Sovershenstvovanie terapevticheskogo kompleksa meropriyatiy pri lechenii oralnogo mukozita na fone luchevoy terapii pri «zainteresovannosti» tkaney polosti rta [Improvement therapeutic complex action at treatment oral mycositis on background beam therapy under «interests» tissue of oral cavity]. *Sovremennaya stomatologiya – Modern dentistry*, 2014; 2(71): 114.

3. Al-Dasooqi N., Sonis S. T., Bowen J. M. Emerging evidence on the pathobiology of mucositis. *Support Care Cancer*, 2013; 21(7): 2075-2083.

4. Berger V. D., Zandonade E., Monteiro M. N. Prevalence of oral manifestation in children and adolescent with cancer submitted to chemotherapy. *BMC Oral Health*, 2016; 16(1): 107.

5. Chen S. C., Lai Y. H., Liao C. T. Changes of symptoms and depression in oral cavity cancer patients receiving radiation therapy. *Oral Oncol.*, 2013; 46(7): 509-513.

6. Chaitanya N. C., Soma S. Assessment of anxiety and depression in oral mucositis patients undergoing cancer chemoradiotherapy: a randomized cross-sectional study. *Indian J Palliat Care*, 2016; 22(4): 446-454.

Сведения об авторах:

Ашуров Гаюр Гафурович – зав. кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор; тел.: (+992) 988 71 09 92

Муллоджонова Азиза Гайратовна – соискатель кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ; тел.: (+992) 918 61 99 55

Расулов Самеъ Рахмонбердиевич – зав. кафедрой онкологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.; тел.: (+992) 918 68 21 86

Каримов Сафарахмад Мунаварович – доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.; тел.: (+992) 918 61 62 08

Information about authors:

Ashurov Gayur Gafurovich – Head of the Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan», Doctor of Medical Sciences, Professor; tel.: (+992) 988 71 09 92

Mullodzhonova Aziza Gayratovna – Applicant at the Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»; tel.: (+992) 918 61 99 55

Rasulov Same Rakhmonberdievich – Head of the Department of Oncology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan», Doctor of Medical Sciences; tel.: (+992) 918 68 21 86

Karimov Safarakhmad Munavarovich – Associate Professor at the Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan», Candidate of Medical Sciences; tel.: (+992) 918 61 62 08

САМАРАНОКИИ НАҚШАИ КОРКАРДШУДАИ ТАБОБАТИ МАҶМӮИИ ПАТОЛОГИЯҲОИ СТОМАТОЛОГИЕ, КИ ЗЕРИ ТАЪСИРИ ТАБОБАТИ ШУОЪӢ ВА КИМИЁВӢ ДАР БАЙНИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ САРАТОНИ ПАРДАИ ЛУОБИ ДАҲОН ВА ЗАБОН ПАЙДО ГАШТААНД

АШУРОВ Ғ.Ғ., МУЛЛОҶОНОВА А.Ғ.,
РАСУЛОВ С.Р., КАРИМОВ С.М.

Кафедраҳои стоматологияи муолиҷавӣ ва онкологии ДТБКСТ ҶТ

Мақсади тадқиқот. *Муайян намудани самаранокии табобати маҷмӯии узвҳо ва бофтаҳои ковокии даҳон, ки зери таъсири табобати шуоъӣ ва кимиёвӣ дар байни беморони саратони қисмати ҷоғу рӯй дошта пайдо гаштаанд.*

Мавод ва усулҳои тадқиқот. *Дар мақола натиҷаҳои тадқиқот, ки ба зиёд намудани самаранокии табобати маҷмӯии бофтаҳои сахти дандон, пародонт ва пардаи луоби ковокии даҳон (мукозитҳо), ки зери таъсири табобати шуоъӣ ва кимиёвӣ ҳангоми мавҷудияти саратон равона шудаанд, дар асоси муоинаҳои клиникӣ ва рентгенологӣ оварда шудааст. Байни 5 нафар беморони гирифтори намуди саратони дохилиэпителиявии шохаи алвеоларии ҷоғи поён ва сатҳи паҳлуи забон дошта (бемории Боуэн), пас аз гирифтани курсҳои табобатии шуоъӣ ва кимиёвӣ муоина ва табобати маҷмӯии клиникӣ ва рентгенологӣ гузаронида шуд.*

Натиҷаҳо. *Маводҳои ба даст оварда имкон медиҳанд, ки нақшаи тартибдодаи табобатии беморони патологиҳои дандон, пародонт ва пардаи луоби ковокии даҳони дар натиҷаи мавҷуд будани саратони қисмати ҷоғу рӯй пайдогаштаро дар амалия дохил намуд.*

Хулоса. *Меъёри самаранокии табобати беморони мазкур кам гаштан ва ё аз байн рафтани дардҳо, хиссиёти сӯзиш, дискомфорт ва хушкии даҳон ба ҳисоб меравад.*

Калимаҳои асосӣ: *кариес, гингивит, пародонтит, мукозит, табобати кимиёвӣ, табобати шуоъӣ, саратони пардаи луоби ковокии даҳон, саратони забон*

УДК 614.39;616-002.5-036.22 **doi: 10.31712/2221-7355-2019-9-2-126-132**

ИНТЕГРАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОЙ СЛУЖБЫ И ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

[1]БОБОХОДЖАЕВ О.И., [2]РАДЖАБОВ Д.М., [2]МИРАЛИЕВ С.Р.

[1]Кафедра фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино
[2]Кафедра общественного здравоохранения с курсом истории медицины и медицинской статистики ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. *Изучение эффективности поэтапной интеграции учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) с противотуберкулёзной службой в Республике Таджикистан, основанной на динамике основных эпидемиологических показателей по туберкулёзу (ТБ) и некоторых Национальных индикаторов здравоохранения.*

Материал и методы. *В работе обобщен материал по этапам интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой в Республике Таджикистан. При анализе использованы приказы Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, отчеты Национальной туберкулёзной программы и Глобальный отчет ВОЗ, собственные наблюдения.*

Результаты. *Интеграция учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой в Республике Таджикистан проводилась поэтапно, начиная с 1998 по 2018 гг. По данным официальной статистики, в Республике Таджикистан за последние 10 лет максимальные цифры регистрируемой заболеваемости ТБ отмечались в 2008 году - 83,8; в 2017 году - 59,8 случаев на 100 тысяч населения. Показатель смертности в эти годы также снизился с 5,4 до 4,3 на 100 тыс. населения. После полного покрытия страны программой ДОТС доля больных ТБ, выявленных в учреждениях ПМСП, стабильно увеличивается и за последние 10 лет достигает 53,7% случаев.*

Заключение. *Интеграционные процессы в Таджикистане способствуют улучшению эпидемиологической ситуации по ТБ, что отражается в основных эпидемиологических показателях, а их эффективность обосновывается улучшением Национальных индикаторов здравоохранения по ТБ.*

Ключевые слова: *туберкулёз, ПМСП, интеграция, заболеваемость, смертность, выявляемость, Национальные индикаторы*

INTEGRATION OF ANTITUBERCULOSIS SERVICE AND GENERAL MEDICAL NETWORK IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

[1]BOBOKHODZHAEV O.I., [2]RADZHABOV D.M., [2]MIRALIEV S.R.

Department of Human Anatomy named after Ya.A. Rakhimov of the Avicenna Tajik State Medical University
[2]Department of General Surgery №1 of the Avicenna Tajik State Medical University

Aim. *Study of the effectiveness of stage-by-stage integration of Primary Health Care (PHC) institutions with antituberculous service in the Republic of Tajikistan, based on the dynamics of the main epidemiological indicators for TB and some National health indicators.*

Material and Methods. *This work summarizes the material on the stages of integration of PHC institutions with antituberculous service in the Republic of Tajikistan. In the analysis the orders of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, reports of the National tuberculosis program and the WHO Global report, own observations were used.*

Results. *Integration of PHC institutions with antituberculous service in the Republic of Tajikistan was implemented step-by step, starting from 1998 to 2018. According to official statistics in the Republic of Tajikistan over the past 10 years, the maximum figures of the recorded TB indicators were observed in 2008, amounted to 83,8; in 2017 – 59,8 cases per 100 thousand population. The mortality rate in these years also decreased from 5,4 to 4,3 per 100 thousand of population. After full coverage of the country with the DOTS program, the proportion of TB patients detected in PHC institutions is steadily increasing and over the past 10 years reaches 53,7% of cases.*

Conclusion. *Integration processes in Tajikistan contribute to the improvement of the epidemiological situation on TB, which affects the main epidemiological indicators, and their efficiency is justified by the improvement of National health indicators on TB.*

Key words: *tuberculosis, primary health care, integration, morbidity, mortality, detectability, National indicators*

Актуальность

Эффективное взаимодействие семейного врача учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) с врачом-фтизиатром по совместному ведению больного с туберкулёзом (ТБ) является крайне актуальной задачей, решение которой имеет важное медицинское и социальное значение, поскольку речь идет о снижении распространенности ТБ.

Изучению эффективности интеграционных процессов учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой в Республике Таджикистан, а также их влияния на эпидемиологическую ситуацию по ТБ были посвящены многолетние наблюдения, которые освещаются в настоящей работе.

Цель исследования

Изучение эффективности поэтапной интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой в Республике Таджикистан, основанной на динамике основных эпидемиологических показателей по ТБ и некоторых Национальных индикаторов здравоохранения.

Материал и методы исследования

В данной работе обобщен материал по этапам интеграции учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой в Республике Таджикистан. При анализе использованы приказы Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, отчеты Национальной туберкулёзной программы (НТП) и Глобальный отчет ВОЗ, собственные наблюдения.

Методы исследований основаны на динамическом отслеживании основных индикаторов по ТБ, принятых для учреждений ПМСП. Данные индикаторы ранее отслеживались хаотически, позже были утверждены приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и интегрированы в Национальные индикаторы здравоохранения [1]. В число этих индикаторов входят:

- процент выявленных ТБ больных на уровне ПМСП;
- доля успешно пролеченных случаев ТБ на уровне ПМСП;
- процент обследованных лиц из числа контактных лиц с ТБ больным на уровне ПМСП;
- процент контактных детей в возрасте 0-6 лет, охваченных химиопрофилактикой на уровне ПМСП.

Кроме указанных Национальных индикаторов здравоохранения, нами отслеживались основные эпидемиологические показатели по ТБ (заболеваемость, смертность, процент выявления), а также доля охвата больных с чувствительными и лекарственно устойчивыми формами ТБ изначально амбулаторным лечением в учреждениях ПМСП.

Для статистического анализа полученных данных использовалось программное обеспечение по прогностической аналитике (SPSS, версия 13.0) в связи с её гибкостью и простотой в использовании при переводе необработанных данных в таблицы формата MS Word. Полученные в результате исследования данные обработаны общепринятыми методами вариационной статистики. В тексте основные результаты представлены с использованием значимой (p). Различия при $p < 0,05$ считались значимыми.

Результаты и их обсуждение

Интеграция учреждений ПМСП с противотуберкулёзной службой в Республике Таджикистан проводилась поэтапно: первым этапом прошла реформа преобразования противотуберкулёзных диспансеров в центры, которая была осуществлена ещё в 1998 году, то есть за 5 лет до начала внедрения стратегии ДОТС. Однако подкрепление увеличением финансирования службы и переориентация функций между ТБ службой и ПМСП в эти годы не были осуществлены [2]. Второй этап совпал с началом внедрения и реализации ДОТС программы. Это был 2002 год, и функционирующие на тот период центры по борьбе с ТБ имели не соответствующую потребностям времени материально-техническую базу и необученных специалистов. Однако в этот период по пилотным районам были организованы обучающие программы.

Третий этап интеграционных процессов совпал с периодом полного охвата страны стратегией ДОТС – это был 2008 год. В этот период повсеместно был внедрен диагностический алгоритм, основанный на «пассивном» выявлении лиц с подозрением на ТБ в учреждениях ПМСП и на микроскопическом исследовании мазков их мокроты. «Пассивное» выявление заключалось в том, что участковый/семейный врач (на тот период семейные врачи были подготовлены только в пилотных районах), находясь на приеме, выявлял у пациентов признаки, похожие на ТБ, далее верифицировал диагноз врач-фтизиатр. В этот период, начиная с 2009 года, в стране началось поэтапное внедрение программы ДОТС+, что было сопряжено с разработкой и внедрением новых обучающих программ. Организовывались бактериологические лаборатории, выстроилась трехуровневая

система транспортировки био-материала (с джамоатов до района, из района до области и из области до столицы). В 2009 году был издан новый приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 20 декабря №712 «По усилению противотуберкулезной помощи населению Республики Таджикистан» [3]. В 2009 году также была принята вторая Национальная программа по защите населения от ТБ на период 2010-2015 гг., в которой впервые были разделены функции между противотуберкулезной службой и ПМСП, и ответственными за реализацию программы были назначенные менеджеры ПМСП городов и районов [4]. В этот период в учреждениях ПМСП были организованы пункты сбора мокроты, была улучшена система регистрации и ведения больных ТБ путем внедрения единых учетно-отчетных форм, налажен систематический мониторинг и оценка реализации мероприятий с обсуждением их результатов в учреждении ПМСП.

Четвертый период интеграции был начат в 2013 году и продолжается по сегодняшний день. Начиная с этого года, был пересмотрен и заново внедрен по всей стране новый диагностический алгоритм, основанный на активном выявлении лиц с подозрением на ТБ не только в группах риска, но и среди всего населения. Кроме этого, наряду с проведением микроскопических исследований, в алгоритм было интегрировано параллельное исследование мокроты с использованием экспресс-методов, таких как GeneXpert Rif и Hyin-test. В 2013 году также был издан приказ Министерства здравоохранения о пересмотре Национальных индикаторов здравоохранения, в число которых были введены 4 новых (вышеуказанных) по ТБ службе [3]. В 2014 году издан новый приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 28.01.2014 г №36 «Об интеграции туберкулёзных служб и учреждений ПМСП», сущность которого была в организации ДОТС кабинетов во всех городских и районных центрах здоровья, обеспечении их обученными кадрами и необходимым медицинским оборудованием, активном выявлении больных ТБ со стороны семейных специалистов учреждений ПМСП, обеспечении контролируемого лечения на амбулаторном этапе лечения, обследовании контактных лиц из очагов туберкулёзной инфекции, охвата химиопрофилактикой контактных детей до 7-лет с больными ТБ, проведения санитарно-просветительной работы по повышению уровня знания населения о ТБ [5].

Следует отметить, что каждый этап интеграции двух служб был продиктован необходимостью того времени. Сегодня, когда во всем мире общепризнана приоритетность амбулаторного ведения по показаниям как ТБ, так его лекарственно устойчивых форм, созревает необходимость в реализации очередного этапа интеграции. В настоящее время при Министерстве здравоохранения и социальной защиты населения создана рабочая группа с целью принятия решения о сроках начала реализации пятого этапа интеграционных процессов. Предусматривается пилотным методом провести полное структурное объединение центров по защите населения от ТБ городов и районов с соответствующими учреждениями ПМСП со всеми вытекающими из этого кадровыми и функциональными реформами. Обсуждается также роль областных ТБ центров в качестве организационно-методических центров, имеющих в своей структуре мониторинговые группы и команды тренеров. На центральном уровне обсуждается вопрос взаимоотношений между двумя головными учреждениями: Республиканским центром по защите населения от ТБ и Национальным центром болезней легких, ТБ и торакальной хирургии.

После описания этапов реализации интеграционных процессов в Таджикистане для оценки эффективности каждого из них обратимся к следующим фактам.

Республика Таджикистан относится к числу 18 стран с высоким бременем по ТБ [6]. Однако, по данным официальной статистики, в Республике Таджикистан за последние 10 лет максимальные цифры показателя регистрируемой заболеваемости ТБ отмечались в 2008 году, который составил 83,8 и постепенно, но стабильно снизился к 2017 году до 59,8 случаев на 100 тысяч населения. Показатель смертности в эти годы также снизился с 5,4 до 4,3 на 100 тыс. населения (табл. 1).

Таблица 1

Основные эпидемиологические показатели по ТБ по данным официальной статистики (на 100 тыс.населения)

Годы	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Заб-ть	83,8	78,7	78,5	77,0	69,4	65,7	65,8	60,4	60,6	59,8
См-ть	5,4	5,9	6,2	6,5	5,1	4,9	4,6	3,9	3,7	4,3

В то же время, по данным ВОЗ, максимальный расчётный показатель заболеваемости ТБ в Таджикистане был в 2000 году и составил 220 на 100 тысяч населения, который в течение 15 лет достиг в 2015 году 87 на 100 000 населения, а показатель смертности за тот же период снизился с 18 до 4,6 на 100 тысяч населения (табл. 2).

Таблица 2

Основные эпидемиологические показатели по ТБ по расчетным данным ВОЗ (на 100 тыс. населения)

Годы	2000	2005	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Заболеваемость	220	200	190	191	193	108	100	91	87	85	85
Смертность	18	16	15	16	16	7,6	6,9	5,4	4,6	3,5	3,5
Выявляемость,%	20	42	48	48	47	75	68	76	77	78	78

Интересна динамика показателя выявляемости новых случаев ТБ (case detection). Так, за последние 17 лет выявляемость случаев ТБ увеличилась с 20% до 78% (табл. 2).

Далее мы проанализировали динамику процента выявления больных ТБ в учреждениях ПМСП, начало отслеживания совпадает с третьим этапом интеграционных процессов, то есть с 2007 года, когда страна была полностью покрыта программой ДОТС (табл. 3).

Как видно из данной таблицы, после полного покрытия страны программой ДОТС доля больных ТБ, выявленных в учреждениях ПМСП, стабильно увеличивается и за последние 10 лет достигает 53,7% случаев.

Таблица 3

Процент выявленных случаев ТБ в ПМСП

Годы	Процент выявленных случаев
2008	11%
2009	12%
2010	14%
2011	20%
2012	21,2%
2013	21,8%
2014	39,3%
2015	43,9%
2016	48,4%
2017	53,7%

Другие два индикатора, которые мы отслеживали, – это число обследованных лиц, бывших в контакте с больным активным ТБ, и охват из их числа детей в возрасте 0-6 лет химиопрофилактикой (табл. 4).

Как представлено в данной таблице, охват контактных лиц обследованием, равно как и число детей в возрасте 0-6 лет, получающих химиопрофилактику, в учреждениях ПМСП явно недостаточный. Здесь следует отметить, что по данному вопросу семейные специалисты надеются на врачей-фтизиатров и наоборот.

Мы также провели анализ расширения изначально амбулаторного лечения больных ТБ и МЛУ ТБ (табл. 5). При этом внедрение ДОТС+ программы в стране начато с 2009 года.

Приведенные в таблице данные свидетельствуют о том, что в Таджикистане приверженность к амбулаторному лечению как больных с чувствительными, так и устойчивыми формами ТБ высокая и в настоящее время составляет соответственно 48,8% и 20,0%, менеджмент возложен также на учреждения ПМСП.

И, наконец, последний индикатор, который отслеживают в учреждениях ПМСП, - это доля успешно пролеченных больных ТБ (табл. 6).

Таблица 4

Процент обследованных контактов ТБ в ПМСП и контактных детей, получивших химиопрофилактику

Год	Количество обследованных контактов	%	Количество контактных детей 0-6 лет, получающих химиопрофилактику	%
2005	2867	39,1%	446	15,5%
2006	6719	34,6%	1416	21,0%
2007	10999	32,5%	3729	40,0%
2008	13150	45,8%	4864	37,0%
2009	11191	43,1%	3929	35,1%
2010	13989	30,0%	3313	23,6%
2011	14704	18,8%	3806	25,8%
2012	19055	20,0%	3559	16,5%
2013	23414	12,5%	3091	13,2%
2014	6443	58,3%	2145	33,2%
2015	9759	53,6%	1880	19,2%
2016	11345	60,2%	2020	17,8%
2017	12100	61,8%	2578	21,3%

Таблица 5

Охват больных ТБ и МЛУ ТБ изначально амбулаторным лечением (%)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ТБ	27,4	28,2	26,3	26,1	29,3	32,5	34,1	32,6	35,2	38,0	38,8	42,2	48,8
МЛУ-ТБ	-	-	-	-	9,6	26,5	39,2	45,3	43,2	31,7	31,6	27,0	20,0

Таблица 6

Доля успешно пролеченных больных ТБ в ПМСП

Год	Эффективное лечение среди НС	Эффективное лечение среди МБТ+
2005	90,0	86,2
2006	89,4	84,4
2007	88,5	82,6
2008	88,5	82,4
2009	88,1	81,4
2010	87,1	80,2
2011	87,1	79,7
2012	85,2	77,1
2013	88,8	85,2
2014	90,8	88,6
2015	89,7	83,4
2016	89,9	80,8
2017	90,0	81,3

Как видно из таблицы, эффективность лечения больных ТБ в амбулаторных условиях, как среди новых случаев, так и среди больных с МБТ+, высокая и достигает 90%.

Заключение

Таким образом, эпидемиологическая ситуация по ТБ, хотя и остается напряженной, однако показатели заболеваемости и смертности замедлили свой рост и в основном стабилизировались. Одновременно повышается показатель выявляемости новых случаев ТБ. При этом стабильно увеличивается доля больных ТБ, выявленных в учреждениях ПМСП. Процент больных как с чувствительными, так и устойчивыми формами ТБ, взятых изначально на амбулаторное лечение в учреждениях ПМСП, а также эффективность их лечения также повышаются.

На основании вышеизложенного можно заключить, что интеграционные процессы в Таджикистане способствуют улучшению эпидемиологической ситуации по ТБ, что отражается на основных эпидемиологических показателях, а их эффективность обосновывается улучшением Национальных индикаторов здравоохранения по ТБ.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 12.11.2013 г. № 655 «Об утверждении новых Национальных индикаторов здравоохранения».

2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 22.05.1998 г. № 172 «О реорганизации противотуберкулезных диспансеров в центры по борьбе с туберкулезом».

3. Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 20 декабря 2009 года №712 «По усилению противотуберкулезной помощи населению Республики Таджикистан».

4. Национальная программа защиты населения от туберкулёза в Республике Таджикистан на период 2010-2015гг. Постановление Правительства от 30 декабря 2009 года № 694.

5. Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 28.01.2014 г №36 «Об интеграции туберкулёзных служб и учреждений ПМСП».

6. Global tuberculosis control: WHO Report 2017 / World Health Organization. Geneva, 2018. - 270 p.

REFERENSES

1. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya i sotsialnoy zashchity naseleniya Respubliki Tadzhikistan ot 12.11.2013 g. № 655 «Ob utverzhdenii novykh Natsionalnykh indikatorov zdravookhraneniya» [Order of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan from 12.11.2013 № 655 "On approval of new National health indicators"].

2. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Respubliki Tadzhikistan ot 22.05.1998 g. № 172 «O reorganizatsii protivotuberkuleznykh dispanserov v tsentry po borbe s tuberkulezom» [Order of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan from 22.05.1998 No. 172 "On the reorganization of TB dispensaries in the centers for the fight against tuberculosis"].

3. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Respubliki Tadzhikistan ot 20 dekabrya 2009 goda №712 «Po usileniyu protivotuberkuleznoy pomoshchi naseleniyu Respubliki Tadzhikistan» [Order of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan from December 20, 2009 No. 712 "On strengthening anti-tuberculosis care to the population of the Republic of Tajikistan"].

4. Natsionalnaya programma zashchity naseleniya ot tuberkuleza v Respublike Tadzhikistan na period 2010-2015gg. Postanovlenie Pravitelstva ot 30 dekabrya 2009 goda № 694 [National programme for the protection of the population from tuberculosis in the Republic of Tajikistan for the period 2010-2015. Government resolution No. 694 of 30 December 2009].

5. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya i sotsialnoy zashchity naseleniya Respubliki Tadzhikistan ot 28.01.2014 g №36 «Ob integratsii tuberkuleznykh sluzhb i uchrezhdeniy PMSP» [Order of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan from 28.01.2014 № 36 "On the integration of tuberculosis services and institutions of PHC"].

6. Global tuberculosis control: WHO Report 2017. World Health Organization. Geneva, 2018; 270.

Сведения об авторах:
Бобоходжаев Октам Икрамович – профессор кафедры фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.; тел.: (+992) 98 586 80 80; e-mail:bobokhojaev@mail.ru
Миралиев Салохидин Раджабович – профессор кафедры общественного здравоохранения с курсом истории медицины и медицинской статистики ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: (+992) 98 528 79 97; e-mail: smiraliev@mail.ru
Раджабов Джурахон Мирзалиевич – соискатель кафедры общественного здравоохранения с курсом истории медицины и медицинской статистики ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: (+992) 918 63 32 95; e-mail: rjurakhon63@mail.ru

Information about authors:
Bobokhodzhaev Oktam Ikramovich – Professor at the Department of Phthisiopulmonology of the Avicenna Tajik State Medical University, Doctor of Medical Sciences, tel: (+992) 98 586 80 80; e-mail: bobokhojaev@mail.ru
Miraliev Salokhidin Radzhabovich – Professor at the Department of Public Health with a Course in the History of Medicine and Medical Statistics of the Avicenna Tajik State Medical University; tel.: (+992) 98 528 79 97; e-mail: smiraliev@mail.ru
Radzhabov Dzhurakhon Mirzalievich – Applicant at the Department of Public Health with a Course in the History of Medicine and Medical Statistics of the Avicenna Tajik State Medical University; tel.: (+992) 918 63 32 95; e-mail: rjurakhon63@mail.ru

ҲАМОҲАНГИИ СОХТОРҲОИ ЗИДДИСИЛӢ ВА ШАБАКАҲОИ УМУМИИ ТИББӢ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

[1]БОБОХОҶАЕВ О.И., [2]РАҶАБОВ Д.М., [3]МИРАЛИЕВ С.Р.

[1]Кафедраи фтизиопулмонологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино
[2]Кафедраи тандурустии ҷамъиятӣ бо бахши таърихи тиббӣ ва омори тиббии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

***Мақсади тадқиқот**. Омӯзиши самаранокии ҳамоҳангии даврагии муассисаҳои КАТС бо сохторҳои зиддисилӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки дар ҷараёни нишондодҳои асосии эпидемиологӣ оид ба бемории сил ва Индикаторҳои миллии тандурустӣ асоснок карда шудаанд.*
***Мавод ва усулҳои тадқиқот**. Дар мақола маводи ҳамоҳангии даврагии муассисаҳои КАТС бо сохторҳои зиддисилӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон чамъбаст гардидаанд. Ҳангоми таҳлил фармоишҳои Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ҳисоботҳои Барномаи миллии зиддисилӣ, Ҳисоботи глобалии ТУТ ва мушоҳидаҳои шахсӣ истифода бурда шудааст.*
***Натиҷаҳо**. Ҳамоҳангии муассисаҳои КАТС бо сохторҳои зиддисилӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тариқи даравӣ гузаронида шудааст, огоз аз соли 1998 то соли 2018. Тибқи маълумоти расмии оморӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон дар 10 соли охир нишондодҳои максималии беморшавии ҳолатҳои қайдшудаи бемории сил дар соли 2008 ба 83,8 баробар буда, дар соли 2017 ба 59,8 ҳолат ба 100 ҳазор аҳолӣ баробар шудааст. Нишондоди фавт дар ҳамин солҳо аз 5,4 то 4,3 ба 100 ҳазор аҳолӣ паст гардидааст. Баъд аз бо пуррагӣ фаро гирифтани кишвар ба барномаи ДОТС ҳаҷми бемории силе, ки дар муассисаҳои КАТС дарёфт шудаанд, мунтаззам зиёд гардида, дар 10 соли охир ба 53,7% ҳолатҳо расидааст.*
***Хулоса.** Чорабиниҳои ҳамоҳангӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба беҳтар гардонидани ваъзи эпидемиологии бемории сил мусоидат мекунад, ки дар нишондиҳандаҳои асосии эпидемиологӣ инъикос ёфтааст ва самаронокии он дар беҳтар гардидани Индикаторҳои миллии тандурустӣ оид ба бемории сил асоснок карда шудааст.*
***Калимаҳои асосӣ:** Бемории сил, кумаки аввалияи тиббӣ, ҳамоҳангӣ, беморшавӣ, фавт, ошкоркунӣ, Нишондиҳандаҳои миллӣ*

УДК 618.14-006.6-008.9 **doi: 10.31712/2221-7355-2019-9-2-133-139**

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТНОГО АСПЕКТА И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

[1]ДЖУРАБЕКОВА К.М., [1,2]САЙФУТДИНОВА М.Б.

[1]ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ
[2]Кафедра онкологии и лучевой диагностики ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. *Изучение влияния возрастного аспекта и наличия метаболического синдрома на клиническое течение рака эндометрия.*
Материал и методы. *У 144 больных раком эндометрия, находившихся на обследовании и лечении в ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ в период с 2016 по 2018 гг., изучены некоторые аспекты клинического течения рака эндометрия в зависимости от возраста и наличия метаболического синдрома. Пациентки распределены на 3 категории: репродуктивный, климактерический и менопаузальный возраст.*
Результаты. *Выявлена прямая зависимость клинических проявлений рака эндометрия в зависимости от возраста. Рак эндометрия у женщин репродуктивного возраста часто протекает на фоне железистой гиперплазии эндометрия; без фракционного диагностического выскабливания матки с последующим морфологическим исследованием биоптата могут возникнуть диагностические и тактические ошибки. С увеличением возраста уменьшается количество высокодифференцированных форм рака тела матки и растет число менее дифференцированных, а также намечается тенденция к возрастанию удельного веса более распространённых стадий заболевания. Рак эндометрия в преобладающем большинстве случаев диагностируется на стадии локализованного процесса – 67,3% наблюдений. Наличие метаболического синдрома сопряжено с высоким риском осложнений, неполным выполнением стандарта лечения ввиду соматической отягощенности и увеличением времени, затраченного на его коррекцию.*
Заключение. *Для определения вероятного прогноза рака эндометрия необходима комплексная оценка всех прогностических факторов, среди которых наиболее значимыми являются: возраст, стадия заболевания, степень дифференцировки опухоли и наличие метаболического синдрома.*
Ключевые слова: *рак эндометрия, клиническое течение, возраст, метаболический синдром*

THE INFLUENCE OF AGE ASPECT AND METABOLIC SYNDROME ON THE CLINICAL COURSE OF ENDOMETRIAL CANCER

[1]DZHURABEKOVA K.M., [1,2]SAYFUTDINOVA M.B.

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

Aim. *To study the influence of the age aspect and the presence of metabolic syndrome on the clinical course of endometrial cancer.*
Material and methods. *In 144 patients with endometrial cancer who were examined and treated at the state establishment «Republican oncological scientific center» of the Ministry of health and social protection of population of the Republic of Tajikistan from 2016 to 2018, some aspects of clinical course of endometrial cancer depending on the age and the presence of metabolic syndrome were studied. The patients were divided into 3 categories: reproductive, climacteric and menopausal age.*
Results. *The direct dependence of clinical manifestations of endometrial cancer depending on age was revealed. Endometrial cancer in women of reproductive age often occurs on the background of glandular endometrial hyperplasia; without fractional diagnostic curettage of the uterus with subsequent morphological examination of the biopsy can lead to diagnostic and tactical errors. As the age increases, the number of highly differentiated forms of cancer of the body of the uterus decreases and the number of less differentiated ones increases, and there is a tendency to increase the proportion of more common stages of the disease. Endometrial cancer in the vast majority of cases is diagnosed at the stage of localized process – 67,3% of observations. The presence of metabolic syndrome is associated with a high risk of complications, incomplete implementation of the standard of treatment due to somatic burden and an increase in the time spent on its correction.*
Conclusion. *To determine the probable prognosis of endometrial cancer, it is necessary to conduct a comprehensive assessment of all prognostic factors, among which the most significant are: age, stage of the disease, the degree of differentiation of the tumor and the presence of metabolic syndrome.*
Key words: *endometrial cancer, clinical course, age, metabolic syndrome*

Актуальность

Рак эндометрия (РЭ) занимает 1-ое место в структуре онкогинекологической заболеваемости в странах Европы и, как и рак молочной железы, может быть причислен к «болезням цивилизации» В России ежегодно регистрируется более 16 тыс. новых случаев РЭ. На долю РЭ приходится 6,8% всех случаев злокачественных новообразований среди женского населения России, – цифра, уступающая лишь раку молочной железы [3, 9]. В Республике Таджикистан злокачественные новообразования органов репродуктивной системы занимают первое ранговое место – 49,9%, из них на долю РЭ приходится 4,3% с тенденцией к росту за последние годы на 0,8% [7].

Заболеваемость РЭ в возрастном интервале от 40 до 59 лет делает резкий скачок, увеличиваясь примерно в 4 раза, постепенно достигая пика к периоду 60-64 года, после чего заметно снижается. Проведённый R.J. Zaino и соавт. анализ 819 пациенток РЭ выявил сильную зависимость относительного риска смерти от пожилого возраста. Так, к 65 годам риск повышается в 3 раза, а к 75 годам – в 4,7 раза [9]. Старение организма сопровождается различной соматической патологией и, как результат, высоким индексом коморбидности – сосуществованием 2 и/или более синдромов и заболеваний [2, 6]. В результате 30% больных имеют опасную сопутствующую патологию, что служит поводом для длительного обследования у смежных специалистов и вынужденного отказа от операции [4, 10].

РЭ относят к гормонально-зависимым опухолям, так как у этой категории больных вследствие повышения активности гипоталамуса наблюдаются нарушения в репродуктивной и энергетической системах. По этой причине у них часто встречаются ожирение, сахарный диабет и гипертоническая болезнь [1]. Весь указанный симптомокомплекс носит название метаболического синдрома (МС), который встречается у больных с РЭ в 82,6% случаев. Наличие МС повышает не только риск возникновения данного заболевания в 2-3 раза, но и может способствовать реализации первично-множественных опухолей: сочетание РЭ с раком молочной железы, толстой кишки, яичников [5, 8]. Карцинома эндометрия может развиваться в нормальном, атрофичном и гиперплазированном эндометрии, что связано с разными патогенетическими вариантами и зависит от возрастного аспекта [1].

Таким образом, исследования, посвящённые изучению прогностических факторов, влияющих на клиническое течение РЭ ввиду нарастания этой патологии в структуре онкологической заболеваемости среди женщин, крайне актуальны и своевременны.

Цель исследования

Изучить влияние возрастного аспекта и наличия метаболического синдрома на клиническое течение рака эндометрия.

Материал и методы исследования

В основу исследования положен анализ клинических данных о 144 пациентках с раком эндометрия, находившихся на обследовании и лечении в Государственном учреждении «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ в период с 2016 по 2018 гг. Возраст пациенток варьировал от 30 до 80 лет. С целью детализации возрастного аспекта все пациентки были нами разделены на 3 периода: I – репродуктивный - 8 (5,6%) женщин до 45 лет; II - климактерического возраста (от 46 до 55 лет) – 38 (26,4%) случаев и III – менопаузальный (старшее 55 лет) – 98 (68%) больных.

Во всех исследуемых случаях диагноз был верифицирован морфологически и по гистотипу опухоли распределен следующим образом: эндометриоидная аденокарцинома различной степени дифференцировки - 135 (93,8%), светлоклеточная – 6 (4,1%) и железисто-плоскоклеточный рак – 3 (2,1%) случая.

План обследования больных РЭ включал общепринятые в онкологии стандартные методы общеклинического (сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование), инструментального (рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, при необходимости МРТ органов малого таза) и лабораторного (общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови с определением уровня глюкозы и холестерина) исследований. Расчёт индекса массы тела осуществлялся по формуле Brey: масса тела (кг) : рост ($м^2$).

Результаты и их обсуждение

При обращении пациенток за медицинской помощью обращает на себя внимание тот факт, что женщины репродуктивного возраста, как правило, предъявляют жалобы на периодические нарушения менструального цикла по типу менометроррагий, ноющие боли внизу живота/пояснице, анемию. Нередко это группе пациенток при обследовании в непрофильных учреждениях устанавливали диагнозы диффузной симптомной миомы матки, аденомиоза либо гиперплазии эндометрия, с последующей гормонотерапией, нередко оперативным

вмешательством, без морфологической верификации диагноза, что негативно отражалось на исходе заболевания и последующих результатах лечения. Противоположная ситуация отмечалась у пациенток более старшей возрастной группы, особенно у женщин на фоне стойкой менопаузы, когда даже один эпизод кровомазанья или маточного кровотечения, что является патогномоничным для этого периода, вызывал настороженность и побуждал проводить более детальное обследование (табл. 1).

Таблица 1

Частота выявления РЭ в зависимости от возрастного периода

Возрастной период	**Частота выявления**	
	выявлены при обращении с характерными жалобами (n=64)	**выявлены активно (n=80)**
	абс./%	
До 45 лет (репродуктивный) n=8	6 / 75%	2 / 35%
46-55 лет (менопаузальный) n=38	25 / 65,8%	13 / 34,2%
Старше 55 лет (климактерический) n=98	33 / 33,6%	65 / 66,3%

Согласно полученным данным, из 144 пациенток активно диагноз чаще был установлен в менопаузальный и климактерические периоды – в совокупности 78 (66%) случаев. Соответственно, диагностирование РЭ у женщин репродуктивного возраста имеет принципиальное значение, т.к. сосотояние сопровождается дисменореей, часто протекает на фоне железистой гиперплазии эндометрия и без фракционного диагностического выскабливания матки с последующим морфологическим исследованием биоптата может привести к диагностическим и тактическим ошибкам.

Анализ градации степени дифференцировки РЭ показал, что у большинства больных всех возрастных групп превалировала умеренная дифференцировка опухоли (G2) – 110 наблюдений, при этом низкая степень дифференцировки (G3) у женщин репродуктивного возраста не встречалась (табл. 2).

Таблица 2

Степень градации дифференцировки РЭ в зависимости от возрастного периода

Степень дифференцировки РЭ	**Возраст больных РЭ (n=144)**					
	до 45 лет (n=8)		**46-55 лет (n=38)**		**Старше 55 лет (n=98)**	
	абс.	**%**	**абс.**	**%**	**абс.**	**%**
G1	6	75%	3	7,9%	5	5,1%
G2	2	35%	30	79,0%	78	79,6%
G3	–	–	5	13,1%	15	15,3%

Однако, как видно из таблицы, по мере увеличения возраста, уменьшается количество высокодифференцированных форм рака тела матки и растет число менее дифференцированных (G3). Это обусловлено тем, что с возрастом эндометрий претерпевает изменения, и неоплазма уже развивается не на гиперплазированном фоне, что характерно для репродуктивного периода, а на атрофичном или смешанном, что и определяет степень дифференцировки и патогенетические варианты. По нашим данным, РЭ IA стадии был превалирующим во всех возрастных группах, однако, по мере увеличения возраста, наме-

чается тенденция к возрастанию удельного веса более распространённых стадий заболевания (табл. 3).

Изучение глубины инвазии опухоли показало, что вовлечение в процесс менее 2/3 миометрия наблюдалось у 97 (67,3%) пациенток, более 2/3 – у 47 (32,7%), что согласуется с данными отечественных и зарубежных исследователей о выявлении РЭ в преобладающем большинстве случаев на стадии локализованного процесса, когда опухоль расположена только внутри матки, что само по себе имеет положительный онкологический прогноз.

Таблица 3

Распределение больных РЭ по стадиям в зависимости от возраста

Стадия	**Возраст больных РЭ (n=144)**					
	До 45 лет (n=8)		**46-55 лет (n=38)**		**Старше 55 лет (n=98)**	
	абс.	**%**	**абс.**	**%**	**абс.**	**%**
IA	7	87,5%	23	60,5%	32	32,6%
IB	1	12,5%	7	18,4%	27	27,7%
IC	-	-	4	10,5%	15	15,3%
IIA	-	-	2	5,2%	10	10,2%
IIB	-	-	1	2,7%	4	4,1%
IIIA	-	-	1	2,7%	2	2%
IIIB	-	-	-	-	2	2%
IIIC	-	-	-	-	4	4,1%
IVA	-	-	-	-	2	2%
IVB	-	-	-	-	-	-

Общеизвестно, что РЭ очень часто сопровождается МС, представленным сахарным диабетом, гипертонической болезнью и ожирением, что нашло подтверждение и в нашем исследовании. Из 144 пациенток РЭ МС в различных сочетаниях был установлен в 124 (86,1%) случаях, из них в 122 - в климактерическом и менопаузальном периодах (табл. 4).

Таблица 4

Варианты сочетаний метаболического синдрома у больных РЭ в зависимости от возраста

Метаболический синдром n=124	**Возраст больных РЭ (n=144)**					
	до 45 лет (n=2)		**46-55 лет (n=28)**		**старше 55 лет (n=94)**	
	абс.	**%**	**абс.**	**%**	**абс.**	**%**
Сахарный диабет (II типа) + гипертоническая болезнь	-	-	8	28,5%	28	29,8%
Гипертоническая болезнь + ожирение	-	-	10	35,8%	14	14,9%
Ожирение + сахарный диабет (II типа)	2	100%	6	21,4%	17	18,1%
Ожирение + сахарный диабет (II типа) + гипертоническая болезнь	-	-	4	14,3%	35	37,2%

Для определения степени избытка массы тела мы высчитывали ИМТ, который варьировал от 19 до 45 и в среднем составил 34,9±1,2кг/м^2. Учитывая тот факт, что обязательным критерием МС является центральное (абдоминальное) ожирение, производился замер окружности живота. Согласно рекомендациям IDF (International Diabetes Federation) [11], окружность талии женщин не должна превышать 94 см. В нашем исследовании этот показатель варьировал от 74 до 115 см, в среднем составляя 96,4±2,1 см.

Средний уровень глюкозы в крови больных РЭ составил 8,1 ммоль/л, из них 62,3% находились под наблюдением эндокринолога в течение нескольких лет, а у 37,7% пациенток сахарный диабет II типа был диагностирован впервые. Диагноз гипертонической болезни устанавливался кардиологом на основании соответствующих критериев и инструментальных методов исследования. Гиперхолестеринемия выявлена у 86 пациенток РЭ, составляя в среднем 5,6±1,8 ммол/л.

РЭ на фоне метаболического синдрома – сложная медико-социальная проблема, так как сопряжена с высоким риском осложнений и неполным выполнением стандарта лечения ввиду соматической отягощенности/коморбидности и временем, затраченным на его коррекцию. Наличие в анамнезе МС, как результата обменно-эндокринных нарушений, влечёт за собой угнетение иммунологической реактивности организма, отмечается менее благоприятная реакция на гормонотерапию за счёт изменений в рецепторном статусе, что значительно повышает риск неблагоприятного исхода заболевания у больных РЭ.

Заключение

Таким образом, для определения вероятного прогноза РЭ необходимо проведение комплексной оценки всех прогностических факторов. Результаты анализа полученных данных позволили выявить прямую зависимость клинической симптоматики, стадийности и степени дифференцировки опухоли от возрастного периода, а также влияния метаболического синдрома на развитие РЭ. Дальнейшее детальное изучение прогностических факторов позволит разработать новые и усовершенствовать существующие клинические рекомендации по ведению этого сложного контингента больных.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельшер Л.З., Поляков Б.И., Петерсон С.Б. Клиническая онкология: избранные лекции. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- С. 374-385.

2. Гавриш Ю.Е., Берлев И.В., Артемьева А.С. Рак тела матки у женщин старшего возраста: в чём особенности? // Опухоли женской репродуктивной системы.– 2017. - Т.13. - С. 56-60.

3. Давыдов М.И., Ганцев К.Ш. Онкология: учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - С. 842-843.

4. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.М. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность). - М.: МНИОИ П.А.Герцена, 2017. - 250 с.

5. Лактионов К.П., Николаенко Л.О., Беришвили А.И. Метаболический синдром и рак органов репродуктивной системы (обзор литературы) //Опухоли женской репродуктивной системы. - 2014. - №2.- С.56-58.

6. Нечушкина В.М., Морхов К.Ю., Кузнецов В.В. Комбинированное лечение рака тела матки ранних стадий // Сиб.онкол.журн. - 2013. - №3. - С. 70 -74.

REFERENCES

1. Velsher L. Z., Polyakov B. I., Peterson S. B. *Klinicheskaya onkologiya: izbrannye lektsii* [Clinical Oncology: selected lectures]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2014; 374-385.

2. Gavrish Yu. E., Berlev I. V., Artemeva A. S. Rak tela matki u zhenshchin starshego vozrasta: v chem osobennosti? [Cancer of the body of the uterus in older women: what are the features?]. *Opukholi zhenskoy reproduktivnoy sistemy – Tumors of the female reproductive system*, 2017; 13: 56-60.

3. Davydov M. I., Gantsev K. Sh. *Onkologiya: uchebnik* [Oncology: textbook]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2010; 842-843.

4. Kaprin A. D., Starinskiy V. V., Petrova G. M. *Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2015 godu (zabolevaemost i smertnost)* [Malignant neoplasms in Russia in 2015 (morbidity and mortality)]. Moscow, MNIOI P.A.Gertsena Publ., 2017; 250.

5. Laktionov K. P., Nikolaenko L. O., Berishvili A. I. Metabolicheskiy sindrom i rak organov reproduktivnoy sistemy (obzor literatury) [Metabolic syndrome and cancer of the reproductive system (literature review)]. *Opukholi zhenskoy reproduktivnoy sistemy – Tumors of the female reproductive system*, 2014; 2: 56-58.

6. Nechushkina V. M., Morkhov K. Yu., Kuznetsov V. V. Kombinirovannoe lechenie raka tela matki rannikh stadiy [Combined treatment of early-stage uterine body

7. Умарова С.Г., Зикиряходжаев Д.З., Каримова Ф.Н., Мирзоева Д.С. Эпидемиология злокачественных новообразований органов репродуктивной системы в Республике Таджикистан // Опухоли женской репродуктивной системы. - 2012.- №1.- С. 24-27.

8. Чернышова А.Л. и др. Патогенетическое обоснование необходимости коррекции метаболического синдрома у больных с гиперпластическими процессами и раком эндометрия // Рос. биотер. журн. - 2013.- №1.- С. 3-10.

9. Чиссов В.И., Давыдов М.И. Онкология. Национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.- С. 497- 511.

10. Amant F. et al. Cancer of the cirpus uteri // Int. J. Gynaecol. Obstet. - 2015. - Vol. 131. - P. 96-104.

cancer]. *Sibirskiy onkologicheskiy zhurnal – Siberian cancer journal*, 2013; 3: 70 -74.

7. Umarova S. G., Zikiryakhodzhaev D.Z., Karimova F.N., Mirzoeva D.S. Epidemiologiya zlokachestvennykh novoobrazovaniy organov reproduktivnoy sistemy v Respublike Tadzhikistan [Epidemiology of malignant neoplasms of the reproductive system in the Republic of Tajikistan]. *Opukholi zhenskoy reproduktivnoy sistemy – Tumors of the female reproductive system*, 2012; 1: 24-27.

8. Chernyshova A. L., Patogeneticheskoe obosnovanie neobkhodimosti korrektsii metabolicheskogo sindroma u bolnykh s giperplasticheskimi protsessami i rakom endometriya [Pathogenetic substantiation of the need to correct metabolic syndrome in patients with hyperplastic processes and endometrial cancer]. *Rossiyskiy bioterapevticheskiy zhurnal – Russian biotherapeutic journal*, 2013; 1: 3-10.

9. Chissov V. I., Davydov M. I. *Onkologiya. Natsionalnoe rukovodstvo* [Oncology. National leadership]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2017; 497- 511.

10. Amant F., Cancer of the cirpus uteri. *Int. J. Gynaecol. Obstet*., 2015; 131: 96-104.

Сведения об авторах:

Джурабекова Камила Мирзоевна – зав. отделом науки ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ, к.м.н.; тел.: +992 918 66 92 35; e-mail: kamiladj@mail.ru

Сайфутдинова Мунфиза Бурхоновна – ассистент кафедры онкологии и лучевой диагностики ТГМУ им. Абуали ибн Сино, врач–радиолог ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ, к.м.н.; тел.: +992 918 66 52 61; e-mail: detochka1984@mail.ru

Information about authors:

Dzhurabekova Kamila Mirzoevna – Head of the Division of Science of the State Establishment «Republican Oncological Scientific Center» of the Ministry of Health and Social Protection of population of the Republic of Tajikistan, Candidate of Medical Sciences; tel.: +992 918 66 92 35; e-mail: kamiladj@mail.ru

Sayfutdinova Munfiza Burkhonovna – Assistant of the Department of Oncology and Radiodiagnostics of the Avicenna Tajik State Medical University, the radiologist of the State Establishment «Republican Oncological Scientific Center» of the Ministry of Health and Social Protection of population of the Republic of Tajikistan, Candidate of Medical Sciences; tel.: +992 918 66 52 61; e-mail: detochka1984@mail.ru

ТАЪСИРИ ҶАНБАҲОИ ВОБАСТА БА СИННУ СОЛ ВА СИНДРОМИ МЕТАБОЛӢ ДАР ҶАРАЁНИ КЛИНИКИИ САРАТОНИ ЭНДОМЕТРИЯ

[1]ҶУРАБЕКОВА К.М., [1,2]САЙФУТДИНОВА М.Б.

[1]МД «Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ»- и ВТ ва ҲИА ҶТ
[2]Кафедраи саратоншиносӣ ва муолиҷаи шуъоии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Мақсади тадқиқот. *Омӯзиши таъсири ҷанбаҳои вобаста ба синну сол ва мавҷудияти синдроми метаболӣ дар ҷараёни клиникии саратони эндометрия.*

Мавод ва усулҳои тадқиқот. *Дар 144 нафар беморони гирифтори саратони эндометрия, ки дар Муассисаи давлатии "Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ»-и ВТ ва ҲИА ҶТ аз соли 2016 то соли 2018 табобат мегирифтанд, баъзе ҷанбаҳои ҷараёни саратони эндометрия вобаста ба синну сол ва мавҷудияти синдроми метаболӣ омӯхта шуданд. Беморҳо ба 3 гуруҳ тақсим гардиданд: синну соли репродуктивӣ, климактерӣ ва менопаузалӣ.*

Натиҷаҳо. *Вобастагии бевоситаи зуҳуроти клиникии саратони эндометрӣ вобаста ба синну сол ошкор карда шуд. Саратони эндометрӣ дар занони синну соли репродуктивӣ бисёри вақт дар заминаи гиперплезияи талхавии эндометрӣ меафзояд; бе ташхиси фрактсионалии дақиқи бачадон пас аз мушоҳидаи морфологии биопсия метавонад хатоҳои ташхисӣ ва тактикӣ рух диҳанд. Бо афзоиши синну сол шаклҳои гуногуни саратони бачадон коҳиш ёфта, шумораи ками тафриқӣ зиёд мегардад, инчунин ҷараёни вазни қиёсии шаклҳои нисбатан паҳншудаи марҳилаҳои беморӣ афзоиш меёбанд. Саратони эндометрӣ дар аксарияти ҳолатҳо дар марҳилаи раванди мутобиқшавӣ - 67,3% ҳолатҳои ташхис муайян карда мешаванд. Мавҷудияти синдроми метаболӣ бо хатари баланди мушкилот, татбиқи нопурраи стандартии муолиҷа аз сабаби бори вазнин ва афзоиш дар вақти ислоҳ кардани он алоқаманд аст.*

Хулоса. *Барои муайян кардани эҳтимолияти пешгӯии саратони эндометрӣ арзёбии ҳамаҷонибаи ҳамаи омилҳо зарур аст, ки дар байни онҳо синну сол, марҳилаи беморӣ, дараҷаи гуногуни омосҳо ва мавҷудияти синдроми метоболӣ аҳамияти калон дорад.*

Калимаҳои асосӣ: *саратони эндометрия, ҷараёни клиникӣ, синну сол, синдроми метаболӣ*

УДК 676.342-089.844(091) **doi: 10.31712/2221-7355-2019-9-2-140-151**

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП ВЫБОРА ПИЛОРУССОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВО-ЯЗВЕННЫХ ДУОДЕНОСТЕНОЗОВ

КАДЫРОВ Д.М., КОДИРОВ Ф.Д., САФАРОВ ДЖ.Б., АМОНОВ У.М., ТАБАРОВ З.В., САЙДАЛИЕВ Ш.Ш.

ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. *Оптимизация выбора пилоруссохраняющих операций при органосохраняющем хирургическом лечении рубцово-язвенных дуоденостенозов.*

Материал и методы. *Представлены результаты обследования и хирургического лечения 148 больных с рубцово-язвенным дуоденостенозом, из них у 88 применена селективная проксимальная ваготомия (СПВ) в сочетании с дуоденопластикой, у 60 - СПВ в сочетании с дренирующими желудок операциями. Компенсированный стеноз диагностирован у 31 (20,9%) больного, субкомпенсированный – у 73 (49,3%) и декомпенсированный – у 44 (29,8%) больных. Анализированы результаты интраоперационной ревизии пилородуоденальной зоны. Учитывались следующие параметры: локализация стеноза по отношению к пилорическому сфинктеру и контрлатеральной стенке двенадцатиперстной кишки, протяженность и морфологическая форма стеноза, локализация и ширина престенотического участка луковицы.*

Результаты. *Выделены морфологические формы дуоденостеноза: язвенно-инфильтративная (16,8%), рубцово-язвенная (18,2%), рубцовая (65%). Локализация стеноза: пилоростеноз (4,8%), луковичный дуоденостеноз с вовлечением привратника (19,6%), луковичный дуоденостеноз без вовлечения привратника (34,4%), залуковичный стеноз (41,2%). У 122 (82,5%) больных выявлен циркулярный (кисетный) стеноз, у 26 (17,5%) – протяженный (трубчатый) стеноз. Реализация топографо-анатомического принципа позволила выполнить 6 вариантов дуоденопластики. Дренирующие желудок операции применяются при отсутствии условий для выполнения дуоденопластики.*

Заключение. *Топографо-анатомический принцип выбора варианта пилоруссохраняющей операции реализуется на основании интраоперационной ревизии пилородуоденального сегмента, что имеет практическое значение для выполнения операции, сохраняющей целостность пилорического сфинктера.*

Ключевые слова: *язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, дуоденостеноз, органосохраняющие операции, дуоденопластика*

TOPOGRAPHIC-ANATOMICAL PRINCIPLE OF THE SELECTION OF PYLORUS-PRESERVING OPERATIONS IN CASE OF ORGAN-PRESERVING SURGICAL TREATMENT OF CICATRICIAL-ULCERATIVE DUODENOSTENOSIS

KADYROV D.M., KODIROV F.D., SAFAROV DZH.B., AMONOV U.M., TABAROV Z.V., SAYDALIEV SH.SH.

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

Aim. *Optimization of the selection of pylorus-preserving operations in case of organ-preserving surgical treatment of cicatricial-ulcerative duodenostenosis.*

Material and Methods. *The results of the examination and surgical treatment of 148 patients with cicatricial-ulcerative duodenostenosis are presented. 88 of them used selective proximal vagotomy (SPV) in combination with duodenoplasty, 60 – SPV in combination with stomach draining operations. Compensated stenosis was diagnosed in 31 (20,9%) patients, subcompensated in 73 (49,3%) and decompensated in 44 (29,8%) patients. The results of the intraoperative revision of the pyloroduodenal zone are analyzed. The following parameters were taken into account: localization of stenosis in relation to the pyloric sphincter and the contralateral wall of the duodenum, the length and morphological form of the stenosis, the localization and width of the prestenotic part of the bulb.*

Results. *The morphological forms of duodenostenosis were distinguished: ulcerative-infiltrative (16,8%), cicatricial-ulcerative (18,2%), or cicatricial (65%). The following localization of stenosis were identified: pyloric stenosis (4,8%), bulbous duodenostenosis with pylorus involvement (19,6%), bulbous without pylorus involvement (34,4%), and postbulbar stenosis (41,2%). In*

122 (82,5%) patients revealed circular (purgular) stenosis, and in 26 (17,5%) patient extended (tubular) stenosis. The implementation of the topographic-anatomical principle made it possible to perform 6 variants of duodenoplasty. Draining stomach operations were applied in the absence of conditions for performing duodenoplasty.

Conclusion. *The topographic-anatomical principle of the selection of a variant of a pylorus-preserving operation is implemented on the basis of an intraoperative revision of the pyloroduodenal segment, what has a practical importance for the operation that preserves the integrity of the pyloric sphincter.*

Key words: *duodenal ulcer, duodenostenosis, organ-saving surgery, duodenoplasty*

Актуальность

Во второй половине XX столетия фундаментальными исследованиями ряда хирургических школ было установлено, что селективная проксимальная ваготомия (СПВ) в сочетании с дренирующими желудок операциями (ДО) или дуоденопластикой (ДП) является патогенетически обоснованной и физиологически оправданной операцией при рубцово-язвенном дуоденальном стенозе (РЯДС) [4-6, 8,10, 11].

В рамках концепции физиологической хирургии органосохраняющие вмешательства призваны создать наиболее благоприятные условия для скорейшего и надежного заживления язвы ДПК без удаления какой-либо части желудка, дать возможность всей пищеварительной системе функционировать в оптимальных физиологических условиях и тем самым обеспечить пациенту полное выздоровление, быструю медицинскую, социальную и трудовую реабилитацию, также как и высокое качество жизни [1, 7, 12–14]. Органосохраняющие операции не только способствовали значительному снижению частоты послеоперационных осложнений и летальности, но и улучшению функциональных результатов хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Примерно в 3-4 раза снижена частота функциональных расстройств пищеварительной системы, в 7-9 раз - частота инвалидизаций. Частота рецидивов язвы составила 5% [5].

Однако в XXI веке хирурги все реже стали применять органосохраняющие операции с ваготомией при осложненной дуоденальной язве, на арену вновь вышла и стала самой востребованной и «народной» операцией резекция желудка [9]. По выражению C. Johnston и соавт. (1991), «никакая другая операция не была так тщательно разработана, как СПВ, поэтому в настоящее время она не должна быть "похоронена"». Если в отношении показаний к применению и деталей техники выполнения селективной проксимальной ваготомии все вопросы окончательно решены, то в отношении выбора сочетающейся с ней операции, устраняющей стеноз и восстанавливающей проходимость двенадцатиперстной кишки (ДПК), разногласия среди хирургов сохраняются.

ДО и ДП призваны восстанавливать проходимость стенозированной ДПК, но они по сущности отличаются друг от друга: первые разрушают или шунтируют пилорический сфинктер, а вторые сохраняют его анатомическую и функциональную целостность. Нарушение функции привратникового «механизма» является основной причиной развития послеоперационных нарушений, именуемых пострезекционными и постваготомическими синдромами [5, 13]. Этот факт не вызывает сомнений и признается большинством исследователей.

До сих пор выбор ДО и ДП определяется стереотипом и предпочтениями хирургов. Лишь отдельные авторы при выборе способа ДО или ДП учитывают топографо-анатомические особенности дуоденостеноза[2 - 4]. Поэтому разработка анатомо-топографического принципа выбора ДП и ДО, применяемых для устранения рубцово-язвенного дуоденостеноза, является актуальной.

Цель исследования

Оптимизация выбора пилоруссохраняющих операций при органосохраняющем хирургическом лечении рубцово-язвенных дуоденостенозов.

Материал и методы исследования

Материалом для настоящего исследования служили результаты комплексного обследования и хирургического лечения 148 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом, находившихся в клинике Института гастроэнтерологии МЗиСЗН Республики Таджикистан, за период с 2000 по 2015 гг.

В зависимости от метода хирургического лечения больные разделены на две группы: первую (основная) составили 88 больных, у которых была применена селективная проксимальная ваготомия (СПВ) в сочетании с дуоденопластикой (ДП); во вторую (группа сравнения) включены 60 больных, у которых применена СПВ в сочетании с дренирующими желудок операциями.

До операции всем больным проведено комплексное исследование секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка.

Согласно классификации Ю.М. Панцырева, А.А. Гринберга (1979), компенсированный стеноз диагностирован у 31 (20,9%) больного, субкомпенсированный – у 73 (49,3%) и декомпенсированный – у 44 (29,8%) больных (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от стадии стеноза

Стадия стеноза	I группа (СПВ+ДП)	II группа (СПВ+ДО)	Всего
Формирующийся	-	-	-
Компенсированный	26	5	31 (20,9%)
Субкомпенсированный	44	29	73 (49,3%)
Декомпенсированный	18	26	44 (29,8%)
Всего	88	60	148

Проведен ретроспективный анализ результатов интраоперационной ревизии пилородуоденальной зоны. При этом учитывались следующие параметры: локализация стеноза по отношению к пилорическому сфинктеру и контрлатеральной стенке ДПК, протяженность и морфологическая форма стеноза, локализация и ширина престенотического псевдодивертикула луковицы. На основании этих данных выполнялся тот или иной вариант дуоденопластики или же отдавалось предпочтение дренирующей желудок операции.

Результаты и их обсуждение

Дооперационное эндоскопическое и рентгенологическое исследования при рубцово-язвенном стенозе не дают полного представления о топографо-анатомических и патоморфологических изменениях в пилородуоденальной зоне. В этой связи главная роль в выборе оптимального способа пластической реконструкции луковицы ДПК отводится топографо-анатомическим и морфологическим критериям, полученным при интраоперационном исследовании. Поэтапное интраоперационное исследование может дать точное представление о характере поражения луковицы ДПК рубцово-язвенным процессом, определить дилатированный истонченный привратник, метод дренирования желудка и возможность выполнения дуоденопластики и сохранения привратника.

Интраоперационное исследование включает в себя следующие этапы: создание оптимального доступа к ДПК; снятие рубцово-спаечной мантии с зоны стенозирования; мобилизацию надстенотической части луковицы; мобилизацию ДПК по Кохеру; определение локализации и протяженности дуоденостеноза и его отношение к пилорическому сфинктеру; оценка наличия и выраженности воспаления и пенетрации язвы в стенозированном отрезке кишки; дуоденотомию выше и ниже стеноза; пластическое восстановление непрерывности ДПК с использованием прецизионного шва; мезоперитонезацию линии шва.

Интраоперационное исследование позволило выделить особенности, характерные для рубцово-язвенного дуоденостеноза. Во-первых, это расширение надстенотической части луковицы ДПК в виде псевдодивертикула или «антрализации» - слияние остатков луковицы с дилатированным истонченным привратником и антральным отделом желудка с образованием единого «мешка». Идентификация привратника, особенно при декомпенсированном стенозе, – один из важных моментов операции. Последний истончен, дилатирован, как правило, не дифференцируется от антрального отдела желудка.

После снятия рубцово-спаечных наложений открывается зона поражения, последняя может быть язвенно-инфильтративной (16,8%) рубцово-язвенной (18,2%) или рубцовой (65%) (табл. 2).

Наличие воспалительного инфильтрата в зоне стеноза, как правило, ограничивает возможность применения дуоденопластики, поэтому для его ликвидации первостепенное значение имеет адекватное противоязвенное лечение перед операцией.

Следующий этап интраоперационной диагностики – нахождение привратника. При компенсированном стенозе пилорус несколько гипертрофирован, практически не изменен, его нахождение не вызывает трудностей. При субкомпенсированном стенозе пилорус несколько дилатирован, гипертрофирован, находится на привычном месте. При

декомпенсированном стенозе пилорус резко истончен, дилатирован, практически не сокращается, его диаметр соответствует расширенному антральному отделу желудка. Дилатированный привратник и антральный отдел сливаются с расширенной надстенотической частью луковицы ДПК, образуя единый «мешок». Данная перестройка надстенотической части ДПК, слияние её с привратником и антральным отделом получили название «антрализация луковицы ДПК». Она характерна только для больных декомпенсированным стенозом. Знание феномена «антрализации» луковицы у больных с декомпенсированным стенозом исключает ошибки с постановкой неправильного инструментального диагноза стеноза привратника. По отношению к пилорическому сфинктеру мы выделяем следующие локализации стеноза: пилоростеноз (4,8%), луковичный дуоденостеноз с вовлечением в рубцово-язвенный процесс привратника (19,6%), луковичный дуоденостеноз без вовлечения привратника (34,4%) и залуковичный стеноз (41,2%) (табл. 3).

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от морфологической формы стеноза

Группы больных	**Язвенно-инфильтративная**	**Язвенно-рубцовая**	**Рубцовая**
I группа (СПВ+ДП) (n=88)	13 (14,7%)	15 (17,1%)	60 (68,2%)
II группа (СПВ+ДО) (n=60)	12 (20%)	12 (20%)	36 (60%)
Всего	25 (16,8%)	27 (18,2%)	96 (65%)

Таблица 3

Распределение больных в зависимости от локализации стеноза

Группы больных	**Пилоростеноз**	**Луковичный дуоденостеноз с вовлечением привратника**	**Луковичный дуоденостеноз без вовлечения привратника**	**Залуковичный дуоденогстеноз**
I группа (СПВ+ДП)	-	5	26	57
II группа (СПВ+ДО)	7	24	25	4
Всего	7 (4,8%)	29 (19,6%)	51 (34,4%)	61 (41,2%)

В зависимости от протяженности рубцового поражения мы различаем форму стеноза – циркулярную (кисетную), когда рубцовым процессом поражаются все стенки луковицы по типу кольца, поражая только передней или передне-боковых стенок по большой или малой кривизне ДПК, а также тубулярную форму, т.е. протяженный стеноз (табл. 4).

У 122 (82,5%) больных выявили циркулярный (кисетный) стеноз, а у 26 (17,5%) – протяженный (трубчатый) стеноз. К протяженным мы относим стенозы, протяженность которых составляет 2-4 см и более. Менее протяженные стенозы не затрудняют технику выполнения дуоденопластики, а техника выполнения пластического вмешательства при более протяженных стенозах имеет свои особенности.

В зависимости от конкретной ситуации, что устанавливается в процессе вмешательства, определяются объем и характер хирургического воздействия, что и составляет содержание разработанных операций при различных вариантах хирургической анатомии.

Самыми информативными в интраоперационной диагностике дуоденального рубцово-язвенного стеноза, его уровня, формы и выраженности являются анатомические структуры надстенотического расширения, так как сегментарное или тубулярное сужение просвета ДПК, независимо от его степени, всегда сопровождается вторичным надстенотическим расширением. По форме надстенотическое расширение ДПК может быть с псевдодивертикулами и без них, т.е. иметь одну общую мешковидную полость.

Важным элементом для формирования варианта дуоденопластики является локализация престенотического псевдодивертикула луковицы ДПК. От локализации стенозированного участка кишки зависит место и форма псевдодивертикула: при локализации стеноза со стороны большой кривизны (верхняя или наружная полукружность) ДПК, что мы наблюдали в 75 (85,2%) наблюдениях, формируется асимметрично расположенный псевдодивертикул со стороны малой кривизны (внутренней полукружности); при локализации стенозированного участка со стороны внутренней полукружности кишки псевдодивертикул образуется на противоположной полукружности кишки (6 случаев – 6,8%); при локализации стеноза строго на передней стенке кишки образуются два симметричных псевдодивертикула со стороны большой и малой кривизны кишки (7 случаев – 8%).

Таблица 4

Распределение больных в зависимости от протяженности стеноза

Группы больных	**Пилоростеноз**		**Луковичный дуоденостеноз с вовл. приврат.**		**Луковичный дуоденостеноз без вовл. приврат.**		**Залуковичный дуоденостеноз**	
протяженность стеноза	**кисет.**	**трубчат**	**кисет.**	**трубчат**	**кисет.**	**трубчат**	**кисет.**	**трубчат**
I группа (СПВ+ДП) n=88	-	-	5	-	24	2	47	10
II группа (СПВ+ДО) n=60	6	1	21	3	16	9	3	1
Итого	6	1	26	3	40	11	50	11

Таким образом, на основании результатов интраоперационной ревизии пилородуоденальной зоны определяется способ пластического восстановления проходимости ДПК и возможность сохранения целостности привратника. В таблице 5 представлены варианты дуоденопластики и дренирующих желудок операций в рассматриваемых группах больных.

Таблица 5

Варианты дуоденопластики и дренирующих желудок операций

Варианты операций и группы больных	**ДП типа Финнея**	**Обратн. вариант Финнея**	**ДП II тип Финнея**	**ДП с доз.пилоротом.**	**ДП симметрич. дивертикулах**	**Бульбодуоденоанастомоз**	**Поперечный ГДА**	**ГДА по Жабуле**	**ПП по Финнею**
I группа (СПВ+ДП) n=88	59	6	5	5	7	6	-	-	-
II группа (СПВ+ДО) n=60	-	-	-	-	-	-	52	2	6
Всего	59	6	5	5	7	6	52	2	6

Среди вариантов операции наиболее часто (65 больных) выполнена дуоденопластика типа Финнея. Она применялась при асимметричной кисетной рубцово-язвенной деформации, когда стенозированный участок луковицы ДПК располагался со стороны верхней полукружности (большой кривизны) кишки, а псевдодивертикул луковицы – со стороны нижней полукружности (малой кривизны) (рис. 1).

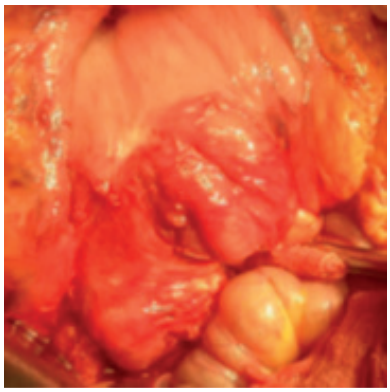


Рис. 1. Асимметричная рубцово-язвенная деформация базального уровня ДПК с формированием псевдодивертикула по большой кривизне луковицы

Техническое выполнение дуоденопластики при асимметричной рубцово-язвенной деформаци ДПК с образованием псевдодивертикула по большой кривизне луковицы представлено на рис. 2.

Рис. 2. Вариант дуоденопластики при луковичном дуоденостенозе с локализацией псевдодивертикула со стороны малой кривизны ДПК

При расположении псевдодивертикула луковицы со стороны верхней полукружности (большая кривизна) ДПК у 6 больных производился атипичный вариант дуоденопластики типа Финнея с обратно расположенной линией разреза дуоденотомии вогнутостью, обращенной в сторону большой кривизны (рис. 3).

У 7 больных при локализации стенозирующего рубца на передней стенке и наличии двух симметричных псевдодивертикулов со стороны малой и большой кривизны луковицы ДПК, после мобилизации псевдодивертикулов и постстенотического отдела ДПК, отступя от привратника на 1–1,5 см, производились два подковообразных разреза со стороны малой и большой кривизны, переходящих от псевдодивертикулов на постстенотический отдел ДПК (рис. 4).

Рис. 3. Вариант дуоденопластики при луковичном дуоденостенозе с локализацией псевдодивертикула со стороны большой кривизны ДПК

Рис. 4. Симметричная деформация: а - базальное расположение язвы; б - вид дуоденотомии; в - форма дуоденопластики (окончательный вид операции)

На задней стенке узловыми швами формировались две симметричные «шпоры» со стороны малой и большой кривизны. Передняя стенка ушивалась двухрядными узловыми швами, первый – по Пирогову-Матещуку в непосред-ственной близости от привратника, второй – серозно-мышечные узловые швы между препилорическим отделом желудка и постстенотическим отделом ДПК. Тем самым сохранялся интактность привратника.

При ширине надстенотического участка менее 2 см, интактности привратника, наличии одного или двух псевдодивертикулов со стороны большой или малой кривизны ДПК имеется техническая возможность выполнения следующиго варианта дуоденопластики, представленного на рисунке 5.

При расположении стеноза близко от привратника, но без вовлечения его в рубцовый процесс у 5 больных линию подковообразной дуоденотомии проводили в непосредственной близости от привратника (1 см) с переходом на постстенотиче-

ский отдел ДПК, формируют два киля по обеим кривизнам, а для формирования передней стенки дуоденопластики первый ряд формируют узловыми швами по Пирогову-Матещуку, но без захвата мышц привратника, а второй ряд швов накладывают над привратником, между двенадцатиперстной кишкой и препилорическим отделом желудка.

Рис. 5. Дуоденопластика при базальном луковичном дуоденостенозе без вовлечения привратника в рубцово-язвенный процесс

При частичном вовлечѐнии привратника в рубцовый процесс у 5 больных использовали модификацию дуоденопластики с дозированной пилоротомией. При этом подковообразный разрез двенадцатиперстной кишки, используемый в предыдущих случаях, дополняют парциальной поперечной пилоротомией в зоне рубцового втяжения привратника. Для формирования передней стенки дуоденопластикипервый ряд накладывают узловыми швами по Пирогову-Матещуку, но без захвата мышц привратника, второй ряд швов накладывают над привратником, между двенадцатиперстной кишкой и препилорическим отделом желудка (рис. 6). Это ведѐт к восстановлению проходимости двенадцатиперстной кишки и привратника, не нарушая его функции.

Рис. 6. Дуоденопластика с дозированной пилоротомией при луковичном дуоденостенозе с вовлечением привратника в рубцово-язвенный процесс

Под наблюдением находилось 22 больных с локализацией стеноза на постбульбарном уровне ДПК. Данная локализация характеризовалась разнообразием видов надстенотической деформации (рис. 7).

При расположении стенозированного участка в залуковичной части двенадцатиперстной кишки, когда над стенозом имеется расширенная симметрично расположенная луковица в виде мешковидного дивертикула, а расстояние от привратника до стеноза составляет не менее 3 см. При этом после поэтапного освобождения луковицы из рубцово-спаечных наслоений и мобилизации постстенотического отдела ДПК между луковицей и постстенотическим отделом формируют бульбодуоденоанастомоз двухрядными узловыми швами.

Рис. 7. Виды надстенотических деформаций при постбульбарном дуоденостенозе

После освобождения луковицы ДПК из рубцовых сращений и мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру, между пре - и постстенотическими отделами ДПК накладывали первый ряд серозно-мышечных швов. Производили два одинаковых по длине поперечных разреза (дуоденотомию) выше и ниже стенозированного участка, на заднюю стенку дуодено-дуоденоанастомоза накладывали второй ряд узловых швов через все слои стенки кишки. Затем накладывались два ряда узловых швов на переднюю стенку анастомоза, первый – по Пирогову-Матещуку, второй – серозно-мышечные узловые швы. При этом ширина анастомоза должна составлять около 4 см. На рис. 8 представлена методика выполнения бульбодуоденоанастомоза при постбульбарном дуоденостенозе.

Трубчатые стенозы могут быть расположены на различных уровнях: базально, корпорально, постбульбарно, со стороны малой кривизны, со стороны большой кривизны ДПК, по середине. Их протяженность составлял от 2 до 4 см (рис. 9).

Рис. 8. Вариант выполнения бульбодуоденоанастомоза при постбульбарном дуоденостенозе

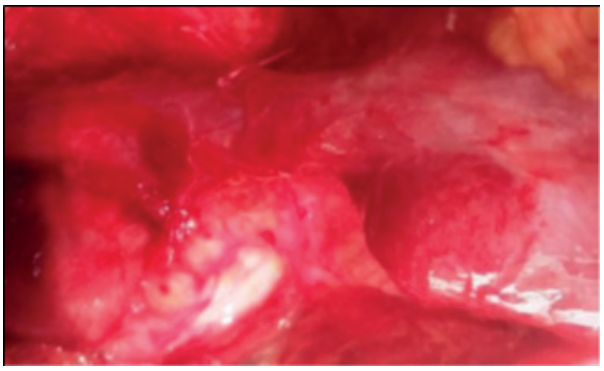


Рис. 9. Этап интраоперационного исследования. Трубчатый дуоденостеноз на уровне луковицы и постбульбарного отдела ДПК

Мы наблюдали 12 больных с данным видом рубцово-язвенного стеноза.

Рис. 10. Вариант выполнения дуоденопластики при тубулярном стенозе, расположенном по середине ДПК

Предлагаются варианты дуоденопластики в зависимости от локализации рубцово-язвенного дуоденостеноза по большой или малой кривизне двенадцатиперстной кишки. У 5 больных при тубулярном стенозе, расположенном по середине кишки, при отсутствии воспалительной инфильтрации тканей, как правило, удалось выполнить бульбодуоденоанастомоз, представленный на рисунке 11.

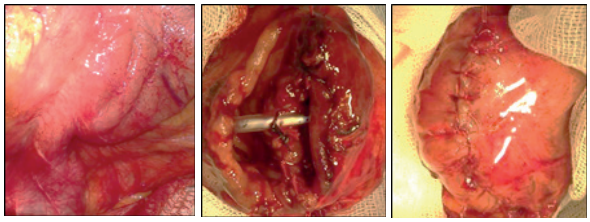
Решение задачи достигается поэтапным выделением двенадцатиперстной кишки выше и ниже стеноза, стенозированного участка из рубцово-спаечной «мантии», мобилизации по Кохеру и идентификации привратника. Дополнительно мобилизуется задняя стенка престенотического псевдодивертикула луковицы, зона протяженного стеноза и постстенотического отдела двенадцатиперстной кишки с целью расширения площади для формирования передней стенки дуоденопластики. Затем выполняется подковообразная дуоденотомия максимально близко к задней стенке пре- и постстенотического отделов кишки и зоны стеноза на всем протяжении. Задняя стенка дуоденопластики формируется путем сшивания лоскутов выше и нижележащих стенок кишки однорядными узловыми швами. При этом передняя стенка пре- и постстенотического отделов кишки максимально сближаются друг к другу. Передняя стенка формируется путем ушивания верхнего и нижнего лоскутов двухрядными узловыми швами с использованием стенотического участка (первый ряд - узловыми швами по Пирогову-Матещуку, второй – отдельными серозно-мышечными узловыми швами). После завершения дуоденопластики зона стеноза расширяется до 3,5-4 см, полностью восстанавливается проходимость по двенадцатиперстной кишке, сохраняется пилорический сфинктер.

а *б* *в*

Рис. 11. Способ дуоденопластики при локализации протяженного дуоденостеноза по большой кривизне двенадцатиперстной кишки: а – протяженный рубцово-язвенный дуоденостеноз; б – вид подковообразной дуоденотомии; в – дуоденоплоастика в завершенном виде

а *б* *в*

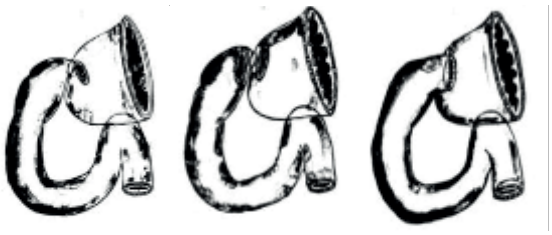
Рис. 12. Способ дуоденопластики при локализации протяженного дуоденостеноза по малой кривизне двенадцатиперстной кишки: а – протяженный рубцово-язвенный дуоденостеноз; б – вид подковообразной дуоденотомии; в – дуоденопластика в завершенном виде



а *б* *в*

Рис. 13. Дуоденопластика при протяженном рубцово-язвенном дуоденостенозе: а – вариант протяженного рубцово-язвенного дуоденостеноза; б – вид подковообразной дуоденотомии; в – дуоденопластика в завершенном виде

При собственно пилоростенозе (7 больных) и луковичном дуоденостенозе с вовлечением привратника в рубцово-язвенный процесс (8 больных), луковичном дуоденостенозе без вовлечения привратника (37 больных), но коротком (менее 1-1,5 см) престенотическом участке луковицы, когда отсутствуют технические возможности сохранения целостности привратника, мы отдаѐм предпочтение поперечному ГДА, который выполнялся по следующей методике (рис. 14 и 15).



а *б* *в*

Рис. 14. Поперечный гастродуоденоанастомоз при луковичном стенозе с вовлечением привратника в рубцово-язвенный процесс: а – вид стеноза; б – поперечные разрезы ДПК и препилорического отдела желудка; в – вид после завершения операции

Рис. 15. Поперечный гастродуоденонастомоз при собственно пилоростенозе

После мобилизации постстенотического отдела ДПК и освобождения привратника от рубцово-спаечных наслоений, между препилорическим отде-лом желудка и постстенотическим отделом ДПК накладывается ряд серозно-мышечных швов отступя от привратника на 0,5 см. Просветы желудка и ДПК вскрываются в строго поперечном направлении на протяжении 35 мм, накладывается второй ряд узловых швов на заднюю стенку анастомоза.

На переднюю стенку анастомоза накладываются швы по Пирогову-Матещуку и серозно-мышечные швы (рис. 15). Производится мезоперитонезация анастомоза путѐм подшивания свободного края «мантии» ДПК к линии швов анастомоза.

ГДА по Жабуле применяли у 2 больных с воспалительным инфильтратом в зоне луковичного стеноза при отсутствии условий для выполнения других видов дренирующих операций.

Пилоропластика по Финнею применена у 6 больных с истинным пилоростенозом (2) и луковичным дуоденостенозом с вовлечением привратника в рубцово-язвенный процесс (4).

Заключение

Таким образом, ДП - нестандартное пластическое вмешательство, требующее творческого подхода в выборе технических способов восстановления проходимости ДПК. Топографо-анатомический принцип выбора ДП и ДО реализуется на основании интраоперационной ревизии пилородуоденального сегмента, при которой определяется морфологическая форма и локализация рубцово-язвенного стеноза, его отношение к пилорическому сфинктеру, что приобретает конкретное практическое значение для выполнения вариантов пластического восстановления проходимости ДПК с сохранением целостности пилорического сфинктера. ДО являются во многом вынужденными вмешательствами, так как топографо-анатомические и морфологические критерии, выявленные интраоперационно, не всегда позволяют сохранять целостность пилорического сфинктера. Их применение должно быть обосновано невозможностью сохранения привратника по топографо-анатомическим и морфологическим критериям. Знание закономерностей морфологической обусловленности основных анатомических признаков сегментарных и тубулярных стенозов позволяют хирургу определить точную их локализацию и анатомическую форму сужения ДПК, интактность привратника, а это, в свою очередь, позволяет точно выбрать и выполнить оптимальный вариант пилоросохраняющей операции.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Богопольский П.М., Крылов Н.Н., Балалыкин Д.А., Бабкин О.В., Бабкин Д.О. К истории хирургического лечения язвенной болезни // История медицины, 2015. – Т.2, № 3. – С. 333-350.

2. Дидигов М.Т., Дурлештер В.М., Ключников О.Ю. Способ бульбодуоденопластики при осложненной хронической язве задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2014. – № 4. – С. 11-14.

3. Дидигов М.Т., Дурлештер В.М., Карипиди Г.К., Бабенко Е.С., Ключников О.Ю., Кешишян В.А. Хирургическое лечение декомпенсированного рубцово-язвенного дуоденального стеноза // Кубанский научный медицинский вестник.- 2010. - № 3 – 4(117 – 118). – С. 55-60.

4. Дурлештер В.М., Дидигов М.Т., Карипиди Г.К. Тактика лечения больных декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом двенадцатиперстной кишки // Кубанский научный медицинский вестник, 2013. - № 7 (142). – С. 81-85.

5. Крылов Н.Н., Пятенко Е.А. Вклад клиники факультетской хирургии им. Н.Н.Бурденко 1-го Московского медицинского института им. И.М.Сеченова в разработку органосберегающих операций с ваготомией для лечения язвенной болезни // История медицины.- 2016. – Т. 3, № 4. – С. 412 – 425.

6. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. — 2001. — № 1. — С. 27-32.

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

8. Курыгин А.А. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии: легенды и действительность // Вестник хирургии им. Грекова.- 2006. – Т.165, № 4.– С. 83-86.

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

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

11. Панцырев Ю.М., Чернякевич С.А., Михалёв А.И. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза // Хирургия.- 2003. - №2. – С. 16-21.

12. Репин В.Н., Репин М.В., Гудков О.С., Ефимушкина А.С., Артмеладзе М.С., Поляков С.Н. Аспекты диагностики и реконструктивно-восстановительной

REFERENCES

1. Bogopolskiy P. M., Krylov N. N., Balalykin D. A., Babkin O. V., Babkin D. O. K istorii khirurgicheskogo lecheniya yazvennoy bolezni [On the history of surgical treatment of peptic ulcer]. *Istoriya meditsiny – History of medicine*, 2015; 2 (3); 333-350.

2. Didigov M. T., Durleshter V. M., Klyuchnikov O. Yu. Sposob bulboduodenoplastiki pri oslozhnennoy khronicheskoy yazve zadney stenki lukovitsy dvenadtsatiperstnoy kishki [Method of Bulba duodenoplasty in complicated chronic ulcer of the posterior wall of the duodenal bulb]. *Khirurgiya – Surgery*, 2014; 4: 11-14.

3. Didigov M. T., Durleshter V. M., Karipidi G. K., Babenko E. S., Klyuchnikov O. Yu., Keshishyan V. A. Khirurgicheskoe lechenie dekompensirovannogo rubtsovo-yazvennogo duodenalnogo stenoza [Surgical treatment of decompensated scar-ulcer duodenal stenosis]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik – Kuban Scientific Medical Bulletin*, 2010; 3-4(117 – 118): 55-60.

4. Durleshter V. M., Didigov M. T., Karipidi G. K. Taktika lecheniya bolnykh dekompensirovannym rubtsovo-yazvennym stenozom dvenadtsatiperstnoy kishki [Tactics of treatment of patients with decompensated scar-ulcerative stenosis of the duodenum]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik – Kuban Scientific Medical Bulletin*, 2013; 7(142): 81-85.

5. Krylov N. N., Pyatenko E. A. Vklad kliniki fakultetskoy khirurgii im. N.N.Burdenko 1-go Moskovskogo meditsinskogo instituta im. I.M.Sechenova v razrabotku organosberegayushchikh operatsiy s vagotomiey dlya lecheniya yazvennoy bolezni [Contribution of the clinic of faculty surgery named after N.N. Burdenko of the 1st Moscow medical Institute named after I. M. Sechenov in the development of organ-saving operations with vagotomy for the treatment of peptic ulcer]. *Istoriya meditsiny – History of medicine*, 2016; 3(4): 412-425.

6. Kuzin M. I. Aktualnye voprosy khirurgii yazvennoy bolezni zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki [Topical issues of gastric and duodenal ulcer surgery]. *Khirurgiya – Surgery*, 2001; 1: 27-32.

7. Kulchiev A. A., Morozov A. A., Tedeev S. U., Galachiev S. M., Dzboev D. M. Khirurgicheskoe lechenie rubtsovo-yazvengnogo stenoza piloroduodenalnogo kanala [Surgical treatment of scar-ulcer stenosis of the pyloroduodenal canal]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii – Bulletin of surgical gastroenterology*, 2015; 3–4: 62-70.

8. Kurygin A. A. Vagotomiya v khirurgicheskoy gastroenterologii:legendy i deystvitelnost [Vagotomy in surgical gastroenterology: legends and reality]. *Vestnik khirurgii im. Grekova – Herald of surgery named after Grekov*, 2006; 165 (4): 83-86.

9. Lobankov V. M. Yazvennaya bolezn: kontseptsiya lechebnoy strategii [Peptic ulcer disease: the concept of therapeutic strategy]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii – Bulletin of surgical gastroenterology*, 2012; 3: 41-49.

10. Okoemov M. N., Kuzin N. M., Krylov N. N., Mayorova YU.B. Sravnitelnaya kharakteristika effektivnosti operatsiy pri yazvennom piloroduodenalnom stenoze [Comparative characteristics of the effectiveness of operations in ulcerative pyloroduodenal stenosis]. *Khirurgiya – Surgery,* 2002; 5: 26-29.

11. Pantsyrev Yu. M., Chernyakevich S. A., Mikhalev A. I. Khirurgicheskoe lechenie yazvennogo piloroduodenalnogo stenoza [Surgical treatment of ulcerative pyloroduodenal stenosis]. *Khirurgiya – Surgery*, 2003; 2: 16-21.

12. Repin V. N., Repin M. V., Gudkov O. S., Efimushkina A. S., Artmeladze M. S., Polyakov S. N. Aspekty diagnostiki i rekonstruktivno-vosstanovitelnoy khirurgii funktsionalnykh narusheniy

хирургии функциональных нарушений пищеварительной системы // Пермский медицинский журнал.- 2016. – Т.XXXIII, № 4. – С. 34-42

13. Чернов В.Н., Долгарёв С.О. Результаты лечения язвенной болезни методом радикальной дуоденопластики // Хирургия.- 2013. - № 4. – С. 48-52.

14. Чистохин С.Ю., Гончар В.Я., Блюменкранц А.Э., Белоцкая Л.В., Баятакова Д.А. Клинические и функциональные результаты органосберегающих и экономных операций на желудке с ваготомией // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН.- 2010.- № 3(73). – С. 178-183.

pishchevaritelnoy sistemy [Aspects of diagnosis and reconstructive surgery of functional disorders of the digestive system]. *Permskiy meditsinskiy zhurnal – Perm medical journal*, 2016; KHKHKHIII (4): 34-42.

13. Chernov V. N., Dolgarev S. O. Rezultaty lecheniya yazvennoy bolezni metodom radikalnoy duodenoplastiki [Results of treatment of peptic ulcer disease by radical duodenoplasty]. *Khirurgiya – Surgery*, 2013; 4: 48-52.

14. Chistokhin S. Yu., Gonchar V. Ya., Blyumenkrants A. E., Belotskaya L. V., Bayatakova D. A. Klinicheskie i funktsionalnye rezultaty organosberegayushchikh i ekonomnykh operatsiy na zheludke s vagotomiey [Clinical and functional results of organ-saving and economical gastric surgery with vagotomy]. *Byulleten VSNTS SO RAMN - Bulletin of the East Siberian Scientific Center SB RAMS*, 2010; 3(73): 178-183.

Сведения об авторах:

Кадыров Давронжон Мухамеджанович – старший научный сотрудник ГУ «Институт гастроэнтерологии», зав. лабораторией желудочно-кишечной патологии и отделения хирургии желудка и кишечника, д.м.н.; тел.: (+992) 93 527 99 40

Кодиров Фарход Давронжонович – врач-хирург отделения хирургии желудка и кишечника ГУ «Институт гастроэнтерологии», к.м.н.; тел.: (+ 992) 91 998 38 30

Сафаров Джобир Бекмуродович – врач-хирург отделения хирургии желудка и кишечника ГУ «Институт гастроэнтерологии»; тел.: (+992) 93 567 03 03

Амонов Улугбек Мухамадиевич – врач-хирург отделения хирургии желудка и кишечника ГУ «Институт гастроэнтерологии»; тел.: (+992) 98 752 03 03

Табаров Зафар Валиевич – врач-хирург отделения хирургии печени и поджелудочной железы ГУ «Институт гастроэнтерологии»; тел.: (+992) 98 857 61 16

Сайдалиев Ширинджон Шарипович – асс. кафедры хирургических болезней № 1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.; тел.: (+ 992) 918 67 36 01

Information about authors:

Kadyrov Davronzhon Mukhamedzhanovich – Senior Research Officer of the State Establishment «Institute of Gastroenterology» of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, Head of the Laboratory of Gastrointestinal Pathology and Department of Gastric and Intestinal Surgery, Doctor of Medical Sciences; tel: (+992) 93 527 99 40

Kodirov Farkhod Davronzhonovich – the Surgeon of the Department of Gastric and Intestinal Surgery of the State Establishment «Institute of Gastroenterology» of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, Candidate of Medical Sciences; tel.: (+ 992) 91 998 38 30

Safarov Dzhobir Bekmurodovich – the Surgeon of the Department of Gastric and Intestinal Surgery of the State Establishment «Institute of Gastroenterology» of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan; tel.: (+992) 93 567 03 03

Amonov Ulugbek Mukhamadievich – the Surgeon of the Department of Gastric and Intestinal Surgery of the State Establishment «Institute of Gastroenterology» of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan; tel.: (+992) 98 752 03 03

Tabarov Zafar Valievich – the Surgeon of the Department of Liver and Pancreatic Surgery of the State Establishment «Institute of Gastroenterology» of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan; tel.: (+992) 98 857 61 16

Saydaliev Shirindzhon Sharipovich – Assistant of the Department of Surgical Diseases №1 of the Avicenna Tajik State Medical University, Candidate of Medical Sciences; tel.: (+ 992) 918 67 36 01

ИНТИХОБИ ПРИНСИПИ ТОПОГРАФӢ - АНОТОМИИ ҶАРРОҲИИ ПИЛОРУСНИГОҲДОРАНДА ҲАНГОМИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ УЗВНИГОҲДОРАНДАИ ҶАРОҲАТӢ-ЗАХМӢ

ҚОДИРОВ Д.М., ҚОДИРОВ Ф.Д., САФАРОВ Б.Х., АМОНОВ У.М., ТАБАРОВ З.В., САЙДАЛИЕВ Ш.Ш.

МД «Пажуҳишгоҳи гастроэнтерология»- ВТ ва ҲИА ҶТ

Мақсади тадқиқот. *Мутобиқгардонии интихоби ҷарроҳии пилоруснигоҳдоранда хангоми табобати ҷарроҳии узвнигоҳдорандаи дуоденостенозҳои ҷароҳатноку захмин.*

Мавод ва усулҳои тадқиқот. *Натиҷаи ташхис ва табобати ҷарроҳии 148 бемор бо дуоденостенозҳои ҷароҳатноку захмин нишон дода шудааст, ки дар 88 нафари он ваготомияи селективӣ-проксималӣ (ВСП) дар ҳамбастагӣ бо дуоденопластика истифода шуда, дар 60 нафар ВСП бо ҷарроҳии дренажкунии меъда гузаронида шуд.*

Стенози компенсаторӣ дар 31 (20,9%), субкомпенсаторӣ дар 73 (49,3%) ва декомпенсаторӣ – дар 44 (29,8%) бемор ташхис карда шуд. Натиҷаи санҷиши дохиличарроҳии мавзеи пилородуоденалӣ таҳлил карда шуд. Паҳлуҳои зерин ба инобат гирифта шуданд: ҷойгиршавии стеноз нисбат ба ҳалкамушаки пилорикӣ ва девораи контрлатералии рӯдаи дувоздаҳангушта, дарозӣ ва шакли морфологии стеноз, ҷойгиршавӣ ва паҳнии қитъаи пешазстенозии пиёзаки рӯдаи дувоздаҳангушта.

Натиҷаҳо. *Намудҳои морфологии дуоденостеноз маълум карда шуд: (16,8%) - захмӣ-илтиҳобӣ, (18,2%)-ҷароҳатӣ- захмӣ ё (65%)- ҷароҳатӣ. Ҷойгиршавиҳои зерини стеноз маълум карда шуд: (4,8%)-пилоростеноз, (19,6%)-дуоденостенози пиёзаки рӯдаи дувоздаҳангушта бо фарогирии ҳалкамушак, (34,4%)-дуоденостенози пиёзак бе фарогирии ҳалқамушак ва (41,2%)- стенози баъди пиёзак. Дар 122 бемор (82,5%) стенози даврӣ ва дар 26 бемори (17,5%) стенеози дароз (нойӣ) муайян гардид. Истифодаи принсипи топографӣ-анатомӣ имкон фароҳам овард, ки то 6 намуди дуоденопластика иҷро карда шавад. Ҷарроҳиҳои дренажии меъда дар дар мавриди ғайриимкон будани иҷрои дуоденопластика истифода бурда мешавад.*

Хулоса. *Интихоби принсипи топографӣ-анатомии намуди ҷарроҳии пилоруснигоҳдоранда дар асоси санҷиши дохиличарроҳии қисми пилородуоденалӣ иҷро карда мешавад, ки барои гузаронидани ҷарроҳиҳои нигаҳдории ҳалқамушаки пилорикӣ аҳамияти амалӣ дорад.*

Калимаҳои асосӣ: *бемории захми рӯдаи дувоздаҳангушта, дуоденостеноз, ҷарроҳиҳои узвнигоҳдоранда, дуоденопластика*

УДК 576.344: 618.3 (584.3) **doi: 10.31712/2221-7355-2019-9-2-152-158**

ОСОБЕННОСТИ ГИСТОЛОГИИ ПЛАЦЕНТ И ЭКСПРЕССИИ ФАКТОРОВ АНГИОГЕНЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

[1]КАМИЛОВА М.Я., [2]КОЛОБОВ А.В., [3]ДЖУРАЕВ А.С., [1]ЮНУСОВА С.Х.

[1]ГУ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ
[2]Санкт-Петербургский государственный университет
[3]ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. *Изучить гистологические особенности плацент и экспрессии маркеров ангиогенеза TGF–β1 и bFGF у беременных женщин с рубцом на матке.*

Материал и методы. *Проведены гистологические и иммуногистохимические исследования 10 плацент женщин с физиологическим течением беременности и родов и 12 плацент женщин с рубцом на матке, плацентацией по передней стенке.*

Результаты. *У женщин с рубцом на матке и плацентацией по передней стенке хроническая плацентарная недостаточность чаще проявляется гипопластической формой с выраженными циркуляторными нарушениями, а также выраженными или слабо выраженными компенсаторно-приспособительными изменениями. Установлена тенденция к снижению экспрессии bFGF и статистически значимое повышение экспрессии TGF–β1.*

Заключение. *В основе патогенеза развития хронической плацентарной недостаточности у женщин с рубцом на матке и плацентацией по передней стенке лежат функциональные нарушения в эндотелиоцитах и макрофагах из-за дисбаланса между ангиогенными и антиангиогенными факторами роста.*

Ключевые слова: *рубец на матке, плацентарная недостаточность, гистологическая картина плацент, экспрессия факторов роста TGF–β1 и bFGF*

THE HISTOLOGICAL SPECIALITIES OF PLACENTES AND ANGIOGENESIS GROWS FACTORS EXPRESSION IN WOMEN WITH UTERUS SUTURE

[1]KAMILOVA M.YA., [2]KOLOBOV A.V., [3]DZHURAEV A.S., [1]YUNUSOVA S.KH.

[1]State Establishment "Tajik Scientific-Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology" of the Ministry of Health and Social Protection of population of the Republic of Tajikistan
[2]Saint Petersburg State University
[3]Avicenna Tajik State Medical University

Aim. *To estimate histological features of placenta and degree of angiogenesis factors TGF–β1 u bFGF expression in woman with uterus suture.*

Material and Methods. *The histological and immunohistochemical studies of placenta of 10 healthy women and placenta of 12 women with suture in uterus, placentation on the front wall were conducted.*

Results. *The chronic placental insufficiently in women with uterus suture and placentation on the front wall more often manifests itself by hypoplastic form with circulation disorders of high degree, also light or acute form of adaptive reaction. The tendency to decreasing of bFGF expression and statistically significance increasing of TGF–β1 expression was estimated.*

Conclusion. *The pathogenesis of placental insufficiently in women with uterus suture, and placentation on the front wall characterizes with functional disorders in cells of endothelial, macrophages as results of angiogenesis factors TGF–β1 u bFGF disbalance.*

Key words: *uterus suture, placental insufficiently, histological features of placenta, expression angiogenesis factors TGF–β1 u bFGF*

Актуальность

Одной из особенностей современного акушерства является прогрессирующий рост частоты кесарева сечения во всем мире. При этом появилась новая проблема, заключающаяся в необходимости обеспечения благоприятных акушерских и перинатальных исходов [3].

Одним из осложнений беременности у пациенток с рубцом на матке является плацентарная недостаточность. В России в структуре показаний для плановой повторной операции хроническая плацентарная недостаточность составляет 55%. Неблагоприятные факторы, одним из которых является рубец на матке, снижают возможности клеток эндотелия синтезировать оксид азота, в то время как сосудосуживающие вещества синтезируются в прежних количествах, в результате этой диспропорции развивается дисфункция эндотелия. Процесс ангиогенеза в плаценте нарушается из-за изменений регуляции ангиогенных факторов при плацентарной недостаточности [2, 4, 6].

Проблема рубца на матке актуальна для перинатальных исходов ввиду изменений тканей матки, являющихся причиной неполноценной плацентации и функционирования плаценты. Дистрофические изменения в области передней стенки прооперированной матки отражаются на её моторике и трофике передней стенки. Это приводит к нарушениям кровотока в сосудах матки и плаценты, более выраженных при локализации плаценты по передней стенке, что резко ухудшает прогноз беременности, касающийся как состоятельности рубца, так и развития плода ввиду развития плацентарной недостаточности и преэклампсии [5, 7].

Изучение механизмов развития плацентарной недостаточности у беременных с рубцом на матке заслуживает особого внимания в связи с необходимостью прогнозирования, своевременной диагностики, необходимостью правильного подбора препаратов для профилактики и терапии данного осложнения беременности.

Вопросы терапии плацентарной недостаточности в настоящее время широко изучаются. Однако взгляды специалистов акушерского сообщества на возможности её лечения весьма противоречивы [1]. Для определения возможностей терапии и профилактики плацентарной недостаточности у беременных с рубцом на матке важно изучение непосредственных механизмов патогенеза развития плацентарной недостаточности.

Цель исследования

Изучить гистологические особенности плацент и экспрессии маркеров ангиогенеза TGF–β1 и bFGF у беременных женщин с рубцом на матке.

Материал и методы исследования

Обследованы 10 последов женщин с физиологически протекавшими беременностью и родами (контрольная группа) и 12 последов женщин с рубцом на матке и плацентацией по передней стенке (основная группа). Критериями включения в основную группу явились: репродуктивный возраст, кесарево сечение по Старку в анамнезе. Критериями включения в контрольную группу явились: репродуктивный возраст, повторная беременность, отсутствие экстрагенитальной патологии и осложнений беременности. Критериями исключения из обеих групп явилась такая соматическая патология, как сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, метаболический синдром, хронические заболевания почек.

Для гистологического исследования готовили парафиновые срезы толщиной 3-5 мкм. Для обзорной окраски использовали гематоксилин и эозин. При световой микроскопии с помощью микроскопа Olympus CX-31 оценивали: соответствие строения виллезного дерева сроку гестации, циркуляторные нарушения, наличие воспалительных изменений и стадии их распространения, степень компенсаторно-приспособительных изменений в плаценте. При наличии хронической плацентарной недостаточности определяли форму и стадию процесса. Изучение экспрессии белков иммуногистохимическим методом проводили на препаратах, приготовленных из плацент (парафиновые срезы толщиной 5 мкм). Оценка иммуногистохимической реакции выполнялась по стандартной методике (Петров С.В., Райхлин Н.Т., 2004). Иммуногистохимическая реакция проводилась с использованием моноклональных мышиных антител к TGF–β1 (Novocastra, 1:40) и bFGF (Santa Cruz Biotechnology, 1:50). Для количественного анализа кровеносных сосудов оценивали экспрессию в эндотелиальных клетках сосудистого компонента ворсинчатого хориона. Морфометрическим исследованием оценивали результаты окрашивания и использовали компьютерный анализ изображений, полученных на фотографиях с использованием цифровой камеры Olympus-BX46 (Olympus Corp., Япония) (программное обеспечение «CellSensEntry»). В материале от каждой женщины проводили анализ в 5 полях зрения. Расчет количе-

ственных характеристик осуществляли при помощи программы «Морфология 5.0» (Видео-Тест, Россия). Экспрессию маркеров ангиогенеза оценивали по площади экспрессии, рассчитанной как отношение площади, занимаемой иммунопозитивными клетками, к общей площади клеток в поле зрения в процентах.

Статистическую обработку полученных результатов выполняли с использованием пакета статистического анализа «STATGRAPHICS 6.0» (Statgraphics Technologies, Inc., США). Методы дескриптивной статистики включали в себя определение относительных показателей (долей в %) и вычисление абсолютных величин с вычислением оценки среднего арифметического (M) и его средней ошибки среднего значения (m). Дисперсионный анализ проводился по Манну-Уитни. Нулевая гипотеза отвергалась при α =0,05.

Результаты и их обсуждение

В плацентах контрольной группы в структуре ворсинчатого хориона преобладали терминальные зрелые ворсины, численность которых составила 70% от общего количества ворсин. Ворсины промежуточного типа составили 18%, стволовые ворсины - 12% от общего количества ворсин. В плацентах женщин с рубцом на матке и плацентацией по передней стенке строение виллезного дерева плаценты соответствовало сроку гестации в 3 (25 %) случаев. Хроническая плацентарная недостаточность гистологически диагностирована у 9 (75%) женщин. У 4 (44,4%) женщин с рубцом на матке и плацентацией по передней стенке имело место субкомпенсированное диссоциированное развитие плаценты. Отмечены нарушения формирования терминальных ворсин с преобладанием промежуточных зрелых ворсин, что подтверждает незрелость виллезного дерева.

В 5 (55,5%) случаях диагностирован гипопластический тип развития плаценты. Он характеризовался маленькими размерами ворсин хориона и уменьшением числа терминальных ворсин и капилляров.

В плацентах женщин контрольной группы в 4 (40%) случаях установлены циркуляторные нарушения умеренной степени, которые характеризовались умеренным кровенаполнением промежуточных ворсин хориона.

Выраженная степень циркуляторных нарушений, характеризующаяся диффузной гиперваскуляризацией венозно-капиллярного типа и неравномерным кровенаполнением сосудистого русла терминальных и промежуточных ворсин хориона, диагностирована в 1 зрелой плаценте из контрольной группы (рис. 1).

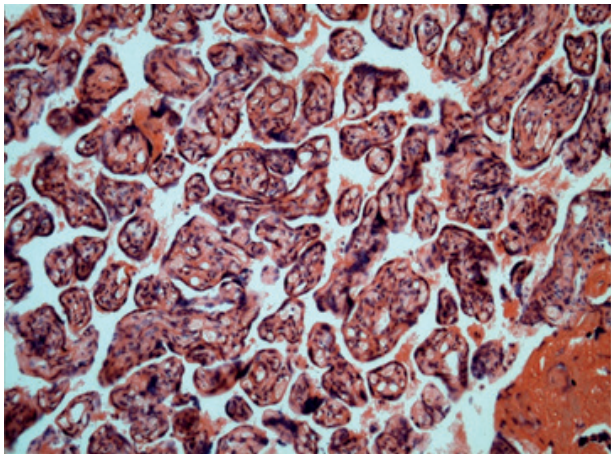


Рис. 1. Г-э. ×100. Циркуляторные нарушения в плаценте контрольной группы

В плацентах женщин основной группы нами обнаружена выраженная степень циркуляторных нарушений - в 9 случаях, которая проявлялась неравномерной гиперваскуляризацией и неравномерным полнокровием сосудов всех уровней без формирования артерио-венозных анастомозов и уменьшением количества синцитио-капиллярных мембран.

Компенсаторно-приспособительные изменения в плацентах контрольной группы проявлялись умеренной степенью и характеризовались единичными синтициальными узелками.

В плацентах (3 случая) с гипопластической формой ХПН имелись слабо выраженные компенсаторно-приспособительные изменения, в 2 плацентах – выраженные изменения с обилием синцитиальных узелков.

В плацентах с диссоциированной формой плацентарной недостаточности (4 случая) установлена умеренная степень приспособительных реакций.

Воспалительные изменения в последах женщин основной группы выявлены в 2 случаях, что составило 16,6%. Воспалительные изменения характеризовались мембранитом и фуникулитом.

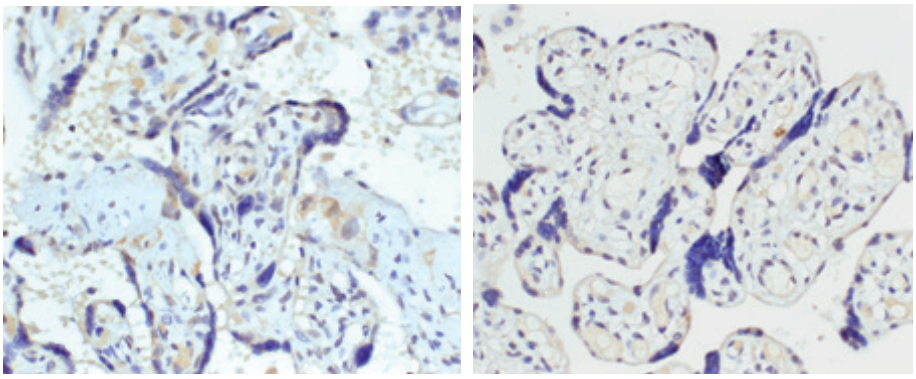
Согласно полученным нами результатам гистологического исследования, у беременных с рубцом на матке, плацентацией по передней стенке и захватом области нижнего маточного сегменте развивается хроническая плацентарная недостаточность в 75% случаев, что объясняет неблагоприятные условия развития плодов и возникновение синдрома задержки разви-

тия плода. При изучении перинатальных исходов у этих женщин установлено, что у всех новорожденных от матерей с рубцом на матке, плацентацией по передней стенке и развившейся хронической плацентарной недостаточностью антропометрические показатели были ниже должных (диагностирована гипотрофия 2-й степени). Оценка этих новорожденных при рождении по шкале Апгар была низкой (в 2 случаях – 6 баллов, в 4 случаях – 5 баллов, в 3 случаях – 4 баллов). В двух случаях произошла ранняя неонатальная смерть из-за дыхательной недостаточности, обусловленной асфиксией при рождении.

Таким образом, у женщин с рубцом на матке и плацентацией по передней стенке хроническая плацентарная недостаточность чаще проявлялась гипопластической формой со значительными циркуляторными нарушениями и выраженными или слабо выраженными компенсаторно-приспособительными изменениями.

Изучение клинико–лабораторно–гистологических параллелей показало, что у беременных с рубцом на матке, плацентацией по передней стенке условия для развития плаценты являются неблагоприятными, формируется хроническая плацентарная недостаточность с нарушением гормональной, гемодинамической функций плаценты и, соответственно, условия пренатального развития плода также являются неблагоприятными, что приводит к развитию СЗРП, асфиксии плода, повышению показателей перинатальной заболеваемости и смертности.

Анализ данных иммуногистохимического исследования степени экспрессии TGF–β1 установил, что экспрессия данного маркера отмечалась в плацентарных макрофагах и эндотелиоцитах сосудов ворсин хориона.



(1) *(2)*

Рис. 2. ИГХ × 400. Экспрессия TGF–β1 в строме ворсинок хориона у женщин основной (1) и контрольной групп (2)

Установлено статистически значимое ($p<0,05$) повышение относительной площади экспрессии TGF–β1 (12,24±1,36%) у женщин с рубцом на матке и плацентацией по передней стенке, по сравнению с соответствующим показателем у здоровых женщин (2,83±0,54%) – U-критерий Манна-Уитни равен 0 при критическом значении заданной численности сравниваемых групп 29 (рис. 3).

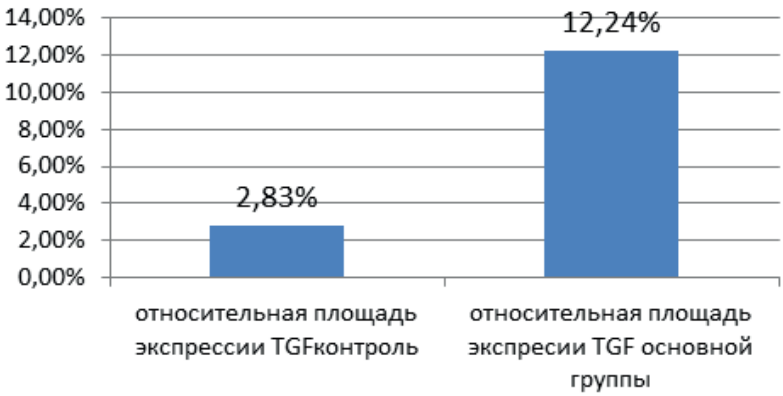
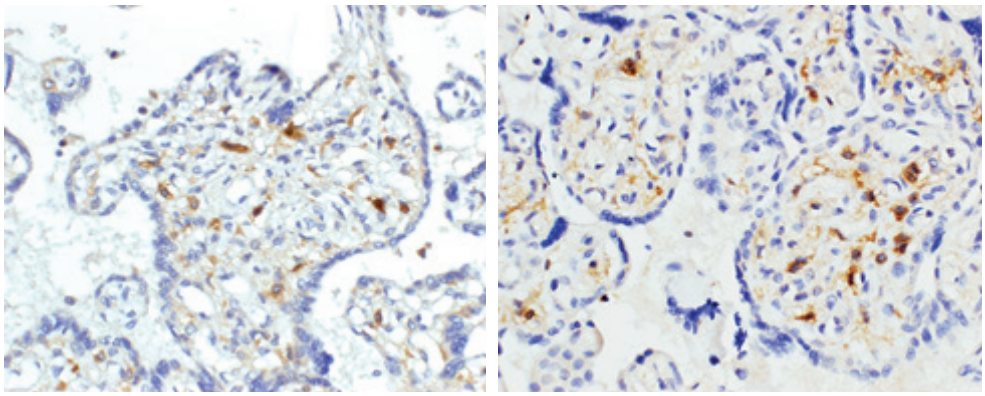


Рис. 3. Показатели экспрессии TGF

TGF–β1 контролирует пролиферацию, клеточную дифференцировку и другие функции в большинстве клеток, участвует в иммунном ответе. Обладает антипролиферативным действием. Этот белок выделяется клетками в частности макрофагами во внеклеточное пространство.

Иммуногистохимическое исследование экспрессии bFGF выявило экспрессию данного маркера ангиогенеза в строме ворсин хориона, фибробластах, макрофагах и эндотелиоцитах.

Статистически значимого различия в степени экспрессии bFGF в строме вормин хориона женщин контрольной (5,98±0,89%) и основной групп (4,56±0,23%) не установлено.



(1) *(2)*

Рис. 4. ИГХ × 400. Экспрессия bFGF в строме ворсинок хориона у женщин контрольной группы (1) и основной групп (2)

Заключение

Таким образом, у женщин с рубцом на матке, плацентацией по передней стенке отмечается дисбаланс между ангиогенными (bFGF) и антиангиогенными (TGF–β1) факторами роста – тенденция к снижению bFGF и повышение TGF–β1, в результате чего отмечаются функциональные нарушения в эндотелиоцитах и макрофагах, что лежит в основе патогенеза развития хронической плацентарной недостаточности у данного контингента пациенток.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахманов Ф.М., Расулова Г.Т., Бойматова З.К. и др. Пренатальное развитие плода при беременности высокого риска.– Душанбе.: Азия-Принт, 2010. – 159 с.

2. Баринов С.В., Биндюк А.В., Ралко В.В. и др. К вопросу о родоразрешении беременных с рубцом на матке // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2015. - №4. – С. 29-33

3. Доброхотова Ю.Э., Кузнецова П.А., Копылева Ю.В. Кесарево сечение: прошлое и будущее // Гинекология.- 2015. – №3. – С. 24-31.

4. Ковалёв Е.В., Занько Ю.В., Яроцкая Н.Н. Оценка показателей перекисного окисления липидов, антиоксидантной системы крови и состояния эндотелия у пациентов при формировании задержки роста плода // Вестник ВГМУ. – 2014. – Т.13, №5. – С. 74-80.

REFERENCES

1. Abdurakhmanov F. M., Rasulova G. T., Boymatova Z. K., *Prenatalnoe razvitie ploda pri beremennosti vysokogo riska* [Prenatal development of the fetus in high-risk pregnancy]. Dushanbe, Aziya-Print Publ., 2010; 159.

2. Barinov S. V., Bindyuk A. V., Ralko V. V., K voprosu o rodorazreshenii beremennykh s rubtsom na matke [On the issue of delivery of pregnant women with uterine scar]. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa – Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*, 2015; 4: 29-33.

3. Dobrokhotova Yu. E., Kuznetsova P. A., Kopyleva Yu. V. Kesarevo sechenie: proshloe i budushchee [Caesarean section: past and future]. *Ginekologiya – Gynecology*, 2015; 3: 24-31.

4. Kovalev E. V., Zanko Yu. V., Yarotskaya N. N. Otsenka pokazateley perekisnogo okisleniya lipidov, antioksidantnoy sistemy krovi i sostoyaniya endoteliya u patsientov pri formirovanii zaderzhki rosta ploda [Evaluation of lipid peroxidation, antioxidant system of blood and endothelial state in patients with formation of fetal growth retardation]. *Vestnik VGMU – Journal "Vestnik of Vitebsk State Medical University"*, 2014; 13(5): 74-80.

5. Chaiworapongsa T., Romero R., Korzeniewski S.J. et al. Maternal plasma concentrations of angiogenic/anti-angiogenic factors in the third trimester of pregnancy to identify the patient at risk for stillbirth at or near term and severe late preeclampsia // Am. J . Obstet. Gynecol.- 2013. –Vol. 208 (4). – P. 287

6. Hsieh T-T., Chen S-F., Lo L-M. et al. The Association Between Maternal Oxidative Stress at Mid-Gestation and Subsequent Pregnancy Complications // *Reproductive Sciences*. – 2015. – Vol. 19 (5). – P. 505-512.

7. Pregnancy outcome in women with previous one Caesarean section. // J. Clin. Diagn. Res.- 2014. – Vol. 8 (2). – P. 99-102.

5. Chaiworapongsa T., Romero R., Korzeniewski S. J., Maternal plasma concentrations of angiogenic/anti-angiogenic factors in the third trimester of pregnancy to identify the patient at risk for stillbirth at or near term and severe late preeclampsia. *Am. J . Obstet. Gynecol.*, 2013; 208 (4): 287.

6. Hsieh T-T., Chen S-F., Lo L-M., The Association Between Maternal Oxidative Stress at Mid-Gestation and Subsequent Pregnancy Complications. *Reproductive Sciences*, 2015; 19(5): 505-512.

7. Pregnancy outcome in women with previous one Caesarean section. *J. Slin. Diagn. Res.*, 2014; 8(2): 99-102.

Сведения об авторах:

Камилова Мархабо Ядгаровна – руководитель акушерского отдела ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ, д.м.н., доцент; тел.: (+992) 935009425; e-mail: marhabo1958@mail.ru

Колобов Андрей Викторович – зав. кафедрой патологоанатомии; e-mail: kolobochek71@mail.ru

Джураев Олим Салимович – зав. патологоанатомическим отделением ГУ НМЦ «Шифобахш»; e-mail: alim-jouraev@mail.ru

Юнусова Сураё Хурсандовна – зав. отделением ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ

Information about authors:

Kamilova Markhabo Yadgarovna – Manager of Obstetrics Division of the State Establishment "Tajik Scientific-Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology" of the Ministry of Health and Social Protection of population of the Republic of Tajikistan, Doctor of Medical Sciences; e-mail: marhabo1958@mail.ru

Kolobov Andrey Viktorovich – Head of the Department of Pathological Anatomy; e-mail: kolobochek71@mail.ru

Dzhuraev Olim Salimovich – Head of the Pathologoanatomic Division of the State Establishment "National Medical Center «Shifobakhsh»"; e-mail: alim-jouraev@mail.ru

Yunusova Surae Khursandovna – Head of the Department of of the State Establishment "Tajik Scientific-Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology" of the Ministry of Health and Social Protection of population of the Republic of Tajikistan

ХУСУСИЯТҲОИ ГИСТОЛОГИИ ҲАМРОҲАК ВА ЭКСПРЕССИЯИ ОМИЛҲОИ АНГГИОГЕНЕЗ ДАР ЗАНОНИ ҲОМИЛАИ ДОРОИ ҶАРОҲАТ ДАР БАЧАДОН

[1]КОМИЛОВА М.Я., [2]КОЛОБОВ А.В., [3]ҶУРАЕВ А.С., [1]ЮНУСОВА С.Х.

[1]МД «Пажуҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологӣ»- и ВТ ва ҲИА ҶТ
[2]Донишгоҳи давлатии Санкт-Петербург
[3]ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Мақсади тадқиқот. *Омӯзиши хусусиятҳои гистологии ҳамроҳак ва экспрессияи омилҳои антигенези TGF-β_1 ва iFGF дар занони ҳомилаи дорои ҷароҳат дар бачадон.*

Мавод ва усулҳои тадқиқот. *Таҳқиқоти гистологӣ ва иммуногистокимиёвии 10 ҳамроҳакҳои занони дорои ҳомиладории физиологӣ ва таваллуд ва 12 ҳамроҳакҳои заноне, ки дар бачадон ҷароҳат дошта, ҳамроҳак дар деворчаи пеш ҷойгир аст, гузаронида шуданд.*

Натиҷаҳо. *Дар занҳое, ки дар бачадон ҷароҳат дошта, ҳамроҳак дар деворчаи пеш ҷойгир аст, норасоии музмини ҳамроҳак одатан аз рӯи шакли гипопластикӣ бо ихтилоли пасти шиддатноки тағйироти компенсаторӣ- мутобиқшаванда нишон дода шуданд. Механизми паст кардани шиддатнокии FGF ва баланд бардоштани омори муҳими нишондиҳандаҳои TGF-β_1 муқаррар карда шуд.*

Хулоса. *Асосан патогенези паҳншавии норасоии музмини ҳамроҳак дар занҳое, ки дар бачадон ҷароҳат дошта, ҳамроҳак дар деворчаи пеш ҷойгир аст, аворизҳои функтисионалӣ дар эндотелиотситҳо ва макрофаразҳо бо сабаби норасоии байни омилҳои инкишофи антигеногенӣ ва антигениогенӣ ба амал меояд.*

Калимаҳои асосӣ: *ҷароҳат дар бачадон, норасоии ҳамроҳак, манзараи гистологии ҳамроҳак, омилҳои экпрессияи афзоиши TGF - β_1 ва iFGF*

УДК 61.616.085.006-053 **doi: 10.31712/2221-7355-2019-9-2-159-163**

НАРУШЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

[1]КАРАЕВ И.И., [2]РАХМАТОВА Р.А., [2]БАКИЕВА Г.Т.

[1]ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан»
[2]ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. *Определить факторы риска поражения желудочно–кишечного тракта у пациентов, находящихся на лечении по поводу острого лимфобластного лейкоза, и разработать пути их возможного предупреждения.*
Материал и методы. *Анализированы истории болезней 74 детей (35 девочек и 39 мальчиков в возрасте от 1 до 18 лет) с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ). Оценивали жалобы, клинические данные, биохимические показатели крови и данные УЗИ органов брюшной полости. Лечение проводили по протоколу ALL-MB 2015.*
Результаты. *К факторам риска возникновения осложнений со стороны ЖКТ у пациентов с ОЛЛ относятся: хронические заболевания ЖКТ, вирусно-бактериальные инфекции, частые заболевания в анамнезе, аутоиммунная патология, глистно-паразитарные инвазии; системные заболевания соединительной ткани; эндокринопатии; нарушения метаболизма; изменения биохимических показателей крови; аллергические заболевания; вегетативные расстройства; различная патология органов брюшной полости. Вторичная профилактика направлена на предупреждение вероятных осложнений, зависящих от названных факторов риска.*
Заключение. *Поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей с ОЛЛ обусловлено длительным применением высоких доз глюкокортикоидных гормонов. Наибольшая частота поражения ЖКТ отмечается в период индукции и менее выражена в период консолидации.*
Ключевые слова: *дети, подростки, острый лимфобластный лейкоз, желудочно-кишечный тракт, факторы риска*

THE DISORDERS OF THE DIGESTIVE SYSTEM IN CHILDREN WITH ACUTE CURRENTS LYMPHOBLASTIC LEUKOSIS AND THEIR PREVENTION

[1]KARAEV I.I., [2]RAKHMATOVA R.A., [2]BAKIEVA G.T.

[1]SI "National Medical Center of the Republic of Tajikistan"
[2]SI "Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Child's Surgery" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

Aim. *To determine the risk factors for gastrointestinal tract lesions in patients undergoing treatment for acute lymphoblastic leukosis, and to develop ways of their possible prevention.*
Material and Methods. *The medical charts of 74 children (35 girls and 39 boys aged from 1 to 18 years) with acute lymphoblastic leukosis (ALL) were analyzed. Evaluated complaints, clinical data, biochemical parameters of blood and the ultrasound of the abdominal organs. Treatment was performed according to the protocol ALL-MB 2015.*
Results. *Risk factors for gastrointestinal complications in patients with ALL include: chronic gastrointestinal diseases, viral and bacterial infections, frequent diseases in the anamnesis, autoimmune pathology, worm-parasitic infestations; systemic diseases of connective tissue; endocrinopathy; metabolic disorders; changes in biochemical parameters of blood; allergic diseases; vegetative disorders; various diseases of the abdominal cavity.*
Secondary prevention is aimed at preventing of possible complications that depend from these risk factors.
Conclusion. *The defeat of gastrointestinal tract (GIT) in children with ALL is due to the prolonged use of high doses of glucocorticoid hormones. The highest frequency of lesions of the gastrointestinal tract observed in the induction period and less pronounced in the period of consolidation.*
Key words: *children, adolescents, acute lymphoblastic leukosis, gastrointestinal tract, risk factors*

Актуальность

Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) считается одним из самых распространённых злокачественных заболеваний среди детей и подростков, характеризуется поражением лимфатических узлов, тимуса, костного

мозга и других органов [2, 6]. Чаще поражает мальчиков. Благодаря достижениям современной медицины, расширению диагностических возможностей и разработке новых программ химиотерапии последние 10-15 лет ознаменовались несомненными успехами в плане лечения этой патологии. Наряду с этим существует ряд проблем, связанных с выраженным токсическим воздействием на организм химиопрепаратов, применяемых в лечении ОЛЛ, а именно связанным с поражением ЖКТ, поджелудочной железы и печени. В своих многочисленных публикациях некоторые исследователи доказывают, что у детей с ОЛЛ наблюдается поражение поджелудочной железы [4, 5, 7], воспалительные процессы полости рта [3] и отдаленные случаи гастроинтестинального поражения ЖКТ [5, 8]. Данные факторы существенно влияют на качество жизни больных детей, ухудшая их состояние. Вследствие этого больные вынуждены прерывать лечение, тем самым нарушая принцип программной химиотерапии [1].

До настоящего времени не было рассмотрено и проанализировано влияние заболеваний желудочно-кишечного тракта и их корреляция с этапом химиотерапии у детей с ОЛЛ. Поэтому анализ частоты поражения различных отделов желудочно-кишечного тракта, печени и поджелудочной железы, а также определение вероятности внесения изменений в схему лечения детей с ОЛЛ на различных этапах терапии для предупреждения осложнений являются, несомненно, актуальными.

Цель исследования

Определить факторы риска поражения желудочно–кишечного тракта у пациентов, находящихся на лечении по поводу острого лимфобластного лейкоза, и разработать пути их возможного предупреждения.

Материал и методы исследования

Нами были анализированы истории болезней 74 детей с ОЛЛ (основная группа) (35 девочек и 39 мальчиков) в возрасте от 1 до 18 лет, которые находились на лечении в гематологическом отделении НМЦ «Шифобахш» МЗиСЗН РТ в период с января 2015 г. по ноябрь 2016 г. Лечение проводили по протоколу ALL-MB 2015 – во время индукционного и ремиссионного периодов, с применением инъекций дексаметазона (Dexamethasone KRKA; 6 мг/м2/ сут. per os), даунорубицина (капельно внутривенно), винкристина (струйно внутривенно), эндолюмбально (интратекально) вводили препарат методжект (Metoject), Цитозар (Cytosar); по достижении цитогенетической ремиссии к 36 дню во избежание рецидива в основной и контрольной группах была проведена закрепляющая терапия (консолидация) с применением L-Аспарагиназы (L-Asparaginase), методжекта и Пури-Нетола (Puri-Nethol), с периодами реиндукции (принимающими введение Dexamethasone per os и интратекально) на 85-96, 141-153 и 197-207 сутки, с дальнейшей поддерживающей терапией. В контрольную группу вошли 12 детей (мальчики в возрасте от 1,5 до 16 лет), которые получали лечение нефротического синдрома на фоне различной нефрологической патологии в НМЦ «Шифобахш» МЗ и СЗН РТ, в период с 2010 по 2013 гг. Все дети прошли курс лечения преднизолоном 2 мг/кг в 2-4 приема до достижения результатов постоянной ремиссии, которая равнозначна дозе дексаметазона, применяемой в лечении детей с ОЛЛ. У детей, получавших данную терапию, отмечались клинические проявления в виде запоров, диареи, вздутия живота, рвоты, жалоб на боли в животе, боли при пальпации в абдоминальной области.

Всем пациентам проводили подробное клинико-лабораторное обследование: клинический и биохимический анализы крови (общий белок, билирубин прямой и непрямой, АлАт и АсАт, амилаза, альбумин), свертываемости крови (коагулограмма), ультразвуковое исследование органов брюшной полости, что являлось необходимым для исследования частоты поражения печени, желудочно-кишечного тракта и поджелудочной железы.

Статистическая обработка материала производилась, с использованием пакетов приложений Microsoft Office 2013 для статистической обработки материала – Microsoft Excel (версия 7.0) и программы статистической обработки материала Statistica (версия 6.0), с использованием вычислительных методов, рекомендованных для медицины.

Результаты и их обсуждение

Предварительный анализ жалоб больных детей с ОЛЛ до терапии показал, что 25,4% из них тревожила диспепсия. При ретроспективном анализе жалоб пациентов при поступлении в гематологическое отделение выяснилось, что главной среди них была боль в брюшной полости, вызванная поражением абдоминальных органов, которая встречалась в 6 раз чаще, чем другие жалобы, включая диарею, запор и вздутие живота. Ультразвуковое исследование при поступлении фиксировало увеличение размеров печени (относительно 1/3 в передне-заднем размере), у 95,6% детей отмечался прирост

суммы линейных размеров поджелудочной железы в среднем больше 2 раз на голодный желудок. Полученные данные показывают, что за время консолидации структура жалоб принципиально не менялась. Однако, при этом отмечалось уменьшение жалоб на вздутие живота и боли в области живота, что, по всей вероятности, связано с особым влиянием глюкокортикоидов и отсутствием их применения в период консолидации. Во время терапии значительно увеличилось количество детей с повышенной активностью цитолитических ферментов печени. Особенно это проявлялось на 1–й неделе индукции ремиссии – в среднем, на 51,8%. Уровень биохимических показателей (активность АлАт и АсАт), начиная с 8–го дня от начала терапии и в течение всего периода индукции ремиссии, значительно повышался. Низкая активность ферментов наблюдалась во время реиндукции и консолидации, что объясняется длительным приемом дексаметазона в высоких дозах (29 дней во время индукции и 10 дней во время реиндукции) и его воздействием на метаболизм углеводов, способностью повышать синтез трансаминазы (аминострансферазы), что в свою очередь приводит к активации глюконеогенеза.

Снижение уровня альбумина до 34,9 г/л обнаружено до начала терапии у 15,7% больных детей с ОЛЛ. Также снижение содержания альбумина до 36,4 г/л наблюдалось у ¼ больных детей данной группы во время индукции ремиссии, а в период консолидации у ½ детей уровень альбумина замыкался между величинами 27-38 г/л, с небольшой склонностью к увеличению во время периода реиндукции, что свидетельствует о нехватке синтетической функции печени, недостаточности поступления белков алиментарным путем и действием L-аспарагиназы (подавления синтеза белка, кроме опухолевых клеток, в нормальных клетках организма). Среди 74 детей основной группы 20 из них нуждались в консультации гастроэнтеролога. У этих детей отмечались клинические проявления дискинезии желчных путей (колющие или давящие приступообразные боли, иногда чувство тяжести и распирания в правом подреберье, изменение характера стула, горечь во рту, пузырные симптомы, наличие взвеси, по данным УЗИ, в просвете желчного пузыря). При обследовании у 5 детей обнаружена энтеропатия на фоне септического состояния, у 4 детей - токсический гепатит (проявление субиктеричности склер, недомогание, нарушения стула, при УЗ диагностике – изменения структур и размеров печени, повышение активности АлАт, АсАт, билирубина, снижение уровней альбумина и факторов свертывания). У 3 детей диагностирован гастродуоденит и у 1 ребенка – портальная гипертензия на фоне тромбоза, септические очаги в печени, колит и кровавый стул, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).

Первостепенно в осмотре гастроэнтеролога нуждались 13 больных детей в первые 3 недели индукции ремиссии. Прописанное лечение более чем в 66% случаев дало явный положительный эффект (желчегонные средства, диета, противорвотные препараты центрального действия, ферменты, ингибиторы протонного насоса, гепатопротекторы, противодиарейные и антацидные средства, антибиотики, противогрибковые препараты, в зависимости от характера повреждения желудочно-кишечного тракта), и у 7 больных детей он сохранялся и в период консолидации. По этой причине должно уделяться особое внимание детям группы риска по вероятности формирования осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта с целью их профилактики. Нами обнаружено, что к факторам риска можно отнести следующие: 1. наличие хронических заболеваний ЖКТ (эрозивные и язвенные поражения пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, колит, энтерит, функциональная диспепсия, функциональные расстройства желчевыводящих путей); 2. сопутствующие вирусно-бактериальные инфекции (энтеровирусы, гепатиты, герпетическая инфекция); 3. низкий исходный фон здоровья, частые простудные заболевания; 4. аутоиммунные заболевания; 5. глистно-паразитарные инвазии; 6. системные заболевания соединительной ткани; 7. эндокринопатии; 8. нарушения метаболизма (избыточная и дефицит массы тела); 9. изменения биохимических показателей крови (АлАт, АсАт, билирубин, снижение уровней альбумина и общего белка, амилазы, гамма-глутаминтрансферазы, лактатдегидрогеназы); 10. аллергические заболевания; 11. вегетативные расстройства; 12. изменения УЗ-картины органов брюшной полости (конкременты в желчном пузыре, взвесь и т.д.).

Вторичная профилактика должна быть направлена на предупреждение вероятных осложнений согласно факторам риска (использование анатацидных препаратов, тюбажей, желчегонных, антибактериальных и противорвотных препаратов). При развитии риска возникновения запоров на фоне терапии винкристином целесообразно назначение слабительных, увеличивающих объем кишечного содержимого, глутамино-

вой кислоты (2-аминопентандиовая кислота). Длительное применение глюкокортикоидных гормонов в высоких дозах вызывает поражение желудочно-кишечного тракта у детей и подростков с ОЛЛ. В период индукции ремиссии ОЛЛ отмечается наибольшая частота поражения желудочно-кишечного тракта, в период консолидации она менее выражена.

Заключение

Поражение ЖКТ у детей и подростков с ОЛЛ в большей степени обусловлено длительным применением высоких доз глюкокортикоидных гормонов.

Наибольшая частота поражения ЖКТ отмечается в период индукции ремиссии ОЛЛ и менее выражена в период консолидации.

При лечении детей с ОЛЛ необходимо учитывать факторы риска развития осложнений со стороны ЖКТ.

Для уменьшения вероятности развития осложнений, связанных с лечением ОЛЛ, рекомендуется проведение вторичной профилактики поражения ЖКТ.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулкадыров К.М. Гематология: Новейший справочник. - М.: Эксмо; СПб.: Сова, 2010. - 928 с.

2. Ардатская М.Д. Современные возможности диагностики нарушения состава микрофлоры при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и пути коррекции // Гастро Newsлайн. – 2011.- №1.- С.5-7.

3. Нагорная Н.В., Вильчевская Е.В., Марченко Е.Н. и др. Анализ причин поздней диагностики острого лейкоза у детей // Здоровье ребен¬ка. - 2012. - №1(36). - С. 84-89.

4. Румянцев А.Г. Острый миелобластный лейкоз у детей. Перспективы оптимизации лечения // Детская гуматология и онкология. 2017.- №1.- С.30-32.

5. Савченко, В.Г., Паровичникова, Е.Н. Острый промиелоцитарный лейкоз. Лечение острых лейкозов.- М.: Медпресс-информ, 2010.- С. 64-110.

6. Olennikov D.N., Kashchenko N.I., Chirikova N.K. A Novel HPLC-Assisted Method for Investigation of the Fe2*-Chelating Activity of Flavonoids and Plant Extracts // Molecules.- 2014.- Vol. 19.- P. 18296-18316

7. Rubnitz J.E., Inaba H. Childhood acute myeloid leukaemia // Br. J. Haematol.- 2012.- Vol. 159 (3).- P. 259-276.

8. Wu S.F., Chen A.C., Peng C.T., Wu K.N. Octreotide Therapy in asparaginase-associated pancreatitis in childhood acute lymphoblastic leukemia // Pediatr. Blood Cancer.- 2012.- Vol. 51 (6).- P. 824–825.

REFERENCES

1. Abdulkadyrov K. M. *Gematologiya: Noveyshiy spravochnik* [Hematology: the newest reference book]. Moscow, Eksmo Publ.; St. Petersburg, Sova Publ., 2010; 928.

2. Ardatskaya M. D. Sovremennye vozmozhnosti diagnostiki narusheniya sostava mikroflory pri zabolevaniyakh zheludochno-kishechnogo trakta i puti korrektsii [Modern possibilities of diagnostics of the microflora composition disorder in diseases of the gastrointestinal tract and correction path]. *Gastro Newslayn - Gastro Newsline*, 2011; 1: 5-7.

3. Nagornaya N. V., Vilchevskaya E. V., Marchenko E. N., Analiz prichin pozdney diagnostiki ostrogo leykoza u detey [Analysis of the causes of late diagnosis of acute leukemia in children]. *Zdorove rebenka – Child's Health*, 2012; 1 (36): 84-89.

4. Rumyantsev A. G. Ostryy mieloblastnyy leykoz u detey. Perspektivy optimizatsii lecheniya [Acute myeloblastic leukemia in children. Prospects for treatment optimization]. *Detskaya gematologiya i onkologiya - Pediatric Hematology and Oncology*, 2017; 1: 30-32.

5. Savchenko V. G., Parovichnikova E. N. *Ostryy promielotsitarnyy leykoz. Lechenie ostrykh leykozov* [Acute promyelocytic leukemia. Treatment of acute leukemia]. Moscow, Medpress-inform Publ., 2010; 64-110.

6. Olennikov D. N., Kashchenko N. I., Chirikova N. K. A Novel HPLC-Assisted Method for Investigation of the Fe2*-Chelating Activity of Flavonoids and Plant Extracts. *Molecules*, 2014; 19: 18296-18316

7. Rubnitz J. E., Inaba H. Childhood acute myeloid leukaemia. *British Journal of Haematology*, 2012, 159 (3): 259-276.

8. Wu S. F., Chen A. C., Peng C. T., Wu K. N. Octreotide Therapy in asparaginase-associated pancreatitis in childhood acute lymphoblastic leukemia. *Pediatric Blood and Cancer*, 2012; 51 (6): 824-825.

Сведения об авторах:
Караев Идибек Исломуддинович – директор центра онкологии Хатлонской области; тел.: (+992) 917 38 33 33
Рахматова Рухшона Акрамовна – ведущий научный сотрудник ГУ «Научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии Таджикистана», к.м.н.; тел.: (+992) 90 996 82 28
Бакиева Гульбахор Тавмановна – руководитель отдела науки ГУ «Научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии Таджикистана», к.м.н.; тел.: (+992) 918 74 35 18

Information about authors:
Karaev Idibek Islomuddinovich - Director of the Oncology center of Khatlon region; tel.: (+992)917 383333
Rakhmatova Rukhshona Akramovna – Leading Researcher of the State Establishment "Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Child's Surgery" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, Candidate of Medical Sciences; tel.: (+992) 90 996 82 28
Bakieva Gulbakhor Tavmanovna – Head of the Department of Science of the State Establishment "Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Child's Surgery" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, Candidate of Medical Sciences; tel.: (+992) 918 74 35 18

ОМӮЗИШИ ВАЙРОНШАВИИ ФАЪОЛИЯТИ СИСТЕМАИ ҲОЗИМА ДАР КӮДАКОНИ ГИРИФТОРИ ЛЕЙКОЗИ ЛИМФАИ ШАДИД ВА ПЕШГИРИИ ОН

[1]ҚАРАЕВ И.И., [2]РАҲМАТОВА Р.А., [2]БОҚИЕВА Г.Т.

[1]ГУ «Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон»
[2]ГУ «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона»-и ВТ ва ҲИА ҶТ»

***Мақсади тадқиқот**. Муайян намудани омили хавфи аворизи узвҳои меъдаю рӯда дар беморони бо лейкози лимфа ба табобат фаро гирифта ва коркарди роҳҳои имконпазири пешгирии он.*
***Мавод ва усулҳои тадқиқот**. Бараҳаи бемории 74 кӯдакон (33 духтар ва 39 писар дар синни аз 1 то 8 сола) бо лейкози лимфаи шадид мавриди таҳлил қарор гирифт. Арзёбии шикоятҳо, нишондодҳои клиникӣ, биохимиявии хун ва нишондодҳои фаросадои узвҳои ковокии шикам сурат гирифт. Табобат аз рӯи протоколи ALL-MB 2015 гузаронида шуд.*
***Натиҷаҳо**. Омилҳои хавфи пайдоиши аворизҳои беморони узвҳои ҳозима бо лейкози лимфа инҳоянд: бемориҳои музмини узвҳои ҳозима, сироятҳои вирусӣ-микробӣ, бемориҳои муттасил дар анамнез, патологияи аутоиммунӣ, инвазияи паразитӣ-кирмӣ;, бемориҳои системавии бофтаҳои пайваст;; эндокринопатия; вайроншавии метаболикӣ; тағйирот дар нишондиҳандаҳои биохимиявии хун; бемориҳои аллергӣ; вайроншавии вегетативӣ; патологияи гуногуни узвҳои ковокии шикам. Пешгирии дуюм ба пешгирӣ кардани аворизҳои имконпазири вобаста ба омилҳои хавфи зикршуда равона шудааст.*
***Хулоса**. Аворизҳои узвҳои меъдаю рӯда дар кӯдакони гирифтори лейкози лимфа ба истифодаи зиёди гормонҳои глюкокортикоидӣ вобаста аст. Сатҳи нисбатан баланди аворизҳои узвҳои рӯдаю меъда дар давраи тамоюл ба мушоҳида мерасад ва дар давраи мутобиқшавӣ камтар мушоҳида мешавад.*
***Калимаҳои асосӣ:** кӯдакон, наврасон, лейкози лимфаи шадид, узвҳои меъдаю рӯда, омилҳои хавф*

УДК 61 303.09:364-57 (575.3-191.2) **doi: 10.31712/2221-7355-2019-9-2-164-171**

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ПОДЧИНЕНИЯ

[1]МАГЗУМОВА Ф.П., [1]ХАКНАЗАРОВ С.Ш.,
[2]АБДУРАХИМОВ А.А., [1]МАХМУДОВА Р.И., [1]ДЕВЛОХОВ С.С.

[1]ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»
[2]Государственная служба медико-социальной экспертизы г. Душанбе

Цель исследования. *Оценка функционирования медико-социальной модели реабилитации инвалидов в районах республиканского подчинения (РРП).*

Материал и методы. *Исследовали медицинскую модель реабилитации инвалидов в гг. Турсунзаде, Рогун, районах Файзабад и Шахринав. Проведен опрос 140 инвалидов по 55 вопросам специально разработанной анкеты, беседы с респондентами.*

Результаты. *Инвалиды в лечебно-профилактических учреждениях по месту жительства полностью не охватываются диспансерным наблюдением, не на должном уровне проводятся лечебные и оздоровительные мероприятия. Уровень обращаемости в лечебно-профилактические учреждения низкий вследствие недостаточной материально-технической базы и нехватки специалистов–реабилитологов.*

Заключение. *Руководителям лечебно-профилактических учреждений с целью реализации Национальной программы реабилитации Республики Таджикистан на 2017-2020 годы необходимо повышать квалификацию специалистов, в частности семейных врачей, проводить обучение по типу «круглых столов» или семинаров по вопросам компетентности, доброты и межличностных отношений с больными-инвалидами, создавать условия для проведения реабилитационных и оздоровительных мероприятий для инвалидов.*

Ключевые слова: *инвалидность, дети, медико-социальная экспертиза, лечебно-профилактическое учреждение, первичная медико-санитарная помощь*

ASSESSMENT OF THE FUNCTIONING OF THE MEDICAL MODEL OF REHABILITATION OF DISABLED IN THE DISTRICTS OF REPUBLICAN SUBORDINATION

[1]MAGZUMOVA F.P., [1]KHAKNAZAROV S.SH.,
[2]ABDURAKHIMOV A.A., [1]MAKHMUDOVA R.I., [1]DEVLOKHOV S.S.

[1]SI "Scientific and Research Institute of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons"
[2]State Service for Medical and Social Expertise of Dushanbe city

Study Purpose. *Assessment of the functioning of the medical model of rehabilitation of disabled in the Districts of Republican Subordination.*

Material and Methods. *The medical model of rehabilitation of disabled in the cities of Tursunzade, Rogun, Faizabad and Shakhrinav districts was studied. A survey of 140 disabled on 55 questions of a specially designed questionnaire, interviews with respondents were conducted.*

Results. *Persons with disabilities in medical and preventive establishments at the place of residence are not fully covered by dispensary supervision, not at the proper level medical and recreational activities are held. The level of appeal to medical and preventive establishments is low due to insufficient material and technical base and lack of specialists-rehabilitators.*

Conclusion. *Heads of medical and preventive establishments in order to implement the National rehabilitation program of the Republic of Tajikistan for 2017-2020 need to improve the skills of specialists, provide trainings such as "round tables" or seminars on competence, kindness and interpersonal relations with disabled, to create conditions for rehabilitation and recreational activities for persons with disabilities.*

Key words: *disability, children, medical and social expertise, medical and preventive establishments, primary health care*

Актуальность

Состояние здоровья населения Таджикистана в условиях переходного к рыночным отношениям периода всегда находилось в поле зрения государства и гражданского общества, поддерживаемого рядом международных правительственных и гуманитарных организаций. В последнее время приоритетное значение придается проблеме оказания людям с ограниченными возможностями, адекватной помощи, которая принадлежит к числу наиболее важных и актуальных задач правового, социального государства. Проблема инвалидности занимает центральное место в социальной политике Республики Таджикистан [1-3].

Наиболее острыми проблемами инвалидов остаются серьезные ограничения жизнедеятельности, проблемы самообслуживания и передвижения, проблемы, связанные с общением с окружающими, психологические проблемы, способность к обучению и трудовой деятельности, социальное и правовое неравенство, бедность, низкое качество медицинской помощи, проблемы с лекарственным и реабилитационным обеспечением [4, 5].

Несмотря на многочисленность публикаций, касающихся отдельных аспектов реабилитации инвалидов, отсутствует информация о медико-социальном подходе к решению представленной проблемы, мало внимания уделяется изучению региональных особенностей, распространенности инвалидности в республике, обусловленной различными нарушениями, немногочисленны данные о влиянии медико-демографических, социально-экономических факторов и ресурсного обеспечения системы здравоохранения и социальной защиты на закономерности формирования региональных показателей заболеваемости и распространенность инвалидности. Не разработана единая база, нет оценки здоровья инвалидов, не изучены показатели качества жизни в динамике при проведении реабилитационных мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях страны. Все это указывает на актуальность представленной проблемы и необходимость проведения комплексного медико-социального исследования инвалидов, разработки и научного обоснования рекомендаций по их реабилитации в лечебно-профилактических учреждениях.

Цель исследования

Оценка функционирования медико-социальной модели реабилитации инвалидов в районах республиканского подчинения.

Материал и методы исследования

Медико-социологический опрос инвалидов проводили в районах республиканского подчинения (РРП): Турсунзаде, Шахринав, Файзабад, Рогун. Опрос проводился в 2014-2015 годах, всего было опрошено 140 человек.

Исследованы основные показатели жизнедеятельности инвалидов на 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. Перед раздачей анкет всех информировали о целях и важности проведения анкетирования, порядке заполнения анкет и анонимности ответов.

После проведенной статистической обработки наиболее значимые вопросы были интерпретированы и объединены в таблицы.

Результаты и их обсуждение

Всего в РРП было опрошено 140 инвалидов в городах Турсунзаде, Шахринав, Файзобод и Рогун. Мужчины составили 61%, женщины - 39% человек. Детей-инвалидов было 15%, людей трудоспособного возраста - 63% и старше 60 лет - 20% (табл. 1).

Таблица 1

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

Город	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.%	абс.ч.,%
Турсунзаде	25 (18%)	15 (11%)	40 (29%)	7 (5%)	29 (21%)	4 (3%)	40 (29%)
Шахринав	20 (14%)	9 (6%)	29 (21%)	3 (2%)	19 (14%)	7 (5%)	29 (21%)
Файзобод	22 (16%)	14 (10%)	36 (26%)	9 (6%)	19 (14%)	8 (6%)	36 (26%)
Рогун	19 (14%)	16 (11%)	35 (24%)	2 (1%)	24 (17%)	9 (6%)	35 (24%)
Всего	86 (61%)	54 (39%)	**140**	21 (15%)	91 (63%)	28 (20%)	**140**

В структуре распределения респондентов по группам инвалидности большую часть составили инвалиды III группы – 54 человека (39%), II группы с правом работы – 17 человек (12%) и без права работы – 37 человек (26%), инвалиды I группы – 22 человека (16%), дети-инвалиды – 10 человек (7%) (табл. 2).

Таблица 2

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

Город	III группа	II группа с правом работы	II группа без права работы	I группа	Дети-инвалиды	Всего
	абс.ч., %	абс.ч., %	абс.ч., %	абс.ч., %	абс.ч., %	абс.ч.,%
Турсунзаде	13 (10%)	5 (4%)	16 (11%)	5 (4%)	1 (1%)	40 (29%)
Шахринав	12 (9%)	2 (2%)	8 (6%)	4 (3%)	3 (2%)	29 (21%)
Файзобод	14 (10%)	5 (4%)	5 (4%)	9 (6%)	3 (2%)	36 (26%)
Рогун	15 (10%)	5 (4%)	8 (7%)	4 (3%)	3 (2%)	35 (24%)
Всего	54 (39%)	17 (12%)	37 (26%)	22 (16%)	10 (7%)	**140**

Следует отметить превалирование инвалидов III группы в РРП, по сравнению с другими регионами.

Анализ семейного положения опрошенных (табл. 3) показал, что в полных семьях проживает 91 (65%) человек от общего количества опрошенных в РРП, при этом наибольший процент из всех полных семей среди опрошенных оказался в Рогуне (из 35 опрошенных в полной семье проживают 29 человек – 82,8%, тогда как в других городах РРП этот показатель варьировал от 55% до 62%). В неполных семьях проживают 38 (27,1%) человек (холостые, вдовы и разведенные) и не ответили 7,2% респондентов. При этом наибольший процент неполных семей оказался в Турсунзаде – 30%, Файзабаде – 33%. При опросе выяснилось, что у 25% инвалидов после получения статуса инвалидности семьи распадаются из-за нетрудоспособности, т.к. они считают, что станут обузой для семьи.

Таблица 3

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

Город	Семейное положение					Всего
	женат (замужем)	холост (не замужем)	вдов (вдова)	разведен (разведена)	нет ответа	
	абс.ч, %	абс.ч., %	абс.ч., %	абс.ч.,%	абс.ч.,%	абс.ч.,%
Турсунзаде	25 (62,5%)	12 (30%)	-	-	3 (7,5%)	40 (29%)
Шахринав	16 (55,1%)	8 (27,5%)	2 (6,9%)	-	3 (10,3%)	29 (21%)
Файзобод	21 (58,3%)	8 (22,2%)	3 (8,3%)	1 (2,7%)	3 (8,3%)	36 (26%)
Рогун	29 (82,8%)	2 (5,7%)	1 (2,8%)	2 (5,7%)	1 (2,8%)	35 (24%)
Всего	91 (65%)	30 (21,4%)	5 (3,6%)	3 (2,2%)	10 (7,2%)	140

Для анализа функционирования медицинской модели оценивали работу медицинских учреждений в РРП. На вопросы по обращаемости и оценке качества работы ЛПУ получены следующие данные (табл. 4).

Так, на вопрос о посещаемости респонденты ответили, что чаще всего семейный врач посещает их на дому один раз в полгода - 29% либо один раз в год - 27%, при этом не ответили на данный вопрос 26% опрошенных.

Большинство инвалидов предпочитают лечиться в ЛПУ по месту жительства - 97%, тогда как в ведомственных поликлиниках наблюдается лишь 1%, в платные учреждения систематически никто не обращался.

При оценке качества работы ЛПУ по месту жительства удовлетворительно высказались 55% опрошенных инвалидов РРП, тогда как хорошую оценку поставили 23% и плохую – 21% респондентов. При

оценке личных качеств медработников респонденты в РРП на первое место поставили внимательность – 55% и только лишь потом квалификацию – 30%, доброту – 9% и компетентность – 5%. Исходя из этого, можно сделать вывод, что необходимо руководителям ЛПУ повысить квалификацию специалистов, в частности семейных врачей, проводить круглые столы или семинары по вопросам компетентности, доброты и межличностных отношений с больными-инвалидами.

Таблица 4

Оценка работы медицинских учреждений (абс. ч.,%)

Вопрос	Турсунзаде абс.ч.%	Шахринав абс.ч.%	Файзобад абс.ч.%	Рогун абс.ч.%	Всего абс.ч.%
Как часто Вас посещает врач					
Один раз в 2 недели	-	1 (1%)	-	-	1 (1%)
Один раз в месяц	7 (5%)	2 (1%)	9 (6%)	4 (3%)	24 (17%)
Один раз в полгода	13 (9%)	13 (9%)	9 (6%)	6 (4%)	41 (29%)
Один раз в год	12 (9%)	5 (4%)	8 (6%)	13 (9%)	38 (27%)
Не ответили	8 (6%)	8 (6%)	10 (7%)	12 (9%)	38 (26%)
Всего	**40**	**29**	**36**	**35**	**140**
Где вы обычно лечитесь					
– По месту жительства	40 (29%)	28 (21%)	35 (24%)	33 (24%)	136 (97%)
– Ведомственная пол-ка	-	-	1 (1%)	-	1 (1%)
– Затруднились	-	-	-	1 (1%)	1 (1%)
Не ответили	-	1(1%)	-	1 (1%)	2 (1%)
Всего	**40**	**29**	**36**	**35**	**140**
Качество работы поликлиники					
Плохое	9 (6%)	4 (3%)	9 (6%)	8 (6%)	30 (21%)
Удовлетворительное	23 (16%)	16 (11%)	21 (15%)	16 (11%)	76 (55%)
Хорошее	8 (6%)	9 (6%)	5 (4%)	11 (8%)	33 (23%)
Не ответили	-	-	1 (1%)	-	1 (1%)
Всего	**40**	**29**	**36**	**35**	**140**
Какие качества более важны					
Внимательность	20	16	21	19	76
Доброта	5	2	3	3	13
Квалификация	11	8	11	13	43
Компетентность	4	2	1	-	7
Нет ответа	-	1	-	-	1
Всего	**40**	**29**	**36**	**35**	**140**

В ЛПУ по месту жительства инвалидам должны оказывать бесплатные медицинские услуги, такие как обеспечение бесплатными лекарствами и проведение лечебно-восстановительных мероприятий (табл. 5).

Так, на вопрос, испытывали они трудности в получении бесплатных лекарств положительно ответили 49% респондентов РРП, тогда как отрицательный ответ дали 42%, при этом не ответили на данный вопрос 9% опрошенных в Турсунзаде, Шахринаве и Рагуне. А вот при получении бесплатных лекарств в прикреплённых к ЛПУ аптеках, трудности испытали 46%, отрицательно ответили 46% респондентов. Получается, что в настоящее время в аптеках основные виды лекарств стали доступными для нуждающихся.

На вопрос о проведении с ними лечебно-восстановительных мероприятий положительно ответили лишь 27%, тогда как отрицательный ответ дали 78% респондентов. Это свидетельствует о том, что в центрах здоровья

в регионах на должном уровне не функционируют физиотерапевтические отделения, не существует реабилитационных кабинетов или отделений, в связи с чем инвалиды или больные испытывают трудности в получении лечебно-восстановительных мероприятий.

Таблица 5

Оценка доступности льготных услуг для инвалидов в ЛПУ (абс. ч.,%)

Вопрос	Турсунзаде абс.ч.%	Шахринав абс.ч.%	Файзобад абс.ч.%	Рогун абс.ч.%	Всего абс.ч.%
Трудности в получении лекарств в пол-ке					
Да	18 (13%)	14 (10%)	15 (11%)	21 (15%)	68 (49%)
Нет	14 (10%)	13 (9%)	19 (14%)	13 (9%)	59 (42%)
Не ответили	8 (6%)	2 (1%)	2 (1%)	1 (1%)	13 (9%)
Всего	**40**	**29**	**36**	**35**	**140**
Трудности в получении лекарств в аптеке					
Да	22 (15%)	11 (8%)	12 (9%)	19 (14%)	64 (46%)
Нет	15 (11%)	15 (11%)	18 (14%)	16 (11%)	64 (46%)
Не ответили	3 (2%)	3 (2%)	6 (4%)	-	12 (8%)
Всего	**40**	**29**	**36**	**35**	**140**
Проводятся ли с Вами лечебно-восст. мероприятия					
Да	11 (8%)	11 (8%)	9 (6%)	7 (5%)	38 (27%)
Нет	29 (21%)	17 (12%)	27 (19%)	27 (19%)	100 (78%)
Нет ответа	-	1 (1%)	-	1 (1%)	2 (1%)
Всего	**40**	**29**	**36**	**35**	**140**

В последнее десятилетие в нашей республике в качестве альтернативной развивается платная медицина, и ряд вопросов коснулись и её (табл. 6).

На вопрос, приходилось ли оплачивать медицинские услуги положительно ответили 84% респондентов РПП, тогда как отрицательный ответ дали лишь 15%. А вот на вопрос, отказывал ли врач в помощи при отсутствии денег, положительно ответил большой процент респондентов – 88%. Поддержали развитие платной медицины лишь 9% респондентов, отрицательно отнеслись к платной медицине 89% опрошенных. В связи с этим руководителям ЛПУ необходимо усилить контроль за оказанием услуг инвалидам и не нарушать их право на получение квалифицированных медицинских услуг. Данная проблема является одной из причин несвоевременного обращения за лечением, реабилитацией и оздоровительными мероприятими среди инвалидов.

Окончательный вердикт о наличии либо отсутствии у человека с ограниченными возможностями той или иной группы инвалидности выносит Государственная служба медико-социальной экспертизы (ГСМСЭ). В связи с этим в анкету были включены вопросы, связанные с оценкой качества её работы (табл. 7).

Так, удовлетворенными проведенной экспертизой остались 52% опрошенных в РПП, недовольными – 47% респондентов. Анализируя данный вопрос, можно сделать вывод, что в учреждениях ЛПУ по настоянию больных заполняется форма 088/у – «Направление для ГСМСЭ», где нет показаний для определения группы инвалидности, в связи с чем больные остаются недовольными результатами освидетельствования. На наличие трудностей при оформлении документов положительно ответили 33%, отрицательно – 59% респондентов. Основными трудностями при оформлении документов называли долгое оформление – 41%, волокиту – 32% респондентов РПП, не ответили на данный вопрос 26%. Чаще всего, это обусловлено тем, что больные в течение последние 5, иногда до 10 лет не проходили медицинских осмотров

и не обследовались, а при оформлении это приходилось выполнять, что затягивало время получения инвалидности. Поэтому руководителям ЛПУ необходимо усилить контроль за регулярным проведением диспансеризации среди больных.

Таблица 6

Отношение инвалидов к платной медицине (абс. ч.,%)

Вопрос	Турсунзаде абс.ч.%	Шахринав абс.ч.%	Файзобад абс.ч.%	Рогун абс.ч.%	Всего абс.ч.%
Оплачивали ли Вы медицинские услуги					
Да	**34 (24%)**	22 (21%)	32 (23%)	30 (21%)	118 (84%)
Нет	**3 (2%)**	6 (4%)	4 (3%)	5 (3%)	18 (15%)
Нет ответа	**1 (1%)**	1 (1%)	-	-	2 (1%)
Всего	**40**	**29**	**36**	**35**	**140**
Отказывал ли Вам врач из-за отсутствия денег					
Да	35 (25%)	27 (19%)	33 (24%)	29 (21%)	124 (88%)
Нет	2 (1%)	1 (1%)	3 (2%)	6 (4%)	12 (9%)
Нет ответа	3 (2%)	1 (1%)	-	-	4 (3%)
Всего	**40**	**29**	**36**	**35**	**140**
Поддерживаете ли Вы развитие платной медицины					
Да	4 (3%)	4 (3%)	3 (2%)	2 (1%)	13 (9%)
Нет	34 (24%)	24 (22%)	33 (24%)	33 (24%)	124 (89%)
Нет ответа	2 (1%)	1 (1%)	-	-	3 (2%)
Всего	**40**	**29**	**36**	**35**	**140**

Таблица 7

Оценка работы Государственной службы медико-социальной экспертизы (абс. ч.,%)

Вопрос	Турсунзаде абс.ч.%	Шахринав абс.ч.%	Файзобад абс.ч.%	Рогун абс.ч.%	Всего абс.ч.%
Удовлетворенность проведённой экспертизой					
Да	**22 (16%)**	19 (14%)	21 (15%)	11 (9%)	73 (52%)
Нет	**18 (13%)**	8 (6%)	15 (11%)	24 (17%)	65 (47%)
Не ответили	**-**	2 (1%)	-	-	2 (1%)
Всего	**40**	**29**	**36**	**35**	**140**
Наличие трудностей при оформлении документов					
Да	14 (10%)	7 (5%)	11 (8%)	14 (10%)	46 (33%)
Нет	18 (13%)	18 (13%)	25 (18%)	21 (15%)	82 (59%)
Не ответили	8 (6%)	4 (3%)	-	-	12 (8%)
Всего	**40**	**29**	**36**	**35**	**140**
Какие именно трудности					
Долгое оформление	22 (21%)	8 (6%)	13 (9%)	14 (10%)	57 (41%)
Волокита	13 (9%)	8 (6%)	12 (8%)	12 (8%)	45 (32%)
Другое	1 (1%)	1 (1%)	-	-	2 (1%)
Не ответили	4 (3%)	12 (9%)	11 (8%)	9 (6%)	36 (26%)
Всего	**40**	**29**	**36**	**35**	**140**

Заключение

Таким образом, исследования показали, что инвалиды в учреждениях ЛПУ по месту жительства полностью не охватываются диспансерным наблюдением, не на должном уровне им не проводятся лечебные и оздоровительные мероприятия. Обращаемость в прикрепленные лечебно-профилактические учреждения невысокая из-за низкого уровня квалификации медицинских работников. В центрах здоровья исследуемых районов на должном уровне не функционируют физиотерапевтические отделения, нет реабилитационных кабинетов или отделений, в связи с чем инвалиды или больные испытывают трудности при проведении лечебно-восстановительных мероприятий.

Исходя из этого, можно рекомендовать, что руководителям ЛПУ необходимо с целью реализации Национальной программы реабилитации инвалидов в РТ на 2017-2020 годы повысить квалификацию работающих специалистов, в частности семейных врачей, проводить круглые столы или семинары по вопросам компетентности, доброты и межличностных отношений с больными-инвалидами, создать условия для проведения реабилитационных и оздоровительных мероприятий инвалидам и нуждающимся.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаибов А.Г., Холов А.К., Одинаева Н.В., Ашурова Н.С. Инвалидность и аспекты перехода от медицинской к социальной модели реабилитации лиц с ограниченными возможностями в Таджикистане // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана.- 2014.- №4.- С. 49-54

2. Гоибов А.Г., Карагодина Е.Г., Лукьянов Н.Б., Суфишоев Г.С. Основные положения медико-социальной реабилитации инвалидов: учебно-методическое пособие.- Душанбе, 2013.- С. 27-47

3. 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

4. Одинаева Н.В., Магзумова Ф.П., Табаров И.Т., Хакназаров С.Ш. Оценка динамики реабилитационных мероприятий в ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» // Здравоохранение Таджикистана.- 2017.- №3.- С.16-20

5. Юнусова З.И., Суфишоев Г.С., Ходжаева А.Ш., Пулатов К.Д. Медико-социальная характеристика моделей инвалидности в аспекте оказания социальных услуг населению в Таджикистане // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.– 2013.- №3.– С.62-67.

REFERENCES

1. Gaibov A. G., Kholov A. K., Odinaeva N. V., Ashurova N. S. Invalidnost i aspekty perekhoda ot meditsinskoy k sotsialnoy modeli reabilitatsii lits s ogranichennymi vozmozhnostyami v Tadzhikistane [Disability and aspects of transition from medical to social model of rehabilitation of persons with disabilities in Tajikistan]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana – Bulletin of the Academy of medical sciences of Tajikistan*, 2014; 4: 49–54,

2. Goibov A. G., Karagodina E. G., Lukyanov N. B., Sufishoev G. S. *Osnovnye polozheniya mediko-sotsialnoy reabilitatsii invalidov: uchebno-metodicheskoe posobie* [Basic provisions of medical and social rehabilitation of disabled persons: educational and methodical manual]. Dushanbe, 2013; 27-47.

3. Goibov A. G., Shekhov A. Dzh., Azizov Z. A., Khaknazarov I. A. Mediko-sotsialnye aspekty invalidnosti i reabilitatsii lits s ogranichennymi vozmozhnostyami v Tadzhikistane [Medical and social aspects of disability and rehabilitation of persons with disabilities in Tajikistan]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Health care of Tajikistan*, 2015; 1: 102-110.

4. Odinaeva N. V., Magzumova F. P., Tabarov I. T., Khaknazarov S. Sh. Otsenka dinamiki reabilitatsionnykh meropriyatiy v GU «NII mediko-sotsialnoy ekspertizy i reabilitatsii invalidov» [Assessment of the dynamics of rehabilitation measures in the State Establishment "Scientific and Research Institute of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons"]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Health care of Tajikistan*, 2017; 3: 16-20.

5. Yunusova Z. I., Sufishoev G. S., Khodzhaeva A. Sh., Pulatov K. D. Mediko-sotsialnaya kharakteristika modeley invalidnosti v aspekte okazaniya naseleniyu sotsialnykh uslug v Tadzhikistane [Medical and social characteristics of disability models in the aspect of social services provision to the population in Tajikistan]. *Vestnik Vserossiyskogo obshchestva spetsialistov po mediko-sotsialnoy ekspertize, reabilitatsii i reabilitatsionnoy industrii – Bulletin of the all-Russian society of medical and social expertise, rehabilitation and rehabilitation industry*, 2013; 3: 62-67.

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; тел.: (+992)901605022
Абдурахимов Азиз Абдулхаевич – начальник Государственной службы медико-социальной экспертизы города Душанбе; тел.: (+992) 935719606
Махмудова Рухсора Илёсовна – врач функциональной диагностики, старший научный сотрудник отдела профилактики инвалидов ГУ МСЭиРИ
Девлохов С.С. – зав. 1-й нейрохирургического отделения ГУ НМЦ; тел.: (+992)985030336

Information about authors:
Magzumova Firuza Pulodovna – Deputy Director of the Treatment Unit of the Scientific and Research Institute of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan, Candidate of Medical Sciences; tel: (+992) 919244791; (+992) 372501659; e-mail: fmagzumova@mail.ru
Khaknazarov Safo Shakhobovich – Physician neurologist-physiotherapist, Applicant at the Scientific and Research Institute of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan, tel.: (+992)901605022
Abdurakhimov Aziz Abdulkhaevich - Head of the State Service for Medical and Social Expertise of Dushanbe city; tel.: (+992) 935719606
Makhmudova Rukhsora Ilesovna – Physician of functional diagnostics, Senior Research Officer of the Department of prevention of disabilities of the State Establishment "Scientific and Research Institute of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons", Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan
Devlokhov S.S. – Head of the 1st Neurosurgical Division of the State Establishment "National Medical Center of the Republic of Tajikistan"; tel.: (+992) 985 03 03 36

АРЗЁБИИ ФАЪОЛИЯТИ МОДЕЛИ ТИББИИ БАРҚАРОРСОЗИИ МАЪЮБОН ДАР НАВОҲИИ ТОБЕИ ҶУМҲУРӢ

[1]МАҒЗУМОВА Ф.П., [1]ҲАҚНАЗАРОВ С.Ш.,
[2]АБДУРАҲИМОВ А.А., [1]МАҲМУДОВА Р.И., [1]ДЕВЛОХОВ С.С.

[1]МД «Пажуҳишгоҳи экспертизаи тиббию иҷтимоӣ ва тавонбахшии маъюбон"
[2]Хадамоти давлатии тиббӣ-иҷтимоии экспертизаи ш. Душанбе

***Мақсади тадқиқот**. Арзёбии фаъолияти модели тиббӣ-иҷтимоии барқарорсозии маъюбон дар навоҳии тобеи ҷумҳурӣ (НТҶ).*
***Мавод ва усулҳои тадқиқот**. Модели тиббии барқарорсозии маъюбон дар шаҳрҳои Турсунзода, Рогун, навоҳии Файзобод ва Шаҳринав таҳлил карда шуд. Пурсиши 140 нафар маъюбон доир ба 55 саволномаҳои махсус тарҳрезишуда гузаронида шуд.*
***Натиҷаҳо**. Маъюбон дар муассисаҳои тиббӣ – профилактикии макони истиқомат пурра ба назорати диспансерӣ фаро гирифта намешаванд ва чорабиниҳои табобатӣ ва солимгардонӣ дар сатҳи зарурӣ гузаронида намешаванд. Сатҳи дастрасии муассисаҳои тиббӣ аз сабаби нокифоягии базаи моддию техникӣ ва норасоии мутахассисони барқароркунанда паст мебошад.*
***Хулоса**. Бо мақсади татбиқи Барномаи миллии барқарорсозии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2017-2020 роҳбарони муассисаҳои тиббӣ-профилактикиро зарур аст, ки малакаҳои мутахассисон, аз ҷумла табибони оилавиро беҳтар намоянд, тренинги «Мизҳои мудаввар» ё семинарҳо оид ба масъалаҳои салоҳият, меҳрубонӣ ва муносибатҳои байниҳамдигарӣ бо беморони маъюбро гузаронанд, барои гузаронидани чорабиниҳои офиятбахшӣ ва солимӣ барои маъюбон шароитҳо фароҳам оранд.*
***Калимаҳои асосӣ:** маъюбӣ, кӯдакон, экспертизаи тиббӣ - иҷтимоӣ, муассисаи тиббӣ- профилактикӣ, кумаки авалияи тиббӣ- санитарӣ*

УДК 614.2- 372 **doi: 10.31712/2221-7355-2019-9-2-172-179**

СОСТОЯНИЕ ЧАСТНОГО СЕКТОРА В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. КАБУЛА И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕГО РАЗВИТИЯ

[1,2]МИР ОКО ХУРАМИ ВАЛАДИ МУХАММАД ХУРАМ,
[3]АХМЕДОВ А., [4]МИРЗОЕВА З.А.

[1]ГУ «Таджикский научно–исследовательский институт профилактической медицины» МЗ иСЗН РТ
[2]Частная лечебная больница им. Марьям г. Кабула Исламского Государства Афганистан
[3]ГУ «Академия медицинских наук» МЗиСЗН РТ
[4]ГУ «ВАК при Президенте Республики Таджикистан»

Цель исследования. *Изучение состояния и перспектив развития частного сектора в системе управления здравоохранения г. Кабула ИГА.*
Материал и методы. *Материал исследования основан на сводных данных годовых отчетов лечебно–профилактических учреждений г. Кабула ИГА, перешедшие на новые методы финансирования в период 2003-2018 гг.*
Результаты. *Потенциал частной системы здравоохранения г. Кабула в должной мере государством не востребован. Система здравоохранения г. Кабула характеризуется доминированием государственного сектора с наметившейся тенденцией к росту частной.*
Заключение. *Система здравоохранения г. Кабула ИГА многоукладная, состоит из государственного и частного секторов с преобладанием частного. Государственная политика в области здравоохранения направлена на расширение частного сектора, но под жестким государственным регулированием.*
Главными препятствиями в развитии частного сектора здравоохранения г. Кабула являются: отсутствие безопасности, бедность населения, несовершенство нормативных документов, отсутствие надлежащей нормативной правовой базы.
Ключевые слова: *государственная система здравоохранения, частная система здравоохранения, нормативно-правовая база, финансирование*

THE STATE OF THE PRIVATE SECTOR IN THE SYSTEM OF PUBLIC HEALTH MANAGEMENT IN KABUL CITY AND ITS DEVELOPMENT PROSPECTS

[1,2]MIR OKO KHURAMI VALADI MUKHAMMAD KHURAM,
[3]AKHMEDOV A., [4]MIRZOEVA Z.A.

[1]SI "Tajik Scientific Research Institute of Preventive Medicine" of the Ministry of Health and Social Protection of population of the Republic of Tajikistan
[2]Private medical hospital named Mariyamin Kabul city of Islamic State of Afghanistan
[3]SI "Academy of Medical Sciences" of the Ministry of Health and Social Protection of population of the Republic of Tajikistan
[4]SI "HAC under the President of the Republic of Tajikistan"

Aim. *Study of the state and prospects of development of the private sector in the Kabul city IGA health management system.*
Material and Methods. *The research material is based on consolidated data of annual reports of medical and preventive treatment facilities of the city of Kabul, the IGA, which switched to new methods of financing in the period 2003-2018.*
Results. *The potential of a private health care system in Kabul is not demanded by the state. The public health system in Kabul is characterized by the dominance of the public sector with an emerging upward trend in the private sector.*
Conclusion. *The health care system of Kabul, the IGA is multi-structured, consists of the public and private sectors with a predominance of the private. Government health policy is aimed at expanding the private sector, but under tight government regulation.*
The main obstacles in the development of private sector of healthcare of Kabul city are: lack of security, poverty of the population, imperfect regulatory documents, lack of a proper legal and regulatory framework.
Key words: *public health care system, private health care system, regulatory and legal framework, financing*

Актуальность

Частный сектор здравоохранения играет все более активную роль в развитии рыночной экономики г. Кабула. За период 2003-2018 гг. количество имеющихся коек лечебных учреждений частного сектора учреждений здравоохранения в Кабуле выросло в 320 раз (от 5 до 160 ед.).

Система здравоохранения г. Кабула характеризуется доминированием государственного сектора с наметившейся тенденцией к быстрому росту частной [1, 5]. Потенциал частной системы здравоохранения до сих пор в должной мере не востребован государством [5]. Нормативно-правовая база несовершенна, этапность лечебно-диагностического процесса не соблюдается и осуществляется неэффективно. Нет единой официальной статистики здравоохранения.

Отсутствие комплексного изучения проблем развития системы частного сектора здравоохранения в качестве одной из наиболее актуальных задач здравоохранения г. Кабула ИГА свидетельствуют об актуальности настоящего исследования и требуют изыскания новых научно-организационных подходов к изучению проблем и перспективе его развития.

Цель исследования

Изучение состояния и перспектив развития частного сектора в системе управления здравоохранения г. Кабула ИГА.

Материал и методы исследования

Представлен сравнительный анализ материалов, посвященный изучению состояния негосударственного сектора в системы здравоохранения и её роли в общей сети здравоохранения г. Кабула на современном этапе.

Результаты и их обсуждение

Проведенное нами исследование системы здравоохранения г. Кабула за период 2003-2018 гг. показало, что до завоевания ИГА государственной независимости в стране и, в частности, в г. Кабуле не имелось ни одного частного лечебного учреждения. Медицинскую помощь населению г. Кабула оказывали малочисленные государственные и амбулаторно-поликлинические лечебные учреждения и частно практикующие врачи. Остальное многомиллионное население г. Кабула (на 01.01.2015 г. население Кабула составляло 4 млн. 635 тыс. человек), как и во всей Азии, лечилось у духовенства, многочисленных табибов, лекарей, знахарей и бабок-повитух, не имеющих специального медицинского образования [2].

Работу здравоохранения г. Кабула координирует управление здравоохранения г. Кабула, которое подчиняется Министерству здравоохранения ИГА. В ходе проведенных исследований установлено, что за годы обретения государственной независимости сеть государственных лечебных учреждений, имеющих стационарные койки, в г. Кабуле постепенно расширялась, и на 01.01.2019 г. их количество составляло 20. По данным медицинской статистики г. Кабула (на 01.01.2019 г.), с 2003 по 2018 годы количество государственных лечебных учреждений, имеющих койки, увеличилось всего на 4, т.е. на 25% (рис. 1).

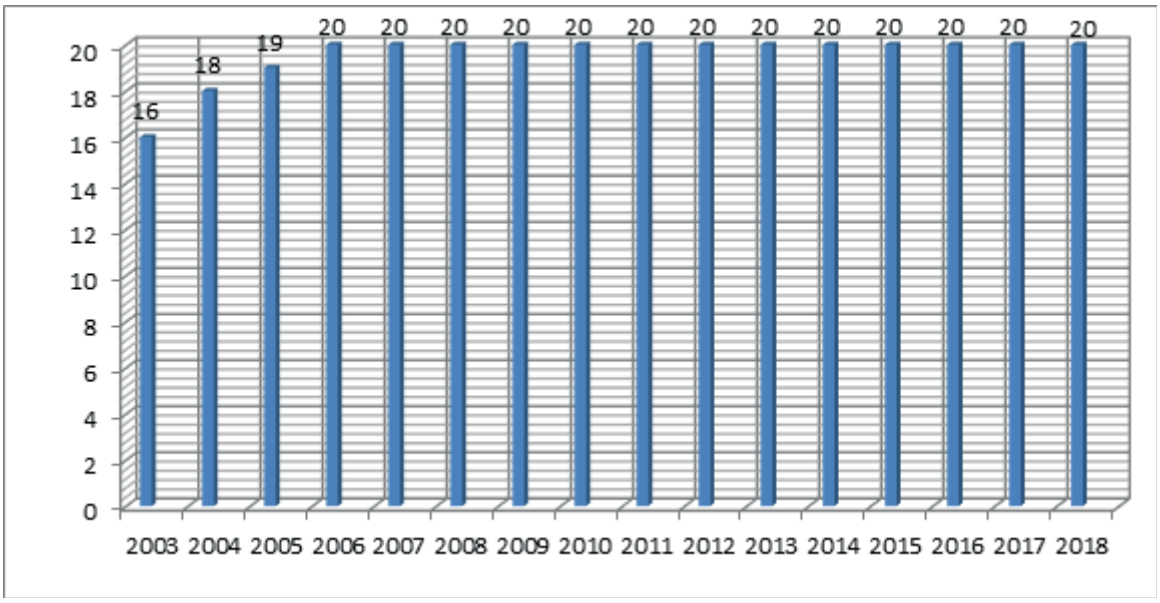


Рис.1. Количество государственных лечебных учреждений, имеющих койки, в системе управления здравоохранения г. Кабула за период 2003-2018 годы

Исследование показало, что, начиная с 2007 года и по настоящее время, количество государственных лечебных учреждений, имеющих стационарные койки, в системе управления здравоохранения г. Кабула не увеличилось, а держится на одном уровне. В Кабуле функционируют более-менее современные клиники. Количество коек в государственных лечебных учреждениях составляет 2400, что, по сравнению с 2003 годом, увеличилось на 1500 коек (266,6%) (рис. 2).

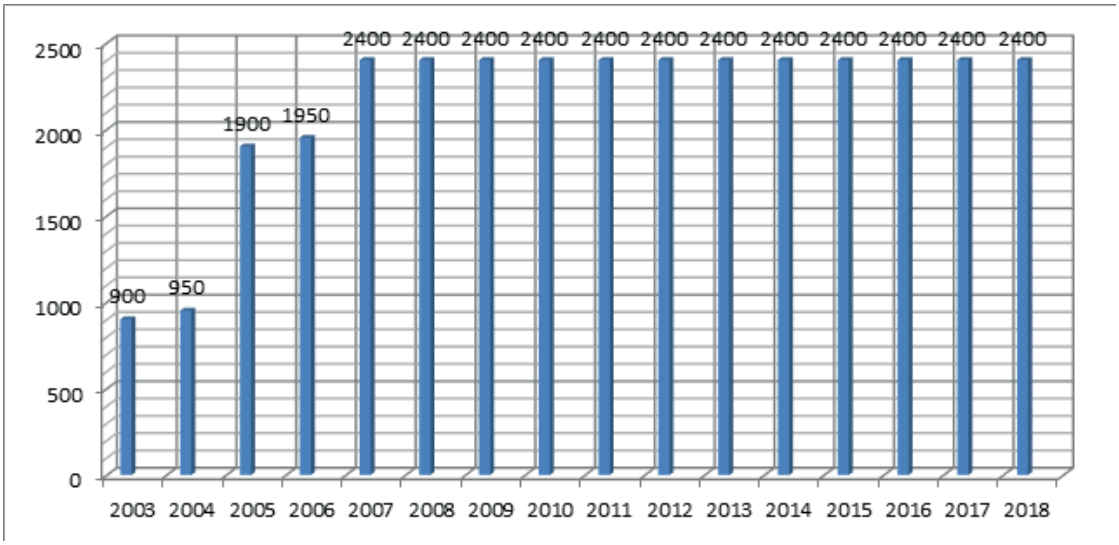


Рис. 2. Количество коек в государственных больницах системы управления здравоохранением г. Кабула за период 2003-2018 годы

Как видно из рисунка 2, количество коек в государственных больницах системы управления здравоохранением г. Кабула с 2007 года не увеличилось.

По данным управления здравоохранения г. Кабула, на 01.01.2017 года количество медицинского персонала (врачи, средний медицинский и административный) с 2007 года также не увеличилось (915, 1495 и 415 соответственно). Следует отметить, что большее количество государственных больниц имеют от 100 до 200 коек (табл. 1).

Таблица 1

Коечный фонд государственных больниц системы управления здравоохранением г. Кабула на 2018 год

Коечный фонд	**Количество больниц, имеющих койки**
<30 коек	0%
30 - 100 коек	35%
100 - 200 коек	50%
> 200 коек	15%

Система государственной амбулаторно-поликлинической службы Кабула развита слабо. Абулаторно-поликлиническую помощь оказывают амбулатории и поликлиники, входящие в состав больниц, в самостоятельных поликлиниках и диспансерах. В Кабуле на 01.01.2019 года имеется 95 самостоятельных государственных амбулаторно-поликлинических учреждений с числом ежемесячных посещений более 14704,0 пациентов (рис. 3).

Как видно из рисунка 3, государственные амбулаторно-поликлинические учреждения малочисленны. По состоянию на 2003 год, в Кабуле функионировало всего 40 государственных амбулаторно-поликлинических учреждений. В настоящее время в целом по стране и в частности в г. Кабуле не уделяется приоритетного значения развитию амбулаторно-поликлинических учреждений, в которых должны начинать и заканчивать лечение до 80% обратившихся пациентов [3].

Несмотря на то, что только в 2004 году Конституцией ИГА было официально разрешено введение в стране рыночной эконо-

мики и нового хозяйственного механизма, экономические преобразования в системе здравоохранения начались ещё до этого, с 1983 года [1].

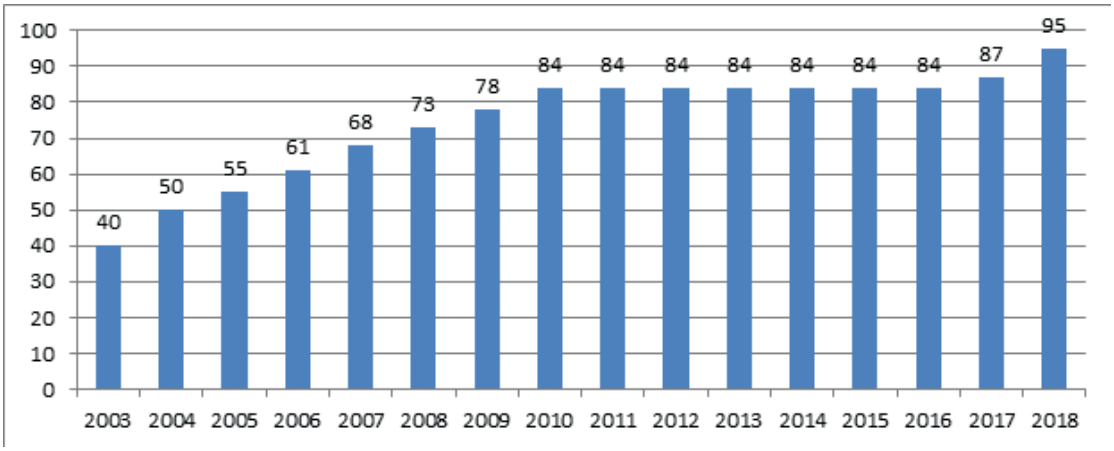


Рис. 3. Государственная амбулаторно-поликлиническая служба системы управления здравоохранения г. Кабула

Проведенные нами исследования показали, что в 1983 году Департментом планирования и координации частного сектора здравоохранения и надзора Министерства здравоохранения ИГА четырем лечебным учреждениям г. Кабула было выдана лицензия на право заниматься частной медицинской практикой: частная клиника им. Сихат на 15 коек акушерско-гинекологического и на 5 коек хирургического профиля (в настоящее время не функционирует), частная клиника им. Абузара Балхи на 15 хирургических, нейрохирургических коек и 5 коек акушерско-гинекологического профиля (в настоящее время не функционирует), частная клиника им. Абуали ибн Сино на 10 коек акушерско-гинекологического профиля (в настоящие время не функционарует) и частная клиника им. Нозуано на 20 коек акушерско-гинекологического профиля [1]. Департментом планирования и координации частного сектора здравоохранения и надзора Министерства здравоохранения ИГА в г. Кабуле с 1992 по 1994 года 5 частным больницам выданы дополнительные лицензии на право заниматься частной медицинской практикой: больница им. Марьям на 30 коек (10 коек акушерско-гинекологического, 10 коек общехирургического и 10 коек общего профиля) (1992); имени Нодира Сидики на 10 коек акушерско-гинекологического профиля (1992); имени Мусо Вардак на 20 коек травматолого-ортопедического и общехирургического профиля (1992); имени Шинузода на 50 коек акушерско-гинекологического, хирургического и травматолого-ортопедического профиля (1993); имени Фотима Захро на 10 коек акушерско-гинекологического профиля (1994) [1].

После получения официального разрешения на внедрение рыночной экономики в стране (2004) частный сектор здравоохранения г. Кабула стал развиваться бурным темпом. В настоящее время количество частных лечебных учреждений, имеющих стационарные койки, в системе управления здравоохранения г. Кабула достигло 160 единиц (рис. 4).

Как видно из рисунка 4, количество лечебных учреждений частного сектора здравоохранения, оказывающих стационарную помощь в г. Кабуле, по сравнению с 2003 годом, увеличилось на 151 (1777,8%).

Количество коек лечебных учреждений системы частного сектора здравоохранения г. Кабула составляет 2839, что, по сравнению с 2003 годом, увеличилось на 2764 коек (3785,3%) (рис. 5).

Как видно из рисунка 5, количество коек в лечебных учреждениях частного сектора здравоохранение г. Кабула ежегодно увеличивается на 1726,6. Следует отметить, что большинство лечебных учреждений частного сектора маломощные и имеют не более 30 коек (табл. 2).

Как видно из таблицы 2, 86,3% больниц частного сектора системы здравоохранения г. Кабула имеют меньше 30, 13,1% - от 30 до 100 и 0,6% - от 100 до 200 коек. В частном секторе крупные больничные учреждения, имеющие 200 и более коек, отсутствуют.

Амбулаторно-поликлинической службы в системе частного сектора здравоохранения до 2014 года в г. Кабуле не существовало (рис. 6).

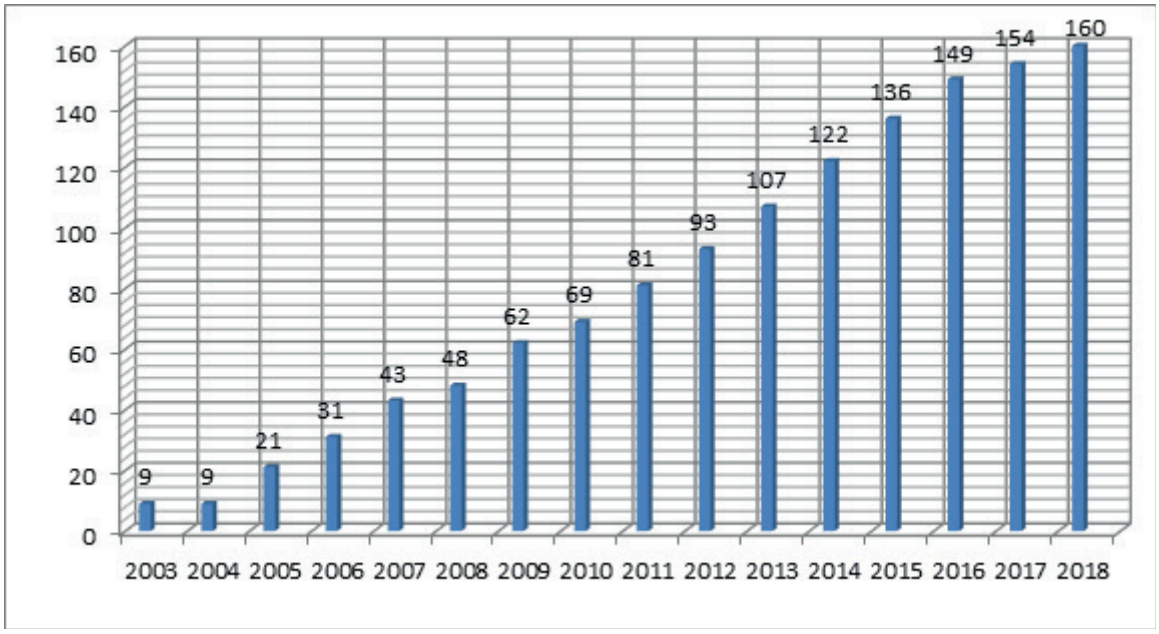


*Рис. 4. Количество лечебных учреждений частного сектора системы управления здравоохранения г. Кабула, имеющих стационарные койки, за период 2003-2018 годы***Заключение**

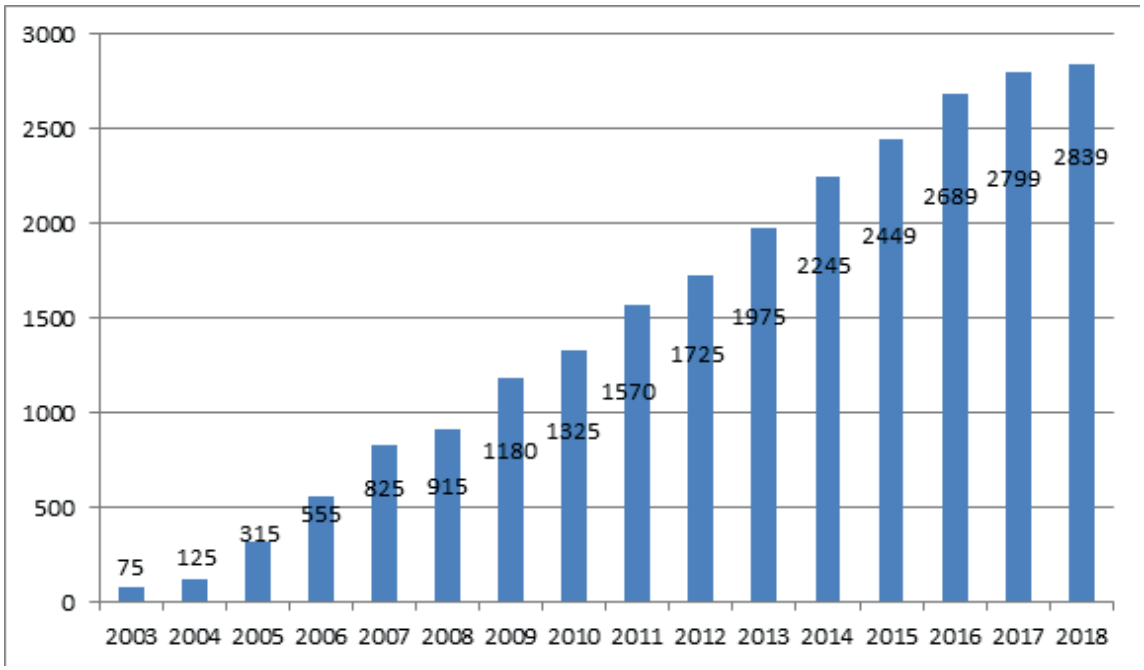


Рис. 5. Количество коек лечебных учреждений частного сектора системы управления здравоохранением г. Кабула за период 2003-2018 годы

Таблица 2

Коечный фонд частных больниц г. Кабула на 2018 год

Коечный фонд	**Количество больниц (в %), имеющих койки**
<30 коек	86,3%
30 - 100 коек	13,1%
100 - 200 коек	0,6%
> 200 коек	0%

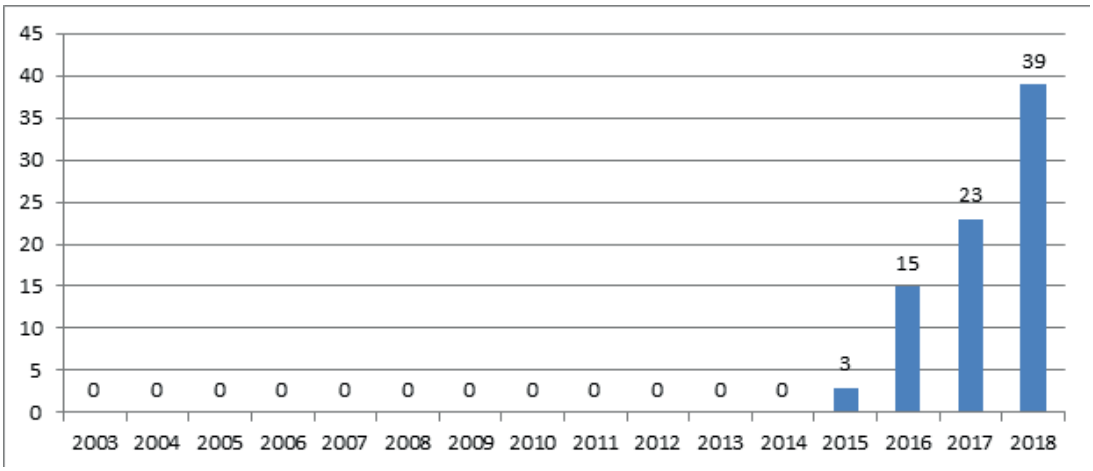


Рис. 6. Частная амбулаторно-поликлиническая служба системы управления здравоохранения г. Кабула

Амбулаторно-поликлиническая служба начала развиваться только с 2015 года (2015 – 3, 2016 – 12, 2017 – 8, 2018 – 16 единиц). Проведенный анализ работы частных амбулаторно-поликлинических учреждений показал, что за один месяц ею было в среднем принято 15949 амбулаторных больных.

Заключение

Таким образом, за последние годы частный сектор здравоохранения вырос и стал играть все более активную роль в развитии рыночной экономики здравоохранения г. Кабула. Система здравоохранения г. Кабула характеризуется доминированием государственного сектора с тенденцией к быстрому росту частного. Потенциал частной системы здравоохранения до сих пор в должной мере невостребован государством. Нормативно-правовая база несовершенна, этапность лечебно-диагностического процесса не соблюдается. Отсутствует единая официальная статистика здравоохранения.

Проведенное исследование частного сектора системы управления здравоохранения г. Кабула требует изыскания новых научно–организационных подходов к изучению проблем и перспектив его развития.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов А., Мир Око Хурами валади Мухаммад Хурам. Состояние частного сектора в системе здравоохранения Исламского Государства Афганистани перспективы его развития на современном этапе // Здравоохранение Таджикистана.- 2018.- №3.- С.14-20

2. Ахмедов А., Ахмедова М.А., Маслова Е.В., Ахмедов Ф.А. Обобщение опыта здравоохранения в различных административных регионах Бухарского эмирата и его влияние на состояние здоровья населения того периода // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана.- 2017.- №2(22).- С-87-93.

3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник для вузов.- Москва: ГЭОТАР–МЕД, 2002.- С. 317–326

REFERENCES

1. Akhmedov A., Mir Oko Khurami valadi Mukhammad Khuram. Sostoyanie chastnogo sektora v sisteme zdravookhraneniya Islamskogo Gosudarstva Afganistani perspektivy ego razvitiya na sovremennom etape [The state of the private sector in the health system of the Islamic State of Afghanistan, the prospects for its development at the present stage]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Health care of Tajikistan*, 2018; 3: 14-20.

2. Akhmedov A., Akhmedova M. A., Maslova E. V., Akhmedov F. A. Obobshchenie opyta zdravookhraneniya v razlichnykh administrativnykh regionakh Bukharskogo emirata i ego vliyanie na sostoyanie zdorovya naseleniya togo perioda [Summarizing the experience of public health in various administrative regions of the Bukhara Emirate and its impact on the health status of the population of that period]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana.- Bulletin of the Academy of medical sciences of Tajikistan*, 2017; 2(22): 87-93.

3. Lisitsyn Yu. P. *Obshchestvennoe zdorove i zdravookhranenie. Uchebnik dlya vuzov* [Public health and healthcare. Textbook for universities]. Moscow, GEOTAR–MED Publ., 2002; 317-326.

4. Министерство здравоохранения. Департамент регулирования и частного сектора. Список государственных амбулаторно-поликлинических центров г. Кабула 2018 года.- Кабул: Минздрав ИГА, 2018.

5. Саврвари Дониш - Министерство юстиции ИГА. Основной закон Исламского Государства Афганистан. - Кабул.- 594 с.

6. Configuring Balance Score cards for Measuring Health System Performance: Evidence from 5 Years. Evaluation in Afghanistan // Journal PLoS Medicine, 26.07.2011.

4. Ministerstvo zdravookhraneniya. Departament regulirovaniya i chastnogo sektora. Spisok gosudarstvennykh ambulatorno-poliklinicheskikh tsentrov g. Kabula 2018 goda [Ministry of Health. Department of Regulation and the private sector. List of state outpatient polyclinic centers of Kabul in 2018]. Kabul: Minzdrav IGA, 2018.

5. Sarvari Donish - Ministerstvo yustitsii IGA. Osnovnoy zakon Islamskogo Gosudarstva Afganistan [SarvariDonish - Ministry of Justice IGA. The basic law of the Islamic State of Afghanistan]. Kabul; 594.

6. Configuring Balance Score cards for Measuring Health System Performance: Evidence from 5 Years. Evaluation in Afghanistan. *Journal PLoS Medicine*, 26.07.2011.

Сведения об авторах:

Ахмедов Аламхон – главный специалист Аттестационного отдела медицинских, ветеринарных, фармацевтических и аграрных наук Высшей аттестационной комиссии при Президенте Республики Таджикистан, иностр. член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор; тел.: 2275551

Мир Око Хурами валади Мухаммад Хурам – соискатель ГУ «ТНИИ профилактической медицины», директор частной лечебной больницы им. Марьям ИГА; тел.: 93783114493; e-mail: miragakhorami@yahoo.com

Мирзоева Зухро Ахмадуллоевна – председатель экспертного совета по медицине и фармации ГУ «ВАК при Президенте РТ», д.м.н., профессор; тел.: 2275551

Information about authors:

Akhmedov Alamkhon – Main specialist of the Attestation Division of Medical, Veterinary, Pharmaceutical and Agricultural Sciences of the HAC under the President of the Republic of Tajikistan, foreign corresponding member of the Academy of Medical Sciences of the Ministry of Health and Social Protection of population of the Republic of Tajikistan, Doctor of Medical Sciences, Professor; tel.: 2275551

Mir Oko Khurami valadi Mukhammad Khuram – Applicant at the State Establishment "Tajik Scientific Research Institute of Preventive Medicine", Director of the Private Medical Hospital named after Maryam of the IGA; tel.: 93783114493; e-mail: miragakhorami@yahoo.com

Mirzoeva Zukhro Akhmadulloevna – Chairman of the Expert Council on Medicine and Pharmacy of the State Establishment "HAC under the President of the Republic of Tajikistan", Doctor of Medical Sciences, Professor; tel.: 2275551

ҲОЛАТИ СОХТОРИ ХУСУСӢ ДАР СИСТЕМАИ ХАДАМОТИ ТАНДУРУСТИИ ш. КОБУЛ ВА РУШДИ ОЯНДАИ ОН

[1,2]МИР ОҚО ХУРАМИ ВАЛАДИ МУҲАММАД ХУРАМ.,
[3]АХМЕДОВ А., [4]МИРЗОЕВА З.А.

1Муассисаи давлатии "Пажуҳишгоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон"-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷуҳурии Тоҷикистон
2Беморхонаи хусусии табобатии ба номи Марями ш. Кобул, Ҷумҳурии Исломии Афғонистон
3Муассисаи давлатии "Академияи илмҳои тибби Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷуҳурии Тоҷикистон"
4Муассисаи давлатии "Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон"

***Мақсади тадқиқот**. Омӯхтани ҳолат ва рушди сектори хусусӣ дар сохтори Хадамоти тандурустии ш. Кобули Ҷумҳурии Исломии Афғонистон.*
***Мавод ва усулҳои тадқиқот**. Маводҳои таҳқиқот ба нишондодҳои ҳисоботҳои солонаи муассисаҳои тиббӣ-профилактикии ш.Кобули ҶИА, ки дар даврaҳои солҳои 2003-2018 ба усулҳои нави маблаггузорӣ гузаштаанд, асос ёфтааст.*
***Натиҷаҳо**. Потенсиали сектори хусусии тандурустии ш.Кобул аз тарафи давлат ба таври бояду шояд истифода бурда намешавад. Системаи тандурустии ш. Кобул асосан давлатӣ буда, сектори хусусии он дар ҳолати рушд қарор дорад.*
***Хулоса**. Сохтори тандурустии шаҳри Кобул, ҶИА бисёрҷанба буда, аз секторҳои давлатӣ ва хусусӣ иборат мебошад. Сиёсати давлатӣ дар соҳаи тандурустии кишвар гарчанде ба зиёдшавии бахши сектори хусусӣ кумак расонад ҳам, таҳти назорати системаи давлатӣ будани он ба роҳ монда шудааст.*
Муқовимати асосӣ дар ҷараёни рушди сектори хусусии тандурустии ш. Кобул аз таъмин набудани амният, камбизоатии аҳолӣ, номукаммал ва дар бисёр ҳолатҳо набудани манбаъи ҳуқуқӣ ва ҳуҷҷатҳои меъёрӣ-ҳуқуқии соҳавӣ иборат мебошад.
***Калимаҳои асосӣ:** сохтори тандурустии давлатӣ, сохтори тандурустии хусусӣ, базаи меъёрӣ-ҳуқуқӣ, маблаггузорӣ*

УДК 616-006.52:618.1 (575.3) **doi: 10.31712/2221-7355-2019-9-2-180-187**

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ВЛИЯНИЕ ВАКЦИНЫ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ГЛОБАЛЬНОМ МАСШТАБЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЕЁ ВНЕДРЕНИЮ В ТАДЖИКИСТАНЕ

[1]МИРЗОЕВ А.С., [2,3]НАЗУРДИНОВ А.Б.

[1]Кафедра эпидемиологии, гигиены и охраны окружающей среды ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
[2]ГУ «Республиканский центр иммунопрофилактики» МЗиСЗН РТ
[3]ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино»

Цель исследования. *Изучение мирового опыта внедрения вакцины против вируса папилломы человека (ВПЧ) и определение приемлемости её внедрения в условиях Таджикистана.*

Материал и методы. *Исследовались все доступные материалы Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ЕРБ ВОЗ) по вирусу папилломы человека (ВПЧ), материалы Регионального учебного семинара ВОЗ по укреплению системы принятия решений в области иммунизации на основе фактических данных (Копенгаген, Дания 14-17 мая 2018 г.), а также обзор опубликованных статей по эффективности профилактики ВПЧ, эпидемиологической ситуации ВПЧ и опыт внедрения вакцины против ВПЧ.*

Результаты. *В статье представлена общая характеристика ВПЧ и его влияние на развитие рака шейки матки. Отражен перечень заболеваний, причинами которых являются разные типы ВПЧ. Выявлено, что рак шейки матки является четвертым, наиболее часто встречающимся видом рака у женщин всего мира. В 2012 году было зарегистрировано 530 000 новых случаев заболевания, этот вид является причиной 7,5% всех случаев смерти женщин от рака. По оценкам ВОЗ, более чем из 270 000 ежегодных случаев смерти от рака шейки матки 85% происходят в наименее развитых странах. Это заболевание можно предотвратить путем внедрения вакцины ВПЧ, так как только 16 и 18 типы ВПЧ вызывают 70% раковых заболеваний шейки матки.*

Заключение. *Изучение внедрения вакцины против папилломы человека существенно влияет на эпидемиологическую ситуацию развития рака шейки матки у детородных женщин. Рекомендовать Национальной технической консультативной группе по вопросам иммунизации более глубоко изучить вопрос внедрения вакцины ВПЧ в Национальный календарь иммунизации.*

Ключевые слова: *рак шейки матки, вакцина ВПЧ, рекомендации по внедрению в Таджикистане*

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS AND INFLUENCE OF THE HUMAN PAPILLOMAVIRUS VACCINE IN THE PREVENTION OF CERVICAL CANCER ON A GLOBAL SCALE AND RECOMMENDATIONS FOR ITS IMPLEMENTATION IN TAJIKISTAN

[1]MIRZOEV A.S., [2,3]NAZURDINOV A.B.

[1]Department of Epidemiology, Hygiene and Environmental Protection of the State Educational Establishment "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan"
[2]State Establishment "Republican Center of Immunoprophylaxis" of the Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan
[3]State Educational Establishment "Avicenna Tajik State Medical University" of the Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan

Aim. *Study of the world experience in the vaccine against HPV introduction and determining the acceptability of its introduction in Tajikistan.*

Material and methods. *Explored all available materials from the World Health Organization's Regional Office for Europe on human papillomavirus (HPV), proceedings of the WHO Regional Training Workshop on strengthening the decision-making*

system in the area of evidence-based immunization (Copenhagen, Denmark, May 14-17, 2018), as well as a review of published articles on the effectiveness of HPV prevention, the epidemiological situation of HPV and the experience of HPV vaccine introduction.

Results. *The article presents a general description of HPV and its influence on the development of cervical cancer. The list of diseases caused by different types of HPV is reflected. Revealed that cervical cancer is the fourth most common type of cancer in women around the world. In 2012, 530 000 new cases of the disease were reported. This kind is the cause of 7,5% of all deaths of women from cancer. WHO estimates that more than out of 270 000 annual deaths from cervical cancer 85% occur in least developed countries. This disease can be prevented by introducing the HPV vaccine, since only 16 and 18 types of HPV cause 70% of cervical cancers.*

Conclusion. *The study of vaccine against HPV introduction significantly affects the epidemiological situation of development of cervical cancer in reproductive women. Recommend the National Technical Advisory Group on Immunization to study the introduction of HPV vaccine in the National immunization calendar.*

Key words: *cervical cancer, HPV vaccine, recommendations for implementation in Tajikistan*

Актуальность

Вирусы папилломы человека (ВПЧ) являются широко распространенной и гетерогенной группой вирусов. Таксономически вирусы папилломы делятся на роды (a, b, g и т. д.), виды (a7, a9, b1 и др.), типы (16, 18, 6, 11 и др.). Выделяют «кожные», тропные к ороговевающему эпителию типы (в основном роды b и g), и слизистые, или аногенитальные (тропные к слизистым оболочкам) типы вирусов (род a). По способности оказывать трансформирующее воздействие на клетки эпителия выделяют подгруппы низкого (типы 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 81) и высокого канцерогенного риска (типы 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 и 82). Типы 26, 53 и 66 относятся к категории предположительно высокого риска [1, 6].

Существует более 100 типов ВПЧ, из которых, по меньшей мере, 13 приводят к развитию рака (они известны также как вирусы типа высокого риска).

Доказано и подтверждено ВОЗ, что типы высокого онкогенного риска являются причиной предраковых состояний (дисплазии средней и высокой степени тяжести, H-SIL или CIN2,3) и рака шейки матки [3, 4, 5].

Вирус папилломы человека (ВПЧ) является самой распространенной вирусной инфекцией половых путей. Большинство сексуально активных женщин и мужчин приобретают инфекцию в какой-то момент своей жизни, а некоторые могут быть повторно инфицированы.

Пиковый период приобретения инфекции как для женщин, так и для мужчин начинается сразу после того, как они становятся сексуально активными. ВПЧ передается половым путем, но для передачи вируса не обязателен проникающий секс. Телесный генитальный контакт является хорошо установленным путем передачи инфекции [2].

Многие типы ВПЧ не причиняют проблем. Инфекции ВПЧ обычно проходят сами, без каких-либо вмешательств через несколько месяцев после их приобретения, и около 90% проходят в течение 2 лет. Небольшая доля инфекций определенными типами ВПЧ может сохраняться и развиваться в рак [2].

Рак шейки матки — злокачественное новообразование, возникающее в области шейки матки. Гистологически различают две его основные разновидности: аденокарцинома и плоскоклеточный рак. В настоящее время считается доказанной связь заболеваемости вирусом папилломы человека и риском развития рака шейки матки [7].

На сегодняшний день рак шейки матки является самой распространенной болезнью, связанной с ВПЧ. Почти все случаи рака шейки матки могут быть обусловлены инфекций ВПЧ [2].

Цель исследования

Изучение мирового опыта внедрения вакцины против вируса папилломы человека (ВПЧ) и определение приемлемости её внедрения в условиях Таджикистана.

Материал и методы исследования

Проведен анализ материалов ЕРБ ВОЗ по вопросу вируса папилломы человека (ВПЧ) и рака шейки матки, эпидемиологической ситуации ВПЧ, опыта внедрения вакцины против ВПЧ и материалов Регионального учебного семинара ВОЗ по укреплению системы принятия решений в области иммунизации на основе фактических данных (Копенгаген, Дания 14-17 мая 2018 г.).

Результаты и их обсуждение

Рак шейки матки является четвертым, наиболее часто встречающимся видом рака у женщин в мире. В 2018 году было зарегистрировано 570 000 новых случаев заболевания, и этот рак является причиной 7,5% всех случаев смерти женщин от рака. По оценкам ВОЗ, более чем из 230 000 ежегодных случаев смерти от рака шейки матки 85% происходят в наименее развитых странах [2].

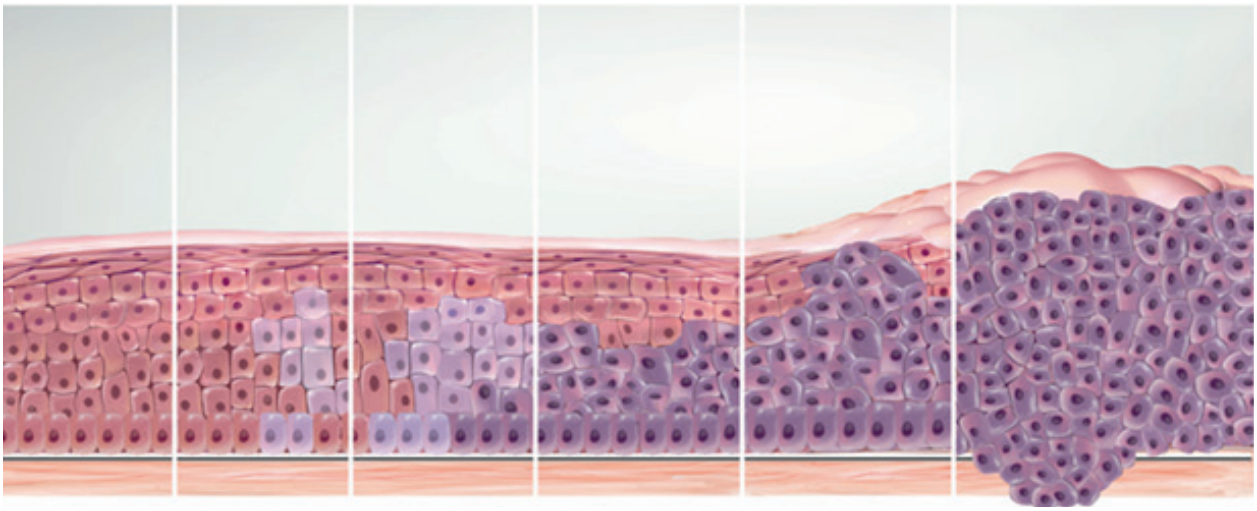
В развитых странах имеются программы, которые предоставляют женщинам возможности для скрининга, что позволяет выявлять большинство предраковых состояний на стадиях, когда их можно легко лечить. Раннее лечение позволяет предотвратить до 80% случаев развития рака шейки матки в этих странах.

В развивающихся странах ограниченный доступ к эффективному скринингу означает, что болезнь часто выявляется только на поздних стадиях, когда развиваются симптомы. Кроме того, лечение болезни на таких поздних стадиях малоперспективно, это приводит к высоким уровням смертности от рака шейки матки в этих странах [2].

Таблица 1

Заболевания и симптомы зависимости от типа ВПЧ

Заболевания и симптомы	**Тип ВПЧ**
Бородавки на подошве стопы	1; 2; 4
Обычные бородавки	2; 4; 26; 27; 29; 57
Плоские бородавки	3; 10; 28; 49
Бородавки мясников	7
Верруциформная эпидермодисплазия	2; 3; 5; 8-10; 12; 14-15; 17; 19; 20; 36; 37; 46; 47; 50
Остроконечные кондиломы	6; 11; 42; 54
Плоские кондиломы и дисплазия шейки матки с риском превращения в рак	6; 11; 16; 18; 30; 31; 33; 39; 40; 42; 43; 51; 52; 55; 57; 61; 62; 64; 67
Рай шейки матки, кондиломы наружных половых органов	16; 18; 31; 33; 35; 39; 45; 51; 52; 54; 56; 66; 68
Эпителиальная гиперплазия	13; 32
Рецидивирующий папилломатоз дыхательных путей	6; 11; 30
Рак головы, шеи, легких	2; 6; 11; 16; 18; 30



Нормальный эпителий шейки матки | **Клетки, инфицированные ВПЧ** | **CIN1 или LSIL (эпителиальные повреждения низкой степени)** | **CIN2 или HSIL (эпителиальные повреждения высокой степени риска)** | **CIN3 или LSIL (эпителиальные повреждения высокой степени риска)** | **Рак шейки матки**

Источник: Слайд F. Martinon-Torres; Семинар ВОЗ по безопасности вакцин, 2018 г.

Рис.1. Естественное течение ВПЧ-инфекции

Согласно последним данным ВОЗ, типы 16 и 18 ВПЧ являются самыми онкогенными, которые являются причиной около 70% всех случаев рака шейки матки у женщин. Они имеют огромный риск формирования злокачественных опухолей, а ВПЧ 16 по статистике наблюдается у 50% носителей [2].

Большинство ВПЧ не приводят к появлению симптомов или болезни, около 90% проходят в течение 2-х лет. Однако устойчи-

вая инфекция определенными типами ВПЧ (чаще всего типами 16 и 18) может приводить к развитию предраковых патологических состояний. Без лечения эти состояния могут развиться в рак шейки матки [8].

Скорректированная распространенность ВПЧ в мире составляет 11,7%. Самый высокий процент наблюдается в Карибских странах (35,4%), Восточной Африке (33,6%) и Восточной Европе (21,4%) [9].

В Восточной Европе, куда входит страны Центральной Азии, в том числе и Республика Таджикистан, уровень распространенности рака шейки матки достаточно высокий.

Самая низкая распространённость наблюдается в странах Западной Азии (1,7%), Северной Америки (4,7%) и Южной Азии (7,1%) [9].

В Таджикистане показатели частоты рака шейки матки за последние 5 лет варьируют от 6,7 до 9,7 на 100 тысяч населения. Самый высокий показатель за последние 10 лет был зарегистрирован в 2017 году [7, 9].

К одним из основных факторов риска развития рака шейки матки относятся первое половое сношение в раннем возрасте и подавление иммунитета при ВИЧ-инфекции. Другие факторы риска, такие как табакокурение и многочисленные сексуальные партнеры, в условиях Таджикистана играют малозначимую роль. Однако необходимо учитывать тот факт, что постепенно нарастает половой путь заражения ВИЧ- инфекцией, что подвергает повышенному риску инфицирования ВПЧ как женщин, так и мужчин. Динамика заболеваемости раком шейки матки в Таджикистане за период 2010-2017 гг. отражена на рисунке 2.

Уровень заболеваемости раком шейки матки в зависимости от возраста различается. Чем более молодой возраст, тем более высокий уровень ВПЧ инфекций и наоборот [2].

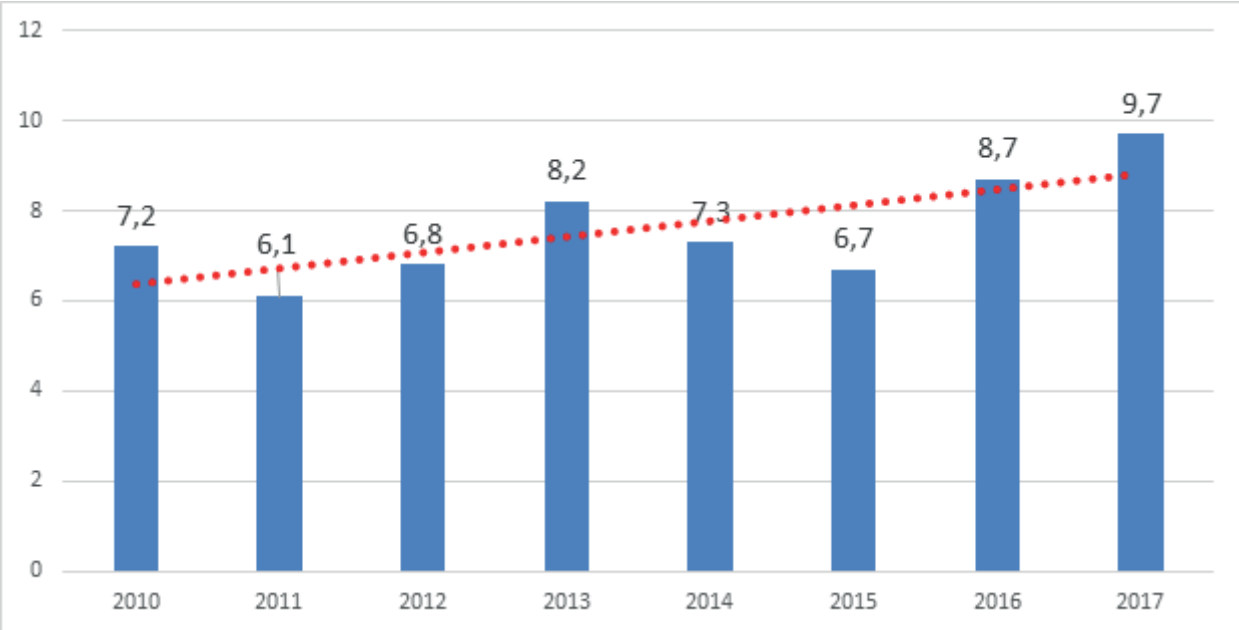


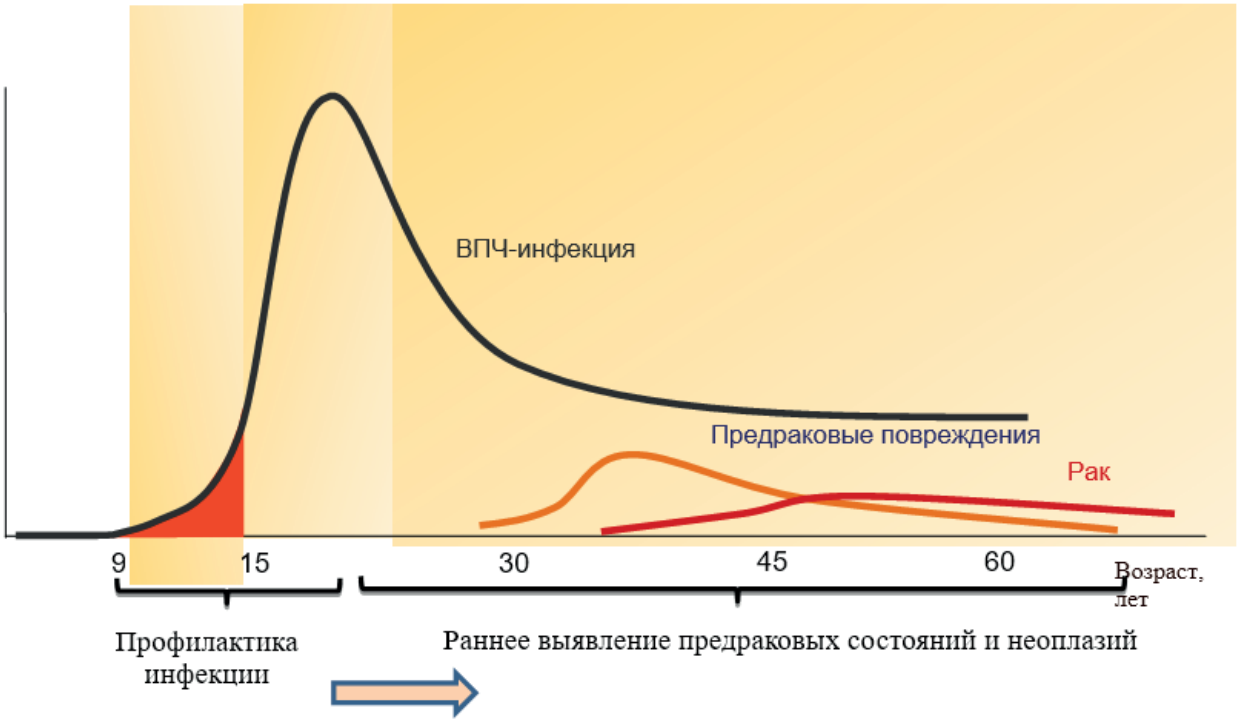
Рис. 2. Динамика заболеваемости раком шейки матки в Таджикистане за период 2010-2017 гг. (на 100 тыс. населения)

Заболеваемость раком шейки матки в основном отмечается в возрасте 30 лет и выше, так как предраковое повреждение наблюдается еще в раннем возрасте (до 30 лет).

Заболевания шейки матки, обусловленные ВПЧ, по возрастам приведены на рисунке 3.

Одним из основных профилактических мероприятий по предотвращению распространения вируса папилломы человека является повышение уровня иммунитета среди женщин детородного возраста. В 2006 году впервые была одобрена первая вакцина против ВПЧ. В настоящее время более 70 стран включили её в национальный календарь профилактических прививок как минимум для девочек, а отдельные страны - и для мальчиков.

В настоящее время имеются две вакцины, защищающие от ВПЧ 16 и 18, которые, как известно, вызывают, по меньшей мере, 70% раковых заболеваний шейки матки. Эти вакцины могут также обеспечивать некоторую перекрестную защиту от других менее распространенных типов ВПЧ, вызывающих рак шейки матки. Одна из этих вакцин предохраняет также от типов ВПЧ 6 и 11, которые вызывают аногенитальные кондиломы.



Источник: ВОЗ. Региональный учебный семинар по укреплению системы принятия решений в области иммунизации на основе фактических данных; Копенгаген, Дания 14-17 мая 2018 г.

Рис. 3. Динамика заболеваний шейки матки, обусловленных ВПЧ, по возрасту

Результаты клинических испытаний свидетельствуют о том, что обе вакцины безопасны и очень эффективны в профилактике инфекции ВПЧ 16 и 18. Они более эффективны, если вакцинация проводится до воздействия ВПЧ. Поэтому предпочтительнее проводить вакцинацию до первого сексуального контакта [2].

По своим характеристикам вакцины ВПЧ выпускаются в зависимости от содержания типов: 2-валентная, 4-валентная и 9-валентная. Принято 2- и 3-кратное введение. Характеристика вакцин от ВПЧ в зависимости от типов содержания вирусоподобных частиц, доза L1-белка и кратности введения приведены в таблице 2.

Таблица 2

Характеристика вакцин ВПЧ (Herrero et al., 2015)

Характеристики	**2-валентная 2vHPV**	**4-валентная 4vHPV**	**9-валентная 9vHPV**
Торговое название, производитель	CervarixTM, GSK	GardasilTM, Merck	Gardasil 9TM, Merck
Типы вирусоподобных частиц	16, 18	6, 11, 16, 18	6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58
Доза L1-белка	20/20 мкг	20/40/40/20 мкг	30/40/60/40 мкг 20/20/20/20/20 мкг
Адъювант	ASO4 (500 мкг гидроокиси алюминия, 50 мкг 3-О-деацетил-4'-монофосфорил-липид А)	AAHS (225 мкг аморфного гидроксифосфат-сульфата алюминия)	500 мкг AAHS
Зарегистрированные режимы вакцинации	месяцы 0, 1, 6 месяцы 0, 6	месяцы 0, 2, 6 месяцы 0, 6	месяцы 0, 2, 6 месяцы 0, 6

Страны, в зависимости от финансовой возможности, циркуляции типов ВПЧ, выбирают тип вакцин и определяют кратность введения.

Иммуногенность вакцины против ВПЧ: антитела у привитых вырабатывается у более 98% привитых людей; серологический ответ после вакцинации намного сильнее (на 1-4 логарифма выше), чем ответ после естественного инфицирования; основной защиты являются нейтрализующие антитела против основного капсидного белка ВПЧ – L1.

Вакцина имеет небольшие побочные эффекты: болезненность места инъекции (80%), покраснение и припухлость (25%), повышение температуры (10%), головная боль (33%).

Противопоказания: тяжелая аллергическая реакция на введение предыдущей дозы вакцины; меры предосторожности: беременность и тяжелое или средней тяжести острое заболевание.

Воз в мае 2017 годА изложила свою пересмотренную позицию относительно ВПЧ-вакцины, в которой предложены:

- целевая популяция: девочки 9-13 лет до начала половой жизни;
- 2-дозовый режим вакцинации с минимальным интервалом 6 мес. между дозами для девушек в возрасте <15 лет;
- максимальный рекомендуемый интервал между дозами не установлен (предлагается <12-15 мес.),
- 3-дозовый режим вакцинации (мес. 0, 2, 6) рекомендован для девушек/женщин в возрасте ≥15 лет/ лицам с нарушениями иммунитета/ ВИЧ-инфицированным лицам;
- обе ВПЧ-вакцины можно вводить в рамках одной прививочной сессии с другими живыми и неживыми вакцинами [1].

В некоторых странах введена вакцинация мальчиков с учетом того, что данное мероприятие позволяет предотвращать генитальный рак как у мужчин, так и у женщин, а одна из имеющихся вакцин также предотвращает развитие генитальных кондилом у мужчин и женщин. ВОЗ рекомендует проводить вакцинацию девочек в возрасте 9–13 лет, так как она является самой эффективной с точки зрения затрат мерой общественного здравоохранения против рака шейки матки.

Вакцинация против ВПЧ не заменяет скрининг на рак шейки матки. В странах, где применяется вакцина против ВПЧ, необходимо также развитие скрининговых программ [2, 8].

Заключение

Внедрение вакцины против вируса папилломы человека существенно влияет на эпидемиологическую ситуацию развития рака шейки матки у детородных женщин. В отдельных странах вакцину ВПЧ используют среди подростков-мальчиков для профилактики кандилом и аногенитальных поражений, также вакцинация мальчиков против ВПЧ служит мерой профилактики против заражения и передачи вируса девочкам.

Существующие факты доказывают целесообразность применения вакцины ВПЧ для девочек до достижения половой зрелости.

Для внедрения вакцины ВПЧ необходимо более глубоко изучить опыт внедрения данной вакцины в странах ближнего зарубежья - Беларуси и Казахстане. Параллельно необходимо провести санитарно-просветительную работу среди населения с целью повышения уровня информированности населения и предотвращения «антивакцинной реакции».

В зависимости от возможностей финансирования данного направления необходимо решить вопрос о выборе вакцины (2-, 4- и 9 валентной) и кратности её введения. Рекомендовать Национальной технической консультативной группе по иммунизации более глубоко изучить вопрос возможности внедрения вакцины ВПЧ в Национальный календарь иммунизации страны.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ. Вакцины против вируса папилломы человека: документ по позиции ВОЗ, № 19.- Женева, 2017.- С. 92; 241-268.

2. ВОЗ. Вирус папилломы человека (ВПЧ) и рак шейки матки. Онлайн ресурс http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer

REFERENCES

1. VOZ. Vaktsiny protiv virusa papillomy cheloveka: dokument po pozitsii VOZ, № 19 [WHO. Vaccines against human papillomavirus: WHO position paper, No. 19]. Zheneva, 2017; 92, 241-268.

2. VOZ. Virus papillomy cheloveka (VPCH) i rak sheyki matki [WHO. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer]. Available on: http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer

3. Лысенко О.В., Зиганшин О.Р., Шевченко С.Ю. Папилломавирусная инфекция у семейных пар // Вестник дерматологии и венерологии.- 2016.- №4.- С. 42-48

4. Нарвская О.В. Вирус папилломы человека: эпидемиология, лабораторная диагностика и профилактика папилломавирусной инфекции // Инфекция и иммунитет.- 2011.- Т. 1, № 1.- С. 15–22

5. Специалисты о прививках. Онлайн ресурс http://www.yaprivit.ru/diseases/virus-papillomy-cheloveka/.

6. Шахтахтинская Ф.Ч., Намазова-Баранова Л.С., Таточенко В.К., Новикова Д.А., Ткаченко Н.Е. Вирус папилломы человека. Профилактика ВПЧ-ассоциированных заболеваний. Вакцинация в современном мире // Педиатрическая фармакология.- 2015.- Т. 1, №1.- С. 74-78

7. Chaturvedi A., Maura L. Gillison. Human Papillomavirus and Head and Neck Cancer. Epidemiology, Pathogenesis and Prevention of Head and Neck Cancer.- New York: Springer, 2010.- V.33.- P. 3235-3242

8. Jemal A., Simard E.P., Dorell C. et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975- 2009, featuring the burden and trends in human papillomavirus (HPV)-associated cancers and HPV vaccination coverage levels // J. Natl. Cancer. Inst.- 2013.- Vol. 105.- P. 175-201

9. Marais D., Gawarecki D., Allan B., Ahmed K., Altini L. et al. The effectiveness of Carraguard, a vaginal microbicide, in protecting women against high-risk human papillomavirus infection // Antiviral Therapy.- 2011.- № 16 (8).- P. 1219–1226.

3. Lysenko O. V., Ziganshin O. R., Shevchenko S. Yu. Papillomavirusnaya infektsiya u semeynykh par [Papillomavirus infection in couples]. *Vestnik dermatologii i venerologii – Bulletin of dermatology and venereology*, 2016; 4: 42-48.

4. Narvskaya O. V. Virus papillomy cheloveka: epidemiologiya, laboratornaya diagnostika i profilaktika papillomavirusnoy infektsii [Human papillomavirus: epidemiology, laboratory diagnosis and prevention of papillomavirus infection]. *Infektsiya i immunitet – Infection and immunity*, 2011; 1(1): 15–22

5. Spetsialisty o privivkakh [Specialists about vaccinations]. Available on: http://www.yaprivit.ru/diseases/virus-papillomy-cheloveka/.

6. Shakhtakhtinskaya F. Ch., Namazova-Baranova L. S., Tatochenko V. K., Novikova D. A., Tkachenko N. E. Virus papillomy cheloveka. Profilaktika VPCH-assotsiirovannykh zabolevaniy. Vaktsinatsiya v sovremennom mire [Human papilloma virus. Prevention of HPV-associated diseases. Vaccination in the modern world]. *Pediatricheskaya farmakologiya - Pediatric pharmacology*, 2015; 1(1): 74-78

7. Chaturvedi A., Maura L. Gillison. Human Papillomavirus and Head and Neck Cancer. Epidemiology, Pathogenesis and Prevention of Head and Neck Cancer. New York, Springer, 2010; 33: 3235-3242/

8. Jemal A., Simard E. P., Dorell C., Annual report to the nation on the status of cancer, 1975- 2009, featuring the burden and trends in human papillomavirus (HPV)-associated cancers and HPV vaccination coverage levels. *J. Natl. Cancer. Inst.*, 2013; 105: 175-201.

9. Marais D., Gawarecki D., Allan B., Ahmed K., Altini L. The effectiveness of Carraguard, a vaginal microbicide, in protecting women against high-risk human papillomavirus infection. *Antiviral Therapy*, 2011; 16(8): 1219–1226.

Сведения об авторах:

Мирзоев Азамджон Сафолович – зав. кафедрой эпидемиологии, гигиены и охраны окружающей среды ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.; тел: +992 907 70 98 72; e-mail: azamdjon@mail.ru

Назурдинов Анвар Бахтиёрович – заместитель генерального директора ГУ «Республиканский центр иммунопрофилактики» МЗиСЗН РТ

Information about authors:

Mirzoev Azamdzhon Safolovich – Head of the Department of Epidemiology, Hygiene and Environmental Protection of the State Educational Establishment "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan", Candidate of Medical Sciences, tel.: +992 907 70 98 72; e-mail: azamdjon@mail.ru

Nazurdinov Anvar Bakhtierovich – Deputy Director of the State Establishment "Republican Center of Immunoprophylaxis" of the Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan

ҶАНБАҲОИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ТАЪСИРИ ВАКТСИНАИ ВИРУСИ ПАПИЛЛОМИ ИНСОН ДАР ПРОФИЛАКТИКАИ САРАТОНИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН ДАР МИҚЁСИ ГЛОБАЛӢ ВА ТАВСИЯҲО ДОИР БА ИСТИФОДАИ ОН ДАР ТОҶИКИСТОН

[1]МИРЗОЕВ А.С., [2,3]НАЗУРДИНОВ А.Б.

[1]Кафедраи эпидемиология, гигиена ва ҳифзи муҳити зисти МДО «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»
[2]МД «Маркази ҷумҳуриявии иммунопрофилактика»-и ВТ ва ҲИА ҶТ
[3]МДО «Донишгоҳи давлатии тибби Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Мақсади тадқиқот. *Омӯзиши таҷрибаи ҷаҳонӣ оид ба истифода намудани вакцинаи папилломи инсон (ВПИ) ва муайян кардани қобилияти қабули он дар шароити Тоҷикистон.*

Мавод ва усулҳои тадқиқот. *Ҳамаи маводҳои аз ҷониби Дафтари минтақавии ТУТ оид ба вакцинаи папилломи инсон дастрасшаванда, маводҳои семинари минтақавии ТУТ оид ба таҳкими системаҳои қабули қарор дар бораи эмкунӣ дар асоси нишондодҳои амалӣ (Копенгаген, Дания 14-17 майи соли 2018), инчунин шарҳи мақолаҳои чопшуда оид ба самаранокии пешгирии ВПИ, вазъияти эпидемиологии ВПИ ва таҷрибаи ворид намудани вакцинаи зидди ВПИ мавриди таҳқиқ қарор гирифтанд.*

Натиҷаҳо. *Дар мақола тавсифи умумии ВПИ ва таъсири он ба инкишофи саратони гарданаки бачадон нишон дода шудааст. Рӯйхати бемориҳои вобаста ба намудҳои гуногуни ВПИ инъикос ёфтааст. Ошкор карда шуд, ки саратони гарданаки бачадон аксаран дар намуди чоруми маъмул дар байни занон дар саросари ҷаҳон ҷойгир аст. Дар соли 2012 530,000 ҳолатҳои нави бемории мазкур ба қайд гирифта шуд, ки ин намуд сабаби 7,5% ҳамаи фавти модарон дар байни занон мебошад. Аз рӯи арзёбии ТУТ зиёда аз 270,000 фавти солонаи гирифтори бемории саратони гарданаки бачадон дар 85% ҳолат дар кишварҳои рӯ ба инкишоф рух медиҳанд. Ин бемориро метавон бо роҳи пешгирии ваксинатсияи ВПИ, чунон ки танҳо 16 ва 18 намуди ВПИ боиси 70% саратони гарданаки бачадон мегардад, пешгирӣ намуд.*

Хулоса. *Омӯзиши ҷорӣ намудани вакцинаи зидди папилломаи инсон ба вазъи эпидемиологии саратони гарданаки бачадон дар занони зоянда ба таври назаррас таъсир мерасонад. Ба Гурӯҳи миллӣ техникии машваратӣ оид ба эмгузаронӣ тавсия дода шавад, ки масъалаи истифодаи вакцинаи ВПИ-ро дар Тақвими миллии эмкунӣ ҳаматарафа омӯзад.*

Калимаҳои асосӣ: *саратони гардани бачадон, вакцинаи ВПИ, тавсияҳо барои истифода дар Тоҷикистон*

УДК 617-089;616.34-009.11;617.07;616.381-072.1. **doi: 10.31712/2221-7355-2019-9-2-188-192**

РОЛЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ДОЛИХОСИГМЫ

МУРОДОВА Ш.М.

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. *Усовершенствование методов диагностики и лечения колостаза на фоне долихосигмы.*
Материал и методы. *В работе приведены результаты диагностики 139 больных с диагнозом: «Хронический толстокишечный стаз» и хирургического лечения больных с долихосигмой. При обследовании у больных диагностирована: долихосигма - 102 (60,35%), болезнь Пайра в сочетании с долихосигмой - 27 (15,97%), транзверзоптоз в сочетании с долихосигмой – 17 (10,05%), мобильная слепая кишка в сочетании с долихосигмой – 13 (7,69%), расширение слепой кишки в сочетании с долихосигмой – 10 (5,91%) случаев.*
Основной причиной толстокишечного стаза была долихосигма.
Результаты. *На основании клинико-инструментальных данных нами разработана классификация долихосигмы по степени удлинения сигмовидной кишки:*
долихосигма I степени - длина сигмы от 40 см до 60 см;
долихосигма II степени - длина сигмы от 60 см до 70 см;
долихосигма III степени - длина сигмы от 70 см – 80 см и более.
Заключение. *Выполнение видеолапароскопии позволяет установить степень удлинения сигмовидной кишки и определить наиболее оптимальный объем завершения оперативного вмещательства толстокишечного стаза на фоне долихосигмы. В зависимости от степени удлинения сигмовидной части толстого кишечника и оптимизации критериев проведения оперативного вмешательства у больных с хроническим толстокишечным стазом хирургическое лечение становится более эффективным.*
Ключевые слова: *долихосигма, диагностическая лапароскопия, определение степени удлинения сигмовидной части толстого кишечника*

THE ROLE OF DIAGNOSTIC LAPAROSCOPY IN DETERMINING THE DEGREE OF DOLICHOSIGMA

MURODOVA SH.M.

Department of General Surgery № 1 of the Avicenna Tajik State Medical University

Aim. *Improvement of methods of diagnosis and treatment of colostasis on the background of dolichosigma.*
Material and methods. *The article presents the results of diagnosis of 139 patients with the diagnosis of "Chronic colonic stasis" and surgical treatment of patients with dolichosigma. Among the patients were diagnosed: dolichosigma - 102 (60,35%), Pira disease in combination with dolichosigma - 27 (15,97%), transverzoptosis in combination with dolichosigma – 17 (10,05%), mobile cecum in combination with dolichosigma – 13 (7,69%), expansion of the cecum in combination with dolichosigma – 10 (5,91%) cases.*
The main cause of colonic stasis was dolichosigma.
Results. *Based on clinical and instrumental data we have developed a classification of dolichosigma by the degree of elongation of the sigmoid colon:*
dolichosigma I degree - Sigma length from 40 cm to 60 cm;
dolichosigma II degree - Sigma length from 60 cm to 70 cm;
dolichosigma III degree - Sigma length from 70 cm – 80 cm or more;
Conclusion. *Videolaparoscopy allows to determine the degree of elongation of the sigmoid colon and to determine the most optimal volume of completion of the operation of the colonic stasis against the background of dolichosigma. Depending on the degree of elongation of the sigmoid colon and the optimization criterion of operation in patients with chronic colonic stasis surgical treatment becomes more effective.*
Key words: *dolichosigma, diagnostic laparoscopy, determination of the degree of elongation of the sigmoid colon.*

Актуальность

Запор является одним из самых часто встречающихся в клинической практике синдромов, распространенность которого в Европе в среднем составляет 17,1%, а после 70 лет встречается до 25%. В США запором страдают 15-50%, в Азии - от 15% до 23% взрослого населения [1, 5].

Основным клиническим признаком хронического колостаза является сохранение запора

у пациента на протяжении не менее 12 недель, необязательно непрерывных 12 недель запора, в течение полугода [2, 4].

Несмотря на то, что существует множество схем консервативного лечения запоров, они не всегда дают желаемый результат. Длительные страдания пациентов приводят к выраженной астенизации, нарушению работоспособности, ухудшению качества жизни, что определяет социальную значимость проблемы.

Распространенность хронического колостаза делает его болезнью цивилизации, заболевание широко распространено в промышленно развитых странах, где запорами страдают в основном люди трудоспособного возраста [3, 6]. Наряду с функциональным запором, нередко его причиной являются органические изменения толстой кишки, такие как удлинение, расширение и нарушение фиксации ее различных отделов, в этих случаях возникают показания к хирургическому вмешательству.

Одной из частых причин развития хронического запора является хронический толстокишечный стаз на фоне долихосигмы [5].

Долихосигмой называют врожденное удлинение сигмовидной кишки. В норме очень часто сигмовидная часть толстого кишечника имеет «S»- образную форму. Длина сигмовидной части толстого кишечника в норме составляет от 24 до 46 см. По даным различных авторов, при такой вариабельности очень сложно установить и определить критерии диагностики удлинения сигмовидной части толстого кишечника. Нередко удлинение сигмовидной части толстого кишечника может стать причиной развития упорных хронических запоров, замедления транзита по толстому кишечнику или заворота кишечника.

Цель исследования

Совершенствование методов диагностики и лечения колостаза на фоне долихосигмы.

Материал и методы исследования

Проведено лапароскопическое исследование 139 больных с толстокишечным стазом, обусловленным долихосигмой, госпитализированных в Городской Центр здоровья №2, являющийся клинической базой кафедры общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, Городской центр колопроктологии г. Душанбе, хирургическое отделение лечебно-диагностического центра ТГМУ им. Абуали ибн Сино и кафедру хирургических болезней и эндохирургии при ГОУ ИПОвСЗ РТ (Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан) с 2014 по 2016 годы.

Возраст больных колебался от 18 до 70 лет. Женщин было 104 (74,82%), мужчин – 35 (25,17%) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных с долихосигмой по полу и возрасту

Возраст	Мужчины	Женщины	Всего
18-30	11 (5,50%)	31 (22,30%)	42 (30,21%)
31-40	11 (7,91%)	44 (31,65%)	55 (39,56%)
41-50	7 (4,14%)	19 (19,71%)	26 (18,70%)
51-65	3 (1,77%)	7 (5,03%)	10 (7,19%)
65-70	3(1,77%)	3(1,77%)	6 (3,55%)
Всего	**35(25,17%)**	**104 (74,82%)**	**139 (100%)**

Согласно нашим наблюдениям, 75% случаев хронического толстокишечного стаза (ХТС) на фоне долихосигмы приходится на женщин трудоспособного возраста.

Критериями выбора для проведения исследования служили лица, страдающие толстокишечным стазом в течение года и более.

Всем больным проведены общеклинические исследования, которые включали в себя исследование общего анализа крови, мочи, развернутый анализ кала, биохимическое исследование крови, свертывающей системы, анализы на HBC и HVC - антигены, группу крови.

Инструментальные методы обследования включали в себя: эндоскопическое исследование толстого кишечника, колоноскопию и ректороманоскопию, двойное контростирование толстого кишечника раствором бария (ирригоскопия) было проведено 113 (81,29%) больным. Компьютерное исследование толстого кишечника – виртуальная колонография и колоноскопия - выполнено в 26 (15,38%) случаях.

На основании проведенного комплексного исследования 139 больным с хроническим толстокишечным стазом в стадии субкомпенсации и декомпенсации был выставлен диагноз долихосигмы, в связи с чем решено произвести оперативное лечение.

Всем пациентам перед оперативным вмешательством выполняли лапароскопическую диагностику хронического толстокишечного стаза на фоне долихосигмы и определяли объем оперативного вмешательства.

Методика лапароскопической диагностики долихосигмы заключалась в следующем: под общим обезболиванием производилась видеолапароскопия, во время которой осуществлялась ревизия всех отделов брюшной полости. Установлено, что при отсутствии долихосигмы сигмовидная кишка при расправлении обычно доходит до срединной линии живота. При удлинении сигмовидной кишки она может доходить до правой подвздошной области, до середины правой боковой стенки живота либо до правой доли печени и выше.

Результаты и их обсуждение

Установлено, что при проведении больным ирригографии критериями диагностики долихосигмы являлись удлинение, расширение и петлеобразование в сигмовидной части толстого кишечника. По нашим наблюдениям, при удлинении сигмовидной части толстого кишечника в виде одной или двух петель сигмы в малом тазу долихосигма соответствует I степени.

При удлинении сигмовидной кишки в виде «восьмерки», «У»-образного вида в сочетании с образованием 1-2 петель в малом тазу долихосигма соответствует II степени.

При удлинении сигмовидной кишки в виде образования дополнительной петли в левой боковой части живота (удлинение сигмы до селезеночного угла) 3-мя и более петлями в малом тазу соответствует долихосигме III степени.

Надо отметить, что в 4 (2,87%) случаях диагноз долихосигмы, выявленной при ирригографии (дополнительное петлеобразование сигмы) и КТ-колонографии, не был подтвержден при лапароскопии и лапаротомии.

На нашей кафедре, исходя из данных лапароскопии, разработана классификация долихосигмы по степени удлинения сигмовидной части толстого кишечника (Патент на изобретение № TJ 830).

Долихосигма I степени - сигмовидная кишка доходит до правой подвздошной области, длина её колеблется от 40 до 60 см (рис. 1).

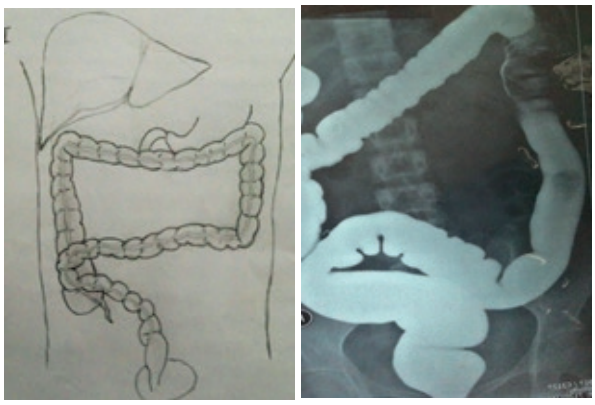


Рис. 1. Долихосигма I степени

Долихосигма II степени - сигмовидная кишка доходит до середины правой боковой стенки живота, длина её колеблется от 60 до 70 см (рис. 2).

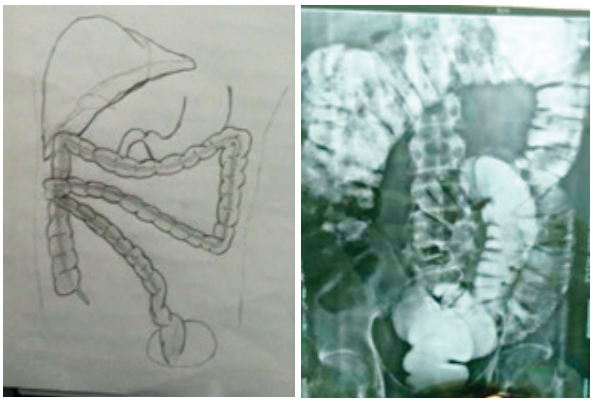


Рис. 2. Долихосигма II степени

Долихосигма III степени - сигмовидная кишка доходит до ворот печени и выше, длина кишки колеблется от 70–80 см и выше (рис. 3).

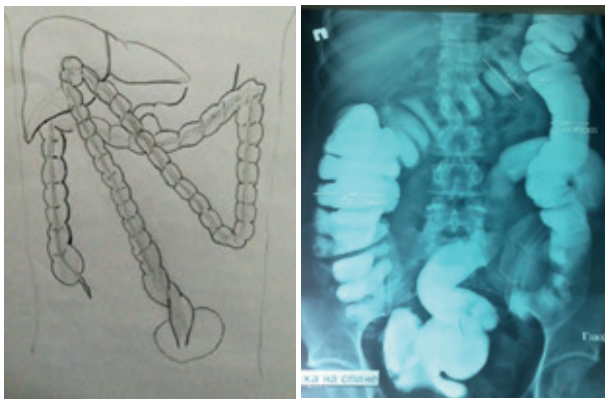


Рис. 3. Долихосигма III степени

При видеолапароскопии долихосигма I степени установлена у 18 (10,65%) больных, долихосигма II степени – у 80 (47,33%),

долихосигма III степени – у 41 (24,26%) пациента.

В зависимости от степени удлинения сигмовидной части толстого кишечника всем больным индивидуально подобран вариант завершения оперативного вмешательства. Так, при долихосигме 2 и 3 степеней нами выполнена резекция сигмовидной части толстого кишечника, гемиколэктомия или расширенная колэктомия, при долихосигме 1 степени - гемиколэктомия, расширенная гемиколэктомия или субтотальная колэктомия, объем оперативного вмешательства зависел от стадии заболевания (субкомпенсации или декомпенсации), посредством которых достигнуты хорошие клинические результаты.

Заключение

Диагностическая лапароскопия при хроническом толстокишечном стазе на фоне долихосигмы позволяет установить степень удлинения сигмовидной кишки и определить оптимальный объем завершения оперативного лечения. Правильный выбор объема оперативного вмешательства в зависимости от степени удлинения сигмовидной кишки у больных с хроническим толстокишечным стазом на фоне долихосигмы улучшает результаты хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпухин О.Ю., Шукуров А.Ф., Можанов Е.В., Елеев А.А. Хронический запор: алгоритм диагностики и лечения // Колопроктология.- 2014. - №3 (49). – С. 113.

2. Рывкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии.-М.: Медпрактика, 2001.- 300с.

3. Qizilbash N., Mendez I. Trends in utilization and offlabel use of polyethylene glycol 4000 laxatives and the prevalence of constipation in children in France // Clin Exp Gastroenterol.- 2011.- Vol. 4.- P. 181-188

4. Tack J., Muller-Lissner S., Stanghellini V. et al. Diagnosis and treatment of chronic constipation: a Europeanperspective // J.Neurogastrenterol. Motil.- 2011.- Vol. 23.- P. 967–710.

5. Treepongkaruna S., Simakachorn N., Pienvichit P. et al. A randomised, double-blind study of polyethylene glycol 4000 andlactulose in the treatment of constipation in children // BMC Pediatr.- 2014.- Vol. 14.- P. 153.

REFERENCES

1. Karpukhin O. Yu., Shukurov A. F., Mozhanov E. V., Eleev A. A. Khronicheskiy zapor: algoritm diagnostiki i lecheniya [Chronic constipation: algorithm of diagnosis and treatment]. *Koloproktologiya – Coloproctology*, 2014; 3(49): 113.

2. Ryvkin V. L., Bronshteyn A. S., Fayn S. N. *Rukovodstvo po koloproktologii* [Guide to coloproctology]. Moscow, Medpraktika Publ., 2001; 300.

3. Qizilbash N., Mendez I. Trends in utilization and offlabel use of polyethylene glycol 4000 laxatives and the prevalence of constipation in children in France. *Clin Exp Gastroenterol.*, 2011; 4: 181-188.

4. Tack J., Muller-Lissner S., Stanghellini V., Diagnosis and treatment of chronic constipation: a Europeanperspective. *J. Neurogastrenterol. Motil.*, 2011; 23: 967-710.

5. Treepongkaruna S., Simakachorn N., Pienvichit P., A randomised, double-blind study of polyethylene glycol 4000 andlactulose in the treatment of constipation in children. *BMC Pediatr.*, 2014; 14: 153.

Сведения об авторе:
Муродова Шабнам Махмудовна – очный аспирант кафедры общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: (+982)908888086; e-mail: shabnam.mahmudovna@gmail.com

Information about author:
Murodova Shabnam Mahmudovna – Full-time Postgraduate at the Department of General Surgery № 1 of the Avicenna Tajik State Medical University; tel: 908888086. E-mail: shabnam.mahmudovna@gmail.com

НАҚШИ ЛАПАРОСКОПИЯИ ТАШХИСӢ ДАР МУАЙЯН НАМУДАНИ ДАРАҶАИ ДОЛИХОСИГМА

МУРОДОВА Ш.М.

Кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Мақсади тадқиқот. *Беҳтар намудани усулҳои ташхис ва табобати қабзияти музмин дар заминаи долихосигма.*

Мавод ва усулҳои тадқиқот. *Дар мавод натичаҳои ташхиси 139 бемори «Стази музмини рӯдаи ғафс» ва табобати ҷарроҳии долихосигма оварда шудаанд. Ҳангми ташхис дар беморон муайян карда шуд: 102 (60,35%)-долихосигма, 27 (15,97%), - бемории Пайра дар ҳамбастагӣ бо долихосигма, 17 (10,05%)-транзверзоптоз дар ҳамбастагӣ бо долихосигама, 13 (7,69%)- курӯда дар ҳамбастагӣ бо долихосигма, 10 (5,91%)- васеъшавии курӯда дар ҳамбастагӣ бо долихосигма.*

Сабаби асосии стази рӯдаи ғафс долихосигма ба ҳисоб меравад.

Хулоса. *Гузаронидани ташхиси лапароскопии ҳангоми қабзияти музмин дар асоси долихосигма имконияти муайян намудани дараҷаи дарозшавии рӯдаи сигмашаклро медиҳад ва барои муайян намудани меъёрҳои мувофиқи бештар барои анҷом додани амалиёти ҷарроҳӣ замина мебошад. Вобаста ба дарозшавии рӯдаи сигмашакл ва беҳсозии амалиёти ҷарроҳӣ дар беморон бо қабзияти музмин табобати ҷарроҳӣ самараноктар мегардад.*

Калимаҳои асосӣ. *долихосигма, ташхиси лапароскопӣ, муайян намудани дараҷаи қисми сигмавии рӯдаи ғафс*

УДК 618;14-006 **doi: 10.31712/2221-7355-2019-9-2-193-198**

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ У ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

[1]САТТОРОВА М.А. [2]САНГИНОВ Д.Р.

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

Цель исследования. *Изучение эпидемиологических аспектов злокачественных трофобластических опухолей в Таджикистане.*
Материал и методы. *Изучены данные 224 больных: с инвазивным пузырным заносом - 197 (87,9%), с хориокарциномой - 27 (12,1%). 130 (58%) больных были жителями города, 94 (42%) - села. 92 женщины (41%) проживали в районах республиканского подчинения, 86 (38,4%) – в Хатлонской области, 38 (17%) - в г. Душанбе, по 4 - из Согдийской области и ГБАО. Среди заболевших таджичек было 89,3% (200 больных), других национальностей (узбечки, русские и др.) - 10,7%. Характерной особенностью больных явились ранние браки, у 49,1% половая жизнь началась в возрасте меньше 18 лет. 100 (44,6%) были многорожавшими женщинами.*
Результаты. *Полученные данные показывают стабильный рост заболеваемости злокачественными трофобластическими опухолями (ЗТО): 41 (18,3%) случай в 2016 году против 10 (4,5%) случаев в 2007 г. Наибольшее число больных приходится на период репродуктивной активности женщин, 18-35 лет (184 больных – 82%). Средний возраст больных ЗТО составляет 25,2±3,1 года, для хориокарциномы - 28 лет, для инвазивного пузырного заноса - 22 года. За период исследования 5 (2,2%) больных умерли в разные годы: от метастазов головного мозга – 2 (0,89%), перфорации матки -1 (0,45%); кровотечения – 2 (0,89%). Данные анализа указывают на относительно высокий уровень заболеваемости в РРП и Хатлонской области, низкий уровень - в ГБАО. С увеличением количества беременностей и абортов повышается риск развития ЗТО. Алиментарная анемия и, особенно, ее железодефицитная форма отмечались у 80% женщин.*
Заключение. *Факторами, повышающими риск возникновения злокачественных трофобластических опухолей, являются: репродуктивный возраст (от 18 до 56 лет), пик заболеваемости – 18-35 лет; ранние браки; частые беременности, роды и аборты.*
Ключевые слова: *злокачественные трофобластические опухоли, эпидемиология, факторы риска*

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF MALIGNANT TROPHOBLASTIC TUMORS IN WOMEN OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

[1]SATTOROVA M.A. [2]SANGINOV D.R.

[1]SI "Republican Cancer Research Center" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan
[2]Department of Oncology of the Avicenna Tajik State Medical University

Aim. *Study of epidemiological aspects of malignant trophoblastic tumors in Tajikistan.*
Material and Methods. *The data of 224 patients were studied: with invasive bladder drift - 197 (87,9%), with choriocarcinoma - 27 (12,1%). 130 (58%) patients were residents of the city, 94 (42%) - villages. 92 women (41%) lived in the Regions of Republican Subordination (RRS), 86 (38,4%) – in Khatlon region, 38 (17%) - in Dushanbe, 4 - from Sughd region and Gorno-Badakhshan Autonomous Region (GBAR). Tajiks among the sick were 89,3% (200 patients), other nationalities (uzbeks, russians, etc.) – 10,7%. A characteristic feature of the patients were early marriages, in 49,1% sexual life began at the age of less than 18 years. 100 (44,6%) were multiparous women.*
Results. *The data shows a steady increase in the incidence of malignant trophoblastic tumors (MTT): 41 (18,3%) cases in 2016 against 10 (4,5%) cases in 2007. The greatest number of patients falls on the period of reproductive activity of women, 18-35 years old (184 patients - 82%). The mean age of MTT patients is 25,2±3,1 years, for choriocarcinoma - 28 years, for invasive bladder drift - 22 years. During the study period, 5 (2.2%) patients died in different years: from brain metastases – 2 (0,89%), uterine perforation -1 (0,45%); bleeding – 2 (0,89%). The analysis data indicate a relatively high level of morbidity in RRS and Khatlon region, low level - in GBAR. With an increase in the number of pregnancies and abortions, the risk of MTT increases. Alimentary anemia and, especially, its iron deficiency form was observed in 80% of women.*
Conclusion. *Factors that increase the risk of malignant trophoblastic tumors are: reproductive age (from 18 to 56 years), the peak incidence - 18-35 years; early marriage; frequent pregnancy, childbirth and abortion.*
Key words: *malignant trophoblastic tumors, epidemiology, risk factors*

Актуальность

Злокачественные трофобластические опухоли (ЗТО) занимают особое место в структуре гинекологических и онкологических заболеваний. Под этим термином по классификации FIGO 2000 г. объединены различные формы патологического состояния трофобласта: инвазивный пузырный занос (ИПЗ), хориокарцинома (ХК), опухоль плацентарного ложа (ОПЛ) и эпителиоидная трофобластическая опухоль (ЭТО) [10]. Злокачественные трофобластические опухоли (ЗТО), характеризующиеся чрезвычайной злока¬чественностью и способностью к быстрому отдаленному метастазированию, обладают высокой чувствительностью к противоопухолевым лекарственным препаратам, являясь моделью для химиотерапии [2]. Среди онкогинекологических новообразований частота варьирует от 0,01% до 3,6%, причем, подобный уровень заболеваемости стабилен [9]. В странах Европы ЗТО встречаются в 0,6-1,1:1000 беременностей, в США – 1:1200 беременностей, в Японии – 2:1000 беременностей, в странах Азии и Латинской Америки – 1:200 беременностей [10]. Частота ИПЗ в Узбекистане колеблется в пределах 2-5,5:10 000 беременностей, при этом отмечено, что у городских женщин он встречается в 2,4 раза чаще, чем у сельских. Возникновение трофобластической опухоли возможно при любой беременности, однако злокачественные ее формы чаще развиваются после пузырного заноса [7]. ХК встречается значительно реже ИПЗ, но также преобладает в азиатских странах. Частота перехода ИПЗ в ХК достигает 18% [3]. По данным ВОЗ, ХК возникает в 2 случаях на 100 тыс. родов и с такой же частотой после абортов [8]. В Узбекистане ХК встречается в 4-5 случаях на 100 тыс. беременностей [10]. Чаще ИПЗ поражает женщин в возрасте 40-49 лет, ХК – в 30-34 лет. В возникновении ЗТО не вызывает сомнения воздействие факторов окружающей среды, в том числе урбанизация и ухудшение экологической ситуации, играющих определенную роль в развитии стрессовых и иммунодефицитных состояний [3]. Повышенная заболеваемость ЗТО в развивающихся странах Азии связана с высокой фертильностью и короткими интервалами между беременностями, что сопровождается иммунодефицитными состояниями [5].

Эпидемиологические исследования в разных странах показали важность значения географических различий в частоте данной патологии, которая существенно варьирует в различных этнических группах и достаточно четко коррелирует с социально–экономическим статусом и укладом жизни женского населения. Несмотря на значительное улучшение ранней диагностики и лечения ЗТО за последние десятилетия в РТ до сих пор системно не изучена эпидемиология и факторы риска ЗТО и их влияние на уровень заболеваемости.

Цель исследования

Изучение эпидемиологических аспектов злокачественных трофобластических опухолей в Таджикистане.

Материал и методы исследования

Проведенное исследование основано на анализе обращаемости больных с злокачественными трофобластическими опухолями. Регистрация больных по обращаемости не отражает истинную заболеваемость в стране, а лишь устанавливает имеющуюся тенденцию уровня заболеваемости. Данный подход объясняется тем, что до настоящего времени не создан популяционный канцер – регистр, а проведение масштабных эпидемиологических исследований по причине ограниченности ресурсов не представляется возможным.

Материалом для исследования послужили 224 больных, зарегистрированных и пролеченных в условиях ГУ РОНЦ РТ, за период 2005-2016 г.г. Для расчета использовались стандартные методы статистики. Среди них больных с инвазивным пузырным заносом было 197 (87,9%), с хориокарциномой – 27 (12,1%).

Результаты и их обсуждение

Динамика регистрации уровня заболеваемости за более чем 10-летний период (2005-2016 гг.) в РОНЦ показывает стабильный рост заболеваемости злокачественными трофобластическими опухолями, особенно за последние годы: в 2016 году зарегистрирован 41 (18,3%) случай ЗТО против 10 (4,5%) случаев в 2007 г. Злокачественные трофобластические опухоли составляют 23,7% (2015 г.).

Наши данные относительно пика заболеваемости соответствуют литературым [6]. Максимальное число больных наблюдается в период репродуктивной активности женщин - 18-35 лет (184 больных – 82%). Средний возраст больных ЗТО составляет 25,2±3,1 года, для ХК - 28 лет, для ИПЗ - 22 года. За период исследования из числа 224 больных умерли в разные годы 5 (2,2%) больных от метастазов головного мозга – 2 (0,89%), перфорации матки - 1 (0,45%) и кровотечения – 2 (0,89%) больных.

Таблица 1

Динамика уровня заболеваемости ЗТО за 2005-2016 гг., по данным РОНЦ

Годы	18-25 лет		26-35 лет		36-45 лет		46-55 лет		56 и старше		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
2005					6	100					6	2,7
2006	2	66,7	1	33,3							3	1,3
2007	6	60	2	20			2	20			10	4,5
2008	11	78,6	2	14,3			1	7,1			14	6,3
2009	2	20	6	60	1	10	1	10			10	4,5
2010	7	43,7	5	31,2	4	25					16	7,1
2011	7	63,6	2	18,1	1	9,09	1	9,09			11	4,9
2012	2	25	3	37,5	1	6,25	2	12,5			8	3,6
2013	9	64,2	3	21,4			2	14,2			14	6,25
2014	22	57,9	14	36,8	2	5,3	1	2,6	1	2,6	38	16,9
2015	27	50,9	15	28,3	5	9,4	3	5,6			53	23,7
2016	24	56	12	29	3	7,3	2	4,8			41	18,3
Всего	119	53,1	65	29	17	7,6	15	6,7	1	0,4	224	100

Нами изучена структура зарегистрированных больных по регионам республики (табл. 2). 130 (58%) были городскими жителями, 94 (42%) - сельские. Было установлено, что 92 женщины (41%) проживали в районах республиканского подчинения, 86 (38,4%) – жительницы Хатлонской области, 38 (17%) представляли г. Душанбе, по 4 больных были из Согдийской области и ГБАО. Данный анализ указывает на относительно высокий уровень заболеваемости в РРП и Хатлонской области и низкий уровень заболеваемости в ГБАО. Что касается Согдийской области, то малое количество больных связано с тем, что в областном онкоцентре функционирует онкогинекологическое отделение, их данные требуют отдельного изучения. Среди заболевших таджичек было 89,3% (200 больных), других национальностей (узбечки, русские и др.) - 10,7%.

У всех больных диагноз подтверждён гистологическим исследованием.

Таблица 2

Структура больных с ЗТО по регионам республики

Годы	Регионы проживания больных злокачественными трофобластическими опухолями									
	Душанбе		Согд		Хатлон		РРП		ГБАО	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2005					2	33,3	4	66,7		
2006			1	33,3	2	66,7				
2007	3	30			5	50	2	20		
2008	2	14,2			6	42,9	6	42,9		
2009	3	30			4	40	2	20	1	10
2010	4	26,7	1	6,7	4	26,7	5	33,3	1	6,7
2011					9	81,8	2	18,2		
2012	1	14,3			2	28,6	4	71,4		
2013	6	42,8			1	7,1	7	50		
2014	4	10,5	1	2,7	16	42,1	17	44,7		
2015	9	16	1	1,8	23	41	21	37,5	2	3,6
2016	6	15			12	40	22	55		
Всего	38	17	4	1,8	86	38,4	92	41	4	1,8

Характерной особенностью для больных с ЗТО в нашем материале явились ранние браки, при этом у 49,1% больных половая жизнь началась в возрасте ≤ 18 лет. У большинства пациенток менархе наступило в возрасте 15 – 18 лет (64%). По нашим данным, 100 (44,6%) пациенток были многорожавшими женщинами. С увеличением количества беременностей повышается риск развития ЗТО, что, вероятно, связано с иммунодефицитными состояниями, возникающими при высокой фертильности и короткими интервалами между беременностями, что подтверждается данными литературы. ЗТО встречается в 3,0 раза чаще, чем у женщин с 1–2 абортами в анамнезе, и в 5,0 раза чаще, чем у женщин, не имевших абортов. У женщин с увеличением количества абортов также растет риск возникновения ЗТО [2].

Изучение частоты клинических проявлений показало, что у больных с ЗТО заболевание проявляется кровотечением (70%), кровянистыми выделениями (22%), болями внизу живота (80%), серозными и гнойными выделениями из влагалища (8%), тошнотой и рвотой (30%), а в случаях позднего обращения имели место боли в грудной клетке и кашель (15%), увеличение размеров живота (50%) и головные боли (4%).

Характерным признаком, выявленным нами при исследовании больных, также была сопутствующая анемия. Статистические данные убедительно показывают, что алиментарная анемия и, особенно, ее железодефицитная форма встречается у 80% из 224 женщин репродуктивного возраста. При этом частота и тяжесть анемии прямо пропорциональны числу беременностей и родов в анамнезе [11].

При объективном исследовании у большинства больных обнаружено увеличение размеров матки, цианоз влагалища и шейки матки (80%), образование лютеиновых кист (30%).

Заключение

Проведенные эпидемиологические исследования позволили установить особенности распространения ЗТО, выявить ряд факторов, повышающих риск возникновения злокачественных трофобластических опухолей. Распределение больных по возрасту показало, что все больные были в репродуктивном возрасте – от 18 до 56 лет. При этом пик заболеваемости приходится на 18-35 лет. Характерной особенностью для больных со злокачественной трофобластической опухолью являются ранние браки: так, у 49,10% больных половая жизнь началась до и в возрасте 18 лет и лишь в 50,90% – после 18 лет. Можно сделать вывод, что большинство женщин, которые заболели ЗТО, не были функционально зрелыми. Другой особенностью течения данного заболевания является наличие сопутствующей железодефицитной и алиментарной анемии у больных, страдающих ЗТО. Установлено, что чаще болеют женщины из РРП и Хатлонской области, точнее сельские жители. По результатам наших исследований, в группу повышенного риска развития ЗТО необходимо включать лиц в возрасте 18-35 лет, с ранним началом половой жизни, проживающих в экологически неблагополучных районах. Полученные результаты необходимо учитывать при формировании групп риска и разработке профилактических мероприятий.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинический протокол диагностики и лечения злокачественных трофобластических неоплазий. МЗ Республики Казахстан от 30 октября 2015 года, Протокол №14.

2. Мещерякова Л.А. Трофобластические опухоли. Лекции по онкогинекологии / под ред. М.И. Давыдова, В.В.Кузнецова.- М., 2009.- С. 330-47.

3. Онкогинекологический атлас. Классификация и определение стадии опухолей и принципы диагностики и лечения / под ред. Дж. Р. Смита, Д. Хили.- М.: Практическая медицина, 2010.

REFERENCES

1. Klinicheskiy protokol diagnostiki i lecheniya zlokachestvennykh trofoblasticheskikh neoplaziy. MZ Respubliki Kazakhstan ot 30 oktyabrya 2015 goda, Protokol №14 [Clinical Protocol of diagnosis and treatment of malignant trophoblastic neoplasms. MOH of the Republic of Kazakhstan dated October 30, 2015, Protocol No. 14].

2. Davydov M. I., Kuznetsova V. V., Meshcheryakova L. A. *Trofoblasticheskie opukholi. Lektsii po onkoginekologii* [Trophoblastic tumors. Lectures on oncogynecology]. Moscow, 2009; 330-47.

3. Smit Dzh. R., Khili D. Onkoginekologicheskiy atlas. *Klassifikatsiya i opredelenie stadii opukholey i printsipy diagnostiki i lecheniya* [Oncoynecological atlas. Classification and definition of tumor stage and principles of diagnosis and treatment]. Moscow, Prakticheskaya meditsina Publ., 2010.

4. Kani K.K., Lee J.H., Dighe M. et al. Gestational trophoblastic disease: multimodality imaging assessment with special emphasis on spectrum of abnormalities and value of imaging in staging and management of disease // Cur. Problems Diagnostic Radiol.- 2012.- Vol. 41 (1).- P. 825-831.

5. Lybol C., Sweep F.C., Harvey R. et al. Relapse rates after two versus three consolidation courses of methotrexate in the treatment of low-risk gestational trophoblastic neoplasia // Gynecol Oncol.- 2012.- Vol. 125.- P. 576–579.

6. McGrath S., Short D., Harvey R. et al. The management and outcome of women with post-hydatidiformmole "low-risk" gestational trophoblastic neoplasia, but hCG levels in excess of 100 000 IU l(-1) // Br Cancer.- 2010.- Vol. 102.- P. 810-814.

7. Moutte A., Doret M., Hajri T. et al. Placental site and epithelioid trophoblastic tumours: diagnostic pitfalls // Gynecol. Oncol.- 2013.- Vol. 128 (3).- P. 568-572.

8. Neubauer N.L., Latif N., Kalakota K. et al. Brain metastasis in gestational trophoblastic neoplasia: an update // Reprod Med.- 2012.- Vol. 57(7–8).- P. 288-292.

9. Osborne R.J., Filiaci V., Schink J.C. et al. Phase III trial of weekly methotrexate orpulsed dactinomycin for low-risk gestational trophoblastic neoplasia: a gynecologic oncology group study // J. Clin. Oncol.- 2011.- Vol. 29.- P. 825-831.

10. Seckl M.J., Sebire N.J., Fisher R.A. et al. Gestational trophoblastic disease: ESMO clinical practice guidelines. // Ann. Oncol. – 2013. – V. 24 (Suppl 6). – P. vi39-vi50.

11. Shen X., Xiang Y., Guo L. et al. Fertility-preserving treatment in young patients with placental site trophoblastic tumors // Int. J. Gynecol. Cancer.- 2012.- Vol. 22(5).- P. 869–874.

4. Kani K. K., Lee J. H., Dighe M., Gestational trophoblastic disease: multimodality imaging assessment with special emphasis on spectrum of abnormalities and value of imaging in staging and management of disease. *Cur. Problems Diagnostic Radiol.*, 2012; 41(1): 825–831.

5. Lybol C., Sweep F. C., Harvey R., Relapse rates after two versus three consolidation courses of methotrexate in the treatment of low-risk gestational trophoblastic neoplasia. *Gynecol Oncol.*, 2012; 125: 576-579.

6. McGrath S., Short D., Harvey R., The management and outcome of women with post-hydatidiformmole "low-risk" gestational trophoblastic neoplasia, but hCG levels in excess of 100 000 IU l(-1). *Br. Cancer.*, 2010; 102: 810-814.

7. Moutte A., Doret M., Hajri T., Placental site and epithelioid trophoblastic tumours: diagnostic pitfalls. *Gynecol. Oncol.*, 2013; 128(3): 568-572.

8. Neubauer N. L., Latif N., Kalakota K., Brain metastasis in gestational trophoblastic neoplasia: an update. *Reprod Med.*, 2012; 57(7–8): 288-292.

9. Osborne R. J., Filiaci V., Schink J. C., Phase III trial of weekly methotrexate orpulsed dactinomycin for low-risk gestational trophoblastic neoplasia: a gynecologic oncology group study. *J. Clin. Oncol.*, 2011; 29: 825–831.

10. Seckl M. J., Sebire N. J., Fisher R. A., Gestational trophoblastic disease: ESMO clinical practice guidelines. *Ann. Oncol.*, 2013; 24 (Suppl 6): vi39-vi50.

11. Shen X., Xiang Y., Guo L., Fertility-preserving treatment in young patients with placental site trophoblastic tumors. Int. J. *Gynecol. Cancer.*, 2012; 22(5): 869-874.

Сведения об авторах:

Сангинов Джумабой Рахматович – д.м.н. профессор кафедры онкологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, заслуженый работник здравоохранения РТ

Сатторова Мохинисо Абдултабобовна – ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ РОНЦ; тел.: +(992)936028884; e-mail: oncolog_90 @mail.ru

Information about authors:

Sanginov Dzhumaboy Rakhmatovich – Doctor of Medical Sciences Professor at the Department of Oncology of the Avicenna Tajik State Medical University; tel.: (+992)935700909; e-mail: sanginov1952@gmail.com

Sattorova Mokhiniso Abdultabobovna – State Establishment "Republican Cancer Research Center" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan; tel.: + (992) 936028884; e-mail: oncolog_90 @ mail.ru

ҶАНБАҲОИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОМОСҲОИ БАДСИФАТИ ТРОФОБЛАСТИКӢ ДАР ЗАНОНИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

[1]САТТОРОВА М.А., [2]САНГИНОВ Д.Р.

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

Мақсади тадқиқот. *Омӯзиши ҷанбаҳои эпидемиологии омосҳои бадсифати трофобластикӣ дар Тоҷикистон.*

Мавод ва усулҳои тадқиқот. *Нишондодҳои 224 бемор омӯхта шуданд. Дар байни онҳо беморони гирифтори тудаи хубобшакли инвазивӣ 197 (87,9%), хориокарсинома 27 (12,1%) буданд. 130 (58%) беморон сокинони шаҳр, 94 (42%) – деҳот буданд. 92 зан (41%) дар ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ зиндагӣ мекунанд, 86 (38,4%) - сокинони вилояти Хатлон, 38 (17%) Душанбе, 4 нафар беморони вилояти Суғд ва ВМКБ мебошанд. Дар байни онҳо тоҷикон 89,3% (200 нафар бемор) ва дигар миллатҳо (занони ӯзбек, русҳо, ва г.) - 10,7%. Хусусияти хоси беморон никоҳи бармаҳал мебошад, дар 49,1 фоизи беморон муносбати оиладорӣ дар синни 18 сола ва хурдтар аз он сар шудааст. Мувофиқи маълумот 100 (44,6%) занони бисёр зоянда буданд.*

Натиҷаҳо. *Маълумоти гирифташуда нишон медиҳад, ки дар натиҷаи омезиши эпидемияҳои омосҳои трофобластикӣ, хусусан дар солҳои охир тамоюли зиёд нишон медиҳад. Дар соли 2016, 41 (18.3%) парвандаҳои ОБТ дар соли 2007 10 (4,5%) ба қайд гирифта шуданд. Шумораи зиёди беморон дар давраи фаъолнокии занони 18-35 сола (184 нафар - 82%) мушоҳида мешавад. Синну соли миёнаи беморони ОБТ 25,2 ± 3.1 солро ташкил медиҳад, барои хориокарсинома - 28 сол, барои тудаи хубобшакли инвазивӣ - 22 сол. Дар давраи омӯзишӣ аз 224 нафар беморон, 5 (2.2%) тоашон фавтиданд, дар солҳои гуногун - 2 аз решадавонӣ ба магзи сар (0,89%), сурохшавии танаи бачадон -1 (0.45%) ва хунравӣ - 2 (0.89) %) беморон. Таҳлили мазкур меъёри нисбатан баланд дорад, ки дар НТҶ ва вилояти Хатлон ва сатҳи камбизоатӣ дар ВМКБ нишон дода шудааст. Бо зиёдшавии шумораи ҳомиладорон ва исқоти ҳамл хавфи афзоиши ОБТ бештар мегардад. Камхунии алиментарӣ ва махсусан норасоии оҳан дар 80% занон ба қайд гирифта шуд.*

Хулоса. *Омили хавфи пайдоиши ОБТ ба шумор меравад: синну соли репродуктивӣ (аз 18 то 56 сола), нуқтаи баланди беморшавӣ синну соли 18-35, никоҳи бармаҳал, ҳомиладории зиёд, таввалуд ва исқоти ҳамл.*

Калимаҳои асосӣ: *омосҳои бадсифати трофобластикӣ, эпидемиология, омилҳои хавф*

УДК 612.13 **doi: 10.31712/2221-7355-2019-9-2-199-208**

ОЦЕНКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

ХАЛИМОВА Ф.Т., ШУКУРОВ Ф.А., НУРМАТОВ А.А.

Кафедра нормальной физиологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. *Изучить взаимосвязь между отобранными лабораторными критериями, характеризующими генетические особенности, гормональный и иммунный статусы, признаки антифосфолипидной реакции, для оценки и прогнозирования репродуктивного здоровья женщин.*

Материал и методы. *Наблюдению подверглись 85 женщин: 28 - группа контроля, предшествующие беременности заканчивались рождением здоровых детей; 57 женщин с признаками нарушений репродуктивного здоровья (невынашивание беременности, преждевременные роды) в возрастном диапазоне от 20 до 43 лет, за период с 2010 по 2015 г. Оценивались: частота встречаемости генов HLA I класса и генотипирование аллельных вариантов HLA II класса (локусы DRB1, DQA1, DQB1), показатели иммунного статуса, гормонального статуса и аутоиммунного статуса, ассоциированных с репродуктивным здоровьем женщин фертильного возраста.*

Результаты. *По уровням половых гормонов, кортизола в крови, состояния функции щитовидной железы, наличию признаков антифосфолипидной реакции на основе кластерного анализа группа риска репродуктивного здоровья была разделена на два кластера: с отклонениями в гормональном статусе в сторону снижения половых гормонов, уровня кортизола и тироксина в крови при росте аутоантител к компонентам щитовидной железы; группу со сдвигами содержания аутоантител в сторону антифосфолипидной реакции. Это доказывает, что нарушения в группе риска неоднородны.*

Заключение. *При лабораторных показателях в рамках референсных значений патология репродукции может быть связана с изменениями по нескольким группам факторов, которые дополняют друг друга - уровню в крови половых гормонов, состоянию функции щитовидной железы, уровню в крови кортизола и наличию признаков антифосфолипидной реакции, что позволяет вовремя оценить и прогнозировать нарушения репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста на донозологическом периоде.*

Ключевые слова: *прогнозирование, оценка репродуктивного здоровья, кластерный анализ, гормональный статус, иммунный статус, антифосфолипидная реакция*

ASSESSMENT AND PREDICTION OF REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN OF FERTILE AGE

KHALIMOVA F.T., SHUKUROV F.A., NURMATOV A.A.

Department of Normal Physiology of the Avicenna Tajik State Medical University

Aim. *To study the relationship between selected laboratory criteria characterizing genetic features, hormonal and immune status, signs of antiphospholipid reaction for assessing and predicting the reproductive health of women.*

Material and methods. *85 women were observed: 28 - control group, previous pregnancies ended with the birth of healthy children; 57 women had signs of reproductive health disorders (miscarriage, premature birth) in the age range from 20 to 43 years from 2010 to 2015. The frequency of occurrence of HLA class I genes and the genotyping of allelic variants of class II HLA (DRB1, DQA1, DQB1 loci), indicators of immune, hormonal and autoimmune status associated with reproductive health of women of fertile age were evaluated.*

Results. *By the levels of sex hormones, cortisol in the blood, state of thyroid function, presence of signs of antiphospholipid reaction based on cluster analysis, the reproductive health risk group was divided into two clusters: with deviations in the hormonal status in the direction of lowering sex hormones, cortisol and thyroxine in the blood during growth of autoantibodies to the components of the thyroid gland; a group with a shift in the content of autoantibodies to the side of antiphospholipid reaction. This proves that violations in the risk group are heterogeneous.*

Conclusion. *At laboratory parameters within reference values, pathology of reproduction can be associated with changes in several groups of factors that complement each other - level of sex hormones in the blood, state of thyroid function, level of cortisol in the blood and the presence of signs of antiphospholipid reaction, what allows to estimate and predict in time the violations of reproductive health of women of fertile age on the prenosological period.*

Key words: *prediction, assessment of reproductive health, cluster analysis, hormonal status, immune status, antiphospholipid reaction*

Актуальность

Одной из основных медико-социальных проблем является охрана репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста, так как женское население является главным потенциалом страны, ее демографическим ресурсом [1, 7].

Репродуктивное здоровье женщин во многом обеспечивается влиянием половых гормонов, изменение концентрации которых приводит к существенному различию в гуморальной регуляции функций организма [8]. При этом нарушения репродуктивной функции у женщин (бесплодие, невынашивание беременности, мертворождение и др.) чаще всего связаны с эндокринной патологией. Например, в структуре бесплодного брака на долю эндокринного женского бесплодия приходится около 30-40% [4].

Имеются сведения активного внедрения в клиническую практику генетических показателей, основанных на HLA-генотипировании [6], но при этом генетические характеристики репродуктивного здоровья женщин не достаточно отражены в научной литературе.

Исследование иммунологии репродуктивного процесса, происходящего в женском организме, довольно значительно продвинулось в последние годы и признано одним из наиболее перспективных направлений в решении проблем нарушений репродуктивных функций [2].

Установлено, что примерно 20% женщин с привычным невынашиванием беременности, осложнениями беременности имеют аутоиммунные нарушения, вызванные антифосфолипидными антителами, а также антителами к компонентам щитовидной железы [3, 5].

Особенно велико значение количественной оценки репродуктивной функции женщин на донозологическом этапе нарушений репродуктивного здоровья, когда сдвиги со стороны лабораторных показателей еще не настолько значительны, чтобы выходить за рамки физиологической нормы и оцениваться медицинскими работниками как прогностические признаки возможных нарушений репродукции..

Цель исследования

Изучить взаимосвязь между отобранными лабораторными критериями, характеризующими генетические особенности, гормональный и иммунный статусы, признаки антифосфолипидной реакции, для оценки и прогнозирования репродуктивного здоровья женщин.

Материал и методы исследования

Наблюдались 85 женщин, из которых у 28 женщин предшествующие беременности заканчивались рождением здоровых детей (контрольная группа), а у 57 имелись признаки нарушения репродуктивного здоровья (невынашивание беременности, преждевременные роды). Все женщины находились в фертильном возрасте - от 20 до 44 лет, средний возраст составлял 28,1±0,7 лет.

Признак сохранности или нарушения репродуктивного здоровья использовался как основа для проведения дискриминантного анализа.

У всех 85 женщин проводился забор венозной крови с целью HLA-типирования методом молекулярно-генетического анализа и определения диапазона нормативных значений показателей гормонального, иммунного статусов и аутоиммунного компонента.

Образцы ДНК получали из лимфоцитов периферической крови, используя наборы реагентов и протокол для выделения ДНК из различного биологического материала фирмы "DLAtomTM DNAPrep 100" (Россия). Распределение антигенов HLA I класса (A, B, C), а также определение полиморфных аллелей локусов HLA-DRB1, HLA-DQA1, HLA-DQB1 проводили с использованием набора реагентов фирмы "ДНК-технология" в соответствии с инструкцией по применению, рекомендуемой фирмой-изготовителем.

Получение лабораторной базы данных по гормональному статусу проводилось на основе исследования фолликулостимулирующего, лютеинизирующего гормонов, пролактина, эстрогена, прогестерона, тестостерона, дигидроэпиандростерона, 17-ОН-прогестерона, тиреотропного гормона, общего трийодтиронина, общего тироксинеа и кортизола в крови. С целью исключения вариабельности данных обследование проводилось на 3-5-й дни менструального цикла: лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), эстрадиол, пролактин, тестостерон и на 20-22-ой день цикла - прогестерон. Уровни гормонов определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа, используя наборы иммобилизованных моноклональных антител и других реактивов производства DRG и комплекта аппаратуры (планшетный фотометр «OPSYS MR» (ридер) фирмы «THERMOLABSYSTEMS», планшетный вошер ПП2-428 фирмы «ИММЕДТЕХ», принтер «EPSON») в соответствии с инструкциями по применению приборов и реактивов.

Обработку результатов производили в автоматическом режиме с помощью прибора DRGELIZAMAT с его компьютерным обеспечением DRG RegressionProgram.

В процессе сбора иммунологических данных в крови определялись фенотипы Т-лимфоцитов, Т-хелперов, цитотоксических Т-клеток, ЕКТ, естественных киллеров, В-лимфоцитов методом проточной цитофлуориметрии. Изучение уровней иммуноглобулинов классов IgM, IgG, IgA осуществлялось методом твердофазного иммуноферментного анализа, используя наборы соответствующих иммобилизованных моноклональных антител и других реактивов производства "ВекторБест" (Россия) и комплекта аппаратуры (планшетный фотометр «OPSYS MR» (ридер) фирмы «THERMOLABSYSTEMS», планшетный вошер ПП2-428 фирмы «ИММЕДТЕХ», принтер «EPSON») в соответствии с инструкциями по применению приборов и реактивов.

В сыворотке крови устанавливались уровни иммуноглобулинов классов M, G, A, а также аутоантител к тиреоглобулину, тиреопероксидазе, суммарным фосфолипидам, β2-гликопротеину-1, аннексинуV, протромбину. методом непрямого иммуноферментного анализа с использованием принципа непрямого твердофазного ИФА-ELISA на анализаторе BioRad, производства SanofiDiagnosticsPasteur (Франция – США) с помощью набора реактивов и моноклональных фирмы «Orgentec» в соответствии с инструкциями по применению приборов и реактивов.

Проводили дисперсионный и кластерный анализы информативных показателей с вычислением стандартизированного канонического коэффициента дискриминантной функции (СКДФ).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакетов прикладных программ Statistica версии 10.01, EXCEL 2010, IBM SPSS 21.0, DeductorStudio 5.3.

Результаты и их обсуждение

В результате дискриминантного анализа из 29 показателей (табл. 1) было выявлено девять, обладающие наибольшей информативностью, ранжированные по величине СККДФ: уровень кортизола, эстрадиола, пролактина, общего тироксина, IgG-антител к β2-гликопротеину, аутоантител к тиреопероксидазе, суммарных IgG-антител к фосфолипидам, IgG-антител к протромбину, аутоантител к тиреоглобулину

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

Как следует из дискриминантного анализа, ведущие места в наборе наиболее информативных признаков состояния репродуктивного здоровья и результатов их ранжирования у женщин занимали уровни кортизола, эстрадиола, прогестерона, пролактина и уровни различных аутоантител, в том числе определяющих развитие антифосфолипидной реакции.

После выделения информативных показателей был проведен кластерный анализ, в результате которого женщины были разделены на три кластера, соответственно на три группы (табл. 2).

Таблица 1

Стандартизированные канонические коэффициенты дискриминантной функции информативных показателей крови у женщин с разным состоянием репродуктивного здоровья

Информативные показатели крови	**[СККДФ]**
1	2
Уровень IgG-антител к β_2-гликопротеину (ЕД/мл)	**3,879**
Уровень кортизола (нмоль/л)	**3,326**
Уровень аутоантител к тиреопероксидазе (МЕ/мл)	**2,649**
Уровень суммарных IgG-антител к фосфолипидам (ЕД/мл)	**2,086**
Уровень эстрадиола (пмоль/л)	**1,496**
Уровень IgG-антител к протромбину (ЕД/мл)	**1,166**
Уровень пролактина (мМЕ/мл)	**0,723**
Уровень общего тироксина Т4 (нмоль/л)	**0,528**
Уровень аутоантител к тиреоглобулину (МЕ/мл)	**0,508**
Число Т-лимфоцитов, CD3+ (%)	0,410
Уровень прогестерона, нмоль/л	0,272
Уровень лютеинизирующего гормона, МЕ/л	0,216

1	2
Уровень волчаночного антикоагулянта, ЕД/мл	0,216
Уровень дигидроэпиандростерона сульфата, нмоль/л	0,193
Уровень 17-ОН прогестерона, нмоль/л	0,187
Время свертывания крови в лебетоксовом тесте, мин.	0,175
Число Т-хелперов, CD3+CD4+ (%)	0,153
Уровень IgG-антител к аннексинуV (ЕД/мл)	0,153
Уровень тиреотропного гормона, мМЕ/л	0,132
Число естественных киллеров, CD16+CD56+ (%)	0,133
Число цитотоксических Т-лимфоцитов, CD3+CD8+, (%)	0,127
Число ЕКТ, CD3+CD56+ (%)	0,125
Уровень тестостерона, нмоль/л	0,123
Уровень IgG, мг/мл	0,117
Уровень IgA, мг/мл	0,110
Уровень общего трийодтиронина, нмоль/л	0,104
Уровень фолликулостимулирующего гормона, МЕ/л	0,095
Уровень IgM, мг/мл	0,083
Число В-лимфоцитов, CD19+ (%)	0,010

Примечание: жирным отмечены величины СККДФ > 0,5

Таблица 2

Результаты кластерной обработки информативных показателей крови у женщин с разным состоянием репродуктивного здоровья

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

Как следует из таблицы, по первым 6 показателям, в той или иной мере характеризующим гормональный статус, кластеры 1 и 3 полностью совпадают, а кластер 2 обладает определенным своеобразием: первые три показателя были ниже, а последующие три показателя по значениям принимали более высокие значения. По последним трем информативным показателям, ассоциированным с антифосфолипидной реакцией, каждый кластер характеризуется особенностями, при этом все 28 женщин с сохранной репродуктивной функцией попали в кластер 1 (в дальнейшем группа 1). Этому кластеру были присущи диапазоны значения всех информативных показателей в пределах условной физиологической нормы (референсных значений). Половина женщин с нарушением репродуктивного здоровья соответствовали по диапазону значений показателей кластеру 2 (группа 2), а остальные женщины с неблагоприятным акушерским анамнезом отвечали показателям кластера 3 (группа 3). Характер отклонений диапазонов значений показателей при нарушении репродуктивного здоровья у женщин наглядно представлен на рисунке 1.

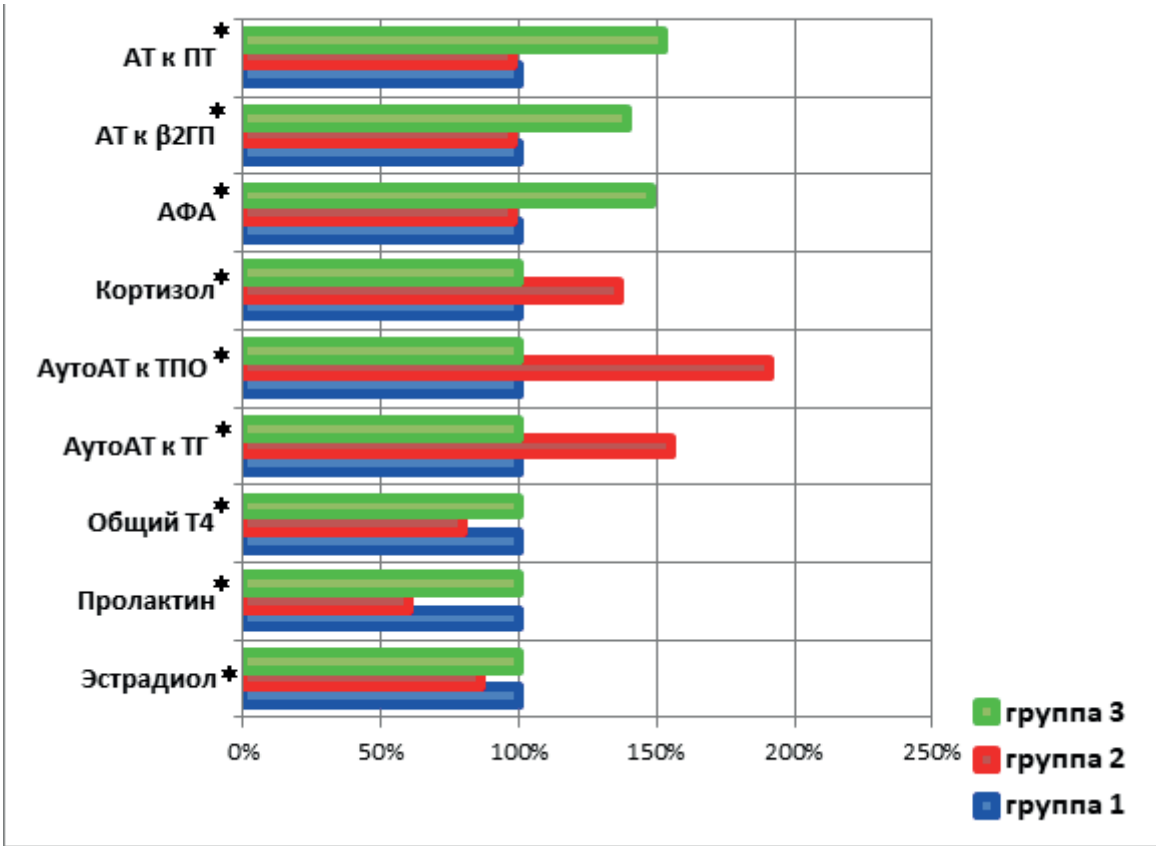


Рис. 1. Процент отклонения информативных показателей у женщин с патологией репродукции от таковых у репродуктивно здоровых женщин (* - различия между значениями показателей статистически достоверны)

На рисунке показан процент отклонений данных кластера 2 и 3 (патология репродукции) от таковых в кластере 1. При этом довольно неблагоприятно отличается кластер 2, к которому принадлежат женщины с нарушениями репродуктивной функции, у которых отмечено снижение уровня информативных половых гормонов и одного из гормонов щитовидной железы, повышение уровня кортизола, а также избирательный рост аутоантител к белкам щитовидной железы. Другая часть женщин с нарушениями репродуктивной функции из кластера 3 характеризуются избирательным ростом IgG-антител к фосфолипидам, β_2-гликопротеину и протромбину.

Далее у женщин изучались аллельные варианты отдельных локусов генов, контролирующих иммунный ответ (рис. 2-4).

Как следует из рисунка 2, в составе локуса гена HLA-DRB1 у здоровых женщин преобладает аллельный вариант HLA-DRB1*17.

При наличии патологии репродукции наибольшее число особых часто встречающихся аллелей указанного локуса было отмечено в группе 2 - HLA-DRB1*01, HLA-DRB1*04, HLA-DRB1*13, причем в группе 6 преобла-

дающими аллелями были HLA-DRB1*11 и HLA-DRB1*15. Аллель HLA-DRB1*04, как уже указывалось, была ассоциирована с нарушениями репродукции, а аллель HLA-DRB1*15 - была связана с протективными свойствами. При этом частота встречаемости неблагоприятной аллели HLA-DRB1*04 в группе 2 составляла 13%.

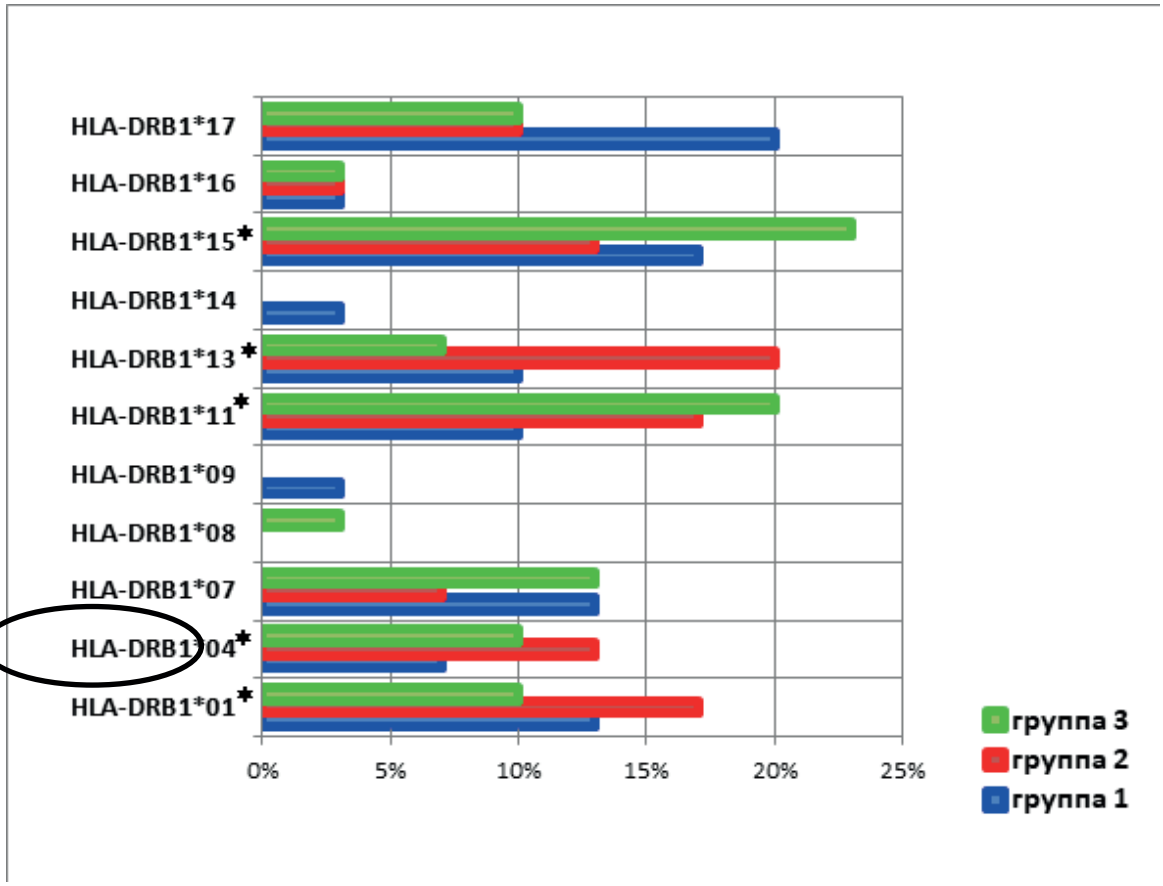


Рис. 2. Частота встречаемости различных аллелей локуса HLA-DRB1 у женщин различных групп (* - различия между значениями показателей статистически достоверны, овалом отмечены аллели с неблагоприятным прогнозом по репродуктивному здоровью)

Результаты анализа аллельных вариантов по локусу HLA-DQA1 представлены на рисунке 3. Для репродуктивно здоровых женщин было характерно преобладание аллелей HLA-DQA1*0102 (благоприятная аллель, характерная для сохранности репродуктивного здоровья) и HLA-DQA1*0301.

У женщин с патологией репродукции в группе 2 наиболее часто регистрировалась аллель HLA-DQA1*0501, а в группе 3 - HLA-DQA1*0103. Последняя аллель считается неблагоприятной, ассоциированной с невынашиванием беременности, а частота ее встречаемости составляла 13,5%. Особого комментария заслуживает частота встречаемости у женщин с неблагоприятной по невынашиванию беременности аллели HLA-DQA1*0301. Эта аллель чаще всего была зарегистрирована у женщин с сохранной репродуктивной функцией (в 23,5% слечаев), но примерно с такой же частотой (20% случаев) она встречалась и у женщин с нарушенной репродуктивной функцией группы 3. Этот факт лишний раз свидетельствует о том, что далеко не всегда носительство неблагоприятного аллельного варианта названного генного лекуса може реализоваться в форме нарушения репродуктивного здоровья, а имеют значение еще и воздействие внешних факторов, фенотипические условия, в которых у женщины развивается беременность.

При анализе локуса HLA-DQB1 (рис. 4) было установлено, что у здоровых женщин преобладали аллели HLA-DQB1*0301 и HLA-DQB1*0302.С патологией репродукции чаще, чем в остальных случаях, встречались аллели HLA-DQB1*0201 (группа 2) и HLA-DQB1*050 (группа 3). Неблагоприятная аллель HLA-DQB1*0302 с примерно с одинаковой частотой отмечалась в контрольной группе (в 20% случаев) и в группе 3 с нарушениями репродукции (в 17% случаев).

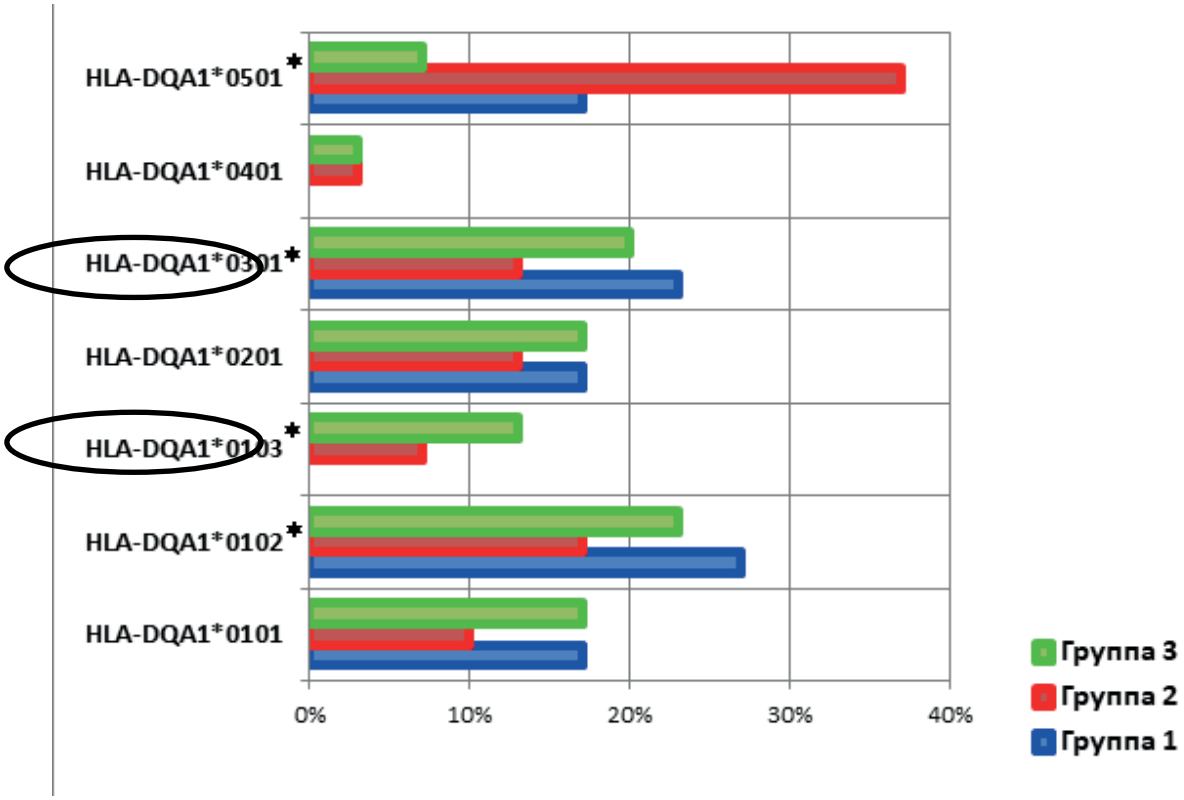


Рис. 3. Частота встречаемости различных аллелей локуса HLA-DQA1 у женщин различных групп (- различия между значениями показателей статистически достоверны, овалом отмечены аллели с неблагоприятным прогнозом по репродуктивному здоровью)*

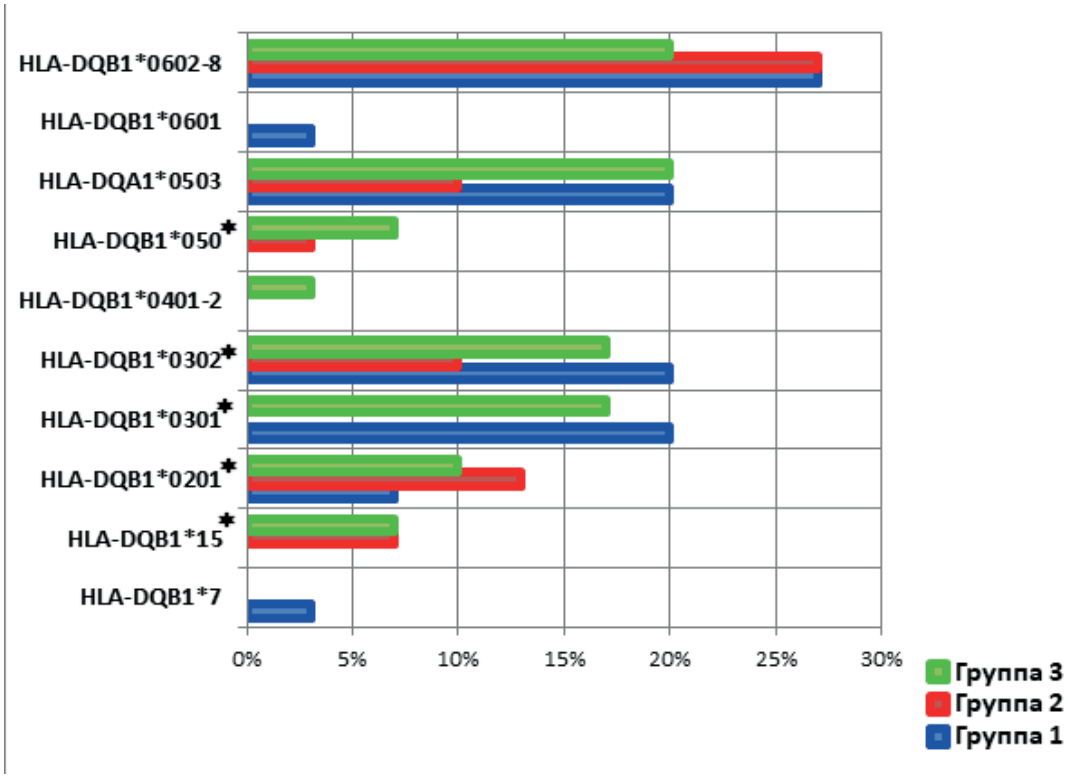


Рис. 4. Частота встречаемости различных аллелей локуса HLA-DQB1 у женщин различных групп (- различия между значениями показателей статистически достоверны, овалом отмечены аллели с неблагоприятным прогнозом по репродуктивному здоровью)*

Таким образом, проведенные генетические исследования по частоте встречаемости аллелей ряда локусов генов, контролирующих иммунный ответ, позволили установить целый ряд интересных закономерностей. У женщин с сохранной репродуктивной функцией отмечается довольно выраженное разнообразие аллельных вариантов локусов HLA-DRB1, HLA-DQA1, HLA-DQB1 при возможности встречаемости и неблагоприятных аллельных вариантов. В то же время у женщин с нарушениями репродуктивной функции регистрировались одни и те же аллели названных локусов, в том числе неблагоприятных по невынашиванию беременности.

Заключение

Дискриминантный и кластерный анализы лабораторных данных базировались на нормативных показателях, при этом все регистрируемые отклонения информативных показателей наблюдались на верхней или нижней границе нормы, а свидетельством возможных нарушений репродукции выступал акушерский анамнез, собранный до начала исследований. Такой подход обеспечивал регистрацию отклонения лабораторных показателей на начальном этапе формирования патологии репродукции, что значительно повышает диагностическую и прогностическую значимость проведенных исследований.

При исследовании женщин методом кластерного анализа было подтверждено, что патология репродукции связана с изменениями по нескольким группам факторов - уровню в крови половых гормонов, состоянию функции щитовидной железы, уровню в крови кортизола, особенностям фенотипического состава лимфоцитов, наличию признаков антифосфолипидной реакции. В число факторов, ассоциированных с нарушением женских репродуктивных функций, входит набор генотипических различий по наличию определенных аллельных вариантов локусов HLA-DRB1, HLA-DQA1, HLA-DQB1 генов, отвечающих за иммунный ответ, особенно это касается таких ассоциированных с невынашиванием беременности аллелей как HLA-DRB1*04 и HLA-DQA1*103.

Установлено, что у женщин с нарушением репродуктивной функции в одной из групп риска преобладает сочетание гормональных и иммунологических сдвигов, а в другой группе риска наблюдаются аутоиммунные сдвиги, характерные для антифосфолипидных реакций, т.е. нарушения в группах риска неоднородны. Проведенный анализ позволяет констатировать, что при лабораторных показателях в рамках референсных значений патология репродукции может быть связана с изменениями по нескольким группам факторов, которые дополняют друг друга, что позволяет вовремя оценить и прогнозировать нарушения репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста на донозологическом периоде.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

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

2. Гаджиева И.А., Чистякова Г.Н. Нарушение иммунной регуляции на этапе плацентации как причина репродуктивных потерь // Проблемы репродукции.- 2011. - № 4. - С. 102-107.

3. Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М., Озерова Р.И. Неразвивающаяся беременность: тромбоэмболические и клинико-иммунологические факторы. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 144 с.

4. Елифанов А.В., Лепунова О.Н. Уровень гонадотропных и половых гормонов при некоторых формах эндокринного бесплодия у женщин // Вестник Тю-

REFERENCES

1. Apolikhin O. I., Moskaleva N. G., Komarova V. A. Sovremennaya demograficheskaya situatsiya i problemy uluchsheniya reproduktivnogo zdorovya naseleniya Rossii [The current demographic situation and the problems of improving the reproductive health of the Russian population]. *Eksperimentalnaya i klinicheskaya urologiya – Experimental and Clinical Urology*, 2015; 4: 4-14.

2. Gadzhieva I. A., Chistyakova G. N. Narushenie immunnoy regulyatsii na etape platsentatsii kak prichina reproduktivnykh poter [Impaired immune regulation at the placentation stage as a cause of reproductive losses]. *Problemy reproduktsii – Reproduction problems*, 2011; 4: 102-107.

3. Dobrokhotova Yu. E., Dzhobava E. M., Ozerova R. I. *Nerazvivayushchayasya beremennost: tromboembolicheskie i kliniko-immunologicheskie factory* [Undeveloped pregnancy: thromboembolic and clinical and immunological factors]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2010; 144.

4. Elifanov A. V., Lepunova O. N. Uroven gonadotropnykh i polovykh gormonov pri nekotorykh formakh endokrinnogo besplodiya u zhenshchin [The level of gonado-

менского государственного университета.- 2014. - № 6. - С. 114-122.

5. Al-Saab R., Haddad S. Detection of thyroid autoimmunity markers in euthyroid women with polycystic ovary syndrome: a case-control study from Syria // Int J Endocrinol Metab.- 2014. - Vol. 12, N 3. - P. 79-54.

6. Chen S., Liu Y., Sytwu H. Immunologic regulation in pregnancy: from mechanism to therapeutic strategy for immunomodulation // Clin Develop Immunol.- 2012. – Vol. 2012. - P. 1-10.

7. Lassi Z.S., Middleton P.F., Bhutta Z.A., Crowther C. Strategies for improving health care seeking for maternal and newborn illnesses in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis // Glob Health Action.- 2016. - Vol. 9, N 1. - P. 31408.

8. Muller A.F. Berghout A. Consequences of autoimmune thyroiditis before, during and after pregnancy // Minerva Endocrinol.- 2003. - Vol. 28, N 3. - P. 247-54.

tropic and sex hormones in some forms of endocrine infertility in women]. *Vestnik Tyumenskogo gosudarstvennogo universiteta – Bulletin of Tyumen State University*, 2014; 6: 114-122.

5. Al-Saab R., Haddad S. Detection of thyroid autoimmunity markers in euthyroid women with polycystic ovary syndrome: a case-control study from Syria. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2014; 12 (3): 79-54.

6. Chen S., Liu Y., Sytwu H. Immunologic regulation in pregnancy: from mechanism to therapeutic strategy for immunomodulation. *Clinical and Developmental Immunology*, 2012; 2012: 1-10.

7. Lassi Z. S., Middleton P. F., Bhutta Z. A., Crowther C. Strategies for improving health care seeking for maternal and newborn illnesses in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Global Health Action*, 2016; 9 (1): 31408.

8. Muller A. F. Berghout A. Consequences of autoimmune thyroiditis before, during and after pregnancy. *Minerva Endocrinologica*, 2003; 28 (3): 247-54.

Сведения об авторах:

Халимова Фариза Турсунбаевна – зав. кафедрой нормальной физиологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н., доцент; тел.: (+992) (372) 24-45-83; e-mail: farizakhalimova@gmail.com

Шукуров Фируз Абдуфаттоевич – профессор кафедры нормальной физиологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н., профессор; тел.: (+992)-907 90 38 83; e-mail: fshukurov@yandex.ru

Нурматов Акпар Абдусатторович – начальник учебной части Худжандского филиала ГОУ ИПОвСЗ РТ, профессор; тел.: (+992) 918 69 36 26

Information about authors:

Khalimova Fariza Tursunbaevna – Head of the Department of Normal Physiology of the of the Avicenna Tajik State Medical University, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor; tel.: (+992) (372) 24-45-83; e-mail: farizakhalimova@gmail.com

Shukurov Firuz Abdufattoevich – Professor at the Department of Normal Physiology of the of the Avicenna Tajik State Medical University, Doctor of Medical Sciences, Professor; tel.: (+992) 907 90 38 83; e-mail: fshukurov@yandex.ru

Nurmatov Akpar Abdusattorovich – Head of the Training Division of the Khujand branch of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan", Professor, tel.: (+992) 918 69 36 26

АРЗЁБӢ ВА ПЕШГӮИИ СОЛИМИИ РЕПРОДУКТИВИИ ЗАНОНИ СИННУ СОЛИ ФЕРТИЛӢ

ҲАЛИМОВА Ф.Т., ШУКУРОВ Ф.А., НУРМАТОВ А.А.

Кафедраи физиологияи нормалии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Мақсади тадқиқот. *Омӯзиши муносибати байни меъёрҳои интихобнамудаи лабораторӣ, ки хусусиятҳои генетикӣ, ҳолатҳои гормоналӣ ва иммунунӣ, нишонаҳои реаксияи зиддифосфолипидӣ барои арзёбӣ ва пешгӯиҳои солимии репродуктивии занон доранд.*

Мавод ва усулҳои тадқиқот. *Мавриди мушоҳида 85 нафар занон қарор гирифтанд: 28 зан аз гуруҳи санҷишӣ, ки ҳомилаҳои қаблиашон бо таваллуди фарзандони солим анҷом ёфт; 57 занон бо нишонаҳои авориҳои солимии репродуктивӣ (норасоии ҳомиладорӣ, таваллуди бармаҳал) дар синни аз 20 то 43 сола, дар давраи солҳои 2010 то 2015.*

Арзёбӣ: басомади дучоршавии генҳои синфи HLA I ва генотипкунии намудҳои аллели синфи HLA II (малофаҳои DKB1, DQA1, DQB1), нишондиҳандаҳои ҳолати масуният, масунияти гормоналӣ ва масунияти аутомасунӣ, мутаносиб ба солимии репродуктивии занони синну соли фертилӣ.

Натиҷаҳо. *Ҳангоми тадқиқоти гормонҳои ҷинсӣ, ҳолати вазифаҳои гадуди сипаршакл, дараҷаи кортизол дар хун ва мавҷуд будани нишонаҳои реаксияи антифосфолипидӣ дар асоси таҳлили кластерии гуруҳи хавфноки солимии репродуктивӣ ба ду кластер ҷудо карда шуд: якум бо дуршавии аз ҳолати гормонӣ ба тарафи пастшавии гормонҳои ҷинсӣ ва тироксин дар хун ҳангоми афзоиши ауточисмҳо ба ҷузъҳои гадуди сипаршакл ва дараҷаи кортизол ва гуруҳи дуюм бо дуршавии ауточисмҳо ба тарафи реаксияҳои зидди фосфолипидӣ. Ин муқаррар менамояд, ки авориҳо дар гуруҳҳои хавф монандӣ надоранд.*

Хулоса. *Таҳлили гузаронидашуда имконият медиҳад, ки ҳангоми мавҷуд будани нишондиҳандаҳои озмоишӣ дар доираи меъёрҳои референсӣ, алоқамандии патологияи репродуктивиро бо тағйирёбии якчанд омилҳо ошкор намояд, ба монанди якдигарро пурзур мекунанд – дараҷаи гормонҳои ҷинсӣ дар хун, ҳолатҳои вазифаҳои гадуди сипаршакл, дараҷаи кортизол дар хун ва мавҷуд будани нишонаҳои реаксияҳои зидди фосфолипидӣ. Ин барои сари вақт баҳо додан ва пешбинии вайроншавии солимии репродуктивии занони синну соли фертилӣ дар давраи донозологӣ имконият медиҳад.*

Калимаҳои асосӣ: *ва пешгӯиҳои солимии репродуктивии занон, таҳлили кластерӣ, ҳолати гормоналӣ, ҳолати масунӣ, реаксияи зиддифосфолипидӣ*

УДК 616-084 **doi: 10.31712/2221-7355-2019-9-2-209-214**

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЮНУСОВ И.А., ТАЛАБОВ М.С., РИЗОЕВ Х.Х.

Кафедра эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. *Определить уровень и структуру ВБИ у больных в стационарах хирургического профиля.*
Материал и методы. *Рандомизированным способом была изучена медицинская документация 7510 пациентов, получавших хирургическое лечение в период с 2010 по 2014 гг. в стационарах хирургического профиля г. Душанбе.*
Результаты. *Изучение и анализ заболеваемости больных хирургического профиля позволили выявить 503 (6,7%) случая гнойно-септических осложнений.*
Заключение. *Уровень гнойно-септическихе осложнений среди травматологических больных отражает частоту формирования внутрибольничный инфекций и свидетельствует о недостаточной эффективности мер профилактики, уровня санитарно-противоэпидемического режима в травматологических стационарах.*
Ключевые слова: *заболеваемость, внутрибольничные инфекции, эпидемиология*

FREQUENCY AND STRUCTURE OF NOSOCOMIAL INFECTIONS AMONG SURGICAL PATIENTS

YUNUSOV I.A., TALABOV M.S., RIZOEV KH.KH.

Department of Epidemiology of the Avicenna Tajik State Medical University

Aim. *To determine the level and structure of nosocomial infections in patients in surgical hospitals.*
Material and Methods. *Medical documentation of 7510 patients was studied by randomized method. Patients received surgical treatment in the period from 2010 to 2014 in hospitals of surgical profile of Dushanbe.*
Results. *During the study and analysis of the morbidity of surgical patients, 503 (6,7%) cases of purulent-septic complications were identified.*
Conclusion. *The level of purulent-septic complications among trauma patients reflects the frequency of nosocomial infections formation and also indicates the lack of effectiveness of preventive measures, the level of sanitary and anti-epidemic regime in trauma hospitals.*
Key words: *morbidity, nosocomial infections, epidemiology*

Актуальность

Инфекции, ассоциированные с оказанием медицинской помощи (ИАМП), или внутрибольничные инфекции (ВБИ) (Healthcare associated infections – HAIS), – это инфекции, которыми заражается человек при прохождении обследования и получении терапии [1].

Меры по предупреждению развития ВБИ играют важную роль для безопасности больных и сотрудников лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), отражающихся на эффективности оказания медицинской помощи. С этой целью целесообразным является проведение и строгое соблюдение санитарно-профилактических, противоэпидемических и научно-методических мероприятий [2]. От общего числа больных, получающих стационарное лечение, частота выявления микрофлоры составляет 31,8% [3]. Установлено, что наибольшее количество смешанных инфекций наблюдается в ОРИТ. Обусловлено это тем, что в данное подразделение госпитализируются пациенты с тяжелой патологией. Увеличению риска заболеваемости ВБИ способствует ряд процедур: ведение больного на аппарате ИВЛ, катетеризация мочевого пузыря, назогастроинтестинальная интубация кишечника и так далее [4, 5].

Цель исследования

Определить уровень и структуру ВБИ у больных в стационарах хирургического профиля.

Материал и методы исследования

Изучение уровня заболеваемости внутрибольничными инфекциями проводилось в период 2010-2014 гг. на базе травматологического отделения ГУ РКЦТО, где выполнялись только плановые операции; 3-х травматоло-

гических отделений кафедры травматологии и ортопедии ТГМУ на базе Национального медицинского центра (НМЦ), а также отделения травматологии ГКБ №3, где проводились экстренные и плановые операции.

Нами рандомизированным способом была изучена медицинская документация 7510 пациентов, получавших хирургическое лечение в период с 2010 по 2014 гг. в стационарах хирургического профиля г. Душанбе. Изучение заболеваемости больных хирургического профиля и проведенного анализа позволило нам выявить 503 случая гнойно-септических осложнений (ГСО), что составило 6,7%.

Для выяснения особенностей внутрибольничных инфекций у травматологических больных и выбора адекватных мер профилактики мы определили структуру клинических нозологических форм гнойно-воспалительных заболеваний в обследуемых травматологических клиниках.

Статистическая обработка материала выполнялась методами описательных статистик с помощью прикладной программы «Statistica 6.0» (StatSoft Inc., США). Вычисляли частоту гнойно-септических осложнений, выраженную в абсолютных и относительных величинах.

Результаты и их обсуждение

Наиболее частыми нозологическими формами проявлений гнойно-септических инфекций в травматологических стационарах являлись нагноившиеся лигатурные свищи, инфицированная гематома, нагноение раны, металлогранулёмы, гнойный артрит, асбцесс раневого канала, гнойный затёк и генерализованные формы (сепсис и остеомиелиты) инфекции.

В исследуемых клиниках отмечается неоднородность отдельных видов внутрибольничных инфекций среди травматологических больных, с преобладанием распространенных форм. Это свидетельствует о слабо организованной работе по определению и контролю местных форм.

Так, в ГКБ № 3 чаще регистрировались распространенные формы ВБИ: сепсис, посттравматический спицевой остеомиелит, частота которых от общего числа инфекций составляла 33,9%. В ГУ РКЦТО и НМЦ их удельный вес составил соответственно 26,6% и 23,5% (табл. 1.).

Таблица 1

Характеристика ВБИ у пациентов в клиниках травматологического профиля

Обследуемые стационары	**ГУ РКЦТО**			**НМЦ**			**ГКБ №3**		
Количество больных с ГСО, в том числе:	**абс.ч.**	**%**		**абс.ч.**	**%**		**абс.ч.**	**%**	
	158	**100**		**162**	**100**		**183**	**100**	
лигатурный свищ	37	23,4		43	26,5		51	27,9	
нагноившаяся (инфицированная) гематома	29	18,4		31	19,1		25	13,7	
нагноение раны	21	13,3		30	18,5		23	12,6	
металлогранулёма	13	8,2		12	7,4		16	8,7	
гнойный артрит	7	4,4		4	2,5		4	2,2	
абсцесс раневого канала	5	3,2		3	1,9		1	0,5	
гнойный затёк	4	2,5		1	0,6		1	0,5	
сепсис	6	3,8		9	5,6		11	6,0	
посттравматический остеомиелит	32	20,3	**26,6**	17	10,5	**23,5**	37	20,2	**33,9**
спицевой остеомиелит	4	2,5		12	7,4		14	7,7	

В отделениях ГУ РКЦТО и НМЦ наиболее часто встречаемой формой ВБИ являлись: лигатурный свищ, наблюдавшийся соответственно в 23,4% и 26,5% случаев; нагноившаяся гематома, имевшая место в 18,4% и 19,1% случаев; гнойное воспаление раны, которое наблюдалось соответственно в 13,3% и 18,5% случаев. Наиболее часто выявляемой формой ВБИ в ГКБ № 3 являлся лигатурный свищ, который был зарегистрирован в 27,9% случаев.

Полученные результаты говорят о необходимости оптимизации профилактических мер с дифференцированным подходом у пациентов с травматологической патологией.

Таким образом, особенности внутрибольничных инфекций у пациентов, находящихся в разных клиниках травматологического профиля, характеризовались своим разнообразием, несмотря на наличие в них одинакового оснащения.

По-нашему мнению, высокая частота выявленных генерализованных форм ВБИ в ГКБ № 3 связана со спецификой его функционирования, проведением экстренных и плановых операций и концентрацией плановых и экстренных больных в данном лечебном учреждении, а также с нарушениями санитарно-противоэпидемического режима.

Высокий уровень лигатурных свищей, нагноившихся гематом и нагноения ран у травматологических больных во всех исследуемых клиниках напрямую зависит от пунктуальности, корректности выполнения своей работы сотрудниками среднего и младшего звена. Большое значение при этом имеет соблюдение медицинским персоналом общих правил личной гигиены, принципов асептики и антисептики, соблюдение стерильности при работе с медицинскими изделиями, перевязочным материалом. То есть на уровень ВБИ оказывает влияние несоблюдение правил санитарного противоэпидемического режима при уходе за больными со стороны среднего медицинского персонала, что подтверждается результатами санитарно-микробиологических исследований окружающей среды травматологических отделений.

Отмечаемый высокий уровень металлогрануллём говорит о снижении уровня иммунной защиты пациентов, непринятии и отторжении чужеродного предмета в организме человека.

Таким образом, гнойно-септические заболевания травматологических больных занимают значимое место в структуре нозологий в травматологических отделениях.

В таблицах 2 и 3 представлено количество ежегодных операций за исследуемый период, а также частота и уровень гнойно-септических осложнений (табл. 2, 3).

Сравнительный анализ показателей заболеваемости травматологических больных в исследуемых клиниках показал, что у 6,7% травматологических больных имели место различные проявления внутрибольничных инфекций, наиболее высокий уровень отмечен в ГКБ №3 – 8,0%, наименьший - в ГУ РКЦТО – 5,7% (табл. 4).

Таблица 2

Количество операций, частота и уровень гнойно-септических осложнений в травматологических стационарах по годам (2010-2014 гг.)

Обслед. стац.	Годы исследования															
	2010			2011			2012			2013			2014			
	кол-во опер.	гсо		кол-во опер.	гсо		кол-во опер.	гсо		кол-во опер.	гсо		кол-во опер.	гсо		
		абс	%		абс	%		абс	%		абс	%		абс	%	
ГУ РКЦТО	689	44	6,4	598	35	5,8	566	24	4,2	468	27	5,7	451	28	6,2	
НМЦ	431	29	6,7	443	31	7,0	434	26	6,0	629	42	6,6	534	34	6,3	
ГКБ №3	645	51	7,9	523	48	9,2	497	35	7,0	365	28	7,6	237	21	8,8	
Всего	1765	124	7,0	1564	114	7,3	1497	85	5,7	1462	97	6,6	1222	83	6,8	

Таблица 3

Количество операций, частота и уровень гнойно-септических осложнений в травматологических стационарах за 2010-2014 гг.

Обследуемые стационары	Количество операций за исследуемый год					Всего	Выявлено ГСО	
	2010	2011	2012	2013	2014		абс.ч.	в %
ГУ РКЦТО	689	598	566	468	451	2772	158	5,7
НМЦ	431	443	434	629	534	2471	162	6,5
ГКБ №3	645	523	497	365	237	2267	183	8,0
Итого	1765	1564	1497	1462	1222	7510	503	6,7

Таблица 4

Уровень гнойно-септических инфекций травматологических больных в исследуемых стационарах

Обследуемые стационары	ГУ РКЦТО		НМЦ		ГКБ № 3		Всего	
Всего оперированных за 2010-2014 гг.	2772		2471		2267		7510	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Число больных с ГСО	158	5,7	162	6,5	183	8,0	503	6,7

Таблица 5

Гнойно-септические инфекции в травматологических стационарах г. Душанбе за 2010-2014 гг.

Годы	Количество оперированных больных	Выявлено ГСИ	
		абс. ч.	%
2010	1765	124	7,0
2011	1564	114	7,3
2012	1497	85	5,7
2013	1462	97	6,6
2014	1222	83	6,8
Всего	**7510**	**503**	**6,7**

В результате изучения по годам показателей заболеваемости гнойно-септическими инфекциями была определена незначительная тенденция к уменьшению, при этом наблюдалась их стабильность (табл. 5).

В период с 2010 по 2014 годы, как видно из таблицы 5, эпидемиологические вспышки в клиниках не наблюдались, заболеваемость гнойно-септическими инфекциями носила спорадический характер, частота которых составила: 7,0% (2010), 7,3% (2011), 5,7% (2012), 6,6% (2013), 6,8% (2014).

Заключение

В структуре нозологий травматологических отделений одно из ведущих мест занимают гнойно-септические заболевания. Данный показатель (6,7%) указывает на частоту формирования ВБИ и характеризует качество как проведения лечебно-профилактических мероприятий, так и состояния санитарно-противоэпидемического режима в травматологических стационарах.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимербулатов Ш.В., Гарипов Р.М., Тимербулатов М.В., Саргсян А.М., Гайнуллина Э.Н. Профилактика инфекционных осложнений в хирургии. Часть I // Медицинский вестник Башкортостана. – 2017. – Т.12, №5 (71). – С.145-152.

2. Покровский В.И, Акимкин В.Г, Брико Н.И., Брусина Е.Б, Зуева Л.П., Ковалишена О.В, Стасенко В.Л., Тутелян А.В., Фельдблюм И.Ф., Шкарин В.В. Внутрибольничные инфекции: новые горизонты профилактики // Здравоохранение. — 2011. — № 1. — С. 14-20.

3. Глущенко В.А., Лямин А.В., Круглов Е.Е. Проблема внутрибольничных инфекций в многопрофильном стационаре как часть экосоциальных взаимоотношений человека и окружающей среды / Известия Самарского научного центра Российской академии наук. - 2014. – Т.16, №5(2). – С.840-842.

4. Stone N.D., Ashraf M.A., Calder J. et al. Surveillance definitions of infections in long-term care facilities: revisiting the McGeer criteria // Infect. Contr. Hosp. Epid.- 2012.- Vol. 33(10).- P. 965-977.

5. Sievert DM., Ricks P., Edwards J.R. et al. Antimicrobial-resistant pathogens associated with healthcare-associated infections: summary of data reported to the national healthcare safety network at the centers for disease control and prevention, 2009-2010 // Infect. Contr. Hosp. Epid.- 2013.- Vol. 34(1).- P. 1-34.

REFERENCES

1. Timerbulatov SH. V., Garipov R. M., Timerbulatov M. V., Sargsyan A. M., Gaynullina E.N. Profilaktika infektsionnykh oslozhneniy v khirurgii. CHast I [Prevention of infectious complications in surgery. Part I]. *Meditsinskiy vestnik Bashkortostana – Medical Bulletin of Bashkortostan*, 2017; 12 (5, (71)): 145-152.

2. Pokrovskiy V. I, Akimkin V. G, Briko N. I., Brusina E. B, Zueva L. P., Kovalishena O. V, Stasenko V. L., Tutelyan A. V., Feldblyum I.F., SHkarin V.V. Vnutribolnichnye infektsii: novye gorizonty profilaktiki [Nosocomial infections: new horizons of prophylaxis]. *Zdravookhranenie – Healthcare*, 2011; 1: 14-20.

3. Glushchenko V. A., Lyamin A. V., Kruglov E. E. Problema vnutribolnichnykh infektsiy v mnogoprofilnom statsionare kak chast ekosotsialnykh vzaimootnosheniy cheloveka i okruzhayushchey sredy [The problem of intrahospital infections in a multifield hospital as part of ecosocial relationship between the person and the environment]. *Izvestiya Samarskogo nauchnogo tsentra Rossiyskoy akademii nauk – Izvestia of Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences*, 2014; 16 (5(2)): 840-842.

4. Stone N. D., Ashraf M. A., Calder J., Surveillance definitions of infections in long-term care facilities: revisiting the McGeer criteria. *Infect. Contr. Hosp. Epid.*, 2012; 33(10): 965-977.

5. Sievert D. M., Ricks P., Edwards J. R., Antimicrobial-resistant pathogens associated with healthcare-associated infections: summary of data reported to the national healthcare safety network at the centers for disease control and prevention, 2009-2010. *Infect. Contr. Hosp. Epid.*, 2013; 34(1), 1-34.

Сведения об авторах:

Юнусов Исломиддин Айниддинович – доцент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.; тел.: (+992) 905 08 77 99; e-mail: islomiddinya@mail.ru

Талабов Махмадали Сайфович – профессор кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней, декан медицинского факультета Таджикского национального университета, д.м.н.

Ризоев Хайриддин Хайруллаевич – зав. урологическим отделением клинической больницы «Мадади Акбар», к.м.н.

Information about authors:

Yunusov Islomiddin Ayniddinovich – Associate Professor Department of Traumatology, Orthopedics and MFS of the Avicenna Tajik State Medical University, Doctor of Medical Sciences; tel.: (+992) 905 08 77 99; e-mail: islomiddinya@mail.ru

Talabov Makhmadali Sayfovich – Professor at the Department of Epidemiology and Infectious Diseases, Dean of the Medical Faculty of the Tajik National University, Doctor of Medical Sciences

Rizoev Khayriddin Khayrullaevich – Head of the Urology Department of the «Madadi Akbar» Clinical Hospital, Candidate of Medical Sciences

ҲОЛАТИ ГИРИФТОРШАВӢ БА БЕМОРИҲО АЗ СИРОЯТҲОИ ДОХИЛИБЕМОРХОНАВӢ ВА СОХТОРИ ОН ДАР БАЙНИ БЕМОРОНИ ҶАРРОҲИШУДА

ЮНУСОВ И.А., ТАЛАБОВ М.С., РИЗОЕВ Х.Х.

Кафедраи эпидемиологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Мақсади тадқиқот. *Муайян намудани дараҷа ва сохтори БСД дар беморон бо дахолатҳои статсионарӣ ва ҷарроҳӣ.*

Мавод ва усулҳои тадқиқот. *Бо усули тасодуфӣ ҳуҷҷатҳои тиббии 7510 бемор, ки солҳои 2010-2014 дар статсионарҳои ҷарроҳии ш. Душанбе табобати ҷарроҳӣ мегирифтанд, мавриди таҳлил қарор гирифтанд.*

Натиҷаҳо. *Омӯзиши гирифторшавии беморони ҷарроҳишуда ва таҳлили гузаронидашуда имкон дод, ки 503 (6,7%) ҳолати оризаҳои фасодию септикӣ муайян карда шаванд.*

Хулоса. *Бемориҳои фасодию септикии беморони травматологӣ дар сохтори нозологияи Шуъбаҳои травматологӣ ҷойи муҳимро ишғол мекунад. Нишондиҳандаи мазкур аз нокифоягии гузаронидани чораҳои профилактикӣ-муолиҷавӣ, инчунин ҳолати тартиботи санитарию зиддиэпидемиологӣ дар статсионарҳои травматологӣ гувоҳӣ медиҳанд.*

Калимаҳои асосӣ: *беморишавӣ, сироятҳои дохилибеморхонавӣ, эпидемиология*

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 614.2:616-053.2-053.6+616-07+616-084 **doi: 10.31712/2221-7355-2019-9-2-215-223**

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

УМАРОВ Т.А., БАНДАЕВ И.С.

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Актуальность изучения здоровья подростков связана с тем, что для будущего развития любой страны они составляют ее трудовой, интеллектуальный, военный и популяционный потенциал. Для разработки комплексных систем организационных и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости детей подросткового возраста, был проведен обзор подростковой заболеваемости в стране и за рубежом, выявлены факторы, способствующие развитию заболеваний в подростковом возрасте. Анализ показал, что за последнее десятилетие среди подростков отмечается рост общей заболеваемости практически по всем классам болезней, значительное увеличение доли заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением, нарастание уровня инвалидности, рост социально-значимых заболеваний. В подростковом возрасте имеют место причины многих серьезных болезней зрелого возраста и преждевременной смерти, такие как потребление табака, плохое питание и недостаточная физическая активность.

Обзор литературы показал, что здоровье современных подростков является одной из актуальных проблем общественного здравоохранения и требуют оптимизации ранней диагностики, профилактики, лечения и реабилитации.

Ключевые слова: *здоровье подростков, детерминанты здоровья подростков, анализ*

CURRENT PROBLEMS OF ADOLESCENT HEALTH

UMAROV T.A., BANDAEV I.S.

Department of Family Medicine № 2 of the Avicenna Tajik State Medical University

The relevance of studying the health of adolescents is related to the fact that for the future development of any country, adolescents constitute its labor, intellectual, military and population potential. For the development of integrated systems of organizational and organizational and therapeutic-prophylactic measures aimed at reducing the incidence of adolescent children, a review of adolescent incidence in the country and abroad was conducted, and factors contributing to the development of diseases in adolescence were identified. The analysis showed that over the last decade among adolescents there has been an increase in the overall incidence of almost all classes of diseases, a significant increase in the proportion of diseases with a chronic and recurrent course, an increase in the level of disability, an increase in socially significant diseases. It has been proven that in adolescence there are causes of many serious diseases of mature age and premature death, such as tobacco use, poor nutrition and insufficient physical activity.

A review of the literature has shown that the health of modern adolescents is one of the urgent problems of public health and requires the optimization of early diagnosis, prevention, treatment and rehabilitation.

Key words. *adolescent health, adolescent health determinants, analysis*

Согласно современной классификации, подростки – это молодые люди в возрасте от 10 до 19 лет, которых часто считают здоровой группой. Тем не менее, по данным ВОЗ, в современном мире многие подростки преждевременно умирают в результате несчастных случаев, самоубийств, насилия, осложнений, связанных с беременностью, или других болезней, которые можно либо предотвратить, либо лечить. Также подростки страдают от хронического плохого состояния здоровья и инвалидности. Подростковый период важен в том смысле, что в нем закладываются причины многих серьезных болезней, развивающихся в зрелом возрасте, такие как потребление табака, инфекции, передаваемые половым путем, включая ВИЧ, плохое питание и недостаточная физическая активность, которые приводят к болезням и преждевременной смерти позднее в жизни. Актуальность исследования состояния здоровья подростков также обусловлена тем, что в последние десятилетия отмечается ухудшение показателей заболеваемости подростков, представляющих репродуктивный, социальный, экономический, военный, интеллектуальный и культурный потенциал любой страны [1-3 и др.]. По данным ряда современных исследователей [4], за последнее десятилетие в

состоянии здоровья подростков отмечается рост общей заболеваемости практически по всем классам болезней, значительное увеличение доли заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением, нарастание уровня инвалидности, рост социально-значимых заболеваний.

Для разработки комплексных систем организационных и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости детей подросткового возраста, нами проведен обзор подростковой заболеваемости, выявлены факторы, способствующие развитию заболеваний в подростковом возрасте.

Доказано, что от уровня состояния здоровья в подростковом периоде жизни зависит реализация жизненных планов, в том числе профессиональная подготовка, стремление к социальному развитию, создание семьи и рождение детей, то есть именно те факторы, которые предопределяют развитие страны в целом [5-7].

По данным российских ученых [8, 9], за последние 5 лет частота гинекологических и андрологических болезней среди детей всех возрастов увеличилась на 50%. Более половины детей подросткового возраста имеют заболевания, которые в дальнейшем могут ограничить возможность реализации репродуктивной функции.

Эксперты ВОЗ считают, что причины 70% случаев преждевременных смертей среди взрослых связаны с поведенческими факторами, приобщение к которым происходит в подростковом возрасте (ВОЗ, 2005). Отмечаемое во многих исследованиях рискованное поведение детей, подростков и молодежи, усугубляемое возросшим потреблением табака, алкоголя и наркотиков, подтверждает это предположение [10, 11].

За последнее столетие подростковый период претерпел многочисленные изменения, которые касаются более раннего наступления половой зрелости, более позднего возраста вступления в брак, урбанизации, глобальной коммуникации и изменения сексуальных отношений и форм поведения. Нейрогуморальная лабильность этого периода определяет возможность развития выраженных изменений со стороны жизненно важных органов и систем, что позволяет относить подростков в группу риска по развитию функциональной и хронической патологии.

Подростковый период характеризуется ростом не только физического, но и психического развития [12-15]. В этом возрасте на первый план выходит общение со сверстниками, оценка сверстников становится важнее оценки учителей и родителей [16]. Однако часто подросток продолжает восприниматься в семье как ребёнок. От этого возникают многие конфликты. Зачастую в корнях семейных взаимоотношений кроются поведенческие ориентиры подростков [17-21]. Следует отметить, что в психологическом смысле понятие «семья» шире, чем в юридическом и бытовом, поскольку включает в себя не только людей, связанных кровным родством, но и значимых близких для всех или некоторых членов семьи [22]. У подростка возникает страстное желание если не быть, то хотя бы казаться и считаться взрослым [16]. Советский психолог Д. Б. Эльконин выделял возникающее у подростков чувство взрослости и тенденцию к взрослости. Однако желание быть взрослым вызывает сопротивление со стороны окружающих. Ребёнком он уже себя не ощущает, а взрослым пока тоже не может стать [23]. Подросток формирует своё мировоззрение, свои жизненные планы, что, в конечном счёте, позволит ему жить самостоятельно [24]. У детей школьного возраста оценкой высшей нервной деятельности занимается целый ряд специалистов – невропатологи, психологи, психоневрологи, психиатры [25].

Согласно исследованию Всемирной Организации Здравоохранения о состоянии здоровья подростков в разных странах мира [26], молодые люди из этой возрастной категории чаще всего сталкиваются с депрессиями, именно поэтому третьей наиболее распространённой причиной смерти подростков является суицид, который опережают только дорожно-транспортные происшествия и ВИЧ/СПИД. Депрессия также является ведущей причиной подростковой заболеваемости и нетрудоспособности. В отчёте ВОЗ отдельно отмечается, что в тех странах, где наиболее развит интернет, выявлена прямая связь между самоубийствами подростков и так называемым кибербуллингом – жёсткой травлей в интернете, которая регулярно уносит жизни все большего числа школьников и студентов.

Согласно данным ВОЗ, многие подростки испытывают давление, под воздействием которого начинают употреблять алкоголь, сигареты или другие наркотические средства и вступают в сексуальные отношения в раннем возрасте, подвергая себя риску получения преднамеренных и непреднамеренных травм, наступления нежелательной беременности и приобретения инфекций,

передаваемых половым путем (ИППП), включая вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) [26]. К сожалению, подростки не всегда соблюдают принципы здорового образа жизни, в том числе простые гигиенические нормы поведения. Например, исследования показывают, что частое мытье рук в разы снижает передачу инфекции, в том числе передачу риновирусов [27].

Исследования показали, что в среднем подростковом возрасте (13-15 лет), по сравнению с ранним подростковым возрастом (до 10-12 лет), состояние здоровья ухудшается. Именно в этот период возрастает распространенность субъективных отрицательных показателей здоровья, таких, как жалобы на здоровье и низкая самооценка состояния здоровья. В это же время ухудшаются и привычки, связанные с питанием: более старшие подростки реже завтракают и меньше потребляют фруктов и больше пьют безалкогольные подслащенные напитки. С возрастом снижается физическая активность, и подростки больше времени проводят за компьютером и телевизором [26].

На протяжении более 30 лет многонациональное исследование ВОЗ «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC), в котором участвует большая группа стран (более 40 стран в Европе и Северной Америке), занимается сбором данных о здоровье и благополучии, социальных условиях и поведении детей школьного возраста раз в четыре года. Согласно результатам данного исследования, за 2013/2014 гг. в Российской Федерации процент подростков, оценивающих свое здоровье как удовлетворительное или плохое, составил 22% у девочек и 12% у мальчиков [28].

Исследования показали, что в подростковом возрасте травматизм является основной причиной смертности и серьезной заболеваемости во многих странах мира. Непреднамеренные травмы остаются ведущей причиной смертности и инвалидности среди подростков. В детском возрасте по мере взросления риск травматизма резко возрастает. В подростковый период травмы свидетельствуют об образе жизни высокого риска. Среди факторов риска – потребление психоактивных веществ, физическая активность (например, езда на велосипеде, мотоцикле, скейтборде) без использования средств защиты (шлемов и др.) и в неприспособленных для этого местах, а также драки. По данным исследований, в странах Европы и Северной Америки большинство (от 50% до 95%) одиннадцатилетних подростков по утрам завтракают. С возрастом подростки реже сообщают о ежедневном завтраке и ежедневном присутствии фруктов в своем рационе питания. Так, в Армении в 15 лет завтракают почти вдвое меньше девочек (34%), чем в 11 лет (60%). В России и на Украине удельный вес завтракающих девочек снижается на 14-15%, а в Австрии, Чехии и Венгрии – на 18-20%. С возрастом распространенность ежедневного употребления фруктов среди подростков снижается. Если в Армении, Бельгии, Дании и Канаде от трети до половины 15-летних подростков продолжают ежедневно употреблять фрукты, то в России, Украине, Греции и Венгрии их доля не превышает 30% [26].

Регулярное употребление подслащенных напитков, как правило, сопровождается прибавкой массы тела и риском развития хронических метаболических заболеваний, связанных с ожирением, таких как метаболический синдром и диабет 2-го типа. Исследование показало, что в период с 11 до 15 лет мальчики начинают употреблять безалкогольные прохладительные напитки чаще девочек. По данным исследований, в России и Украине каждый пятый, а в Армении каждый третий 15-летний мальчик ежедневно пьет такие напитки [26]. В Российской Федерации уровни ежедневного потребления безалкогольных газированных сахаросодержащих напитков ниже средних по HBSC 2013/2014 гг. и значительно снизились, по сравнению с 2009/2010 гг., как у девочек (с 20% до 9%), так и у мальчиков (с 26% до 13%). Употребление безалкогольных газированных сахаросодержащих напитков уменьшается с возрастом [28].

Известно, что физическая активность является важным фактором как физического, так и психического развития подростков. Она также улучшает успеваемость. Приобретенные в детском и подростковом возрасте привычки играть в подвижные игры и заниматься спортом могут сохраняться на протяжении всей жизни. Однако во всем мире менее четверти всех подростков уделяют физической активности рекомендуемые специалистами минимальные 60 минут день. С возрастом уровень физической активности у подростков снижается [26, 28].

По данным исследования HBSC (2009-2010), в странах Европы и Северной Америки в 11 лет ежедневно физически активны в течение не менее одного часа около 19% девочек и 28% мальчиков. К 15 годам их доля сокращается до 10 и 19 процентов соответственно.

Самые высокие показатели физической активности отмечены у 15-летних мальчиков в США (33%), Армении (29%) и Канаде (25%), а самые низкие – у мальчиков во Франции (14%), России (13%) и Италии (12%). Девочки в среднем в два раза реже мальчиков сообщают о ежедневной физической активности [26].

Минимальное участие в физических видах деятельности приводит к малоподвижному образу жизни, который сопряжен с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний. Установлено, что чем ниже физическая активность подростков, тем больше времени они проводят у экранов компьютера, планшета, телефона и телевизора, что не только ухудшает их соматическое, но и психическое здоровье. Малоподвижный образ жизни способствует большей вероятности прибавки в весе во взрослой жизни. В свою очередь избыточная масса тела и ожирение у подростков могут иметь серьезные последствия для здоровья во взрослой жизни, такие как метаболические нарушения, которые повышают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и диабета. Кроме того, установлено, что в подростковом возрасте лишняя масса тела может стать причиной заниженной самооценки и депрессии, издевательств и травли со стороны сверстников. Причины избыточного веса и ожирения носят комплексный характер, включая взаимодействие генетических факторов и факторов среды. Данные многолетних исследований поведения детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC) свидетельствуют о том, что молодые люди с избыточной массой тела с большей вероятностью пропускают завтрак, менее активны физически и больше смотрят телевизор [26].

Республику Таджикистан по праву можно назвать страной детей и молодежи. Средний возраст жителей республики составляет 22,4 года, а численность детей и молодежи в возрасте до 15 лет составляет 33,9% от общей численности. Согласно данным официальной статистики, на начало 2018 года подростки (10-19 лет) составили 1 715 900 человек, или 19,21% от общей численности населения Республики Таджикистан (8 931 200). В Республике Таджикистан за последнее десятилетие создана база для развития политики и стратегии улучшения здоровья молодых людей. «Программа развития здоровья молодёжи в Республике Таджикистан на 2006-2010 годы» (от 3.03.2006 г., №107) и «Программа развития здоровья молодежи в Республике Таджикистан на 2011-2013 годы» (от 30.10.2010, №561) были разработаны в соответствии к потребностям современного общества по отношению к молодому поколению и социально-экономических и демографических положений Республики Таджикистан. Основной целью данных программ являлось улучшение состояния здоровья молодых людей посредством снижения влияния рискованного поведения и вредных привычек, таких как случайные сексуальные отношения, потребление наркотиков, инфекции, передающиеся половым путем, и ВИЧ/СПИД.

По данным официальной статистики Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, в 2017 г. в структуре населения Республики Таджикистан общая численность подростков 15-19 лет составила 856 000 человек. Анализ показывает, что общая заболеваемость детей старшего подросткового возраста (15-19 лет) имеет тенденцию к снижению и составляет в 2017 году 163 268 случаев (19.1%). Согласно официальным статистическим данным, в структуре заболеваемости старшего подросткового возраста (15-19 лет) болезни органов дыхания составили 129846 случаев (79,5%), болезни органов пищеварения – 51510 случаев (31,5%), болезни крови и кроветворных органов 32907 случаев (20,1%), болезни эндокринной системы, болезни уха и сосцевидного отростка – 23347 (14,3%), заболевания кожи и подкожной клетчатки – 22810 (14%), болезни мочеполовой системы – 17715 случаев (10,8%), болезни глаз и их придаточного аппарата – 17529 случаев (10,7%), болезни нервной системы – 13093 случая (8%), расстройства питания и нарушения обмена веществ составили 10716 случаев (6,6% среди всех заболеваний), болезни системы кровообращения – 2538 случаев (1,5%), осложнения беременности, родов и послеродового периода – 2 случая (0,001%).

Подростковая беременность и материнство все ещё остаются социальной и медицинской проблемой в Таджикистане, хотя доказано, что дети, рожденные очень молодыми матерями, подвергаются повышенному риску заболеваемости и смертности, подростковая беременность и роды часто протекают с осложнениями и матери-подростки испытывают трудности с возможностью получения образования. По результатам Медико-демографическое исследования 2017 г. (МДИТ, 2017), в Тад-

жикистане 7% женщин в возрасте 15-19 лет уже начали процесс деторождения, 3% женщин-подростков уже родили детей, и 4% были беременны на момент проведения исследования. Молодые женщины не начинают деторождение до достижения возраста 17 лет, но доля женщин-подростков, начавших деторождение, быстро увеличивается с возрастом, достигая 26% среди женщин в возрасте 19 лет [29].

Анализ показал, что в Республике Таджикистан за последние годы проведен ряд исследований по вопросам здоровья («Информированность подростков в области репродуктивного здоровья», 2003, «Гендерные аспекты ВИЧ/СПИДа в Таджикистане», 2005, «Положение детей и женщин в Таджикистане», 2005).

Результаты «Глобального исследования здоровья школьников в Таджикистане среди учащихся школ в возрасте 13-15 лет» (2006) выявили целый ряд проблем со здоровым поведением, с которыми сталкиваются учащиеся в Таджикистане [30]. Исследование показало, что 2,5% учащихся употребили табачные изделия один раз и более за последний месяц, 0,9% респондентов употребляли алкоголь один и более раз за последние 30 дней. В целом в стране 4,4% учащихся впервые употребили алкоголь в возрасте до 14 лет. Согласно результатам исследования, уровень употребления учащимися наркотиков на протяжении жизни (таких как анаша, гашиш, опиум, героин один раз и более в жизни) составляет 1,1%. Установлено, что 12,6% учащихся серьезно подумывали о попытке самоубийства за последний год. По данным исследования, 21,5% учащихся участвовали за последний год в драке один и более раз. В целом, 17,5% учащихся один и более раз получили серьезные травмы за прошлый год. Результаты данного исследования показали, что 3,0% учащихся имели половые отношения до 13 лет. При этом 2,1% имели половые контакты с двумя и более партнерами. Менее половины учащихся в течение текущего учебного года в школе были обучены о путях передачи ВИЧ-инфекции. Исследование показало, что по республике только 3,7% учащихся 7-9 классов правильно указали пути профилактики ВИЧ.

По результатам МДИТ 2017 [31], в котором участвовало 1911 женщин в возрасте 15-19 лет, только 20,1% респондентов ответили, что люди могут снизить риск заражения ВИЧ путём использования презервативов при каждом половом акте; 22,9% респондентов ответили – «ограничивая половой акт одним неинфицированным партнёром» и 18,5% респондентов ответили – «используя презерватив и ограничивая половой акт одним неинфицированным партнёром». Таким образом, только каждый пятый респондент знает о методах профилактики передачи ВИЧ половым путём.

Известно, что физические, психологические и социальные последствия инфекций, передаваемых половым путём (ИППП), существенно снижают качество жизни инфицированных. Подростки относятся к группе риска по ИППП в силу характерной для этого возраста специфики – гормональная перестройка организма, снижение защиты от инфекций на слизистых оболочках, склонность к риску, высокая сексуальная активность. Подростки из некоторых стран Восточной Европы и Центральной Азии имеют один из самых высоких уровней ИППП в мире. Девочки-подростки болеют в три с лишним раза чаще, чем юноши. ВОЗ признает также важное значение Chlamydia trachomatis в связи с ростом распространенности этой инфекции среди подростков [31].

Таким образом, здоровье современных подростков является одной из актуальных проблем общественного здравоохранения, вопросы обеспечения и сохранения здоровья подростков требуют углубленного изучения. При разработке мероприятий по сохранению и укреплению здоровья подросткового населения необходимо учитывать показатели заболеваемости, физического развития, инвалидности, численности и смертности подростков в нашей стране, а также имеющиеся ресурсы и возможности сети медицинских учреждений первичной медико-санитарной помощи. Учитывая стремительное развитие семейной медицины в стране, следует непрерывно повышать знания и навыки специалистов семейной медицины по вопросам профилактики, ранней диагностики, лечения и реабилитации заболеваний у подростков. Кроме возможностей системы здравоохранения, следует также активно использовать потенциал школ и сообщества, а также межсекторальное сотрудничество (комитет по делам молодежи, спорта и туризма, комитеты женщин, общественные организации, СМИ) в вопросах укрепления здоровья подростков..

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурашитов Н.Ф., Боймуродова Х.К. Роль матери в перевоспитании подростков.- Душанбе, 2014.- 104 с.

2. Бабаева Л.А., Маджидов А.К. Клинические методы исследования детей.- Душанбе, 2016.- 15с.

3. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н., Зелинская Д.И. Концепция сокращения предотвратимых потерь здоровья детского населения // Вопросы современной педиатрии.- 2010.- №5.- С. 5-9.

4. Баранов А.А., Кучма В.Р., Скоблина Н.А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий.- Москва, 2008.- 216 с.

5. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании // Вестник РАМН.- 2009.- №5.- С. 25-49.

6. Богомольский М.Р., Радциг Е.Ю., Селькова Е.П. Болезни уха, горла, носа при ОРЗ у детей.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016.- 128 с.

7. Божович ЛИ. Личность и её формирование в детском возрасте.- Санкт-Петербург: Питер Пресс, 2009.- 400 с.

8. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по инфекциям, передаваемым половым путем 2016–2021 на пути к ликвидации ИППП.- ВОЗ, 2016.- 64 с.

9. Глобальное исследование здоровья школьников, Таджикистан 2006.- Душанбе, Таджикистан, 2006.- 34 с.

10. Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC): международный отчет по материалам обследования 2009/2010 гг.». Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. [Политика здравоохранения для детей и подростков, № 6] [Электронный ресурс, дата доступа: 2019 март 24] Режим доступа: http://www.euro.who.int/HBSC.

11. Калесникова Г.И. Справочник детского психолога.- Ростов-на Дону: Феникс, 2010.- 348 с.

12. Капитан Т.В. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми.- Москва: Медпресс-информ, 2009.- 656 с.

13. Кучма ВР. Гигиена детей и подростков: учебник.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.- 528 с.

14. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.- 544 с.

REFERENCES

1. Abdurashitov N. F., Boymurodova Kh. K. *Rol materi v perevospitanii podrostkov* [The role of mother in re-education of adolescents]. Dushanbe, 2014; 104.

2. Babaeva L. A., Madzhidov A. K. *Klinicheskie metody issledovaniya detey* [Clinical methods for the study of children]. Dushanbe, 2016; 15.

3. Baranov A. A., Albitskiy V. Yu., Terletskaya R. N., Zelinskaya D. I. Kontseptsiya sokrashcheniya predotvratimykh poter zdorovya detskogo naseleniya [The concept of reducing preventable loss of health of children]. *Voprosy sovremennoy pediatrii – Questions of modern Pediatrics*, 2010; 5: 5-9.

4. Baranov A. A., Kuchma V. R., Skoblina Kh. A. *Fizicheskoe razvitie detey i podrostkov na rubezhe tysyacheletiy* [Physical development of children and adolescents at the turn of the Millennium]. Moscow, 2008; 216.

5. Baranov A. A., Kuchma V. R., Sukhareva L. M. Sostoyanie zdorovya sovremennykh detey i podrostkov i rol mediko-sotsialnykh faktorov v ego formirovanii [The state of health of children and adolescents and the role of health and social factors in its formation]. *Vestnik RAMN – Bulletin of the Russian Academy of Medical Sciences*, 2009; 5: 25-49.

6. Bogomolskiy M. R., Radtsig E. Yu., Selkova E. P. *Bolezni ukha, gorla, nosa pri ORZ u detey* [Diseases of the ear, throat, nose with ARI in children]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2016; 128.

7. Bozhovich L. I. *Lichnost i ee formirovanie v detskom vozraste* [Personality and its formation in childhood]. St. Petersburg, Piter Press Publ., 2009; 400.

8. Globalnaya strategiya sektora zdravookhraneniya po infektsiyam, peredavaemym polovym putem 2016–2021 na puti k likvidatsii IPPP [Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021 towards the elimination of STIs]. VOZ, 2016; 64.

9. Globalnoe issledovanie zdorovya shkolnikov, Tadzhikistan 2006 [A global study of the health of pupils, Tajikistan 2006]. Dushanbe, Tadzhikistan, 2006; 34.

10. Issledovanie «Povedenie detey shkolnogo vozrasta v otnoshenii zdorovya» (HBSC): mezhdunarodnyy otchet po materialam obsledovaniya 2009/2010 gg.. Kopengagen, Evropeyskoe regionalnoe byuro VOZ, 2012 g [Study "Health Behaviour of school-age children" (HBSC): international report on the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012]. *Politika zdravookhraneniya dlya detey i podrostkov – Health policy for children and adolescents*, 6. Available on: http://www.euro.who.int/HBSC.

11. Kalesnikova G. I. *Spravochnik detskogo psikhologa* [Handbook of child psychology]. Rostov-na Donu, Feniks Publ., 2010; 348.

12. Kapitan T. V. *Propedevtika detskikh bolezney s ukhodom za detmi* [Propaedeutics of children's diseases with child care]. Moscow, Medpress-inform Publ., 2009; 656.

13. Kuchma V. R. *Gigiena detey i podrostkov: uchebnik* [Hygiene of children and adolescents: textbook]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2015; 528.

14. Lisitsyn Yu. P., Ulumbekova G. E. *Obshchestvennoe zdorove i zdravookhranenie* [Public health and health Care]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2015; 544.

15. Медико-демографическое исследование Республики Таджикистан, 2017. Отчет по ключевым индикаторам.- Душанбе, Таджикистан, 2017.- 68с.

16. Мельникова И.Ю. Подростковая медицина. Детские болезни.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- С. 491-525.

17. Мирзоев С.С., Назаров Дж.Ш., Сайдахмадова Д.Л., Досаков М.М. Анатомия и физиология человека.- Душанбе: Ирфон, 2015.- 407 с.

18. Мирский В.Е., Рищук С.В. Руководство по детской и подростковой андрологии (организационно-клинические аспекты): руководство для врачей.- Санкт-Петербург: СпецЛит, 2008.- 319 с.

19. Неравенства в период взросления: гендерные и социально-экономические различия в показателях здоровья и благополучия детей и подростков. Основные данные по результатам исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) 2013/2014 гг. в Российской Федерации. ВОЗ.2016. 9 с.

20. Обухова Л.Ф. Детская Психология.- Москва: Юрайт, 2013.- 460 с.

21. Онищенко ГГ. О мерах по снижению масштабов употребления алкоголя как одного из условий формирования здорового образа жизни // Здравоохранение РФ.- 2010.- №3.- С. 3-9.

22. Потапов А.И., Ракитский В.Н., Новичкова Н.И., Романова Е.А. Проблемы охраны здоровья детского населения России // Здравоохранение РФ.- 2008.- №3.- С. 3-5.

23. Раджабов Н.М. Биологическая и социальная детеминация отклоняющегося поведения подростков // Вестник Таджикского национального университета.- 2016.- №3/4 (205).- С. 197-200

24. Раджабов Н.М. Психологический анализ роли семьи в профилактике девиантного поведения у подростков // Вестник Таджикского национального университета.- 2017.- № 3/1.- С. 131-134.

25. Раджабов Н.М. Семейные факторы проявления девиантного поведения подростков // Вестник Таджикского национального университета.- 2016.- №3/6 (211).- С. 144-146.

26. Раджабов Н.М. Суицид как девиантное поведение // Вестник Таджикского национального университ-

15. Mediko-demograficheskoe issledovanie Respubliki Tadzhikistan, 2017. Otchet po klyuchevym indikatoram [Medical and demographic study of the Republic of Tajikistan, 2017. Report on key indicators]. Dushanbe, Tadzhikistan, 2017; 68.

16. Melnikova I. Yu. *Podrostkovaya meditsina. Detskie bolezni* [Adolescent medicine. Childhood diseases]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2009; 491-525.

17. Mirzoev S. S., Nazarov Dzh. Sh., Saydakhmadova D. L., Dosakov M. M. *Anatomiya i fiziologiya cheloveka* [Human anatomy and physiology]. Dushanbe, Irfon Publ., 2015; 407.

18. Mirskiy V. E., Rishchuk C. B. *Rukovodstvo po detskoy i podrostkovoy andrologii (organizatsionno-klinicheskie aspekty): rukovodstvo dlya vrachey* [Guidelines for pediatric and adolescent andrology (organizational and clinical aspects): guidelines for physicians]. St. Petersburg, SpetsLit Publ., 2008; 319.

19. Neravenstva v period vzrosleniya: gendernye i sotsialno-ekonomicheskie razlichiya v pokazatelyakh zdorovya i blagopoluchiya detey i podrostkov. Osnovnye dannye po rezultatam issledovaniya «Povedenie detey shkolnogo vozrasta v otnoshenii zdorovya» (HBSC) 2013/2014 gg. v Rossiyskoy Federatsii [Inequalities in adulthood: gender and socio-economic differences in the health and well-being of children and adolescents. Basic data on the results of the study "Health Behaviour of school-age children" (HBSC) 2013/2014 in the Russian Federation]. VOZ, 2016; 9.

20. Obukhova L. F. Detskaya Psikhologiya [Child psychology]. Moskva, Yuray Publ., 2013; 460.

21. Onishchenko G. G. O merakh po snizheniyu masshtabov upotrebleniya alkogolya kak odnogo iz usloviy formirovaniya zdorovogo obraza zhizni [On measures to reduce the use of alcohol as one of the conditions for the formation of a healthy lifestyle]. *Zdravookhranenie RF – Healthcare of the Russian Federation*, 2010; 3: 3-9.

22. Potapov A. I., Rakitskiy V. N., Novichkova N. I., Romanova E. A. Problemy okhrany zdorovya detskogo naseleniya Rossii [Problems of health protection of children population of Russia]. *Zdravookhranenie RF – Healthcare of the Russian Federation*, 2008; 3: 3-5.

23. Radzhabov N. M. Biologicheskaya i sotsialnaya deteminatsiya otklonyayushchegosya povedeniya podrostkov [Biological and social determination of deviant behavior of adolescents]. *Vestnik Tadzhikskogo natsionalnogo universiteta – Bulletin of the Tajik National University*, 2016; 3/4 (205): 197-200.

24. Radzhabov N. M. Psikhologicheskiy analiz roli semi v profilaktike deviantnogo povedeniya u podrostkov [Psychological analysis of the role of family in the prevention of deviant behavior in adolescents]. *Vestnik Tadzhikskogo natsionalnogo universiteta – Bulletin of the Tajik National University*, 2017; 3/1: 131-134.

25. Radzhabov N. M. Semeynye faktory proyavleniya deviantnogo povedeniya podrostkov [Family factors in the manifestation of adolescent deviant behavior]. *Vestnik Tadzhikskogo natsionalnogo universiteta - Bulletin of the Tajik National University*, 2016; 3/6 (211): 144-146.

26. Radzhabov N. M. Suitsid kak deviantnoe povedenie [Suicide as deviant behavior]. *Vestnik Tadzhikskogo natsional-*

тета.- 2017.- №3/7.- С. 155-157.

27. Сухарева Л.М., Куинджи Н.Н., Ямпольская Ю.А. Гигиенические аспекты физического развития и формирования репродуктивного здоровья у девочек школьного возраста // Вестник РАМН.- 2009.- №5.- С. 11-15.

28. Уварова Е.В. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья современных девочек России // Вопросы современной педиатрии.- 2006.- №5/4.- С. 57.

29. Хайдаров Б.М. Детские болезни.- Душанбе: Ирфон, 2009.- 635 с.

30. Чичерин Л.П., Никитин М.В. Медико-социальные аспекты охраны здоровья детей и подростков в Российской Федерации // Общественное здоровье и здравоохранение.- 2010.- № 3.- С. 22-26.

31. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды.- Москва: Педагогика, 1989.- 560 с.

nogo universiteta - Bulletin of the Tajik National University, 2017; 3/7: 155-157.

27. Sukhareva L. M., Kuindzhi N. N., Yampolskaya Yu. A. Gigienicheskie aspekty fizicheskogo razvitiya i formirovaniya reproduktivnogo zdorovya u devochek shkolnogo vozrasta [Hygienic aspects of physical development and the formation of reproductive health in girls of school age]. *Vestnik RAMN - Bulletin of the Russian Academy of Medical Sciences,* 2009; 5: 11-15.

28. Uvarova E. V. Mediko-sotsialnye aspekty reproduktivnogo zdorovya sovremennykh devochek Rossii [Medical and social aspects of reproductive health of modern girls of Russia]. *Voprosy sovremennoy pediatrii – Questions of modern Pediatrics*, 2006; 5/4: 57.

29. Khaydarov B. M. *Detskie bolezni* [Childhood diseases]. Dushanbe, Irfon Publ., 2009; 635.

30. Chicherin L. P., Nikitin M. V. Mediko-sotsialnye aspekty okhrany zdorovya detey i podrostkov v Rossiyskoy Federatsii [Medical and social aspects of child and adolescent health in the Russian Federation]. *Obshchestvennoe zdorove i zdravookhranenie – Public Health and Health Care*, 2010; 3: 22-26.

31. Elkonin D. B. *Izbrannye psikhologicheskie trudy* [Selected psychological works]. Moscow, Pedagogika Publ., 1989; 560.

Сведения об авторах:

Умаров Темур Андреевич – аспирант кафедры семейной медицины № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: (+992) 935 82 90 82

Бандаев Илхомджон Сироджидинович – профессор кафедры семейной медицины № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, директор ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины», д.м.н.; тел.: +992 (907) 848407; e-mail: ibandaev@list.ru

Information about authors:

Umarov Temur Andreevich – Postgraduate at the Department of Family Medicine № 2 of the Avicenna Tajik State Medical University; tel.: (+992) 935 82 90 82

Bandaev Ilkhomdzhon Sirodzhidinovich - Professor at the Department of Family Medicine № 2 of the Avicenna Tajik State Medical University, Director of the State Establishment "Republican Educational and Clinical Center of Family Medicine", Tajikistan Doctor of Medical Sciences; tel.: +992 (907) 848407; e-mail: ibandaev@list.ru

МУШКИЛОТҲОИ АФЗАЛИЯТНОКИ СОЛИМИИ НАВРАСОН

УМАРОВ Т.А., БАНДАЕВ И.С.

Кафедраи тибби оилавии №2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Барои рушди минбаъдаи ҳар як кишвар наврасон ҳамчун захираи меҳнатӣ, ақлии зеҳнӣ, низомӣ ва аҳолӣ мебошанд ва аз ин сабаб омӯзиши солимии наврасон муҳим аст. Барои таҳияи системаҳои ҳамгироии тадбирҳои ташкилӣ ва табобатию профилактикӣ, ки ба коҳиш додани сатҳи беморшавии наврасон нигаронида шудааст, шарҳи беморшавии наврасон дар кишвар ва берун аз он гузаронида шуда ва омилҳое, ки ба рушди бемориҳои наврасон мусоидат мекунанд, муайян карда шуданд. Таҳлилҳо нишон медиҳанд, ки даҳсолаи охир дар байни наврасон шумораи умумии бемориҳо аз рӯи таснифоти бемориҳо, бемориҳо дар марҳилаи музмин ва такроршаванда, сатҳи маъюбӣ, бемориҳои аз ҷиҳати иҷтимоӣ афзалиятнок афзоиш ёфтаанд. Исбаи шудааст, ки бемориҳои ҷиддии калонсолон ва фавти бармаҳали онҳо, бо сабаби истеъмоли тамоку, ғизои носолим ва фаъолияти ҷисмонии нокифоя дар синну соли наврасӣ ба вуҷуд меоянд. Шарҳи адабиёт нишон дод, ки солимии наврасони муосир яке аз мушкилоти афзалиятноки тандурустӣ мебошад ва беҳбудии ташхиси бармаҳал, пешгирӣ, табобат ва офиятбахширо талаб менамояд.

Калимаҳои асосӣ: *солимии наврасон, омилҳои солимии наврасон, таҳлил*

ЮБИЛЕЙ

К 70-летию профессора Зикрияходжаева Дилшода Зухуровича

Зикиряходжаев Дилшод Зухурович родился 9 апреля 1949 года. После окончания Таджикского государственного медицинского института в 1972 году был направлен хирургом-онкологом в г. Курган-Тюбе. В 1973 году переведен на работу в Республиканский клинический онкологический диспансер г. Душанбе. С 1975 по 1976 гг. проходил ординатуру на кафедре онкологии Таджикского государственного медицинского института, с 1977 года – ассистент той же кафедры. В 1979 году Зикиряходжаев Д.З. защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Рак легкого, впервые появившиеся метастазы» во Всесоюзном онкологическом научном центре (г. Москва).

В ноябре 1980 года переведен на должность главного врача Республиканского клинического онкологического диспансера (г. Душанбе). За небольшой промежуток времени Зикиряходжаев Д.З. зарекомендовал себя как энергичный, целеустремленный, настойчивый в выполнении планов руководитель, правильно понимающий задачи онкологической службы республики.

Как организатор здравоохранения, Зикиряходжаев Д.З. внес существенные изменения в структуру онкологической службы в Республике Таджикистан: организовал отделение АСУ, которое в последующем превратилось в Вычислительный центр Министерства здравоохранения, детское онкологическое отделение, иммунологическую лабораторию, специализированный ВТЭК для онкологических больных и др. В эти годы под руководством профессора Ахмедова Б.П. и Зикиряходжаева Д.З. внедрены в повседневную практику онкологов технологии сложнейших операций на пищеводе, поджелудочной железе, печени и других органах грудной и брюшной полостей.

Одновременно он продолжил преподавание онкологии в Таджикском государственном медицинском институте. Учитывая большие организаторские способности, высокий уровень профессиональных клинических знаний по онкологии, хорошую практическую подготовку, а также склонность к научным исследованиям, Зикиряходжаев Д.З. в 1984 году, будучи сотрудником Таджикского государственного медицинского института, был направлен в качестве докторанта во Всесоюзный онкологический научный центр АМН СССР (г. Москва) для завершения работы над докторской диссертацией.

В 1987 году успешно защитил докторскую диссертацию «Нефробластома и нейробластома у детей. Клинико-иммунологическое исследование». В 1988 году Зикиряходжаев Д.З. был утвержден в звании доцента, а в 1989 году – профессора по специальности «онкология».

Зикиряходжаев Д.З. – крупный организатор науки, высококвалифицированный педагог и хирург-онколог высшей категории. Много внимания он уделяет деятельности и развитию онкологической службы республики, работал деканом факультета усовершенствования врачей Государственного медицинского института с 1988 по 1991 гг. Являлся также деканом лечебного факультета, который реорганизовал в общемедицинский факультет.

Зикиряходжаев Д.З. - один из инициаторов принятия новой концепции подготовки медицинских кадров, приблизив ее к мировым стандартам.

В 1994 году организована Ассоциация директоров центров и институтов онкологии, рентгенологии и радиологии стран СНГ, в состав которой вошел Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, профессор Зикиряходжаев Д.З. также является членом этой авторитетной организации, руководимой всемирно известным хирургом, академиком Давыдовым М.И.

Профессор Зикиряходжаев Д.З. является членом редакционного совета журналов «Вопросы онкологии» (Россия), «Опухоли мягких тканей и кожи» (Россия).

Д.З. Зикиряходжаев – главный онколог Министерства здравоохранения Республики Таджикистан. В 19992 году при его активном участии Общество онкологов Республики реорганизовано в противораковою Ассоциацию, президентом которой он был избран в 1993 году.

В 1994 году профессор Зикиряходжаев Д.З. избран действительным членом SIOP (Европейского общества детских онкологов). Также он является почетным академиком Международного академического общества (штаб-квартира Нью-Йорк) в 1998 году.

Профессор Зикиряходжаев Д.З. в течение ряда лет возглавлял Объединенную Республиканскую комиссию по хирургическим дисциплинам, где обсуждаются докторские и кандидатские диссертации, намечаются перспективные планы развития хирургической службы Республики Таджикистан. Он был председателем диссертационного совета по специальностям «онкология», «акушерство и гинекология» при ВАК Российской Федерации в ТГМУ им. Абуали ибн Сино, а также членом диссертационного совета по специальности «хирургия», куда входит и онкология.

Зикиряходжаев Д.З. – автор более 400 печатных работ, посвященных различным аспектам клинической онкологии, имеет 52 удостоверения на рацпредложения. Он является автором учебника по онкологии (1994), 12 монографий, посвященным проблемам клинической онкологии, принимал активное участие в разработке 6 методических рекомендаций по вопросам диагностики и лечения онкологических заболеваний, преподавания онкологии в медицинских институтах, выпустил 8 сборников работ кафедры онкологии с международным участием. Под его редакцией в 2008 году завершена работа над стандартами лечения злокачественных новообразований.

Он блестящий педагог, профессионал, который имеет достойную школу. Ныне многие из его учеников работают в онкологических центрах СНГ, США, Европы и других стран. Зикиряходжаевым Д.З. подготовлено 12 докторов и 35 кандидатов медицинских наук. Он имеет тесные деловые контакты с онкологами Европы и СНГ, Греции, Германии, Чехословакии, Польши, Японии, Австрии, Израиле, СНГ.

Кафедра онкологии, возглавляемая профессором Зикиряходжаевым А.Д., в период с 1994 по 2007 гг. являлась одной из ведущих клинических кафедр Таджикского Госмедуниверситета, которая в течение многих лет активно изучает процессы генерализации злокачественных новообразований с использованием современных методов диагностики и лечения.

Особое место в его жизни, как онколога-хирурга, организатора и идеолога онкологической службы, занимают годы работы сначала в Республиканском клиническом центре онкологии, основоположником и директором которого он является, впоследствии, с сентября 2006 года, - ГУ «Онкологический научный центр» МЗ РТ. За короткий срок ему удалось организовать все лучшее, внедрить технологии операций на легких, пищеводе, желудке, поджелудочной железе, толстом кишечнике и др. Открыта иммуногистохимическая лаборатория по определению опухолевых маркеров, начаты профилактические осмотры населения. Получена государственная поддержка для проведения научных исследований по 10 проблемам онкологии, восстановлена консультативная помощь по регионам Республики Таджикистан.

В 2009 году Номинационный комитет Европейской Ассамблеи наградил профессора Д.З. Зикиряходжаева международной наградой «Объединенная Европа» за личный вклад в развитие интеграционных процессов в здравоохранении.

В октябре 2010 года в г. Душанбе под его руководством проведен VI Съезд онкологов СНГ и Евроазии.

Профессор Зикиряходжаев Д.З. – активный хирург, владеет техникой выполнения всех основных онкохирургических вмешательств, многие годы руководит отделением торакальной онкологии.

В августе 1999 года присвоено почетное звание заслуженного деятеля науки и техники Республики Таджикистан. В 2009 году за активную медицинскую и общественную деятельность Зикиряходжаев Д.З. награжден Почетным дипломом Московского онкологического общества.

Друзья, коллеги, ученики и редколлегия журнала «Вестник Академии медицинских наук Таджикистана» от всей души поздравляет Дилшода Зухуровича с юбилеем и желают ему крепкого здоровья, благополучия, неиссякаемой энергии и дальнейшей успешной реализации всех творческих планов!

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 (210×297) 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.