



НИГАҲДОРИИ ТАНДУРУСТИИ ТОҶИКИСТОН
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ТАДЖИКИСТАНА
HEALTH CARE OF TAJIKISTAN

Научно – практический журнал

Выходит один раз в 3 месяца

Основан в 1933 г.

2 (337) 2018

Сармухаррир: Ибодов Х. – д.и.т., профессор, академики Академии илмҳои тиббӣ-техники Федератсияи Россия
Муовини сармухаррир: Икромов Т. Ш. – доктори илмҳои тиб

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ:

Олимзода Н.Х. – д.и.т.

Ахмадов А.А. – д.и.т., профессор, узви вобастаи Академии илмҳои тибби ВТ ва ҲИА ҚТ.

Гулмуродов Т.Г. – д.и.т., профессор, узви вобастаи АИ ҚТ.

Қаххоров А.Н. – д.и.т., профессор, узви ҳақиқии Академии илмҳои тиббӣ-техникии Федератсияи Россия.

Зоиров П.Т. – д.и.т., профессор, узви вобастаи АИ ҚТ.

Курбон У.А. – д.и.т., профессор, узви вобастаи Академии илмҳои тибби ВТ ва ҲИА ҚТ.

Мирочов Ғ.Қ. – д.и.т., профессор, академики АИ ҚТ.

Одинаев Ф.И. – д.и.т., профессор узви хориҷии Академии илмҳои тибби Федератсияи Россия.

Рофиев Р.Р. – н.и.т., профессор, котиби масъул.

Расулов У.Р. – д.и.т., профессор.

Главный редактор: Ибодов Х. – д.м.н., профессор, академик Медико-технической академии наук Российской Федерации

Заместитель главного редактора: Икромов Т.Ш. – доктор медицинских наук.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Олимзода Н.Х. – д.м.н.,

Ахмедов А.А. – д.м.н., профессор, член-корр. АМН МЗ и СЗН РТ

Гулмуродов Т.Г. – д.м.н., профессор, член-корр. АН РТ.

Қаххоров А.Н. – д.м.н., профессор, действительный член Медико-технической академии наук Российской Федерации.

Зоиров П.Т. – д.м.н., профессор, член-корр. АН РТ

Курбон У.А. – д.м.н., профессор, член-корр. АМН МЗ и СЗН РТ,

Мироджов Г.К. – д.м.н., профессор, академик Академии наук Республики Таджикистан

Одинаев Ф.И. – д.м.н., профессор иностранный член РАМН.

Рофиев Р.Р. – к.м.н., профессор, ответственный секретарь.

Расулов У.Р. – д.м.н., профессор.

ДУШАНБЕ

Зав. редакцией П.Ф. Зубайдов

МУНДАРИЧА

А.Т. Ашуров, В.В. Николаева, А.М. Бахромов, И.У. Файзилов Хусусиятҳои генетикӣ – биохимиявӣ этникӣ оид ба гурӯҳи хун ва резус-омилҳо дар ҷавонони водии Вахш.....	5
А.Ғ. Ғоибов, Ш.А. Хочаева, К.Ҷ. Пулотов, М.А. Ғоибзода Қонунгузории иҷтимоӣ ҳамчун воситаи қоҳиш додани сатҳи камбизоатӣ ва баланд бардоштани неқӯаҳволии аҳолии Тоҷикистон	9
А.В. Иконникова, Ш.Ф. Джураева, Х.Р. Турсунова Оид ба масъалаи бемориҳои саратонии канораи сурхи лабҳо дар минтақаи Иваново.....	15
У.А. Исмаилова, И.М. Юлдашев, Ж.Б. Бошкеев, А.Т. Борончиев, А.Т. Джумаев, А.А. Ашӯрбаев Самаранокии мавзеан шустани ҷароҳат ба мақсади беҳисгардонӣ дар давраи барвақтии пасазҷарроҳӣ зимни муолиҷаи ҷарроҳии шикастагии кунҷии ҷоғи поён	20
Ф.М. Комилов, М.Х. Кадилов, Г.Д. Икромов Ҳолати беҳдошти ковокии даҳон ва паҳншавии кариеси дандонҳо дар кӯдакони 7-8 солаи шаҳри Хучанд.....	25
С. Курбонов, И. А. Давлатов Тавсифи патоморфологии системаи рағҳои ғадуди сипаршакл ҳангоми ҷоғари токсикӣ паҳнғфта.....	29
Ҳ.Ш. Назаров, К.М. Курбонов, М.С. Сафаров, Х. З. Фақиров, Ҷ. С. Ҳалимов Имконоти ташҳиси ултрасадоӣ дар ҷараёни баҳогузорӣ ба натиҷаи тайёрнамоии қисмати рӯдаи аз фаолият бозмонда, барои барқарорнамоии бефосилагии рӯда.....	33
В.В. Николаева, А.Т. Ашуров, А.М. Бахромов, И.У. Файзилов Дерматоглифика ва нишондиҳандаҳои хун дар ҷавонони гурӯҳҳои мухталифи этникии водии Вахш Ҳисори ҶТ.....	38
Н.С. Сафаров, Н.Д. Муҳиддинов, Б.М. Ҳафизов, А.П. Худойдодов Аутодермопластика дар табобати ҷарроҳии беморони шаклҳои оризаноки алоими попанҷаи диабетӣ.....	42
Д.И. Хушвахтов, М.Ш. Мирзоев, Ҳ.Т. Рашидов, С.А. Сафаров Маводҳои мувофиқати биологӣ дошта дар баргараф намудани ташкилаҳои ковокидори минтақаҳои ҷоғу рӯй.....	46
Ш.И. Шафиев, А. Исомитдинов, Ш.Ф. Одинаев, М.Э. Рачабзода, Ҳ.Т. Файзуллоев Дар бораи нишонаҳои бармаҳали таъсири нурҳои электромагнитӣ ба организми одам.....	52

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н.А. Иноятова, Н.М. Шаропова, Д.Х. Муборакшоева, А.А. Мусоев Паҳншавии алоими психосоматикӣ дар беморон бо ташҳиси ҷоғари эндемикӣ.....	58
--	----

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

З.В. Ғоибова, М.Э. Рачабзода, Ҳ.Т. Файзуллоев, Ш.Х. Бекова, Т.Т. Комилов Алоими такотсубо: шарҳи кӯтоҳи адабиёт ва мушоҳидаи клиникӣ.....	63
--	----

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Н.Н. Курбонова, Д.Д. Султанов, Р.М. Ятимова Бемории варикозии варидҳои коси хурд – масъалаи дар ҷои ба ҳам пайвастании гинекология ва ҷарроҳии рағҳо.....	68
М.Х. Набиев, Ҷ.А. Абдуллоев, У.М. Бегаков Имкониятҳои муносири табобати мавзееии шаклҳои оризаноки алоими попанҷаи диабетӣ.....	75

ОГЛАВЛЕНИЕ

- А.Т. Ашуров, В.В. Николаева, А.М. Бахромов, И.У. 5**
Файзилов Генетико-биохимические и этнические особенности по группам крови и резус-фактору у лиц молодого возраста Вахшской долины
- А.Г. Гаиров, Ш.А. Ходжаева, К.Дж. Пулотов, М.А. Го- 9**
ибзода Социальное законодательство как инструмент снижения бедности и повышения благосостояния населения Таджикистана
- А.В. Иконникова, Ш.Ф. Джураева, Х.Р. Турсунова К 15**
вопросу об онкологических заболеваниях красной каймы губ в Ивановском регионе
- У.А. Исмаилова, И.М. Юлдашев, Ж.Б. Бошкоев, А.Т. 20**
Борончиев, А.Т. Джумаев, А.А. Ашырбаев Эффективность локального орошения раны с целью обезболивания в раннем послеоперационном периоде хирургического лечения угловых переломов нижней челюсти
- Ф.М. Комилов, М.Х. Кадыров, Г.Д. Икромова Гиги- 25**
ническое состояние полости рта и распространённость кариеса зубов у детей 7-8 лет города Худжанда
- С. Курбонов, И.А. Давлатов Патоморфологическая 29**
характеристика сосудистой системы щитовидной железы при диффузном токсическом зобе
- Х.Ш. Назаров, К.М. Курбанов, М.С. Сафаров, Х. 3. 33**
Факиров, Дж. С. Халимов Возможности ультразвукового исследования в оценке результатов подготовки отключённой петли кишечника к восстановлению непрерывности кишечника
- В.В. Николаева, А.Т. Ашуров, А.М. Бахромов, И.У. 38**
Файзилов Дерматоглифика и биохимические показатели крови у юношей различных этнических групп Вахшской и Гиссарской долин Республики Таджикистан
- Н.С. Сафаров, Н.Д. Мухиддинов, Б.М. Хафизов, А.П. 42**
Худойдодов Аутодермопластика у больных с осложнёнными формами синдрома диабетической стопы
- Д.И. Хушвахтов, М.Ш. Мирзоев, Х.Т. Рашидов, С.А. 46**
Сафаров Биосовместимые материалы для устранения полостных образований челюстно-лицевой области
- Ш.И. Шафиев, А. Исмитдинов, Ш.Ф. Одинаев, М.Э. 52**
Рачабзода, Х.Т. Файзуллоев О ранних проявлениях отрицательного влияния электромагнитного излучения на организм человека

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Н.А. Иноятובה, Н.М. Шаропова, Д.Х. Муборакшоева, 58**
А.А. Мусоев Распространённость психосоматического синдрома у больных с эндемическим зобом

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

- З.В. Гаирова, М.Э. Раджабзода, Х.Т. Файзуллоев, Ш.Х. 63**
Бекова, Т.Т. Комилов Синдром такоцубо: краткий литературный обзор и клиническое наблюдение

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

- Н.Н. Курбонова, Д.Д. Султанов, Ятимова Р.М. Вари- 68**
козная болезнь вен малого таза – проблема на стыке гинекологии и сосудистой хирургии
- М.Х. Набиев, Д.А. Абдуллоев, У.М. Бегаков Современ- 75**
ные возможности местного лечения осложнённых форм синдрома диабетической стопы

CONTENS

- A.T. Ashurov, V.V. Nikolaeva, A.M. Bakhromov, I.U. Fayz- 5**
ilov Genetic – biochemical and ethnic features of Vakhsh valley young age representatives by blood group and rhesus – factor
- A.G. Gaibov, S.A. Khojaeva, K.J.Pulotov, M.A.Gaibzoda 9**
Social lawmaking as a tool for improving the welfare of the population of Tajikistan
- A.V. Ikonnikova, Sh.F. Juraeva, H.R. Tursunova The issue 15**
of oncological diseases of the red lip border in the Ivanovo region
- U.A. Ismailova, I.M. Yuldashev, Dz.B. Boshkoev, A.T. 20**
Boronchiev, A.T. Djumaev, A.A. Ashyrbaev Efficiency of the anesthesia by local wound irrigation In early postoperative period of angular mandibular fracture surgical treatment
- F.M. Komilov, M.Kh. Kadirov, G.J. Ikromova Hygienic 25**
condition of the oral cavity and prevalence of teeth caries at children of 7-8 years in Khujand
- S. Kurbonov, I.A. Davlatov Pathomorphologic 29**
characteristics of thyroid gland vascular system at the diffuse toxic goiter
- H.Sh. Nazarov, K.M. Kurbanov, M.S. Safarov, H. Fakirov, 3. 33**
J.S. Halimov Possibilities of the ultrasound estimation of the disconnected intestine readiness for intestine continuity restoration surgery
- V.V. Nikolaeva, A.T. Ashurov, A.M. Bakhromov, I.U. 38**
Fayzilov Dermatoglyphics and biochemical indicators of blood at youth of various ethnic groups of the Vakhsh and Hisor valleys of Tajikistan
- N.S. Safarov, N.D. Mukhiddinov, B.M. Hafizov, A.P. 42**
Hudoydodov Autodermoplasty in patients with complicated forms of the diabetic foot syndrome
- D.I. Khushvakhtov, M.Sh. Mirzoev, Kh.T. Rashidov, S.A. 46**
Safarov Biocompatible materials for elimination of cavitory formations of the maxillofacial area
- Sh.I. Shafiev, A.Isjmitdinov, Sh.F. Odinaev, M.E. 52**
Rajabzoda, Kh.T. Faizulloev Early manifestations of the negative effect of electromagnetic radiation on the human body

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- A.A. Inoyatova, N.M. Sharopova, D.H. Muborakshoeva, 58**
A.A. Musoyev Prevalence of the psychosomatic syndrome in patients with endemic goiter

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

- C.V. Gaibov, M.E. Rajabzoda, X.T. Fayzulloev, Sh.H. 63**
Bekova, T.T. Komilov Tacotsubo syndrom: short literature review and clinical observation

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

- N.N. Kurbonova, D.D. Sultanov, R.M. Yatimova Varicose 68**
deasese of the minor pelvis – the problem of the gynecology and vascular surgery
- M.H. Nabiev, D.A. Abdulloev, U.M. Begakov Modern 75**
scope of topical treatment of complicated forms of diabetic foot syndrome

УДК 611-018.5; 612.12-074-053.7

А.Т. Ашуров, В.В. Николаева, А.М. Бахромов, И.У. Файзилов
ГЕНЕТИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ И ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ПО ГРУППАМ КРОВИ И РЕЗУС-ФАКТОРУ У ЛИЦ МОЛОДОГО
ВОЗРАСТА ВАХШСКОЙ ДОЛИНЫ

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

Ашуров А.Т. - доцент кафедры гистологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.б.н.;
 e-mail: aat196969@mail.ru

Цель исследования. Изучение групп крови по системе АВ0 и резус-фактору у молодых людей Вахшской долины Республики Таджикистан, провести сравнительный анализ и определить геногеографию групп крови и резус-фактора среди таджиков и узбеков, определить значимость полученных результатов для раннего выявления и дифференциальной диагностики сходных клинических форм.

Материал и методы исследований. Для изучения групп крови системы АВ0, Rh-фактора использовали стандартные сыворотки крови 102 студентов-первокурсников из Вахшской долины республики в возрасте от 17 до 22 лет. Исследования проводилось в Центральной научно-исследовательской лаборатории ТГМУ.

Результаты исследований и их обсуждение. По признакам группы крови можно определить, что I группа крови составляет у таджиков 30%, у узбеков – 42%, II группа крови у таджиков – 35%, у узбеков – 50%, III – 23% и 16% соответственно. АВ (IV) группа практически полностью отсутствует в обеих группах женского населения. Отрицательный резус-фактор среди женщин узбеков полностью отсутствует, среди таджиков он составляет 9%.

Заключение. Принадлежность человека к той или иной группе крови является его индивидуальной биологической особенностью, которая начинает формироваться уже в раннем периоде эмбрионального развития и не меняется в течение всей последующей жизни.

Ключевые слова: антропогенетика, популяционная генетика, геногеография, группа крови, резус – фактор.

Ashurov A.T., Nikolaeva V.V., Bakhromov A.M., Fayzilov I.U.

GENETIC – BIOCHEMICAL AND ETHNIC FEATURES OF VAKHSH VALLEY
YOUNG AGE REPRESENTATIVES BY BLOOD GROUP AND RHESUS – FACTOR

Avicenna Tajik State Medical University

Ashurov A.T. - Associate Professor of the Department of Histology of Avicenna Tajik State Medical University, Candidate of Biological Sciences; e-mail: aat196969@mail.ru

Aim. To study AB0 system blood groups and Rh factor of young people from Vakhsh valley of the Republic of Tajikistan; to carry out the comparative analysis and to define genetic geography of blood groups and Rh factor among Tajiks and Uzbeks; to define the importance of the results for early identification and differential diagnostics of similar clinical forms.

Material and methods. Standard blood serum was used to define the blood group and Rh factor. 102 first-year students from Vakhsh valley aged 17-22 years participated in this research. The research was performed in the Central research laboratory of the TSMU.

Results. The blood group test revealed that 30% of Tajik women and 42% of Uzbek women had the I blood group. The II blood group for Tajik women was 35% and for Uzbek women 50%. The III blood group for Tajik women was 23% and for Uzbek women 16%. The AB group was almost completely absent in both groups of the female population. It should be noted that the negative Rh factor in Uzbek women was completely absent, while in Tajik female population it made 9%.

Conclusion. Thus, the blood groups are a specific biological feature of the individual which are formed in the early embryonic period and are constant during the life.

Keywords: Anthropogenetic, population genetics, gene geography, blood group, rhesus factor.

Актуальность. Изучение структуры генофонда различных групп народонаселения и решение вопросов микроэволюции популяций человека, их происхождения, родства, взаимодей-

ствия со средой остается одной из важнейших задач антропогенетики, популяционной и молекулярной генетики и, в частности, геногеографии [1] крови в различных областях медицины и биологии. Об актуальности проблемы свидетельствуют многочисленные исследования, проводимые во многих регионах мира. Таджикистан по своему эколого-географическому расположению относится к самым разнообразным климатическим регионам Центральной Азии. Главными факторами, которые влияют на человека, является температура и условия высокогорья в разных регионах республики. Поэтому изучение генетических показателей групп крови и резус-факторов населения является актуальным в связи с процессами миграции населения и проживанием в различных экологических условиях.

Генетики рассчитали изменение частоты генов rA , qB и $r0$ в Европе, учитывая факторы миграций, внутриутробного отбора и интегрального гетерозиса. Оказалось, что равновесие частот генов может наступить примерно через 20 поколений, однако, при таком равновесии внутриутробный отсев будет происходить почти с такой же интенсивностью. Таким образом, эти данные не противоречат, но и не отвечают на поставленный вопрос, так как констатируют лишь факт нестабильности частоты генов среди населения Европы [3].

Геногеографические исследования и полученные данные по генетической структуре популяции людей по группам крови и резус-факторам может подготовить основу для формирования комплексного представления о генофонде человека, в том числе населения Таджикистана. Обычно мы вспоминаем о нем, когда речь идет о поиске донора, в то время как исследования последних лет свидетельствуют о том, что значение фактора группы крови далеко не ограничивается только подобными случаями. Группа крови способна играть важную роль в деле профилактики заболеваний и сохранения здоровья [2].

В последние годы опубликовано значительное количество работ, посвященных изучению геногеографических показателей группы крови и резус-факторов у здоровых взрослых людей, проживающих в различных климатических зонах земного шара [1,2,4]. К сожалению работ, включающих геногеографические данные по группам крови и резус-факторам по Таджикистану, мало [3].

Изучение геногеографии групп крови среди населения Таджикистана имеет важное как теоретическое, так и практическое значение, поскольку его результаты могут быть применены в разных областях науки и ее практических приложений: в генетике, медицине, исто-

рии, этнографии, медико-генетическом консультировании. Собранный материал и полученные результаты его анализа создают уникальную базу для дальнейшего изучения роли популяционно-генетических факторов в распространности различных болезней и могут послужить основой для планирования генетико-эпидемиологического обследования населения.

Знания о группах крови лежат в основе переливания крови, широко применяются в клинической практике и судебной медицине [4]. Генетика человека и антропология также не могут обойтись без использования групповых антигенов как генетических маркеров.

Как сейчас нам всем известно, многие болезни связаны с группой крови. Чтобы представить географию болезни, прежде всего, необходимо изучить геногеографию групп крови по всей республике.

Цель исследования. Изучение групп крови по системе АВ0 и резус-фактору у молодых людей Вахшской долины Республики Таджикистан, провести сравнительный анализ и определить гено-географию групп крови и резус-фактора среди таджиков и узбеков, определить значимость полученных результатов для раннего выявления и дифференциальной диагностики сходных клинических форм.

Материал и методы исследований. Для изучения групп крови системы АВ0, Rh-фактора использовались стандартные сыворотки крови 102 студентов-первокурсников из Вахшской долины республики в возрасте от 17 до 22 лет. Исследования проводилось в Центральной научно-исследовательской лаборатории университета.

Группы крови и резус-фактор студентов определяли по следующей схеме. Исследуемую кровь смешивали на тарелке с каплей стандартных моноклональных антител (цоликлоны анти-А и цоликлоны анти-В), а при нечеткой агглютинации и при АВ (IV) группе исследуемой крови добавляют для контроля каплю изотонического раствора. Соотношение эритроцитов и цоликлонов: $\sim 0,1$ цоликлонов и $\sim 0,01$ эритроцитов. Результат реакции оценивали через три минуты [1].

- если реакция агглютинации наступила только с анти-А цоликлонами, то исследуемая кровь относится к группе А (II);

- если реакция агглютинации наступила только с анти-В цоликлонами, то исследуемая кровь относится к группе В (III);

- если агглютинации не наступила с анти-А и с анти-В цоликлонами, то исследуемая кровь относится к группе 0 (I);

- если реакция агглютинации наступила и с анти-А и с анти-В цоликлонами, и ее нет в кон-

трольной капле с изотоническим раствором, то исследуемая кровь относится к группе АВ (IV).

Результаты исследований и их обсуждение.

Начавшиеся исследования частот групп крови эритроцитарной систем АВО, Rh начали давать чрезвычайно важные результаты, дающие представление о своеобразии генофонда населения Таджикистана. В таблице 1 приведены данные о геногеографии групп крови и резус-фактору населения Вахшской долины. По признакам группы крови можно определить, что I группа крови составляет у таджичек в процентном соотношении 30%, у узбечек больше – 42%, II группа крови у таджичек – 35%, у узбечек – 50%, т.е. на 15% больше, III группа у таджичек составляет всего 23%, а у узбечек – 16%, т.е. на 7% меньше. Как показывают полученные данные, АВ группа практически полностью отсутствует в обеих группах женского населения. Следует здесь же, кстати, отметить,

что Rh (резус)-отрицательный фактор у женщин-узбечек полностью отсутствует, а у таджичек 91% Rh⁺, 9% Rh⁻.

Среди мужчин I группа крови у таджиков встречается около 22%, у узбекской национальности мужчины с первой группой полностью отсутствуют. II группа крови у таджиков всего 29%, у узбеков – 56%, т.е. на 27% больше, III группа крови у таджиков – 21%, у узбеков всего 11%, т.е. на 10% больше. IV группа крови у обеих групп мужчин незначительно коррелирует в процентном соотношении.

Если сравнить резус-фактор, то здесь наблюдается незначительное колебание. Признаки по резус-фактору населения Вахшской долины почти совпадают. Rh⁺ у таджиков – 89%, у узбеков превосходит – 97%, т.е. на 8% больше. Rh⁻ у таджиков преобладает – 11%, у узбеков всего – 3%, т.е. 8% меньше.

Таблица №1

В А Х Ш	ЖЕНЩИНЫ	УЗБЕЧКИ	A (II) 50%	Rh ⁺ 100%
			B (III) 16%	
			O (I) 42%	
		ТАДЖИЧКИ	A (II) 35%	Rh ⁺ 91%
			B (III) 23%	rh- 9%
			O (I) 30%	
	МУЖЧИНЫ	ТАДЖИКИ	A (II) 29%	Rh ⁺ 89%
			B (III) 21%	rh- 11%
			AB (IV) 9%	
			O (I) 22%	
		УЗБЕКИ	A (II) 56%	Rh ⁺ 97%
			B (III) 11%	rh- 3%
			AB (IV) 11%	



Рис. 1. Распределение населения Вахшской долины по группам крови и резус-фактору

Руководствуясь перечисленными выше данными, мы делаем вывод, что между таджикским и узбекским населением республики редко отмечались смешение или межнациональные браки.

Таким образом, результаты наших исследований позволяют сделать выводы, что разнообразие населения данного региона республики, возможно, является следствием не только изоляции этих групп в течение тысячелетий, но также исходным разнообразием физического типа мигрантов, связанным с генами групп крови, что уходит своими корнями глубоко в прошлое.

Заключение. Группы крови - нормальные иммуногенетические признаки крови, позволяющие объединить людей в определенные группы по сходству антигенов их крови. Принадлежность человека к той или иной группе крови является его индивидуальной биологической особенностью, которая начинает формироваться уже в раннем периоде эмбрионального развития и не меняется в течение всей последующей жизни.

Результаты наших исследований показали, что разнообразие населения двух национальностей Вахшской долины, возможно, является следствием не только изоляции этих групп в течение тысячелетий, но также исходным разнообразием физического типа мигрантов, проникших на эту территорию в составе многих различных по генофонду немногочисленных коллективов. В последнее время наблюдается сглаживание разнообразия по группам крови и резус-фактору у населения Вахшской долины в связи с межнациональными браками.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Азявчикова Т.В., Гончаренко Г.Г. Генетическая структура сельского и городского населения юго-востока Беларуси по генам, контролирующим группы крови АВ0 // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. - 2010.- № 2 (2). - С. 365–368.
2. Ашуров А.Т. и др. Генетико-биохимические и этнические особенности по группам крови и резус-факторам у лиц молодого возраста Вахшской долины // Вестник педагогического университета. - Душанбе, 2013. - №3 (52). - С. 119 – 122.
3. Магомедова М. А. Полиморфизм систем групп крови АВ0 и резус-фактор в отдельных районах Дагестана // Известия ДГПУ.- 2015.- № 4.- С. 57 – 60
4. Третьякова А.Ю., Ходжиев А.Б., Кучер М.А., Баховадinov Б. Посттрансфузионные гемолитические осложнения // Здравоохранение Таджикистана.- 2014.- № 4 (323).- С. 86-93.

REFERENCES

1. Azyavchikova T. V., Goncharenko G. G. Geneticheskaya struktura selskogo i gorodskogo naseleniya yugo-vostoka Belarusi po genam, kontroliruyushchim gruppy krovi AV0 [Genetic structure of the rural and urban population of the south-east of Belarus by genes that control blood groups AB0]. *Vestnik Nizhegorodskogo universiteta imeni N. I. Lobachevskogo - Herald of Nizhny Novgorod University named after N. I. Lobachevsky*, 2010, No. 2 (2), pp. 365–368.
2. Ashurov A. T. Genetiko-biokhimicheskie i etnicheskie osobennosti po gruppam krovi i rezus-faktoram u lits molodogo vozrasta Vakhshskoy doliny [Genetic – biochemical and ethnic features of vakhsh valley young age representatives by blood group and rhesus – factor]. *Vestnik pedagogicheskogo universiteta – Herald of pedagogical university*, 2013, No. 3 (52), pp. 119 – 122.
3. Magomedova M. A. Polimorfizm sistem grupp krovi AV0 i rezus-faktor v otdelnykh rayonakh Dagestana [Polymorphism of blood group systems AB0 and Rh factor in some regions of Dagestan]. *Izvestiya DGPU – Herald of dagestan state pedagogical university*, 2015, No. 4, pp. 57 – 60
4. Tretyakova A. Yu., Khodzhiev A. B., Kucher M. A., Bakhovadinov B. Posttransfuzionnye gemoliticheskie oslozhneniya [Post-transfusion hemolytic complications]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2014, No. 4 (323), pp. 86-93.

А.Т. Ашуров, В.В. Николаева, А.М. Бахромов, И.У. Файзилов

**ХУСУСИЯТҲОИ ГЕНЕТИКӢ –
БИОХИМИЯВИЮ ЭТНИКӢ ОИД БА ГУРӢҲИ
ХУН ВА РЕЗУС-ОМИЛҲО ДАР ЧАВОНОНИ
ВОДИИ ВАХШ**

*Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон
ба номи Абӯалӣ ибни Сино*

Мақсади тадқиқот. Ҳадаф аз нигоҳишоти мазкур омӯзиши гурӯҳи хуни системаи АВ0 ва резус-фактори чавонони водии Вахши Ҷумҳурии Тоҷикистон, ба амал овардани таҳлили муқоисавӣ ва муайян кардани геногеографияи гурӯҳи хун ва резус-фактор дар байни тоҷикону узбекон, муайян кардани аҳамияти маълумотҳои ба даст омада барои таърифи барвақтӣ ошкор кардану таърифи тафриқавии шаклҳои мувофиқи клиники иборат аст.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Барои омӯзиши гурӯҳи хуни системаи АВ0, Rh фактор зардобии стандартҳои хуни 102 донишҷӯии соли аввал аз водии Вахши ҷумҳурӣ, синни аз 17 то 22 сола ба қор бурда шуд. Тадқиқот дар Маркази илмӣ-тадқиқотии лабораторияи донишгоҳ гузаронида шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Басомади гурӯҳи хуни системаи эротситарии системаи АВ0, Rh зимни тадқиқоти мазкур, дар махсусияти генофонди аҳолии Тоҷикистон натиҷаҳои хеле муҳим ҳосил намуданд. Аз рӯи аломатҳои гурӯҳи хун муайян гардид, ки дар 30% занҳои тоҷик гурӯҳи I ва ҳамин гурӯҳи хун дар 42% занҳои ўзбек, дар мавриди гурӯҳи II-и хун бошад, дар тоҷик занҳо 35% ва дар занҳои ўзбек 50%, яъне

15% зиёдтар ба назар мерасад. Зимни гурӯҳи III-и хун, нишондиҳандаи тоҷикон он қиёсан ба ўзбекҳо ба 7% зиёдтар мушоҳида шуд, яъне 23% ба 16%. Тавре аз нишондиҳандаҳо аён гардид, гурӯҳи АВ дар ҳарду гурӯҳи аҳоли – занҳои тоҷикӣ ўзбек амал мушоҳида нагардид. Бояд қайд намуд, ки омили Rh (резус) манфӣ дар занҳои ўзбек амалан дида намешавад ва дар тоҷик занҳо бошад, 91% Rh⁺, 9% Rh⁻ ротошқил иснамоянд.

Хулоса. Ҳамин тавр, гурӯҳи хун аломатҳои муътадили иммуногенетикии хун буда,

мутаҳид намудани одамнро ба гурӯҳи муайян, аз рӯи мувофиқати падтанҳои хуни онҳо, имконпазир мегардонад. Тааллуқияти одам ба ин ё он гурӯҳи хун хусусияти фардии биологии ӯ ба ҳисоб рафта, аллақай дар марҳилаи барвақтии афзоиши ҷанин ба ташаккул ёфтани оғоз менамояд ва тӯли тамоми умр тағйир намеёбад.

Калимаҳои калидӣ: антропогенетика, генетикаи популятсионӣ, геногеография, гурӯҳи хун, резус – омил.

УДК 342.7(575.3)

А.Г. Гаилов, Ш.А. Ходжаева, К.Дж. Пулотов, М.А. Гоибзода

СОЦИАЛЬНОЕ ЗАКОНОТВОРЧЕСТВО КАК ИНСТРУМЕНТАРИЙ СНИЖЕНИЯ БЕДНОСТИ И ПОВЫШЕНИЯ БЛАГОСОСТОЯНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТАДЖИКИСТАНА

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Гаилов А.Г. - профессор кафедры общественного здоровья, экономики, управления (менеджмент) здравоохранения с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», д.м.н.; тел.: (+992)377 935930702; e-mail: s_amon@mail.ru

Цель исследования. Выявить ориентиры и предпосылки развития социального законодательства.

Материал и методы исследований. Рассмотрены статьи Конституции Таджикистана, материалы министерств и ведомств, представительства ПРООН в Таджикистане, Концепция социальной защиты населения (2016 г.), Постановление Правительства Республики Таджикистан «О национальной стратегии развития Республики Таджикистан на период до 2030 года». Анализ программных документов проведен с использованием общенаучного специально-юридического и теоретико-юридического методов исследования.

Результаты исследований и их обсуждение. Важнейшей функцией государства является улучшение качества жизни граждан посредством перераспределения доходов, увеличения рабочих мест, развития учреждений здравоохранения, образования и социального обеспечения, повышения заработной платы, увеличения социальных выплат и т.п. Бедность на уровне 32% затрудняет доступ к базовым социальным услугам. Сохраняются проблемы семейного неблагополучия, социального сиротства, эксплуатации детей, беспризорность, больших масштабов недоедания (26%), в т.ч. 10% детей в возрасте до 5 лет, неравный доступ к материальным и нематериальным видам ресурсов. Ведомственное нормотворчество в социальной сфере способствует созданию условий для «правовых вакуумов», при отсутствии организационной структуры для их устранения. Социальная политика Республики Таджикистан должна основываться на минимальных социальных стандартах.

Заключение. Неполнота правового регулирования предоставляет возможность правоприменителю выбирать средства по преодолению правовой неопределенности таким образом, чтобы решение было справедливым и не нарушало верховенство закона. В этой связи, требуются четкие, научно обоснованные ориентиры.

Система социального законодательства является национальной и строится с учетом уровня экономического развития страны, ее функционирование происходит на основе государственного правопорядка. Дальнейшее развитие социального законодательства должно проводиться с учетом новых реалий жизнедеятельности общества, при интенсивном усилении отраслей права, реализации норм, признанных международными организациями, а также системообразующих связей, основанных на общих принципах и института правового регулирования сферы социальной защиты.

Ключевые слова: оптимизация, социальное законодательство, социальная политика, Таджикистан, социальные права, стандарты.

A.G. Gaibov, S.A. Khojaeva, K.J. Pulotov, M.A. Goibzoda

SOCIAL LAWMAKING AS A TOOL FOR IMPROVING THE WELFARE OF THE POPULATION OF TAJIKISTAN

State Educational Institution "Institute of postgraduate education in healthcare of the Republic of Tajikistan"

Gaibov A.G., - doctor of medical sciences, professor of the Department of public health, economics, management with the course of medical statistics state educational institution "Institute for postgraduate education in healthcare of the Republic of Tajikistan, s_amon@mail.ru, tel. + 992935930702.

Aim. To identify the reference points and prerequisites of the social legislation development.

Materials and methods. Following documents were studied in current research: the articles of the Constitution of the Republic of Tajikistan; materials of ministries, state departments, UNDP offices in Tajikistan; the concept of social protection of the population (2016); the decree of the government of the Republic of Tajikistan "On the National Development Strategy of the Republic of Tajikistan for the period until 2030". The analysis of the program documents was carried out using general scientific, special-legal and theoretical-legal methodologies.

Results. The most important function of the state is to improve the welfare of citizens through redistribution of income, an increase of workplaces, development of healthcare institutions, education, social security, an increase of the wages, an increase of social payments, etc. The poverty of 32% of population restricts the access to basic social services. Problems of low family welfare, social orphanhood, child labor exploitation, homelessness, the large scale of malnutrition (26% including 10% of children under the age of 5 years), unequal access to tangible and intangible resources are still present. Departmental rule-making in the social sphere creates "legal vacuums" conditions in the absence of an organizational structure for its elimination. The social policy of the Republic of Tajikistan should be based on minimum social standards.

Conclusion. The incompleteness of the legal regulation provides an opportunity for the law-enforcer to choose the means to overcome legal uncertainty in such ways that the decision is fair and does not violate the law. In this regard clear scientifically based reference points are required. The system of social legislation is national and built according to the level of the country's economic development. Its functioning is based on the internal state order. Further development of social legislation should be carried out taking into account new realities of the society, intensive strengthening of the law-spheres, the implementation of norms recognized by international organizations, system-forming connections based on the development of general principles of the institutions of legal regulation of social protection.

Keywords: optimization, social legislation, social policy, Tajikistan, social rights, standards.

Актуальность. Конституция Республики Таджикистан, принятая в 1994 г., провозгласила строительство социального государства, политика которого направлена на обеспечение достойной жизни и свободное развитие человека [5]. Социальные проблемы и вызовы времени со всей очевидностью вынуждают рассматривать проводимую социальную политику в аспекте совершенствования законодательства, согласно положениям Конституции Республики Таджикистан.

Социальное законодательство - продукт длительного исторического развития, связанного с разработкой и совершенствованием Концепции социального права и социального государства, реализующего их положения, происходившие в 1997-2016 г.г., на основе более 15 Законов и 100 подзаконных нормативно-правовых актов. При этом гарантии социаль-

ных прав в них являются главными составляющими социальной защиты. Эта система в условиях рыночных отношений находится на начальной стадии реформирования, что отражено в программных документах, содержащих обязательства Правительства Республики Таджикистан по сотрудничеству с международными донорами в разработке и принятии нового законодательства [2].

Вместе с тем, правовое сознание должностных лиц и населения не успевает за процессом законотворчества. Так, за последние годы возросло число медицинских учреждений, в т.ч. детских реабилитационных центров и отделений на базе учреждений социального обслуживания. В то же время снизилось количество детей, обслуживаемых в стационарных учреждениях, и в целом пациентов в центрах дневного пребывания.

В этой связи проблемы реабилитации и интеграции детей могут быть разрешены благодаря комплексным усилиям министерств, ведомств, институтов гражданского общества и семей, воспитывающих ребенка-инвалида.

Наряду с этим Таджикистан, подписав Декларацию Тысячелетия ООН, принял обязательства добиться к 2015 г. ее глобальных Целей (ЦРТ). Однако, несмотря на определенный прогресс по ЦРТ, остаются значимыми такие проблемы, как качество образования и здравоохранения, материнская и детская смертность, заболеваемость туберкулёзом, рост инфекций, передающихся половым путем, и неинфекционных заболеваний [3]. Кроме того, доступ к образованию ограничивается слабым ростом числа дошкольных учреждений, недостаточным развитием школьной инфраструктуры, низкой квалификацией учителей. К тому же коэффициент посещаемости школ невысок, особенно в зимний период. Большое количество школьных и медицинских учреждений в сельской местности работают в неудовлетворительных санитарных условиях, не имеют систем тепло- и водоснабжения [2].

Устранить эти проблемы призвана принятая (1 декабря 2016 г.) «Национальная стратегия развития Республики Таджикистан на период до 2030 года», в рамках которой предполагается привлечь инвестиции в размере 118,1 миллионов долларов США.

Цель исследования. Выявить ориентиры и предпосылки дальнейшего развития социального законодательства.

Материал и методы исследований. Рассмотрению подлежали такие объекты исследования, как Конституция Республики Таджикистан (1994 г.) с изменениями и дополнениями до 2016 г.; законодательные акты, представляющие правовую и нормативную основу системы социальных услуг; материалы Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан; отчеты Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан; Постановление Правительства Республики Таджикистан от 1 октября 2016 г. «О Национальной стратегии развития Республики Таджикистан на период до 2030 года».

Анализ программных документов (предмета познания) проведен с использованием общенаучного метода, представляющего системный подход, основанный на рассмотрении объекта как целостного множества элементов в совокупности отношений и связей между ними. Наряду с общенаучными методами познания применялись частно научные методы, описательный и сравнительно-правовой.

Результаты исследований и их обсуждение. Социальная функция государства направлена

на улучшение положения граждан посредством перераспределения доходов, увеличения рабочих мест, развития учреждений здравоохранения, образования и социального обеспечения, повышения заработной платы, увеличения социальных выплат и т.п.

Одним из основных факторов, отрицательно воздействующих на меры по достижению новых целей, является дефицит электроэнергии в осенне-зимний период и ограниченный рынок ее сбыта весной и летом. Кроме того, создание возможностей для продуктивной занятости населения остаётся ключевой и трудно решаемой задачей по дальнейшему сокращению бедности, к настоящему времени находящейся на уровне 32,0%. Бедность семей затрудняет многим несовершеннолетним доступ к базовым социальным услугам в сфере медицины, образования и культуры, причем не только в Таджикистане.

Более того, сохраняются проблемы семейного неблагополучия, социального сиротства, эксплуатации детей, беспризорности, хронического недоедания более 26,0% населения и острого недоедания 10,0% детей в возрасте до пяти лет. В этой связи многие женщины и дети страдают от недостатка полезных для них микроэлементов в рационе продуктов, что приводит к высоким уровням анемии и дефицита йода. Соответственно, существенным стало ежегодное экономическое бремя для Таджикистана, составляющее 41 млн. долларов США, вследствие потери работоспособности и производительности труда.

В свою очередь, неравный доступ к материальным (земля, финансы и др.) и нематериальным (образование, здравоохранение и др.) видам ресурсов сдерживает развитие всего общества и экономики страны. При этом необходимым условием продвижения гендерного равенства становится гармонизация целей и задач в реализуемых и разрабатываемых социально-экономических стратегиях и программах.

В разрезе регионального развития сохраняются существенные различия в качестве воды, используемой населением, в уровне социальной инфраструктуры и доходов. При относительно высокой демографической нагрузке острой остается проблема занятости жителей регионов. По итогам 2014 года наблюдалось недостаточное использование потенциала 58 сельских районов в экономическом развитии страны по показателям, учитывающим душевой спрос, налоговые поступления и объемы жилищного строительства, которые в 39 из них были ниже среднего республиканского уровня [7].

Следовательно, среди проживающего в сельской местности населения наблюдается

расширение и углубление экономической бедности. Низкая оплата труда, отсутствие рабочих мест делают непривлекательной аграрную сферу. При этом резко падает значение оплаты труда в бюджете сельского домохозяйства.

Низкие трудовые доходы (особенно при бюджетном финансировании сферы труда) и размеры трудовых пенсий являются серьезной проблемой повышения уровня жизни населения даже при ежегодном повышении заработной платы [2].

В этой ситуации (повышенного уровня безработицы) сотни тысяч жителей становятся внешними трудовыми мигрантами, происходят нарушения семейных устоев и традиционного уклада жизни.

Согласно Концепции социальной защиты населения, в Республике Таджикистан (2006 г.) должны формироваться государственные стандарты в качестве основы системы социальной защиты [6]. При этом приоритетами семейной и демографической политики указано регулирование рынка труда, доходов, занятости и уровня безработицы, создание многоуровневой пенсионной системы, совершенствование системы социального страхования и адресной социальной помощи. Соответственно, особое внимание обращено на статистику, без которой невозможно адекватно реагировать и регулировать социальную сферу [7].

Главный критический отзыв на социальные программные документы от доноров затрагивает следующее: многочисленность целей, которые могут оказаться нереалистичными, отсутствие внутренней связи между приоритетами и бюджетом, в котором предусматривается финансовая стабильность без дополнительных инвестиций в случае возможных коррекций.

Отслеживая качество и эффективность стратегических решений, Правительство Таджикистана разработало Закон Республики Таджикистан «О социальном обслуживании» и Закон Республики Таджикистан «О государственном социальном заказе». Первый устанавливает правовую основу системы социальных услуг и становится частью законодательства в сфере их предоставления. При этом с учетом реализации стратегических решений этот закон, как и другие, поддерживает их децентрализацию, ответственность местных органов государственной власти. Однако, Закон недостаточно однозначен в распределении обязанностей для принятия решений [4]. Так, за исключением статьи 19,2 названного закона устанавливая дополнительный перечень бесплатных услуг, все нормативно-правовые акты оставляются Правительству Республики Та-

джикистан. Статья 22 конкретно обязывает «уполномоченный орган государственной власти» выполнять функции по разработке и реализации его политики в сфере социального обслуживания. Такое распределение обязанностей является общим, противоречивым и приводит к блокированию законодательства, тем более в отсутствие механизма его реализации.

Проблема может быть решена путем внесения к Закону поправок, исходящих от Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, а также других государственных или гражданских структур, инициированных Постановлением Правительства.

Законом не предусматривается сотрудничество между государственным и частным секторами. Об этом свидетельствует анализ второго Закона «О государственном социальном заказе». Потребность и польза от такого возможного сотрудничества выходит за пределы его реализации. Следует признать, что общественные организации, как наиболее вероятные поставщики социальных услуг, недостаточно сильны, их потенциал ограничен, что не позволяет им стать равными партнерам государства. Аргумент в пользу необходимости партнерства еще более возрастает ввиду ограниченности ресурсов всех сторон отношений. Достаточно напомнить о валовом внутреннем продукте страны, не превышающем 1300 долларов США на одного человека. В этом контексте Закон создает правовую основу для объединения опыта, финансов, времени и других ресурсов, в т.ч. волонтерского труда, направленного на предоставление услуг уязвимым слоям населения.

Основной причиной крайне медленных разработок нормативно-правовых актов является отсутствие конечных их сроков в законе, в котором они определяются, что должно ускорить процесс его исполнения.

Оптимальным способом совершенствования социального законодательства является его кодификация, необходимость в которой объясняется состоянием отраслевых правовых нормативных актов в случае бесперспективности их упорядочения в предметном, хронологическом и ином порядке вне концептуального пересмотра самой их системы.

Несмотря на активизацию в попытках решения социально-демографических проблем, реализуемые меры не способствуют их выполнению, т.к. не представляются в виде комплексной программы по преодолению негативных явлений. При этом намеченные мероприятия по улучшению условий жизни, медицинского обслуживания, качества образования, трудовой и профессиональной под-

готовки, обучению детей остаются нерешенными. Так, размеры пособий не соответствуют их целевому назначению для всех семей с детьми. Периодическая индексация пособий остается низкой и не замещает утраченного заработка в случае беременности и родов, ухода за ребенком и не может рассматриваться подспорьем в расходах на его содержание, обучение, лечение и развитие [1]. Распространенность ведомственного нормотворчества в социальной сфере способствует принятию несогласованных актов и созданию условий для «правовых вакуумов».

Неполнота правового регулирования предоставляет возможность правоприменителю выбирать средства по преодолению правовой неопределенности таким образом, чтобы решение было справедливым и не нарушало верховенство закона [6]. В этой связи требуются четкие, научно обоснованные ориентиры. Их выработка приобретает острый характер в условиях трансформации общества, его гражданских институтов. Пробел в законодательстве – явление, в принципе, негативное, дестабилизирующее общественные отношения.

Состояние действующей системы законодательства Республики Таджикистан характеризуется крайне сложными процессами. Это отчасти объясняется тем, что экономические и социальные реформы, проводимые в стране, требуют интенсивного законотворчества, воздействующего на происходящие в стране преобразования.

Прежде всего, речь идет о создании условий по обеспечению необходимого уровня жизни всех слоев населения, о решении проблем народного образования, здравоохранения и социального обеспечения, науки, культуры, о соблюдении социальной справедливости при реализации каждым человеком права на труд, а также при распределении и потреблении создаваемых в обществе материальных и духовных благ.

Таким образом, развивающееся социальное законодательство должно учитывать новые реалии жизнедеятельности общества, состояние отраслевого права, реализации норм, признанных международными организациями, а также системообразующих связей, основанных на общих принципах и институтов правового регулирования социальной сферы.

Выводы

1. С переходом на рыночные отношения социальное законодательство страны находится на начальной стадии реформирования, ориентируется на международные обязательства и правовые принципы, отраженные в многочисленных программных документах Правительства Таджикистана.

2. В правоприменительной практике установлен ряд несоответствий принимаемых законов планируемым результатам и ожиданиям участников законодательного процесса в социальной сфере вследствие игнорирования экономического и медико-демографического развития страны.

3. Неравенство в доступе к материальным и нематериальным видам ресурсов в городской и сельской местностях сдерживает развитие всего общества и экономики в целом.

4. Социальное законодательство должно основываться на системе государственных стандартов услуг и общественных благ, адаптированных к изменяющимся реальностям жизни, при интенсивном развитии отраслей права, кодифицировании законов и кодексов, четком разграничении функциональных обязанностей и ответственности за их исполнение на всех уровнях государственной власти.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасимов В.Н. Проблемы современных многодетных семей в России: сравнительный анализ с законодательством стран ЕС. // Российская юстиция.- 2011.
2. Гоибова М.А. Новые ориентиры и предпосылки развития социального законодательства в Таджикистане // Юридический вестник Дагестанского государственного университета. – 2017. – Т. 21, № 1. – С. 94-99.
3. Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций от 8 сентября 2000 года http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/summitdecl.shtml. 20.01.2016г.
4. Закон Республики Таджикистан от 5 января 2008 года, № 359 «О социальном обслуживании».
5. Конституция Республики Таджикистан от 1994 года с изменениями и дополнениями 2016 года.- Душанбе, 2016. – 126 с.
6. Концепция социальной защиты населения Республики Таджикистан от 29 декабря 2006 года №783// Централизованный Банк Правовой информации. ADLIA. Версия 7.0.
7. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 1 октября 2016 года, № 392 "О проекте Национальной стратегии развития Республики Таджикистан на период до 2030 года".- Централизованный Банк Правовой информации. ADLIA. Версия 7.0.

REFERENCES

1. Gerasimov V. N. Problemy sovremennykh mnogodetnykh semey v Rossii: sravnitelnyy analiz s zakonodatelstvom stran ES [The problems of large families in Russia: a comparative analysis with the legislation of the EU countries]. *Rossiyskaya yustitsiya - Russian justice*, 2011.
2. Goibova M. A. Novye orientiry i predposylki razvitiya sotsialnogo zakonodatelstva v Tadzhiqistane

[New reference points and prerequisites for the development of social legislation in Tajikistan]. *Yuridicheskiy vestnik Dagestanskogo gosudarstvennogo universiteta - Legal herald of Dagestan state University*, 2017, Vol. 21, No. 1, pp. 94-99.

3. *Deklaratsiya tysyacheletiya Organizatsii Obedinenykh Natsiy ot 8 sentyabrya 2000 goda* [United Nations Millennium Declaration of 8 September 2000]. (In Russ.) Available at:

http://www.un.org/ru/documents/decl_con/v/declarations/summitdecl.shtml.

4. *Zakon Respubliki Tadjikistan ot 5 yanvarya 2008 goda, № 359 «O sotsialnom obsluzhivani»* [Law of the Republic of Tajikistan of January 5, 2008, No. 359 "On Social Services"].

5. *Konstitutsiya Respubliki Tadjikistan ot 1994 goda s izmeneniyami i dopolneniyami 2016 goda* [The Constitution of the Republic of Tajikistan of 1994, with amendments and additions of 2016]. Dushanbe, 2016. 126 p.

6. *Kontseptsiya sotsialnoy zashchity naseleniya Respubliki Tadjikistan ot 29 dekabrya 2006 goda № 783. Tsentralizovanny bank pravovoy informatsii. ADLIA* [The concept of social protection of the population of the Republic of Tajikistan from December 29, 2006 №783. Centralized Bank of Legal Information. ADLIA].

7. *Postanovlenie Pravitelstva Respubliki Tadjikistan ot 1 oktyabrya 2016 goda, № 392 "O proekte Natsionalnoy strategii razvitiya Respubliki Tadjikistan na period do 2030 goda". Tsentralizovanny bank pravovoy informatsii. ADLIA* [Decree of the Government of the Republic of Tajikistan dated October 1, 2016, No. 392 "On the project of the National Development Strategy of the Republic of Tajikistan for the period until 2030". Centralized Bank of Legal Information. ADLIA].

ХУЛОСА

А.Ғ. Ғоибов, Ш.А. Хочаева,
К.Ҷ. Пулотов, М.А. Ғоибзода

**Қонунгузории иҷтимоӣ ҳамчун воситаи қозғон
додани сатҳи камбизоатӣ ва баланд бардоштани
неқӯахволии аҳолии Тоҷикистон**

Мухимият. Сиёсати иҷтимоӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар шароити давраи гузариш амалӣ гардида истодааст. Системаи ҳифзи иҷтимоӣ дар марҳилаи аввалини ислохот қарор дорад. Маърифатнокӣ ҳукуки аҳоли аз тағйироти қонунгузорӣ ақиб мемонад. Уҳдадорҳои давлат аз рӯи Ҳадафҳои рушди ҳазорсола дар соҳаи тандурустӣ, маориф ва тарбияи томақтабӣ муаммоҳо меоварад. Иҷрои онҳо дар фаъолият ва тибқи “Стратегияи миллии рушди Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи то соли 2030” алоқамандӣ дорад.

Мақсади таҳқиқот. Ошкор намудани мавқеъҳо ва заминаҳои рушди қонунгузориҳои иҷтимоӣ.

Мавод ва услубҳои таҳқиқот. Моддаҳои Конститутсияи Ҷумҳурии Тоҷикистон, маводи вазоратҳо ва муассисаҳо, намоёндагии БРСММ дар Тоҷикистон, Консепсияи ҳифзи иҷтимоии аҳоли (2016 с.), қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон “Дар бораи Стратегияи миллии рушди Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи то соли 2030” дида баромада шуд. Таҳлили ҳуҷҷатҳои барномавӣ бо истифода аз услубҳои таҳқиқотии умумиилмӣ, махсуси-ҳуқуқӣ ва назариявӣ-ҳуқуқӣ сурат гирифт.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Вазифаҳои муҳимтарини давлат беҳтар намудани вазъи зиндагии шаҳрвандон тавассути азнавтасимкунии даромад, зиёд намудани теъдоди ҷойҳои қорӣ, рушди муассисаҳои тандурустӣ, маориф ва таъминоти иҷтимоӣ, баланд бардоштани маош, зиёдшавии пардохти иҷтимоӣ ва ғайра маҳсуб меёбад. Камбизоатӣ дар сатҳи 32% дастрасро ба хизматҳои иҷтимоии заминавӣ мушкул мегардонад. Муаммоҳои носозии оилаҳо, ятимии иҷтимоӣ, истисмори қӯдакон, бепарасторӣ, микёси қалони нимгуруснагӣ (26%), аз қумла 10% қӯдақони то синни 5- сола, дастрасии нобаробари ба ҳама намудҳои захираҳои моддию ғайримоддӣ боқӣ мемонанд.

Муассисаҳои меъёрӣ дар соҳаи иҷтимоӣ ба фароҳам овардани шароитҳо барои “вакуумҳои ҳуқуқӣ” мусоидат менамоянд ва барои бартараф кардани онҳо сохторҳои ташкилӣ мавҷуд нестанд. Сиёсати иҷтимоӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бояд тибқи стандартҳои ҳадди ақали иҷтимоӣ асоснок карда шавад.

Хулоса. Номуқаммалии танзими ҳуқуқ ба қонунгузор имкон медиҳад, ки барои бартараф кардани номуайяниҳои ҳуқуқӣ маводеро интихоб намояд, ки қарори ҳалли он боадолатона буда, волеияти қонунро вайрон насозад. Бо ин мақсад, муайянкунандаҳои илман асоснокшуда талаб карда мешаванд.

Системаи қонунгузории иҷтимоӣ миллии буда, бо дарназардошти сатҳи иқтисодӣ кишвар таҳия меёбад ва иҷрои он дар амал тибқи тартиботи ҳукуки дохилидавлатӣ бояд сурат гирад. Рушди минбаъдаи қонунгузории иҷтимоӣ бояд бо дарназардошти сиёсати дурандешонаи нави фаъолияти ҳаётии қомеа, ба таври шиддатнок пурқувват шудани соҳаи ҳуқуқ, амалӣ гардидани меъёрҳо, ки аз қониби ташкилотҳои байналмиллалӣ эътироф шудаанд, инчунин алоқаҳои системаҳосилкунанда, ки дар асоси рушди принципҳои умумӣ ва ниҳодҳои батанзимоварии ҳукуки соҳаи ҳифзи иҷтимоӣ гузаронида шавад.

Қалимаҳои қалидӣ: муносибгардонӣ, қонунгузории иҷтимоӣ, сиёсати иҷтимоии Тоҷикистон, ҳуқуқҳои иҷтимоӣ, стандартҳо.

УДК 616-006.3.03

¹А.В. Иконникова, ¹Ш.Ф. Джураева, ²Х.Р. Турсунова**К ВОПРОСУ ОБ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ В ИВАНОВСКОМ РЕГИОНЕ**¹ГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»

Минздрава России, Иваново, Россия

²Таджикский государственный медицинский университет

им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан

Джураева Шарора Файзовна – зав. кафедрой стоматологии №1 ФГБОУ ВО ИвГМАМинздрава России, д.м.н.; e-mail: dsharora@mail.ru

Цель исследования. Изучить состояние вопроса активного выявления онкологических заболеваний красной каймы губ врачами-стоматологами на этапах первичной диагностики патологии.

Материал и методы исследований. Учетно-отчетные формы Ивановского областного онкологического диспансера, ретроспективный анализ данных историй болезней хирургического отделения головы и шеи за период с 2010 по 2017 года.

Результаты исследований и их обсуждение. Заболеваемость раком губы в Ивановской области меньше, чем в целом по Российской Федерации. Однако показатели смертности от злокачественных новообразований полости рта в целом выше. Отмечено активное выявление онкостоматологической патологии на амбулаторном стоматологическом приеме. По поликлиническим данным в 2010 году активное выявление предраковых заболеваний красной каймы губ и первичная диагностика по Ивановской области составила 0%; в 2011 – 15%; в 2012 – 25%; в 2013 – 10,5%; в 2014 – 42,9%; в 2015 – 16,7%; в 2016 – 21,43%; в 2017 – 26,67%.

Заключение. Количество первично выявленных заболеваний раком губы по Ивановской области снизилось. Благодаря раннему выявлению онкопатологии удалось повысить показатели пятилетней выживаемости и справиться с болезнью лучевыми методами лечения с минимальными хирургическими вмешательствами.

Ключевые слова: злокачественные новообразования полости рта, онкопатология красной каймы губ, доброкачественные образования полости рта, рак губы.

¹A.V. Ikonnikova, ¹Sh.F. Juraeva, ²H.R. Tursunova**THE ISSUE OF ONCOLOGICAL DISEASES OF THE RED LIP BORDER
IN THE IVANOVO REGION**¹SBEI HE "Ivanovo State Medical Academy" of the Ministry of Health of Russia, Ivanovo, Russia²Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

Juraeva Sharor Faizovna – head of the Department of Dentistry No. 1 of the State Public Health Service of the Ministry of Health of the Russian Federation, doctor of medical sciences; e-mail:

dsharora@mail.ru

Aim. To study the issue of active detection of oncological diseases of the red lip border by dentists at stages of primary diagnostics.

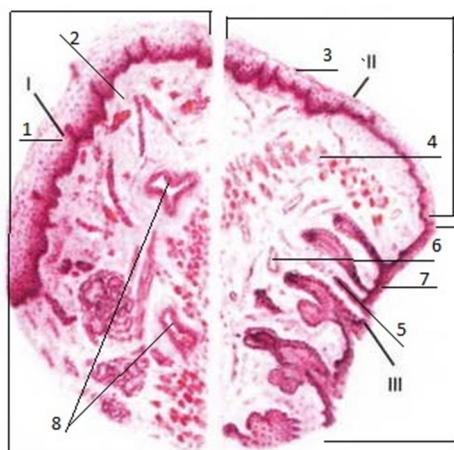
Materials and methods. Following documents were studied in the research: accounting and reporting forms of the Ivanovo Regional Oncology Dispensary; retrospective analysis of the medical records in the surgical department of the head and neck for the period of 2010 - 2017.

Results. The incidence of the lip cancer in the Ivanovo region is less than in Russian Federation in general. However, mortality rates from malignant neoplasms of the oral cavity are generally higher. An active detection of oncological pathology at outpatient dental appointments was noted. According to polyclinic data, in 2010 revealing of precancerous diseases of the red lip border 7 in the Ivanovo region made 0%; in 2011 - 15%; in 2012 - 25%; in 2013 - 10.5%; in 2014 - 42.9%; in 2015 - 16.7%; in 2016 - 21.43%; in 2017 - 26.67%.

Conclusion. The number of primary detected lip cancer in the Ivanovo region is decreased. Early detection of oncologic pathology helped to increase five-year survival rates and fight disease by radiotherapy with minimal surgical interventions.

Keywords: malignant neoplasms of the oral cavity, oncologic pathology of the red lip border, benign oral cavity formations, lip cancer.

Актуальность. На сегодняшний день диагностика рака полости рта далеко несовершенна, часто злокачественные опухоли данной локализации выявляются лишь на III–IV стадиях развития, что сказывается на эффективности лечения, последующем качестве жизни пациентов данного профиля и их пятилетней выживаемости. Все это в свою очередь должно мотивировать врачей-стоматологов к повышению уровня своей квалификации в плане онкологической настороженности и взаимодействия с врачами-онкологами [3, 5].



1. Многослойный плоский неороговевающий эпителий
2. Собственный соединительнотканый слой слизистой оболочки губы
3. Многослойный плоский частично ороговевающий эпителий переходной части губы
4. Пучки поперечнополосатых мышечных волокон
5. Корень волоса
6. Сальная железа
7. Эпидермис (многослойный плоский ороговевающий эпителий)
8. Слюнные железы

Рис. 1. Анатомо-гистологические особенности красной каймы губ

Известно, что любой рак имеет свой предрак. Поэтому нередко опухоль возникает на фоне предраковых заболеваний, таких как лейкоплакии, кератоакантомы, папилломы и т.д. Основными предрасполагающими факторами к запуску канцерогенеза в полости рта являются: хроническая травма губы (механическая – острые края разрушенных зубов, корней; неправильно сделанные протезы; термическая – курение, употребление горячей пищи; химическая – алкоголь, соединения висмута, мышьяка, ртути); неблагоприятные метеорологические условия (чаще инсоляция); профессиональные вредности; вирусная инфекция [3-5].

Зачастую врачи-стоматологи проводят длительное по времени и неэффективное лечение, и при этом предраковые состояния малигнизируются. Возможности стоматологического исследования и вопросы онконастороженности при первичной диагностике являются актуальными и требуют детальной разработки проблемы.

Цель исследования. Изучить состояние вопроса активного выявления онкологических

Рак губы – это злокачественная опухоль из покровного эпителия красной каймы губ. В структуре онкологической заболеваемости рак губы стоит на 8-9 месте. В целом в России заболеваемость раком губы имеет тенденцию к снижению.

Красная кайма губ – широкая переходная зона между слизистой оболочкой полости рта и кожей, покрытая многослойным плоским эпителием с тонким слоем ороговения [1]. Губа имеет анатомо-гистологические особенности: I – внутренняя часть губы, покрытая слизистой оболочкой; II – красная (переходная) часть губы; III – кожная часть губы (рис. 1).

заболеваний красной каймы губ врачами-стоматологами на этапах первичной диагностики патологии.

Материал и методы исследований. Материалом исследования явились: учетно-отчетные формы Ивановского областного онкологического диспансера, истории болезней стационарных больных. На базе Ивановского областного онкологического диспансера (ИвООД) был проведен ретроспективный анализ данных историй болезней хирургического отделения головы и шеи за период с 2010 по 2017 годы. В 150 историях болезни зафиксирован морфологически подтвержденный диагноз рака губы за 2010-2017 года, в 110 историях пациентов - доброкачественные новообразования, локализованные в области губ. Детальному исследованию подверглись истории болезней пациентов, находящихся на лечении в хирургическом отделении головы и шеи №2 ИвООД.

Результаты исследований и их обсуждение. При изучении полученных данных установлено, что первичная заболеваемость раком крас-

ной каймы губ в Ивановской области с 2010 по 2017 идет на снижение (табл. 1). Так, в 2010 году отмечалось 23 случая на 1060,1 тыс. жителей; в 2011 году – 26 случаев на 1057,1; в 2012 году – 16 случаев на 1054,0 тыс. жителей; в 2013

– 19 случаев на 1046,2 тыс. жителей; в 2014 – 18 случаев на 1040,0 тыс. жителей; в 2015 году – 16 случаев на 1036,9 тыс. жителей; в 2016 году – 16 случаев на 1029,8 тыс. жителей; в 2017 году – 16 случаев на 1023,1 тыс. жителей.

Таблица 1

Сравнительная оценка состояния первичной заболеваемости раком красной каймы губ и смертности от злокачественных новообразований (ЗНО) полости рта за 2010-2017 гг.

Год	Заболеваемость раком губы			Смертность от ЗНО полости рта (C01 - C14)		
	Ивановская область		РФ	Ивановская область		РФ
	абс.	на 100. тыс. нас.	на 100. тыс. нас.	абс.	на 100. тыс. нас.	на 100. тыс. нас.
2010	23	2,16	2,36	68	6,38	6,36
2011	26	2,46	2,07	81	7,66	6,42
2012	16	1,52	1,97	73	6,94	6,45
2013	19	1,82	1,89	83	7,93	6,58
2014	18	1,73	1,82	77	7,4	6,57
2015	16	1,55	1,75	90	8,71	6,73
2016	16	1,55	1,67	95	9,25	6,96
2017	16	1,56	1,68	Нет данных	Нет данных	Нет данных

Из таблицы видно, что заболеваемость раком губы в Ивановской области меньше, чем в целом по Российской Федерации. Однако показатели смертности от злокачественных новообразований полости рта в целом выше.

В 100% случаев диагноз подтвержден морфологически. Следует отметить, что большинство обращений в поликлинику ООД было на ранней стадии заболевания (I-II). Так, в 2010 году – 81,8%; в 2011 году – 80%; в 2012 году – 93,8%; в 2013 году – 68,5%; в 2014 году – 94,5%; в 2015 году – 93,8%; в 2016 году – 93,75%; в 2017

году – 87,5%. В связи с ранним выявлением данной нозологической формы повысилась пятилетняя выживаемость пациентов. Так, в 2010 году она составила 77,2%; в 2011 году – 75,8%; в 2012 году – 74,9%; в 2013 году – 71,8%; в 2014 году – 72,4%; в 2015 году – 79,5%; в 2016 году – 80,6%; в 2017 году – 82,5%.

В хирургическом отделении головы и шеи №2 по поводу злокачественных новообразований с 2010 по 2017 года проходили лечение (табл. 2), 39 мужчин, 18 женщин. Всего – 57 больных. Возраст варьировал от 34 до 80 лет.

Таблица 2

Распределение больных, страдающих злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области (ЧЛО) с учетом пола за 2010-2017 гг.

Год	Распределение больных по возрасту и полу		Всего
	муж	жен	
2010	5	6	11
2011	9	1	10
2012	4	0	4
2013	9	4	13
2014	2	3	5
2015	4	3	7
2016	2	1	3
2017	4	0	4
Всего	39	18	57

В численность пациентов также вошли случаи повторных обращений по поводу: рецидивов после лучевой терапии или комбинированного лечения (19,6%); метастазирования (21,4%); других осложнений (1,8%).

Из первично и повторно обратившихся пациентов подверглись хирургическому лечению в 2010 – 43,5%; в 2011 – 30,7%; в 2012 – 18,75%; в 2013 – 75%; в 2014 – 27,7%; в 2015 – 43,75%; в 2016 – 6,25%; в 2017 – 25%. В остальных

случаях проводилось лечение на базе радиологического отделения ИвООД.

По данным гистологических исследований препаратов превалирует плоскоклеточный ороговевающий рак – 62,5%; метастазы плоскоклеточного рака – 14,3%; плоскоклеточный ороговевающий рак с изъязвлением – 10,7%; плоскоклеточный неороговевающий рак – 10,7%; лейомиосаркома с изъязвлением – 1,7%.

Основная жалоба пациентов при обращении в отделение – на опухоль губы. В случаях раннего метастазирования и рецидивов жалобой выступало увеличение лимфатических узлов шеи. В 74,5% случаев в стационаре проведены операции: трапецевидная резекция губы, субтотальная трапецевидная резекция. В 5,8% случаев в хирургическом лечении отказано ввиду распространенности опухоли и ее нерезектабельности, а также преклонного возраста пациентов.

Заболеваемость раком «молодеет», если раньше средний возраст пациентов составлял около 60 лет, то сейчас снизился до 40 лет. Преимущественно рак губы выявляется у мужчин – 68%, причем в области нижней губы - в 100% случаев. Женщины заболевают реже (32%) и локализация рака также в области нижней губы (100%). Из сопутствующей патологии у пациентов преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС, ПИКС, АГ и т.д.) – 33%; кроме того, встречаются хронические бронхиты – 4%; сахарный диабет – 4%; язвенная болезнь желудка – 4%.

За период с 2010 по 2017 года рак губы выявлен на I стадии у 34,5%; на II стадии - у

37,5%; на III стадии - у 25%; на IV стадии - у 3% из числа первично обратившихся пациентов. Из числа повторно обратившихся пациентов на I стадии - у 45,8%; на II стадии - у 41,6%; на III стадии - у 12,6%.

Повысить данные показатели, приблизить к нулю процент выявления рака данной локализации в запущенных стадиях (III-IV) позволяет активное выявление онкостоматологической патологии на амбулаторном стоматологическом приеме. Так, по поликлиническим данным, в 2010 году активное выявление предраковых заболеваний красной каймы губ и первичная диагностика по Ивановской области составила 0%; в 2011 – 15%; в 2012 – 25%; в 2013 – 10,5%; в 2014 – 42,9%; в 2015 – 16,7%; в 2016 – 21,43%; в 2017 – 26,67%. Таким образом, чем выше процент активного выявления факторов, являющихся пусковым механизмом для развития патологических состояний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, тем больше вероятность диагностирования заболевания на ранней стадии.

В структуре доброкачественных новообразований красной каймы губ, выявленных у пациентов, обратившихся в ООД, зафиксированы (рис. 2): гемангиомы, папилломы, кератоакантомы, фибромы, лейкоплакии. Так, за 2010 год было 17 обращений, в 2011 году – 16, в 2012 году – 13, в 2013 году – 11, в 2014 году – 4, в 2015 году – 16, в 2016 году – 25, в 2017 году – 8 обращений.

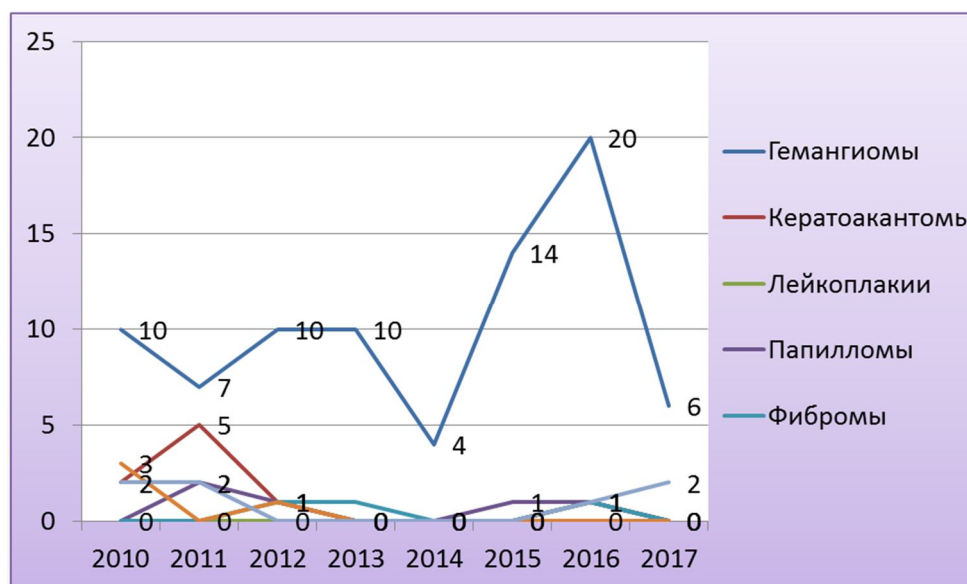


Рис. 2. Структура доброкачественных новообразований красной каймы губ

Среди обратившихся преобладают женщины – 69%. Средний возраст пациентов, обратившихся в 2010 году, - 53 года, в 2011 – 50,3

года; в 2012 – 65,7 лет; в 2013 – 66 лет; в 2014 – 56,7 лет; в 2015 – 39,4 года; в 2016 – 54,8 лет; в 2017 – 53,3 года.

Показатели по доброкачественным новообразованиям красной каймы губ условны и не отражают всей масштабности проблемы, так как часть опухолей удаляется на базе ИВОКБ.

Пациенты обращаются в ООД с жалобой на опухоль губ. Часть пациентов не обращает внимания на опухоль в течение 2, 5, 10 лет и обращаются с данной жалобой, когда масштаб хирургического вмешательства в разы больше, чем у пациентов при раннем обращении. Данных пациентов можно понять, ведь опухоль чаще не вызывает болевых ощущений, а при механической травме (прикусывании губ) может кровоточить. Поэтому в данном случае врач-стоматолог снова играет одну из главных ролей, ведь большинство пациентов с данной проблемой придут на амбулаторный прием в стоматологическую поликлинику. Большинство предраковых заболеваний и злокачественных опухолей лица и полости рта доступны для осмотра и обследования, то есть они являются визуализируемыми опухолями.

Основной причиной позднего обращения пациентов за помощью является низкий уровень санитарной культуры, плохая осведомленность о клинических признаках предраковых и раковых заболеваний и не только полости рта.

Второй причиной является диагностическая ошибка лечащего врача. Чаще всего она связана не со сложностью течения заболевания, а возникает вследствие неполного обследования пациентов и недостаточной осведомленности врачей-стоматологов в вопросах онкологии. Часто из-за этих причин пациенты теряют много времени. Таким образом после первичного обращения к стоматологу с первичным проявлением болезни иногда проходит 5-6 месяцев до начала квалифицированного лечения на базах онкологических диспансеров.

Поэтому в настоящее время одной из основных задач врача-стоматолога является проявление онкологической настороженности. Каждый пациент с выявленным новообразованием находится в зоне риска. При приеме таких пациентов необходимо проявлять бдительность. Врачу-стоматологу следует уточнять профессию больного, наличие контакта с вредными веществами.

В план обследования необходимо включать осмотр и пальцевое исследование губы, щечно-десневого кармана, слизистой оболочки альвеолярных отростков челюстей; пальпацию подчелюстной области и шеи с обеих сторон; ортопантомография (по показаниям). При невозможности оказания помощи на амбулаторном стоматологическом приеме таких пациентов направляют в поликлинику при областных онкологических диспансерах для дальнейшего

обследования в зависимости от предполагаемого диагноза. В случае выявления предраковых заболеваний они подвергаются консервативному лечению в условиях стоматологического кабинета, проводится лечение, соответствующее основным клиническим рекомендациям. Лечение можно продолжать в течение 2-3 недель, а при отрицательной динамике клинических проявлений болезни – нарастании числа жалоб, увеличении размеров и уплотнении краев новообразования или же вовлечении в процесс близлежащих тканей – необходимо срочно направить пациента в онкологический диспансер.

Заключение. Результаты исследования подтвердили необходимость участия врачей-стоматологов в активном выявлении предрасполагающих факторов, соблюдения принципов ранней диагностики онкопатологии на амбулаторном приеме в стоматологической поликлинике.

1. Отмечена прямая коррелятивная связь между первичной диагностикой онкологических заболеваний красной каймы губ у стоматолога, их ранним лечением и диспансерным наблюдением на приеме у врача-онколога.

2. На сегодняшний день существует необходимость в повышении уровня онкологической настороженности врачей-стоматологов, что диктует обязательное включение в алгоритм обследования больного строгих диагностических критериев выявления патологии.

3. Своевременное выявление злокачественных новообразований ЧЛО существенно повлияет на эффективность терапии и продолжительность жизни онкобольных.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровский Е.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. Е.В. Боровского, А.Л. Машкиллейсона – М., 2001. – 320 с.
2. Давыдова М.И. Рак гортани. Онкология. Клинические рекомендации / Под ред. М.И. Давыдова. – М.: Издательская группа РОНЦ, 2015. – С. 209-212.
3. Залуцкий И.В. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований / под ред. И.В. Залуцкого, Э.А. Жаврида. – Минск, 2007. – 509 с.
4. Каприн А.Д., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017. – С. 18-143.
5. Кропотова М.А. Злокачественные опухоли головы и шеи / Под ред. Кропотова М.А., Подвязникова С.О., Алиевой С.Б., Мудунова А.М. Клинические рекомендации по лечению опухолей головы и шеи Общенациональной онкологической сети (США) – М.: АБВ-пресс, 2011. – 128 с.

REFERENCES

1. Borovskiy E. V. *Zabolevaniya slizistoy obolochki polosti rta i gub. Pod red. E. V. Borovskogo, A. L. Mashkileysona* [Diseases of the mucous membrane of the mouth and lips. Ed. E.V. Borovskogo, A.L. Mashkileysona]. Moscow, 2001. 320 p.

2. Davydova M. I. Rak gortani. Onkologiya. Klinicheskie rekomendatsii. Pod red. M. I. Davydova [Cancer of the larynx. Oncology. Clinical recommendations. Ed. M.I. Davydov]. Moscow, Izdatelskaya grupa RONTs Publ., 2015. 209-212 p.

3. Zalutskiy I. V. Algoritmy diagnostiki i lecheniya zlokachestvennykh novoobrazovaniy. Pod red. I. V. Zalutskogo, E. A. Zhavrida [Algorithms of diagnosis and treatment of malignant neoplasms. Ed. I.V. Zalutsky, E.A. Zhavrida]. Minsk, 2007. 509 p.

4. Kaprin A. D., Starinskiy V. V. *Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2015 godu (zabolevaemost i smertnost)* [Malignant neoplasms in Russia in 2015 (morbidity and mortality)]. Moscow, Minzdrava Rossii Publ., 2017. 18-143 p.

5. Kropotova M. A. *Zlokachestvennye opukholi golovy i shei. Pod red. Kropotova M.A., Podvyaznikova S.O., Alievoy S.B., Mudunova A.M. Klinicheskie rekomendatsii po lecheniyu opukholey golovy i shei Obshchenatsionalnoy onkologicheskoy seti* [Malignant tumors of the head and neck. Ed. Kropotova MA, Podvyaznikova SO, Alieva SB, Mudunova AM Clinical recommendations for the treatment of head and neck tumors of the National Cancer Network]. Moscow, ABV-press Publ., 2011. 128 p.

А.В. Иконникова, Ш.Ф. Джураева, Х.Р. Турсунова

ОИД БА МАСЪАЛАИ БЕМОРИХОИ САРАТОНИИ КАНОРАИ СУРХИ ЛАБҲО ДАР МИНТАҚАИ ИВАНОВО

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши вазъи масъалаи ошкорнамоии фаъоли бемориҳои саратонии канораҳои сурхи лабҳо аз ҷониби дандонпизишкон дар марҳилаи ибтидоии (аввали) таъхиси беморӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар асоси ҳуҷҷатҳои бақайдгирӣ-ҳисоботии Диспансери саратоншиносии вилояти Иваново таҳлили ретроспективи таърихи бемории шӯбаи ҷарроҳии сару гардан дар давраи солҳои 2010-2017 гузаронида шудааст.

Натиҷаҳои тадқиқот. Дарачаи пахншавии бемории саратони лабҳо дар вилояти Иваново нисбат ба фарогирии умумии он дар Федератсияи Россия кам буда, вале нишондиҳандаҳои фавт аз омосҳои бадсифати даруни даҳон дар умум зиёд мебошад. Дар қабули амбулатории стоматологӣ ошкорнамоии фаъоли бемориҳои онкостоматологӣ ба қайд гирифта шуд. Дар асоси омили дармонгоҳии соли 2010 дараҷаи ошкорнамоии бемориҳои пешазсаратонии канораҳои сурхи лабҳо ва таъхиси ибтидоӣ дар вилояти Иваново 0% бошад, пас соли 2011 – 15%, соли 2012 – 25%, соли 2013 – 10,5%, соли 2014 – 42,9%, соли 2015 – 16,7%, соли 2016 – 21,43%, соли 2017 бошад 26,67%-ро ташкил дод.

Хулоса. Миқдори ошкорнамоии ибтидоии бемориҳои саратонии лабҳо дар вилояти Иваново кам шуд. Ба тӯфайли муайянкунии саривакции бемориҳои саратонӣ нишондиҳандаҳои зиндамонии 5-сола зиёд шуд. Ба мо муяссар шуд, ки тавассути усулҳои шуоии табобат бо истифодаи камтарини амалиётҳои ҷарроҳӣ аз ӯҳдаи муолиҷаи беморӣ бароем.

Калимаҳои калидӣ: омосҳои бадсифатии даруни даҳон, бемориҳои саратонии канораҳои сурхи лабҳо, омосҳои хушсифати даруни даҳон, саратони лабҳо.

УДК 616-716.4-001.5-08

¹У.А. Исмаилова, ²И.М. Юлдашев, ¹Ж.Б. Бошкеев, А.Т. ³Борончиев, ² А.Т. Джумаев, ¹А.А Ашырбаев

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОКАЛЬНОГО ОРОШЕНИЯ РАНЫ С ЦЕЛЬЮ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УГЛОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

¹Кафедра госпитальной хирургии КРСУ им. Б.Н. Ельцина

²Кафедра стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии, ортопедической стоматологии КРСУ им. Б.Н. Ельцина

³Кафедра хирургической стоматологии КРСУ им. Б.Н. Ельцина

Исмаилова Умут Абдиловна - старший преподаватель кафедры госпитальной хирургии КРСУ им. Б.Н. Ельцина; 720038, Республика Кыргызстан, г. Бишкек, мкр. Джал - 23, д.12, кв. 10; тел.: (+996)555070743; e-mail: sher.umut@yandex.ru

Цель исследования. Изучение эффективности метода послеоперационного обезболивания путем локального орошения раны раствором ксефокама после хирургического лечения угловых переломов нижней челюсти.

Материал и методы исследований. Исследованы 53 больных (46 мужчин и 7 женщин) в возрасте от 17 до 60 лет, которым проводилось оперативное вмешательство по поводу перелома нижней челюсти в области угла в условиях тотальной внутривенной анестезии пропофолом, кетамин

и фентанилом с ИВЛ кислородно-воздушной смесью. Больные разделены на 2 группы: сравниваемая - 26 человек с традиционным послеоперационным обезболиванием - кетонал (200 мг/сут) и промедол (4 мг/сут внутримышечно); основная - 27 пациентов, которым проводилось локальное орошение раны через катетер раствором ксефокама.

Результаты исследований и их обсуждение. В течение всего периода отмечалось снижение уровня боли в обеих группах, но на протяжении первых 24 часов послеоперационного периода пациенты первой группы испытывали более интенсивную боль. Выраженность послеоперационной боли на 1, 2 и 3 сутки составила в среднем 5,3; 3,6 и 2,95 баллов соответственно.

Выраженность послеоперационной боли у пациентов основной группы на 1 сутки оценивалась в 4,0 балла, 2 и 3 сутки - 2,9 и 1,98 баллов соответственно.

Заключение. Методика локального орошения послеоперационной раны раствором ксефокама является эффективной, позволяет обеспечить адекватный уровень анальгезии в раннем послеоперационном периоде при хирургическом лечении угловых переломов нижней челюсти.

Ключевые слова: боль, локальное орошение раны, визуально-аналоговая шкала, переломы нижней челюсти.

¹U.A. Ismailova, ²I.M. Yuldashev, ¹Dz.B. Boshkoev, ³A.T. Boronchiev, A.T. Djumaev, ¹A.A. Ashyrbaev

EFFICIENCY OF THE ANESTHESIA BY LOCAL WOUND IRRIGATION IN EARLY POSTOPERATIVE PERIOD OF ANGULAR MANDIBULAR FRACTURE SURGICAL TREATMENT

¹Departments of Hospital Surgery of the Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin

²Departments of Pediatric Stomatology, Maxillofacial and Plastic Surgery of the Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin

³Department of Operative Dentistry of the Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin

Aim. To study the efficiency of the postoperative anesthesia by local irrigation with "Xefocam" solution in the surgical treatment of angular mandibular fractures.

Materials and methods. The research focused on a study of 53 patients of which 46 were men and 7 were women aged 17 - 60 years. Patients underwent surgery for the angular mandibular fracture under general intravenous anesthesia with "Propofol", "Ketamine" and "Fentanyl" with oxygen - air ventilation. Patients were divided into two groups. The comparison group consisted of 26 patients who underwent postoperative analgesia with "Ketonal" 200 mg/day and "Promedol" 4 mg/day intramuscularly. The main group consisted of 27 patients who underwent local irrigation of wounds through a catheter with a solution of "Xefocam".

Results. The pain reduction was noted in both groups, but during the first 24 hours of the postoperative period, the pain was more intense in the comparison group. The severity of postoperative pain in the first three days was 5,3; 3,6 and 2,95 points respectively.

The severity of postoperative pain in patients of the main group on 1st day was 4.0 points, 2nd day 2,9 points and 3rd day 1.98 points.

Conclusion. The effective method of local irrigation allows providing an adequate level of analgesia in the early postoperative period of angular mandibular fractures surgical treatment.

Keywords: pain, wound local irrigation, visual - analog scale.

Актуальность. Несмотря на широкий выбор методов и технических средств лечения боли в раннем послеоперационном периоде с использованием высокоэффективных лекарственных средств, актуальной проблемой для хирургии и анестезиологии остается защита пациента от боли. Так, 33-75% пациентов жалуются на боль различной интенсивности в области послеоперационной раны сразу после пробуждения при использовании общей анестезии, и им требуется назначение эффективных обезболивающих препаратов [1, 5, 11, 13]. Такое адекватное обезболивание в раннем послеоперационном периоде – одно из основных условий активной послеоперационной реабилитации больных.

Основными задачами послеоперационной анальгезии являются:

1. повышение качества жизни больных в послеоперационном периоде;
2. ускорение послеоперационной функциональной реабилитации;
3. снижение частоты послеоперационных осложнений;
4. ускорение выписки больных из клиники.

Системно-традиционное введение опиоидных анальгетиков «по схеме» или «по требованию» (pro renata) остается наиболее распространенной методикой обезболивания в большинстве отечественных и зарубежных клиник [2, 6]. Но при этом не стоит забывать о побочных

эффектах этих препаратов, таких как тошнота, рвота, угнетение дыхания, а также дисбаланс вегетативной нервной системы [3, 6]. Степень выраженности побочных эффектов зависит от многих факторов: способа введения, наличия печеночной или почечной недостаточностей, возраста, а также взаимодействия с другими принимаемыми препаратами. По оценкам зарубежных специалистов, эффективность обезболивания при традиционном назначении опиоидов не превышает 25-30% [3, 4].

При оперативных вмешательствах на челюстно-лицевой области, травматизация тканевых структур приводит к стойким изменениям функций некоторых структур центральной нервной системы, вследствие этого развивается гипералгезия, проявляющаяся формированием интенсивного послеоперационного болевого синдрома [7, 10].

Одной из весьма типичных травм челюстно-лицевой области является перелом нижней челюсти в области угла. В исследованиях различных авторов в нашей стране и за рубежом на протяжении последних десятилетий интенсивно проводится изучение и совершенствование методов лечения данной патологии. Статистические данные свидетельствуют, что переломы нижней челюсти в области угла наблюдаются с частотой 57-65% от общего числа переломов нижней челюсти [8, 9]. К числу требующих решения или совершенствования проблем относятся: диагностика переломов нижней челюсти в области угла и адекватное обезболивание в интра- и послеоперационном периодах. Поскольку анатомическое расположение нижнелуночкового нерва (n. mandibularis) совпадает с зоной перелома и, как правило, с расположением восьмого зуба, подлежащего экстракции при лечении этого вида перелома, манипуляция

связана с дополнительной травмой, что требует более тщательной анестезии.

Проводимые нами исследования по поводу патогенетической терапии болевого синдрома при угловых переломах нижней челюсти подразумевают оценку функционального баланса активности ноци- и антиноцицептивной систем, показателем которого является порог боли. В последние годы возрос интерес к одному из простых методов послеоперационного обезболивания, не требующего специальных навыков, – локальному орошению раны [7, 12]. О популярности этого метода говорит большое количество публикаций. Причем в работах отмечается его экономическая целесообразность: снижение потребности в опиоидах, уменьшение общей стоимости обезболивающего лечения и сокращение длительности пребывания пациента в стационаре [10, 12, 14].

Цель исследования. Изучение эффективности метода послеоперационного обезболивания путем локального орошения раны раствором ксефокама после хирургического лечения угловых переломов нижней челюсти.

Материал и методы исследований. Исследовали 53 больных (46 мужчин и 7 женщин) в возрасте от 17 до 60 лет, которым проводилось оперативное вмешательство по поводу перелома нижней челюсти в области угла в условиях тотальной внутривенной анестезии пропофолом, кетамин и фентанилом с ИВЛ кислородно-воздушной смесью (табл). Каждый пациент был детально проинформирован о проводимом исследовании, важности лечения послеоперационной боли, применяемых лекарственных препаратах, путях введения и дозах, способах оценки боли, а также о возможных осложнениях и риске. У каждого больного получено информированное согласие о добровольном участии в исследовании.

Таблица 1.

Распределение больных по возрасту и полу

Возраст	Всего		Пол			
			М		Ж	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
17-20	21	40	17	37	4	57
21-40	18	34	15	33	3	43
41-60	14	26	14	30	-	-
всего	53	100	46	87	7	13

Больные были разделены на 2 группы: **сравнимая**, состоящая из 26 человек с традиционным послеоперационным обезболиванием – кетонал (200 мг/сут) и промедол (4 мг/сут внутримышечно); **основная** в количестве 27 больных, которым проводился метод локального орошения раны через катетер раство-

ром ксефокама. Существенных различий между группами по возрасту, массе тела, виду анестезии и методики операции не было.

Методика установки катетера: в конце операции устанавливался катетер (d=1,5 мм) непосредственно к линии перелома. Дистальный конец выводился через кожный разрез

примерно на 10 см. Первоначальная тест-доза вводилась сразу после ушивания раны. Исследование интенсивности боли проводилось в покое по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), принимая во внимание общепринятое мнение об адекватности обезболивания при уровне болевых ощущений менее 3 баллов. Периодичность оценки интенсивности боли составляла 4-8 ч в течение 72 часов, ксефокам вводился в микроиригатор по требованию пациента при боли по шкале ВАШ более 3 баллов. В среднем кратность введения составляла 2-3 раза в сутки, разовая доза введения – 8 мг. При этом больной мог пропустить очередное введение при отсутствии боли. Побочные эффекты на введение ксефокама не наблюдались.

Достоверность различий средних величин

сравниваемых групп определяли по критерию Стьюдента.

Результаты исследований и их обсуждение.

В течение всего периода интенсивность уровня боли в обеих группах снижалась, но на протяжении первых 24 часов послеоперационного периода отмечалась более интенсивная боль в первой группе, т.е. после традиционной анальгезии. Выраженность послеоперационной боли в 1, 2 и 3 сутки составила в среднем 5,3; 3,6 и 2,95 баллов соответственно.

В основной группе больным обезболивание проводилось только методом послеоперационного орошения раны раствором ксефокама 8 мг по требованию пациента. Выраженность послеоперационной боли в 1 сутки – 4,0 балла, во 2 и 3 сутки – 2,9 и 1,98 баллов соответственно.

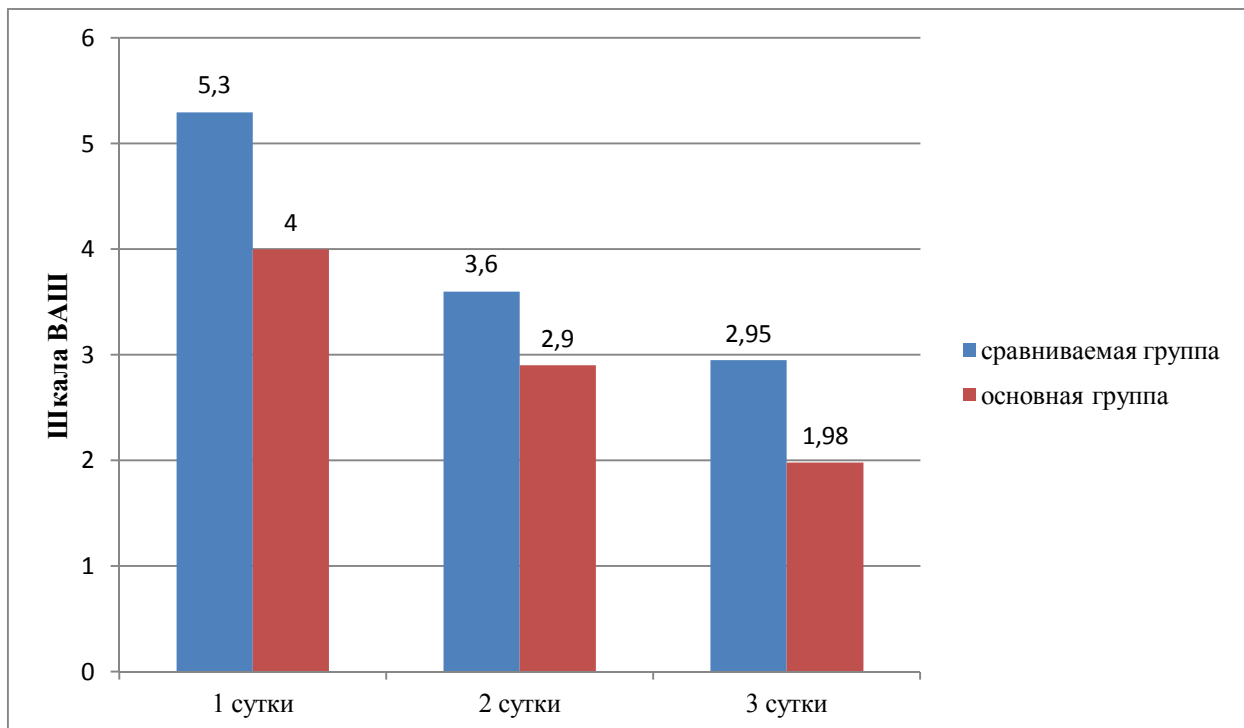


Диаграмма 1. Оценка боли по ВАШ при хирургическом лечении угловых переломов в сравниваемой и основной группах

Все больные активизировались в первые сутки, осложнений в послеоперационном периоде не было.

Выводы

1. Методика чрескатетерного локального орошения послеоперационной раны раствором ксефокама является эффективной при обезболивании в раннем послеоперационном периоде.

2. Данная методика позволяет обеспечить достаточно адекватный уровень анальгезии в раннем послеоперационном периоде при хирургическом лечении угловых переломов нижней челюсти, что не требует традиционного введения наркотических анальгетиков, тем самым дает возможность избежать их побочных эффектов.

3. Предлагаемый метод не приводит к разви-

тию осложнений, позволяет больным комфортно переносить ранний послеоперационный период, отмечается их ранняя активизация, что дает основание рекомендовать его для широкого клинического применения после оперативных вмешательств при угловых переломах нижней челюсти.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 7-12 см. в REFERENCES) ссылки!!

1. Антипов А.А., Линёв К.А., Педяшов В.С., Яковлева Г.А. Аудит послеоперационной боли // Регионарная анестезия и лечение острой боли.- 2014.- №2 (8).- С. 31-36.

2. Гафаров Х.О., Шакиров М.Н., Сафаров С.А. Оценка качества жизни как критерий эффективности лечения больных с переломами нижней челюсти // Здравоохранение Таджикистана.- 2013.- № 2 (317).- С. 30.

3. Гилдасио С. Де Оливейра, Дипти Агаруал, Онорио Т. Бензон. Периоперационное введение однократной дозы кеторолака предупреждает развитие болевого синдрома в послеоперационном периоде: метаанализ рандомизированных клинических испытаний // Регионарная анестезия и лечение острой боли.- 2012.- № 2.- С.16–31.

4. Овечкин А.М. Клиническая анатомия и патофизиология острой боли // Регионарная анестезия и лечение острой боли.- 2012.- № 6 (1).- С. 32–40.

5. Осипова Н.А., Петрова В.В. Боль в хирургии. Средства и способы защиты.- М.: Мед. Информ. Агентство, 2013.- 459с.

6. Тимофеев А.А, Ушко Н.А, Дакал А.В, Максимча С.В, Блинова В.П, Ухарская О.А. и др. Сравнительная характеристика ненаркотических анальгетиков, используемых в челюстно-лицевой хирургии // Современная стоматология.- 2010.- № 2 (51).- С. 103.

REFERENCES

1. Antipov A. A., Linyov K. A., Pedyashov V. S., Yakovleva G. A. Audit posleoperatsionnoy boli [Audit of postoperative pain]. *Regionarnaya anesteziya i lechenie ostroy boli - Regional anesthesia and treatment of acute pain*, 2014, No. 2 (8), pp. 31-36.

2. Gafarov Kh. O., Shakirov M. N., Safarov S. A. Otsenka kachestva zhizni kak kriteriy effektivnosti lecheniya bolnykh s perelomami nizhney chelyusti [Assessment of the quality of life as a criterion for the effectiveness of treatment of patients with fractures of the lower jaw]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana - Healthcare of Tajikistan*, 2013, No. 2 (317), pp. 30.

3. Gildasio S. De Oliveyra, Dipti Agarual, Onorio T. Benzon. Perioperatsionnoe vvedenie odnokratnoy dozy ketorolaka preduprezhdaet razvitie bolevogo sindroma v posleoperatsionnom periode: metaanaliz randomizirovannykh klinicheskikh ispytaniy [Benzon. Perioperative administration of a single dose of Ketorolac prevents the development of pain syndrome in the postoperative period: a meta-analysis of randomized clinical trials]. *Regionarnaya anesteziya i lechenie ostroy boli - Regional anesthesia and treatment of acute pain*, 2012, No. 2, pp. 16–31.

4. Ovechkin A. M. Klinicheskaya anatomiya i patofiziologiya ostroy boli [Clinical anatomy and pathophysiology of acute pain]. *Regionarnaya anesteziya i lechenie ostroy boli - Regional anesthesia and treatment of acute pain*, 2012, No. 6 (1), pp. 32–40.

5. Osipova N. A., Petrova V. V. *Bol v khirurgii. Sredstva i sposoby zashchity* [Pain in surgery. Means and methods of protection]. Moscow, Med. Inform Publ., 2013. 459 p.

6. Timofeev A. A., Ushko N. A., Dakal A. V., Maksimcha S. V., Blinova V. P., Ukharskaya O. A. Sravnitel'naya kharakteristika nenarkoticheskikh analgetikov, ispolzuemykh v chelyustno-litsevoy khirurgii [Comparative characteristics of non-narcotic analgesics

used in maxillofacial surgery]. *Sovremennaya stomatologiya - odern dentistry*, 2010, No. 2 (51), pp. 103.

7. Gerbeshagen H., Aduckathil S., Van Wijck A., Peelen L., Kalkman C., Meissner W. Pain intensity on the first day after surgery. *Anesthesiology*, 2013, Vol. 118, pp. 934-944. doi: 10.1097/ALN.0b013e31828866b3.

8. Gottschalk A, Sharma S, Ford J. The role of the perioperative period in recurrence after cancer surgery. *Anesthesia and Analgesia*, 2010, Vol. 110, pp. 1636–1643. doi: 10.1213/ANE.0b013e3181de0ab6

9. Haroutiunian S., Nikolajsen L., Finnerup N. The neuropathic component in per-sistent postsurgical pain: a systematic literature review. *Pain*, 2013, Vol. 154, pp. 95–102. doi: 10.1016/j.pain.2012.09.010.

10. Maier C, Nestler N, Richter H. The quality of postoperative pain management in German hospitals. *Deutsches Ärzteblatt International*, 2010, Vol. 107, pp. 607–614. doi: 10.3238/arztebl.2010.0607.

11. Sabzi Sarvestani A, Zamiri M. Residual pneumoperitoneum volume and postlaparoscopic cholecystectomy pain. *Anesthesiology and Pain Medicine*, 2014, No. 4: doi: 10.5812/aapm.17366

12. Singla S, Mittal G, Raghav A, Mittal R. Pain management after laparoscopic cholecystectomy a randomized prospective trial of low pressure and standard pressure pneumoperitoneum. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2014, No. 8(2), pp. 92-94. doi: 10.7860/JCDR/2014/7782.4017.

У.А. Исмаилова, И.М. Юлдашев, Ж.Б. Бошкоев, А.Т. Борончиев, А.Т. Джумаев, А.А Ашырбаев

САМАРАНОКИЙ МАВЗЕАН ШУСТАНИ ЧАРОХАТ БА МАҚСАДИ БЕХИСГАРДОНӢ ДАР ДАВРАИ БАРВАҚТИИ ПАСАЗЧАРРОӢИ ЗИМНИ МУОЛИҶАИ ЧАРРОӢИИ ШИКАСТАГИИ КУНҶИИ ҚОҒИ ПОӢН

Мақсади тадқиқот: омӯзиши самаранокӣи усули беҳисгардонии пасазчарроҳи бо роҳи мавзеан шустани чароҳат тавассути маҳлули ксефокам зимни муолиҷаи чарроҳии шикастагии кунҷии қоғи поён.

Мавод ва усулҳои тадқиқот: Тадқиқот дар 53 бемор (46 мард ва 7 зан) дар синни аз 17 то 60 сола гузаронида шуд, ки дар онҳо амалиёт бо сабаби шикастагии қоғи поён дар мавзеи кунҷ дар шароити беҳисгардонии умумии дохиливаридӣ тавассути пропофолом, кетамин ва фентанил бо ҲСШ ба воситаи омехтаи кислороду ҳаво ба амал оварда шуд. Беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: гурӯҳи мукоисааванда аз 26 бемор иборат буд, ки дар онҳо беҳисгардонии пасазчарроҳӣ бо усули анъанавӣ - кетонал (200 мг/шабонарӯз) ва промедол (4 мг/шабонарӯз, дохилимушакӣ) амалӣ гардид ва гурӯҳи асосӣ иборат аз 27 бемор, ки зимнан чароҳат тавассути астара бо маҳлули ксефокам мавзеан шуста шуд.

Натиҷа: Тӯли тамоми марҳилаи пасазчарроҳӣ дар ҳар ду гурӯҳ кам шудани дард мушоҳида гардид, вале дар зарфи 24 соати аввали давраи пасазчарроҳӣ дарди нисбатан бошиддат дар гурӯҳи аввал, ки беҳисгардонӣ тавассути усули анъанавӣ ба

амал оварда шуда буд, ба назар мерасид. Зоҳиршавии дарди пасазчарроҳӣ дар шабонарӯзи 1, 2 ва 3-юм ба ҳисоби миёна мувофиқан 5,3; 3,6 ва 2,95 ҳолро ташқил дод.

Дар гурӯҳи асосӣ беҳисгардонии пасазчарроҳӣ танҳо бо усули пасазчарроҳӣ шустани чарроҳат, бо талаботи бемор тавассути маҳлули ксефокам бо вояи 8мг ба амал оварда шуд. Зоҳиршавии дарди пасазчарроҳӣ дар шабонарӯзи 1-ум – 4,0 бал, дар

шабонарӯзи 2 ва 3 бошад мувофиқан 2,9 ва 1,98 ҳолро ташқил медод.

Хулоса: Усули мавзеан шустани чароҳат дар давраи пасазчарроҳӣ тавассути ксефокам самаранок ба ҳисоб меравад ва сатҳи кофии беҳисгардонии мувофиқро зимни муолиҷаи чарроҳии шикастагии кунҷии чоғи поён, дар давраи барвақтии пасазчарроҳӣ таъмин менамояд.

Калимаҳои калидӣ: дард, мавзеан шустани дард, ҷадвали визуалӣ-шабех.

УДК 61-613-616.31/9

Ф.М. Комилов, М.Х. Кадыров, Г.Д. Икромов

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА И РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ 7-8 ЛЕТ ГОРОДА ХУДЖАНДА

Кафедра терапевтической и ортопедической стоматологии
Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Комилов Фируз Мухторович - соискатель кафедры терапевтической и ортопедической стоматологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ; тел.: +992 907670707

Цель исследования. Изучить распространённость и интенсивность кариеса молочных и постоянных зубов, определить уровень гигиенического состояния полости рта у детей 7-8 лет города Худжанда.

Материал и методы исследований. Обследованы 126 детей города Худжанда в возрасте 7-8 лет. Из них девочек 75 (59,5%), мальчиков 51 (40,4%).

Исследования проводили по стандартным методикам. Определяли индивидуальный уровень интенсивности кариеса зубов с помощью индекса УИК по Леусу П.А. (1990). На первичном осмотре у каждого ребёнка определяли уровень индивидуальной гигиены полости рта с использованием индексов Грина-Вермиллиона и Фёдорова-Володкиной. Индексы определяли с помощью окрашивания поверхностей зубов стандартным красителем Колор-Тест №3.

Результаты исследований и их обсуждение. Полученные результаты изучения распространённости кариеса временных и постоянных зубов у детей 7-8 лет свидетельствуют о высокой заболеваемости по оценке ВОЗ - 86,8% (92 ребёнка).

Показатель интенсивности кариозного процесса (индекс КПУ+кп) в данной возрастной группе составил $3,90 \pm 0,27$ зубов и оценивается как средний уровень интенсивности.

Распространённость кариеса временных зубов у детей 7-8 лет составляет 30,2%, при этом распространённость кариеса постоянных зубов достигает 59,2% и оценивается как средняя.

Заключение. Проведенные исследования у детей города Худжанда показали высокую патологию твердых тканей зубов - до 82,4%. Распространённость кариеса постоянных зубов доходила до 60%, фиссурных кариесов до 84%. Высокие показатели распространенности и интенсивности фиссурного кариеса определяют особую значимость профилактических мер в отношении кариеса и свидетельствуют о необходимости поиска новых подходов для решения указанной проблемы.

Ключевые слова: уровень гигиены полости рта, частота кариеса зубов, распространённость, дети.

F.M. Komilov, M.Kh. Kadirov, G.J. Ikromova

HYGIENIC CONDITION OF THE ORAL CAVITY AND PREVALENCE OF TEETH CARIES AT CHILDREN OF 7-8 YEARS IN KHUJAND

Department of Therapeutic and Orthopedic Dentistry of the Khujand Branch of the State Educational Institution of Higher Professional Education of the Republic of Tajikistan, Sughd, Khujand

Komilov Firuz Mukhtorovich – aspirant of the Department of Therapeutic and Orthopedic Dentistry

of the Khujand Branch of the State Educational Institution of Higher Professional Education of the Republic of Tajikistan; tel.: +992 907670707

Aim. To study the prevalence and severity of the deciduous and permanent teeth caries and to reveal the hygienic condition of the oral cavity in children of 7-8 years in the city of Khujand.

Materials and methods. The total number of children in the study group made 126 of which 75 — 59,5 % girls and 51 - 40,4% boys at the age of 7-8 years old. Examinations were carried out according to standard methods. Caries severity index showed the individual level of caries severity. Primary survey of each child revealed the level of individual hygiene of oral cavity using indexes of Green-Vermillion and Fyodorova-Volodkinoj. These indexes were found through coloring teeth surface with standard Kolor-test №3.

Results. The study results of the prevalence of deciduous and permanent teeth caries of 7-8 years old children revealed significant morbidity, according to WHO 86,8 % (92 children).

Caries process intensity number (index CFM+cf) in the given age group has made $3,90 \pm 0,27$ teeth and estimated as an average intensity level.

The prevalence of deciduous teeth caries was 30,2 % while the prevalence of permanent teeth caries reached 59,2 % and estimated as an average.

Conclusion. The conducted study has shown a high pathology of hard dental tissues 82,4%. The prevalence of permanent teeth caries reached 60% and fissure caries 84%. High prevalence and intensity of fissure caries define the importance of preventive measures and prove the necessity of new approaches in this area.

Keywords: level of hygiene of the oral cavity, caries frequency, prevalence, children.

Актуальность. Несмотря на длительность периода изучения по поводу патологии зубов, кариес и его осложнения, а также методы их профилактики в современной стоматологии остаются одной из актуальных проблем. Отмечается достаточно высокая их распространённость среди детей и подростков [2, 5].

Следует отметить, что ранее подобные исследования г. Худжанде Согдийской области не проводились. В связи с этим исследования, направленные на повышение качества оказываемой лечебно-профилактической помощи населению области, имеют не только медико-социальные аспекты, но и будут оказывать позитивное воздействие в развитии экономики области и Республики в целом.

У жителей города Худжанда адаптационные механизмы организма обуславливают специфические типы метаболизма, связанные с изменениями гомеостаза, электролитов, белков и липидов. Необходимо отметить, что плохие климатические и географические условия приводят к нарушению минерального обмена, что оказывает отрицательное воздействие на структурную однородность твердых тканей зубов, выражающуюся во множественном поражении кариесом зубов [4, 6]. В связи с этим у 7-8-летних детей сразу же после прорезывания первых моляров происходит их поражение кариесом [3]. В некоторой степени такая ситуация обуславливает неблагоприятную клиническую ситуацию по стоматологической заболеваемости населения города Худжанда Согдийской области. Результаты многочисленных исследований показали, что у детей в возрасте 6 лет на жевательной

поверхности первых постоянных моляров встречается более 50% кариозных изменений, в 7-8 лет частота и распространенность фиссурного кариеса достигает более 75% [4], а в подростковом периоде достигает 85% [3].

В последние годы появились работы, указывающие на влияние условий труда промышленных регионов на частоту и выраженность патологических процессов в органах и тканях полости рта [1, 5]. Необходимо отметить, что есть единичные исследования о факторах и развитии кариеса зубов в Республике, однако, не указывающих полноту отражения данной проблемы и условия, влияющие на исход [6]. При этом в регионе активно развивается горнодобывающая, текстильная, аграрная и другие промышленные отрасли с развитием инвестиций российских и зарубежных предприятий и компаний [2, 6].

Наиболее часто констатируется кариес жевательных поверхностей у детей в возрасте 7-8 лет, а кариес апроксимальной поверхности встречается в возрасте 12-15 лет [3]. При этом удельный вес фиссурного кариеса в возрасте до 18 лет достигает 48-50% [2].

Цель исследования. Изучить распространённость и интенсивность кариеса молочных и постоянных зубов, определить уровень гигиенического состояния полости рта у детей 7-8 лет города Худжанда.

Материал и методы исследований. Обследованы 126 детей города Худжанда в возрасте 7-8 лет. Из них 75/59,5% девочек и 51/40,5% мальчиков.

Необходимо отметить, что всем детям исследование проводилось по стандартной методике. Определяли индивидуальный уровень

интенсивности кариеса зубов с помощью индекса УИК по Леусу П.А. (1990). При первичном осмотре у каждого ребёнка определяли уровень индивидуальной гигиены полости рта с использованием индексов Грина-Вермиллиона и Фёдорова-Володкиной. Индексы определяли с помощью окрашивания поверхностей зубов стандартным красителем Колор-Тест №3. Структура индекса Грина-Вермиллиона была представлена только компонентом зубного налёта, результаты оценивали согласно градации по ВОЗ: «хорошая», «удовлетворительная», «неудовлетворительная», «плохая». Уровень гигиены полости рта по индексу Фёдорова-Володкиной оценивали согласно градации: «хорошая», «удовлетворительная», «неудовлетворительная», «плохая», «очень плохая».

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

Результаты исследований и их обсуждение.

Полученные нами результаты изучения распространённости кариеса временных и постоянных зубов у детей 7-8 лет свидетельствуют о высокой заболеваемости по оценке ВОЗ - 86,8% (92 ребёнка).

Показатель интенсивности кариозного процесса (индекс КПУ+кп) в данной возрастной группе составил $3,90 \pm 0,27$ зубов и оценивается как средний уровень интенсивности.

Распространённость кариеса временных зубов у детей 7-8 лет составляет 30,2%, при этом распространённость кариеса постоянных зубов достигает 59,2% и оценивается как средняя. Показатель распространённости фиссурного кариеса составил 48,72%.

Интенсивность кариозного процесса постоянных зубов у обследованных детей по индексу КПУз - $3,77 \pm 0,19$ зубов, что характеризуется как средний уровень интенсивности.

У осмотренных детей кариозный процесс в первых постоянных молярах развивался в основном с поражением жевательных поверхностей (89,0%). Кариозные полости другой локализации составили 11,0%.

Индивидуальный уровень интенсивности кариеса зубов у детей данной возрастной группы составил $0,70 \pm 0,04$ зубов и оценивается как высокий.

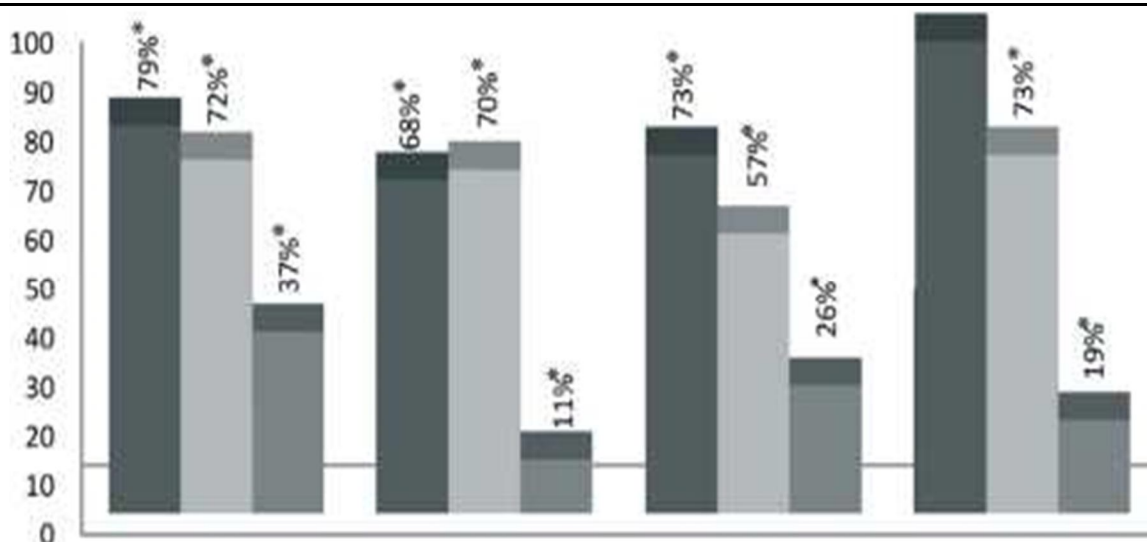
Изучение индивидуального уровня гигиены

полости рта с помощью индекса Грина-Вермиллиона выявило удовлетворительный уход за полостью рта, и в среднем показатель ИГР-У составил $1,09 \pm 0,07$.

При оценке гигиены полости рта по индексу Фёдорова-Володкиной установлен также удовлетворительный уход за полостью рта - $2,00 \pm 0,07$.

Своевременно и регулярно проводимые врачом-стоматологом профилактические мероприятия: профессиональная чистка зубов, герметизация фиссур, обработка зубов фторсодержащими и реминерализующими препаратами - позволяют сохранить зубы и пародонт здоровыми. Действующая в современных условиях модель предоставления стоматологической помощи детям «по обращаемости» не может в полной мере удовлетворить потребность в профилактической помощи. Основная цель посещения детей стоматологической поликлиники - получение помощи в связи с развившимся заболеванием. Зачастую ни врач не имеет временной и ситуационной возможности проведения дополнительных к основному лечению профилактических мероприятий, ни родитель не имеет желания приводить ребенка в поликлинику для их проведения. Поэтому с медицинской и социальной позиций оптимальным является проведение профилактических мероприятий детям вне стоматологической поликлиники, в местах, приближенных к пребыванию детей, и не требующих непосредственного участия родителя. В советское время этой цели соответствовала модель оказания профилактической помощи в школьных стоматологических кабинетах. Преимущества работы школьного кабинета определяются максимальным уровнем его доступности, возможностью длительного постоянного наблюдения за стоматологическим здоровьем детей, своевременностью проведения профилактических мероприятий, вовлечением в процесс гигиенического обучения учащихся, учителей и родителей, применением групповых методов профилактики и возможностью реализации индивидуальной схемы профилактики в соответствии с выявляемыми факторами риска и интенсивностью кариозного процесса и, что особенно значимо, личной заинтересованностью персонала школьного стоматологического кабинета в результатах своей деятельности.

Уровень гигиенических знаний детей о зубочелюстной системе и основах профилактики в зависимости от интеллектуального развития показан в нижеследующей в диаграмме.



Примечание: * - статистически значимые различия рассчитаны по отношению к группе здоровых детей в каждом блоке

Уровень интеллектуального развития влияет на уровень знаний, что отразилось в ответах на вопросы. Дети с легкой степенью умственной отсталости ($79 \pm 4,7\%$) и задержкой психомоторного развития ($72 \pm 6,3\%$) не знают строения зубочелюстной системы, не понимают сути кариозного процесса, в отличие от большинства здоровых школьников этого возраста ($37 \pm 4,9\%$).

Полученные данные подтверждают, что дети с психическими недостатками плохо запоминают, а в дальнейшем и воспроизводят знания, которыми должны владеть в возрасте 7-8 лет. Поэтому при проведении профилактической работы необходимо учитывать ограниченные способности к восприятию информации, выполнению практических рекомендаций, закреплению гигиенических навыков.

Закключение. Таким образом, проведенные исследования у детей города Худжанда выявили высокую распространенность патологии твердых тканей зубов - до 82,4%. При этом распространённость кариеса постоянных зубов доходила до 60%, а фиссурных кариесов - до 84%. Несмотря на определенные успехи в предупреждении кариеса жевательных зубов, высокие показатели распространенности и интенсивности фиссурного кариеса определяют особую значимость профилактических мер предупреждения развития кариеса и свидетельствуют о необходимости поиска новых подходов для решения указанной проблемы.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 6 см. в REFERENCES)

1. Багинский И.В. Медико-социальные аспекты оказания стоматологической помощи коренным малочисленным народам Севера //Здоровье и

образование в XXI веке.- 2016. - №2, №18. - С.170-175.

2. Кондева В., Куклева М., Петрова С., Стойкова М. Кариес жевательных поверхностей постоянных моляров в детском возрасте - роль их морфологии // Стоматология.- 2014. - №6. - С. 56-62.

3. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний: учеб. пособие. - М., 2015. - 214 с.

4. Хамидова Т.М. Гигиеническая характеристика условий труда в стоматологических учреждениях различной формы собственности // Вестник Таджикского национального университета.- 2015.- №5-2 (66).- С. 225-227.

5. Хамидова Т.М., Язданова Л.М., Дабуров К.Н. Некоторые аспекты безопасности труда врача-стоматолога, связанные с носительством микроорганизмов //Вестник педагогического университета.- 2012. - №6. - С. 193-195.

REFERENCES

1. Baginskiy I. V. Mediko-sotsialnye aspekty okazaniya stomatologicheskoy pomoshchi korennyim malochislennym narodam Severa [Medico-social aspects of dental care for indigenous minorities of the North]. *Zdorove i obrazovanie v XXI veke - Health and education in the twenty-first century*, 2016, No. 2, pp. 170-175.

2. Kondeva V., Kukleva M., Petrova S., Stoykova M. Karies zhevatelynykh poverkhnostey postoyannykh molyarov v detskom vozraste - rol ikh morfologii [Caries of masticatory surfaces of permanent molars in childhood - the role of their morphology]. *Stomatologiya - Dentistry*, 2014, No. 6, pp. 56-62.

3. Kuzmina E. M. *Profilaktika stomatologicheskikh zabolevaniy: uchebnoe posobie* [Prevention of dental diseases: Textbook.]. Moscow, 2015. 214 p.

4. Khamidova T. M. Gigenicheskaya kharakteristika usloviy truda v stomatologicheskikh uchrezhdeniyakh razlichnoy formy sobstvennosti [Hygienic characteristics of working conditions in dental institutions of various forms of ownership]. *Vestnik Tadjikskogo natsionalnogo universiteta - Herald of Tajik*

national University, 2015, No. 5-2 (66), pp. 225-227.

5. Khamidova T. M., Yazdanova L. M., Daburov K. N. Nekotorye aspekty bezopasnosti truda vrachastomatologa, svyazannye s nositelstvom mikroorganizmov [Some aspects of the safety of the dentist's work related to the carriage of bacteria]. *Vestnik pedagogicheskogo universiteta - Herald of pedagogical University*, 2012, No. 6, pp. 193-195.

6. Balan A. Socio-economic status and oral health behaviour-possible dental caries risk factors in school communities. *Pediatric Dentistry*, 2013, Vol. 3, No. 1, pp. 32-37.

Ф.М. Комилов, М.Х. Кадиров, Г.Д. Икромов

ХОЛАТИ БЕХДОШТИ КОВОКИИ ДАҲОН ВА ПАҲНШАВИИ КАРИЕСИ ДАНДОНҲО ДАР КЌДАКОНИ 7-8-СОЛАИ ШАҲРИ ХУЧАНД

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши паҳншавӣ ва шиддатнокии кариеси дандонҳои шир ва доимӣ, муайян кардани дараҷаи ҳолати беҳдошти ковокии даҳон дар кўдакони 7-8-солаи шаҳри Хучанд.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар шаҳри Хучанд 126 кўдак дар синни 7-8-сола муоина карда шуд, ки 75 нафар – 59,5%-ро духтарон ва 51 нафар – 40,4%-ро писарҳо ташкил доданд.

Қайд кардан бамаврид аст, ки тамоми кўдакон тибқи усули стандартӣ аз муоина гузаштанд. Дараҷаи инфиродии шиддатнокии кариеси дандонҳо тибқи Леусу П.А (1990) тавассути индекси УИК муайян карда шуд. Бо истифода аз индексҳои Грин-Вермилион ва Фёдоров-Володкина, дар муоинаи

аввал, дараҷаи беҳдошти фардии ковокии даҳони ҳар кўдак муайян карда шуд. Индексҳо ба воситаи ранг кардани сатҳи дандонҳо тавассути рангкунандаи стандартии Колор-Тест №3 муайян намудем.

Натиҷаи тадқиқот. Омӯзиши паҳншавии кариеси дандонҳои доимӣ ва муваққатии кўдакони 7-8 сола чунин натиҷагирӣ шуд, ки тибқи арзёбии ТУТ 86,8% (92 кўдак) бемор дониста шуд ва ин далели беморшавии зиёд дар минтақа аст.

Дар гурӯҳи мазкур нишондиҳандаи шиддатнокии раванди кариесӣ (индекси КПУ+кп) $3,90 \pm 0,27$ дандонро ташкил медиҳад ва ҳамчун сатҳи миёнаи шиддатнокӣ арзёбӣ мегардад.

Дар кўдакони 7-8-сола паҳншавии кариеси дандонҳои муваққатӣ 30,2%-ро ташкил медиҳад, ки зимнан паҳншавии кариеси дандонҳои доимӣ ба 59,2% мерасад ва ҳамчун миёна арзёбӣ мегардад.

Хулоса. Тадқиқоте, ки зимни кўдакони шаҳри Хучанд гузаронида шуд, аз патологияи зиёди бофтаҳои саҳти дандон – то 82,4% дарак медиҳад. Зимнан паҳншавии кариеси дандонҳои доимӣ то 60% ва кариеси фиссураҳо бошад, то 84% мерасад. Ба як зумра мувафаккиятҳо дар пешгирии кариеси дандонҳои хоиш нигоҳ накарда, нишондиҳандаҳои баланди паҳншавӣ ва шиддатнокии кариеси фиссураҳо аҳамияти махсуси чорабинӣҳои пешгирикунандаи кариесро муайян ва зарурати ҷустуҷӯи муносибатҳои навро барои ҳалли мушкилоти мазкур тақозо менамояд.

Калимаҳои калидӣ: дараҷаи беҳдошти ковокии даҳон, басомади кариеси дандонҳо, паҳншавӣ, кўдакон.

УДК 611.441

С. Курбонов, И.А. Давлатов

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДИФфуЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ

Кафедра анатомии человека им. Я.А. Рахимова ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Курбонов Саид - профессор кафедры анатомии человека им. Я. А. Рахимова ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.; 734064, г. Душанбе, ул. Сино 30/1; тел.: +(992) 985362107; e-mail: kurbonov.said@mail.ru

Цель исследования. Изучение морфологической перестройки сосудов щитовидной железы при диффузном токсическом зобе.

Материал и методы исследований. Объектом исследования являлся аутопсийный материал ткани щитовидной железы (ЩЖ) с внутриорганным кровеносным руслом, полученный от 22 оперированных больных с диффузным токсическим зобом (ДТЗ), длительностью болезни от 5 до 7 лет. Обработка материала и последующее приготовление парафиновых срезов осуществлялось по стандартной методике. Морфометрическое исследование включало измерение размеров внутриорганных сосудов ЩЖ (артериолы и капилляры) с последующим вычислением средних показателей.

Результаты исследований и их обсуждение. В результате проведенных исследований морфологии сосудистой стенки ЩЖ были выявлены значительная распространенность дистрофических изменений и утолщение стенок сосудов в строме ЩЖ. В результате дистрофических и некробиотических процессов нарушалась структура сосудистой стенки, указывающая на повышенную проница-

емость, что приводит к застою крови и обуславливает появление выраженного отека в строме органа.

Заключение. Изменение структуры внутриорганной сосудистой системы ЩЖ при ДТЗ способствует возникновению различных видов нарушений кровообращения и зависит, прежде всего, от длительности и тяжести заболевания.

Ключевые слова: щитовидная железа, диффузный токсический зоб, морфология сосудов.

S. Kurbonov, I.A. Davlatov

PATHOMORPHOLOGIC CHARACTERISTICS OF THYROID GLAND VASCULAR SYSTEM AT THE DIFFUSE TOXIC GOITER

Department of human Anatomy named after Ya. A. Rakhimov of Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

Kurbonov Said – doctor of medical sciences, professor of the department of human Anatomy named after Ya.A. Rakhimov of Avicenna Tajik State Medical University; 734064, Dushanbe, st. Sino 30/1; phone.: - (992) 985362107; e-mail: kurbonov.said@mail.ru

Aim. To study the morphologic change of thyroid gland vessels at the diffuse toxic goiter.

Material and methods. The autopsy material of thyroid gland tissue with an intra-organic blood channel received from 22 operated patients with a diffuse toxic goiter that persisted for 5 - 7 years was an object of the research. Material preparation and the subsequent preparation of paraffinic sections were carried out by standard methods. The morphometric research included measurements of the sizes of intra-organic vessels of the thyroid gland (arterioles and capillaries) with subsequent calculation of the average indicators.

Results. Morphologic study of thyroid gland vascular wall revealed the appreciable prevalence of dystrophic changes and thickening of vessel walls in a stroma of the thyroid gland. The structure of a vascular wall was defected due to dystrophic and necrobiotic processes. That brings to hyperpermeability that results in stagnation of a blood and causes edema in the stroma of the organ.

Conclusion. The change of intra-organic vascular system structure of the thyroid gland at the diffuse toxic goiter leads to various types of circulation breaches and depends on duration and severity of the disease.

Keywords: thyroid gland, diffuse toxic goiter, the morphology of vessels.

Актуальность. В настоящее время заболевания щитовидной железы (ЩЖ) (зоб, особенно диффузная токсическая форма) относятся к категории самых распространённых эндокринных заболеваний в мире. В Республике Таджикистан отмечается неуклонный рост числа пациентов с диффузным токсическим зобом (ДТЗ), составляя 23,3-70% от общего числа заболеваний эндокринной системы (1,3,4). Высокая медико-социальная значимость эндемического зоба имеет существенное значение и для Республики Таджикистан, так как в 90-х годах XX столетия наша страна в результате гражданской войны столкнулась с проблемами йодной недостаточности и её последствиями. В этой связи в 1997 г. Постановлением правительства была принята «Национальная программа борьбы с йододефицитными заболеваниями в РТ на 1997-2001 гг.», что и на сегодняшний день остается чрезвычайно актуальным [3-5].

Из-за роста эндокринной патологии во всем мире и, в частности, в РТ в настоящее время вопросам патоморфологии ЩЖ уделяется довольно серьёзное внимание [2,6,7]. Как

известно, при многих патологических процессах страдают в первую очередь органы с большим потреблением кислорода, к которым относится также ЩЖ. Доказано, что прогрессирование ДТЗ обуславливает формирование стойкой тиреоидной патологии [1,2].

Однако, несмотря на многочисленные успехи в изучении ДТЗ, в большей степени основанных на результатах функциональных исследований, до настоящего времени в Республике Таджикистан не проводилось детального патоморфологического изучения сосудистой перестройки ЩЖ при данной патологии [7].

Исходя из вышеизложенного, представляется важным провести данное исследование с целью выявления наиболее существенных структурных изменений сосудистых образований как интегративной системы в условиях патологии ЩЖ при ДТЗ.

Цель исследования. Изучение патологических характеристик сосудистой системы ЩЖ при ДТЗ у лиц зрелого возраста.

Материал и методы исследования. Методами анатомического препарирования и гисто-

логических срезов изучены макро- и микроскопические структурные особенности внутриорганных сосудов ЩЖ у 22 больных зрелого возраста обоего пола (от 36 до 60 лет) с ДТЗ, оперированных в отделении общей хирургии ГКБ №5 им. академика К.Т. Таджиева. Из общего количества пациентов с ДТЗ мужчин было 4 (18,2%), женщин – 18 (81,8%). Давность заболевания составила от 5 до 7 лет, но в большинстве случаев от 6 до 7 лет. Исследовался также аутопсийный материал от 14 практических здоровых лиц, погибших в результате несчастных случаев (травмы, несовместимые с жизнью), которые составили контрольную группу.

Отпрепарированные ЩЖ освобождали от соединительной и жировой ткани. Затем из средней части каждой доли железы вырезали пластинку толщиной 3-4 мм для последующего гистологического изучения. Железы вместе с бирками от данных больных помещали в марлевые мешочки и опускали в 10% раствор нейтрального формалина. Зафиксированный материал заливали в парафин. Срезы толщиной 5-6 мкм окрашивали гематоксином Эрлиха и эозином. Препараты изучали под микроскопом МБУ-3 при разных увеличениях.

Морфометрическое исследование включало в себя измерение внутриорганных сосудов ЩЖ (артериолы и капилляры) с последующим вычислением средних показателей. Статистическая обработка морфометрических данных осуществлялась компьютерными программами Statistica и MS Excel 2003.

Результаты исследований и их обсуждение.

У больных, оперированных по поводу ДТЗ, ЩЖ была диффузно увеличена, и поверхность её из-за выступающих увеличенных долек была мелкобугристой.

Известно, что избыток тиреоидных гормонов усиливает реакции основного обмена, истощает запасы энергии в организме, необходимые для нормальной жизнедеятельности клеток и тканей различных органов. Поэтому наиболее восприимчивые реакции ЩЖ приводят к значительным перестройкам кровеносной системы. Следует также подчеркнуть, что из всех звеньев сосудистой цепи артерий, артериол, капилляров, венул и вен наиболее пораженными оказываются капилляры. Оценивая результаты, полученные нами при изучении сосудистых нарушений в ЩЖ, можно отметить, что на первый план выступают изменения со стороны сосудистого русла и тканевых структур при ДТЗ. В исследуемом органе имели место гемодинамические изменения, то есть неравномерное кровенаполнение внутриорганных русел с преимущественным расширением капилляров и венозных сосудов, очагами кровоизлияний, отёком стромы.

При детальном исследовании внутриорганных сосудистой стенки щитовидных артерий больных с ДТЗ обращала на себя внимание значительная распространённость дистрофических изменений эндотелиальных клеток с появлением зон деэндотелизации.

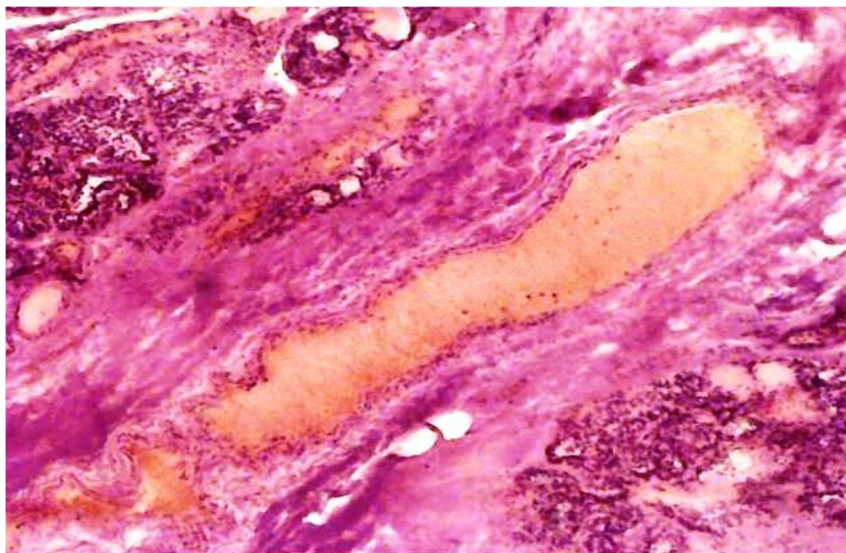


Рис. 1. Деструктивные изменения в стенках артерии ЩЖ при ДТЗ. В строме скопление лимфоцитарных инфильтратов. Окраска гематоксилин-эозином. Увл. $\times 200$.

Наиболее характерным морфологическим признаком ДТЗ является лимфоплазмочитарная инфильтрация стромы железы. Диффузная лимфоплазмочитарная инфильтрация, как пра-

вило, преобладает над лимфоидной. Лимфоциты не только контактируют с фолликулами, но и пенетрируют в цитоплазму ацинарных клеток, что не наблюдается в нормальной ЩЖ.

Согласно данным некоторых авторов [5], нарушение сосудистой проницаемости связано с изменением состояния основного межклеточного вещества, в частности, с его распадом. Полученные данные позволяют нам разделить это мнение. В наших препаратах ЩЖ наблюдались явления набухания и распада отдельных аргирофильных волокон большей части сосудов микроциркуляторного русла. При ДТЗ часто встречались плазматическое пропитывание и пролиферация клеток сосудистой стенки.

В более крупных сосудах наблюдались дистрофические изменения эндотелия, пикноз ядер и перпендикулярное расположение эндотелиальных клеток по отношению к просвету сосудов. В средней оболочке артерий (особенно в междольковых) изменения характеризовались отёком и вакуолизацией мышечных клеток. В отдельных случаях в мышечной оболочке выявлялись бесструктурные очаги, а в их адвентиции обнаруживались немногочислен-

ные гистиоцитарные и лимфоидные элементы (рис. 1).

Динамические изменения претерпевал и эластический каркас внутриорганных сосудов ЩЖ. В основном эти изменения затрагивали внутреннюю эластическую мембрану, что характеризовалось стойкой утратой присущей ей извилистости.

Диаметр капилляров был крупным $24,2 \pm 0,1$ мкм, а контуры – неровные, венулы – многочисленны, широкие, короткие и извитые. В некоторых случаях их стенки были варикозно расширены. Благодаря соединению друг с другом калибр вен постепенно возрастал, особенно тех, которые принимают участие в образовании сплетения. В исследуемых сосудах преобладали признаки неравномерного утолщения базальной мембраны артериолы, капилляров, нарушение проницаемости и плазматическое пропитывание их стенок с выходом белковых масс в полости фолликул, приводящих к вакуолизации коллоида в фолликулах (рис. 2).

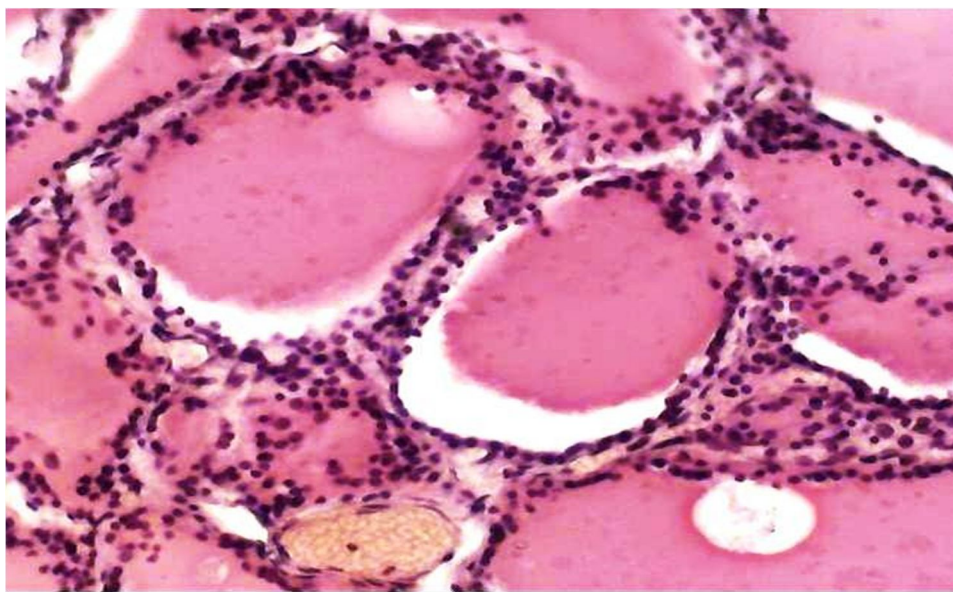


Рис. 2. Неравномерное утолщение стенок артериол, вакуолизация коллоида в фолликулах ЩЖ и клеточная лимфоплазмоцитарная инфильтрация при ДТЗ. Окраска гематоксилин-эозином. Увл. $\times 200$.

Результаты морфометрического исследования свидетельствуют о деструктурных изменениях стенок и увеличении диаметра микрососудов ЩЖ артериол и капилляров ($24,3 \pm 0,6$ мкм, $12,2 \pm 0,3$ мкм), по сравнению с нормой ($20,6 \pm 0,3$ мкм и $6,5 \pm 0,2$ мкм).

Заключение. В ЩЖ при ДТЗ происходит существенная перестройка сосудистой системы в виде различных патоморфологических изменений, характер которых зависит от длительности и тяжести патологического процесса в органе.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Анварова Ш.С., Ниязова Н.Ф., Иноятова Н.А. Синдром тиреотоксикоза в пожилом возрасте в условиях йодного дефицита // Вестник Авиценны. - 2013. - № 3 (56). - С. 55-59.
2. Гулов М.К., Расулов А.Т., Нурув З.М., Солиев Х.М. Клинико-морфологическая картина многоузлового эутиреоидного зоба. // Вестник Авиценны. - 2017. - Т. 19, №1. - С. 46-49.
3. Кахаров А.Н., Ибодова Г.Х. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения доброкачественного узлового и многоузлового зоба // Здоровоохранение Таджикистана. - 2016. - №1. - С. 77 – 82.
4. Козлов В.И. Микроциркуляция крови: оценка состояния и диагностика расстройств ка-

пиллярного кровотока: в кн.: Микроциркуляция в клинической практике. – М., 2012. – С. 6-7.

5. Курбонов С., Абдурахмонов Ф.А., Зиёева З.Д. Структурные изменения щитовидной железы при диффузном зобе // Вестник Авиценны. - 2012. - №1. - С.138-140.

6. Солиев Ф.Г., Кахорова Н.Ю., Ибодова Г.Х., Кахаров А.Н. Эпидемический зоб среди населения, проживающего в экологически неблагоприятном регионе //Здравоохранение Таджикистана. - 2009. - №2. –С. 26-29.

7. Сметанина М.В. Структурные особенности внутриорганной сосудистой системы щитовидной железы крыс в норме и эксперименте: в кн.: Микроциркуляция в клинической практике. – М., 2012. – С. 28.

REFERENCES

1. Anvarova Sh. S., Niyazova N. F., Inoyatova N. A. Sindrom tireotoksikoza v pozhilom vozraste v usloviyakh yodnogo defitsita [Syndrome of thyrotoxicosis in old age in a conditions of iodine deficiency]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2013, No. 3 (56), pp. 55-59.

2. Gulov M. K., Rasulov A. T., Nurov Z. M., Soliev Kh. M. Kliniko-morfologicheskaya kartina mnogouzlovogo eutireoidnogo zoba [Clinical and morphological picture of multinodal euthyroid goiter]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2017, Vol. 19, No. 1, pp. 46-49.

3. Kakharov A. N., Ibodova G. Kh. Sovremennye aspekty diagnostiki i khirurgicheskogo lecheniya dobrokachestvennogo uzlovogo i mnogouzlovogo zoba [Modern aspects of diagnosis and surgical treatment of benign nodal and multinodal goiter]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2016, No. 1, pp. 77 – 82.

4. Kozlov V. I. *Mikrotsirkulyatsiya krovi: otsenka sostoyaniya i diagnostika rasstroystv kapillyarnogo krovotoka. V knige: Mikrotsirkulyatsiya v klinicheskoy praktike* [Microcirculation of blood: evaluation of the condition and diagnosis of disorders of capillary blood flow, in the book: Microcirculation in clinical practice]. Moscow, 2012. 6-7 p.

5. Kurbonov S., Abdurakhmonov F. A., Ziyoeva Z. D. Strukturnye izmeneniya shchitovidnoy zhelezy pri dif-fuznom zobe [Structural changes in the thyroid gland at the diffuse goiter]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2012, No. 1, 138-140 p.

6. Soliev F. G., Kakhorova N. Yu., Ibodova G. Kh., Kakharov A. N. Epidemicheskiy zob sredi naseleniya,

prozhivayushchego v ekologicheski neblagopoluchnom regione [Epidemic goiter among the population living in an ecologically unfavorable region]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2009, No. 2, pp. 26-29.

7. Smetanina M. V. *Strukturnye osobennosti vnutorior-gannoy sosudistoy sistemy shchitovidnoy zhelezy krysa v norme i eksperimente. V knige: Mikrotsirkulyatsiya v klinicheskoy praktike* [Structural features of the intraorganic vascular system of the thyroid gland of rats in norm and experiment: in the book: Microcirculation in clinical practice]. Moscow, 2012. 28 p.

Хулоса

С. Курбонов, И. А. Давлатов

Тавсифи патоморфологии системаи рағҳои ғадуи сипаршақл ҳангоми ҷоғари токсикӣ паҳнғфта.

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани бозсозии морфологии рағҳои ғадуи сипаршақл ҳангоми ҷоғари токсикӣ паҳнғфта.

Мавод ва усули таҳқиқот. Объекти таҳқиқот маводи аутопсии бофтаи ғадуи сипаршақл бо маҷрои дохилизвии хунбар мебошад, ки дар бемори гирифтаи ҷоғари токсикӣ паҳнғфта ҷаррохишуда гирифта шудааст, беморӣ 5-7 сол давом кардааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Дар натиҷаи таҳқиқотҳои морфологии девораи рағҳои ғадуи сипаршақл гузаронидашуда муайян карда шуд, ки паҳншавии бештари тағйиротҳои дистрофӣ ва ғафс шудани девораи рағҳо дар стромаи ғадуи сипаршақл ба назар мерасад. Дар асари протсессҳои дистрофикӣ ва некробиотикӣ сохтори девораи рағҳо вайрон мешавад, ин аз он гувоҳӣ медиҳад, ки гузаронандагии онҳо зиёд шудааст ва ин боиси рукуди хун мегардад ва варами возеҳи стромаи узвро ба вучуд меорад.

Хулоса. Тағйир ёфтани сохтори системаи дохилизвии рағҳои ғадуи сипаршақл ҳангоми ҷоғари токсикӣ паҳнғфта метавонад боиси сар задани намудҳои гуногуни вайроншавии хунгардиш гардад. Он пеш аз ҳама аз давомноқӣ ва вазнинии беморӣ вобаста аст.

Калимаҳои калидӣ: ғадуи сипаршақл, ҷоғари токсикӣ паҳнғфта, морфологияи рағҳо.

УДК 616.348-089.86; 616-073.7

Х.Ш. Назаров, К.М. Курбонов, М.С. Сафаров, Х.З. Фақиров, Дж. С. Халимов

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОДГОТОВКИ ОТКЛЮЧЁННОЙ ПЕТЛИ КИШЕЧНИКА К ВОССТАНОВЛЕНИЮ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНИКА

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Назаров Хилолиддин Шарофович - к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, г. Душанбе, Республика Таджикистан; тел.: +992 900-50-03-03; e-mail: hiloliddin.nazarov@mail.ru

Цель исследования. Улучшить результаты оценки готовности отключенной петли кишки к восстановлению непрерывности кишечного тракта.

Материал и методы исследований. В ГУ КБ СМП г. Душанбе реконструктивно-восстановительной операции были подвергнуты 79 больных с концевой колостомой в возрасте от 19 до 77 лет. Превалировали мужчины – 52 (65,8%), женщин было 27 (34,2%). В основную группу включены 26 больных, в контрольную – 53.

Диагностика основывалась на общеклинических и биохимических исследованиях крови, общем анализе мочи, УЗИ, ректороманоскопии, фистулографии, проктографии, патогистологическом исследовании, по показаниям видеолaparоскопии.

Результаты исследований и их обсуждение. При проведении ультразвуковой оценки результатов подготовки установлено, что у больных основной группы, которые получили предоперационную подготовку по предложенной в клинике методике, отмечалось более раннее восстановление перистальтики кишечника и увеличение его диаметра (на 5-8 сутки до 2 раз в мин., а на 12-15 день до 3 раз в мин., увеличение диаметра кишечника в среднем доходило до 2,3 см), по сравнению с больными, получившими подготовку по традиционной методике (на 12-15 сутки до 2 раз в мин. а увеличение диаметра кишечника до 1,6 см).

В послеоперационном периоде в 17 (32,1%) случаях у больных контрольной группы установлен выраженный парез кишечника (ВПК), в 6 (11,3%) случаях наблюдалась несостоятельность анастомоза (НА). В основной группе признаки ВПК были установлены только в 2 (7,7%) случаях, а НА – у 1 (3,8%) пациента.

Заключение. УЗИ при оценке результатов эффективности предоперационной подготовки отключенной петли кишечника и степени ее готовности к проведению реконструктивно-восстановительной операции у больных с колостомой является высокоинформативным методом, способствующим снижению частоты послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.

Ключевые слова: колостома, отключенная кишка, ультразвуковое исследование, реконструктивно-восстановительная операция.

H. Sh. Nazarov, K.M. Kurbanov, M.S. Safarov, H. Fakirov, J.S. Halimov

POSSIBILITIES OF THE ULTRASOUND ESTIMATION OF THE DISCONNECTED INTESTINE READINESS FOR INTESTINE CONTINUITY RESTORATION SURGERY

Department of surgical diseases №1 of Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe

Nazarov Khiloliddin Sharofovich - assistant of the Department of Surgical Diseases №1 of Avicenna Tajik State Medical University, Candidate of Medical Sciences; Dushanbe, Republic of Tajikistan; tel.: +992 900-50-03-03; e-mail: hiloliddin.nazarov@mail.ru

Aim. To improve the results of the evaluation of the disconnected intestine readiness for the intestine continuity restoration surgery.

Materials and methods. The study focused on 79 patients of 19 - 77 years old, which received reconstructive-regenerative surgery with end colostomy at the Clinic of Emergency care of Dushanbe. The number of men was 52 (65,8%) and women were 27 (34,2%). The main group included 26 patients while the control group included 53 patients. The diagnosis was based on laboratory blood tests, ultrasound, recto-manoscopy, fistulography, proctography, pathohistological tests and video laparoscopy.

Results. Ultrasound examination of the main group patients showed earlier restoration of peristaltic and enlargement of its diameter. On the 5-8 days till two times per minute, in 12-15 days till three times per minute, while the average diameter of the intestine increased up to 2,3 cm. The intestine diameter of patients of the comparison group in 12-15 days increased till two times per minute, with an average diameter increased up to 1,6 cm.

In 17 (32,1%) cases patients of the control group had severe intestinal paresis and in 6 (11,3%) cases anastomosis invalidity. The symptoms of severe intestinal paresis were observed only in 2 (7,7%) cases of the main group patients. However, anastomosis invalidity was observed only in 1 (3,8%) case.

Conclusion. Ultrasonic evaluation of the results of preoperative preparation of the disconnected intestines and the level of its readiness for reconstructive-regenerative operation at patients with a colostomy is an extremely informative method that helps to reduce the frequency of postoperative pyo-inflammatory complications.

Keywords: colostomy, disconnected intestine, ultrasonic investigation, reconstructive-regenerative operation.

Актуальность. Несмотря на появление современных методов диагностики и лечения заболевания толстой кишки, частота наложения кишечной стомы не имеет тенденции к снижению и достигает до 45% случаев от всех пациентов, которые перенесли операции в экстренном порядке [4, 5]. Наличие кишечной стомы, помимо постоянного психического влияния на больных, также не лишено осложнений в области энтеро- или колостом как в раннем послеоперационном периоде, так и в более поздние сроки после операции, что затрудняет процесс проведения реабилитации этого контингента больных [5]. Кроме того, длительное существование кишечника в изолировании от акта пищеварения приводит к развитию морфофункциональных и дисбиотических патологических процессов на данном участке кишки, что при неполноценной её подготовке к проведению реконструктивно-восстановительной операции может стать причиной развития неблагоприятного исхода [1-3].

Необходимо отметить, что патологические процессы в изолировании от акта пищеварения на участке кишки развиваются последовательно, и прежде всего зависят от сроков её отключения [3, 4]. В случае нахождения кишечника в изолированном от акта пищеварения состоянии, в сроке до 6 месяцев наблюдается преобладание поверхностных изменений в виде дистрофических процессов, нарушения микроциркуляции и лимфооттока в его слизистой оболочке, что в дальнейшем вызывает развитие вторичных склеротических изменений. При наложении колостомы в сроке более 6 месяцев отмечаются более выраженные склеротические изменения с редукцией лимфоидных фолликулов, уплощение колоноцитов в отключенной кишке, которое охватывает другие слои стенки данного участка кишечника, что является одним из основным фактором развития гнойно-воспалительных осложнений после реконструктивно-восстановительных операций, которые по данным литературы, достигают до 47% случаев [1, 4].

Вышесказанные обстоятельства показывают зависимость функционального состояния отклю-

ченной петли кишечника от времени наложения стомы, по мере увеличения которого происходит постепенное снижение его сократительной способности, что затрудняет процессы восстановления моторно-эвакуаторной функции отключенного кишечника при восстановлении непрерывности кишечника и может негативно влиять на исход хирургической реабилитации этих больных.

Учитывая вышесказанное, ряд авторов подчеркивают необходимость дальнейшего изучения вопросов, касающихся методов подготовки отключенной петли кишечника, а также оценки степени её готовности к проведению реконструктивно-восстановительной операции у колостомированных больных.

Цель исследования. Улучшить результаты оценки готовности, отключенной петли кишки к восстановлению непрерывности кишечного тракта.

Материал и методы. Мы располагаем опытом восстановительных операций у 79 больных с конечным кишечным стомом, которые были госпитализированы в Государственное учреждение «Клиническая больница скорой медицинской помощи города Душанбе» для проведения реконструктивно-восстановительных операций. Мужчин было 52 (65,8%), женщин - 27 (34,2%), возраст больных колебался от 19 до 77 лет. В трудоспособном возрасте были 63 (79,7%) больных.

При изучении причин, по поводу которых была наложена кишечная стома, установлено превалирование заворота сигмовидной кишки - 41 (51,9%) случай (табл. 1). В двух случаях у больных имелась двуствольная колостома. В одном случае превентивная стома была наложена при ликвидации пузырно-прямокишечного свища, а в другом такая же стома была наложена после ушивания раны прямой кишки. Следует отметить, что в обоих случаях на сохраненном участке стенки кишки образовались шпоры, которые стали причиной препятствия попаданию содержимого приводящей петли к отводящему и нахождению отводящей петли в нефункционирующем состоянии.

Таблица 1

Причины формирования колостомы

Причины	Количество	%
Заворот сигмовидной кишки	41	51,9
Опухоль сигмовидной кишки	14	17,7
Опухоль ректосигмоидальной части прямой кишки	13	16,4
Несостоятельность толстокишечных анастомозов	3	3,8
Травма сигмовидной кишки	3	3,8
Слепо-сигмовидные узлообразования	2	2,5
Травма поперечной кишки	1	1,3
Пузырно-прямокишечный свищ	1	1,3
Травма прямой кишки	1	1,3
Всего	79	100

С целью оценки эффективности метода предоперационной подготовки все больные были разделены на основную и контрольную группы. В основную (первую) группу включены 26 больных, которым предоперационная подготовка отключенной петли кишки проведена по разработанному нами в клинике методу; контрольную (вторую) группу составила 53 больных, которым подготовка вышесказанной петли кишки проведена обычной очистительной клизмой.

Способ восстановления непрерывности кишечника зависел от характера наложенной кишечной стомы (табл. 2).

Для диагностики заболеваний всем больным эффективно использовали общеклинические и биохимические исследования крови, общий анализ мочи, УЗИ, проктографию, фистулографию, ректороманоскопию, видеолапароскопию и патогистологическое исследование.

Таблица 2

Способы восстановления непрерывности кишечника

Метод операций	Кол-во больных	%
Ликвидация превентивной трансверзостомы	1	1,3
Ликвидация превентивной Сигмостомы	2	2,5
Трансверзоректоидальный анастомоз	3	3,8
Десцендосигмоидальный анастомоз	6	7,6
Десцендоректоидальный анастомоз	11	13,9
Сигморектоидальный анастомоз	13	16,4
Сигмосигмоидальный анастомоз	43	54,5
Всего	79	100

Статистическая обработка материала произведена методом разностной вариационной статистики (Ойвин А.И., 1996) на компьютере Pentium IV.

Результаты исследований и их обсуждение.

Больным основной группы (n= 26) с целью проведения целенаправленной и более адекватной предоперационной подготовки отключенной части кишки (восстановление тонуса и снятие воспалительных явлений в стенке кишки) предоперационная подготовка проведена по предложенной нами в клинике методике. Этим больным в течение 10-15 дней проведена ежедневная гидростимуляция выключенной от акта пищеварения участка кишечника путём введения жидкости через задний проход (как клизмы) вовнутрь данной кишки. Гидростимуляцию и механическую очистку отключенной кишки производили с помощью настоя ромашки, зверобоя и фурацилина. Стимуляция кишечника при использовании данной методики происходит за счёт растяжения её стенки под воздействием жидкости, введённой в её просвет. Максимальный объём вводимой жидкости внутрь кишечника при сохранении части сигмовидной кишки в отводящей петле кишечника (n= 19) достигал 350-800 мл, а при наличии только культи прямой кишки (n=7) этот объём составлял около 200-350 мл. Время прекращения введения жидкости внутрь кишечника определяли началом появ-

ления ощущения распираания кишечника, при появлении которого закрывали конец трубки для профилактики истечения жидкости из просвета кишечника в течение 20-30 сек. По достижении этого времени производили опорожнение кишечника и через 20 секунд повторяли данную процедуру. В общем, производили 10-15 таких процедур по 2 раза в сутки. Продолжительность подготовки отключенной петли кишки по данной методике составляла 10-15 дней.

С целью проведения сравнительной оценки результатов эффективности предложенного метода и традиционного метода подготовки отключенной части кишечника, которые оценивали по времени появления и частоте перистальтических движений, степени увеличения диаметра кишечника, использовали ультразвуковые исследования, проведённые непосредственно после процедуры через каждые 4-5 дней (рис.), а также патогистологические исследования биоптатов, которые были взяты в ходе проведения реконструктивно-восстановительных операций из культи отключенной кишки, результат которых соответствовал данным УЗИ.

Больным контрольной группы (n=53) подготовка отключенной кишки проведена традиционным методом, т.е. очистительной клизмой по 2 раза в день.

При оценке полученных результатов установлено, что у больных основной группы

в большинстве случаев отмечалось более раннее появление перистальтических движений отключенного отдела кишечника и более выраженное увеличение его диаметра (на 5-8 сутки перистальтические движения достигали до 2 раз в минуту, а на 12-15 день - до 3 раз в

минуту, увеличение диаметра в среднем составляло 2,3 см), по сравнению с больными контрольной группы (перистальтические движения на 12-15 сутки достигали до 2 раз в минуту, а увеличение диаметра кишечника - до 1,6 см).



А. Б.

Ультразвуковая оценка результата предоперационной подготовки прямой кишки
(А - до подготовки, диаметр 4 см; Б - после подготовки, диаметр 6 см)

Следует отметить, что наилучшим условием для более эффективного проведения ультразвуковой оценки отключенной кишки считали наличие длины кишечника более 15 см и проведение исследования при полном мочевом пузыре.

В ходе сравнительной оценки полученных результатов цитогамм биоптатов колостомированных больных, оперированных по поводу опухолевых и неопухолевых заболеваний толстого кишечника, при идентичной длительности наличия стомы выявлено превалирование клеточных элементов воспаления у опухолевых больных. Также имеются различия УЗ данных этих двух групп больных. Выявлено более позднее появлении перистальтических движений кишечника у больных с онкопроцессами.

В раннем послеоперационном периоде всем пациентам проведено УЗИ для определения состояния кишечника и раннего выявления послеоперационных осложнений. В 17 (32,1%) случаях у больных, получивших предоперационную подготовку отключенной кишки путём очистительной клизмы, установлены признаки наличия выраженного пареза кишечника (расширение петли кишки, ослабление перистальтики, наличие жидкости в просвете кишки) и в 6 (11,3%) случаях - признаки несостоятельности наложенного анастомоза (ослабление перистальтики, расширение петли кишки выше анастомоза, наличие свободной жидкости в брюшной полости вблизи наложенного анастомоза). В группах, получивших подготовку по предложенным нами методам, признаки выраженного пареза кишечника были установлены только в 2 (7,7%) случаях. Несостоя-

тельность наложенного анастомоза у этой группы больных наблюдалась только у 1 (3,8%) пациентки.

Заключение. Таким образом, ультразвуковое исследование при оценке результатов эффективности предоперационной подготовки отключенной петли кишечника и степени ее готовности к проведению реконструктивно-восстановительной операции больным с колостомой является высокоинформативным методом, способствующим снижению частоты послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, что, по данным литературы, достигает 47% случаев.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Ардатская М.Д., Китчиева Г.М., Ачкасов С.И. Роль микрофлоры в развитии колита отключенных отделов толстой кишки // Клинический вестник.- 2011.- №3.- С. 48-54
2. Багишев Р.А. Кривигина Е.В., Жигаев Г.Ф. и др. Диверсионный колит// Сибирский медицинский журнал.- 2014.- №5.- С.119-121
3. Воробьев Г.И., Жученко А.П., Филон А.Ф. и др. Колит отключенной толстой кишки// Новости колопроктологии.- 2008.- №5.- С.65-70
4. Митьков В.В. Влияние подготовки пожилого пациента к проведению ультразвукового исследования органов брюшной полости на качество диагностики // Гастроэнтерология. Приложение к журналу Consilium Medicum.- 2012.- № 2.- С. 10-11.
5. Султонов Ш.Р., Пулатов Х.К., Шерназаров И.Б., Рахмонов Ш.Д., Дододжонов Ю.Т., Атоев И.К., Гуриев Х.Д. Лечение перистомальных осложнений у детей с наружными искусственными тонкокишечными

REFERENCES

1. Ardatskaya M. D., Kitchieva G. M., Achkasov S. I. Rol mikroflory v razviti kolita otklyuchennykh otdelov tolstoy kishki [The role of microflora in the development of the colitis of disconnected parts of the colon]. *Klinicheskiy vestnik – Clinical herald*, 2011, No. 3, pp. 48-54.
2. Bagishev R. A. Krivigina E. V., Zhigaev G. F. Diversionnyy kolit [Subversive Colitis]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal – Siberian medical journal*, 2014, No. 5, pp. 119-121.
3. Vorobev G. I., Zhuchenko A. P., Filon A. F. Kolit otklyuchennoy tolstoy kishki Colitis of the disconnected colon. *Novosti koloproktologii - News of Coloproctology*, 2008, No. 5, pp. 65-70.
4. Mitkov V. V. Vliyaniye podgotovki pozhilogo patsienta k provedeniyu ultrazvukovogo issledovaniya organov bryushnoy polosti na kachestvo diagnostiki [The effect of training an elderly patient for the ultrasound examination of abdominal organs on the quality of diagnosis]. *Gastroenterologiya. Prilozhenie k zhurnalu Consilium Medicum - Gastroenterology. The Supplement to the journal Consilium Medicum*, 2012, No. 2, pp. 10-11.
5. Sultonov Sh. R., Pulatov Kh. K., Shernazarov I. B., Rakhmonov Sh. D., Dododzhonov Yu. T., Atoev I. K., Guriev Kh. D. Lechenie peristomalnykh oslozhneniy u detey s naruzhnymi iskusstvennymi tonkokishechnymi svishchami [Treatment of peristomal complications in children with external artificial intestinal fistulas]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2017, No. 3, pp. 313-319.

**Ҳ.Ш. Назаров, К.М. Қурбонов, М.С. Сафаров,
Х. З. Факиров, Ҷ. С. Ҳалимов**

ИМКОНОТИ ТАШХИСИ УЛТРАСАДОӢ ДАР ҚАРАӢНИ БАӢОГУЗОРИ БА НАТИҚАИ ТАӢӢРНАМОИИ ҚИСМАТИ РӢДАИ АЗ ФАОЛИЯТ БОЗМОНДА БАРОИ БАРҚАРОРНАМОИИ БЕФОСИЛАГИИ РӢДА

Мухимият. Мавҷудияти носури рӯдавӣ на танҳо боиси ҳамеша дар зерӣ фишори рӯҳӣ қарор доштани ин гурӯҳи беморон мегардад, балки дар атрофи энтеро ва ё колостома метавонанд оризаҳои гуногун ба вучуд ояд, ки сабаби мушкิลшавии барқароршавии ин беморон

мегарданд. Бо зиёдшавии вақти дар ҳолати ғайрифатолият қарор доштани ҳалқаи рӯда тағйиротҳои морфофункционалӣ ва дисбиотики зиёдтар мегарданд, ки зимни дуруст ба ҷарроҳӣ тайёр накардани он сабаби сар задани оқибатҳои нохуши ҷарроҳии барқарорнамоию реконструктивӣ мешаванд. Ин ҳолат аз ҳалталаб будани масъалаи тайёрнамоии ҳалқаи рӯдаи фатолият муваққатан боздоштасуда ва баҳогузори ба ҳолати то ҷӣ андоза ба амалиёти ҷарроҳӣ тайёр будани он шаҳодат медиҳад.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Мақолаи пешниҳодгардида натиҷаи таҳҳис ва табобати 79 бемори колостомадоштаро дар бар мегирад. Синну соли беморон аз 19 то 77 соларо таҳҳил намуд. Занон - 27 (34,2%) ва мардон 52 (65,8%)-ро таҳҳил намуданд. Зимни тадқиқот таҳҳили умумӣ ва биокимиявии хун, таҳҳили умумии пешоб, ТУС, ректоромоноскопия, фистулография, проктография, таҳҳиси патолгистологӣ ва дар ҳолатҳои зарурӣ таҳҳиси видеолапароскопӣ истифода гардиданд.

Мақсади тадқиқот. Беҳтарнамоии натиҷаҳои баҳогузори сатҳи тайёр будани ҳалқи рӯдаи фатолият муваққатан боздоштасуда барои барқарорнамоии бефосилагии рӯдаҳо.

Натиҷа. Ҳангоми баҳогузори бо истифода аз ТУС ба сатҳи тайёр будани ҳалқи рӯдаи фатолият муваққатан боздоштасуда барои барқарорнамоии бефосилагии рӯдаҳо аломатҳои ултрасадоии беҳтаршавии ҳолати функционалӣ ва девораи рӯда баҳогузори гардид, ки вақти гирифтани мавод аз ин ҳалқаи рӯда барои гузаронидани таҳҳиси патолгистологӣ натиҷаи он ба натиҷаи ТУС мувофиқ омаданд. Инчунин дар бемороне, ки зимни ТУС нисбатан беҳтаршавии ҳолати рӯда то ҷарроҳӣ нишон дода шуда буд, оризаҳои баъдиҷарроҳӣ камтар ба мушоҳида расиданд. Натиҷаҳои бадастомада нишон доданд, ки истифодаи усули нави баҳогузори бо истифодаи дастгоҳи ултрасадоӣ усули баландмаълумот ба ҳисоб меравад, ки ба кам намудани миқдори аворизи баъдиҷарроҳӣ дар ин гурӯҳи беморон боис мегардад.

Қалимаҳои қалидӣ: колостома, рӯдаи фатолият боздоштасуда, таҳҳиси ултрасадоӣ, ҷарроҳии тармиму барқарорнамоӣ.

УДК 612.015; 612.12-074-053.7

В.В. Николаева, А.Т. Ашуров, А.М. Бахромов, И.У. Файзилов

ДЕРМАТОГЛИФИКА И БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У ЮНОШЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП ВАХШСКОЙ И ГИССАРСКОЙ ДОЛИН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

Николаева В. В. - ассистент кафедры биоорганической и физколлоидной химии ТГМУ им. Абуали ибн Сино; e-mail: niko73@list.ru

Цель исследования. Изучение этнических особенностей местного населения на основе изучения кожных рельефов кистей рук и анализ взаимосвязи признаков пальцевой дерматоглифики с группами крови системы ABO.

Материал и методы исследований. Объектами исследования были студенты-первокурсники обоего пола в возрасте 17-22 лет, прибывшие на обучение в ТГМУ им. Абуали ибн Сино. Отпечатки пальцев определены на основе появления ребристых линий и классифицировались в *L* - петли, *W* - завитки и *A* - арки. Группы крови анализированы путём размещения капли крови на предметное стекло и обработки антисывороткой. Исследование проводилось в Центральной научно-исследовательской лаборатории на основе принципа добровольности.

Результаты исследований и их обсуждение. В Республике Таджикистан проживают люди разных национальностей, но большую часть составляют таджики и узбеки, поэтому для сравнения группы крови и дерматоглифики изучены параметры этих двух национальностей.

Заключение. Пальцевые узоры таджиков обеих долин отличаются незначительно. Небольшая разница пальцевых узоров выявлена среди мужчин таджиков и узбеков Гиссарской долины. Значительное отличие в пальцевых узорах Гиссарской и Вахшской долины выявлены среди женщин, с преобладанием ульнарных петель у женщин Вахшской долины.

Ключевые слова: дерматоглифика, пальцевые узоры, группа крови, тенар, фенотип, этнотерриториальные группы.

V.V. Nikolaeva, A.T. Ashurov, A.M. Bakhromov, I.U. Fayzilov

DERMATOGLYPHICS AND BIOCHEMICAL INDICATORS OF BLOOD AT YOUTH OF VARIOUS ETHNIC GROUPS OF THE VAKHSH AND HISOR VALLEYS OF TAJIKISTAN

Avicenna Tajik state medical university, Dushanbe, Tajikistan.

Nikolaeva V. V. - Assistant of the Department of Bioorganic and Physicolloid Chemistry of TSMU named after. Abuali ibn Sino; e-mail: niko73@list.ru

Aim. To investigate ethnic features of the local population according to skin relief of hands and the analysis of interrelations between finger dermatoglyphic and ABO system blood groups.

Material and methods. The research focused on TSMU first-year students of both sexes at the age of 17-22 years. Fingerprints were determined on the basis of patterns and were classified as *L*-loop, *W*-whorl, and *A*-arches. Blood groups were analyzed by placing a drop of blood on a slide and processing it by anti-serum. The research was performed in the Central research laboratory.

Results. A significant amount of Tajikistan population is formed by Tajik and Uzbek nationalities. That is why the parameters of these two nationalities were assessed during the study.

Conclusions. The results of the research revealed that fingerprints of Tajiks of both valleys differ slightly. The minor difference of fingerprints was revealed among the male population of Tajiks and Uzbeks of Hisor valley. Considerable difference of fingerprints in Hisor and Vakhsh valleys with a prevalence of ulnar loops of Vakhsh valley representatives was revealed in a female population.

Keywords: dermatoglyphic, finger patterns, blood group, thenar, phenotype, ethnoterritorial groups.

Актуальность. Дерматоглифические особенности и группы крови всегда интересовали исследователей, так как данные, полученные в этом направлении, можно применять в биологии, расоведении, криминалистике, медицине и пр. [7, 8]. Несмотря на то, что на Земле нет людей с абсолютно одинаковыми отпечатками пальцев, стоп или ладоней, все же исследователям удалось провести некую аналогию среди такого огромного разнообразия рисунков, линий и изгибов, а вот группы крови и резус-фактор, например, более скромны в своих разнообразиях [1]. Казалось бы, рисунки и узоры рук одного и того же человека должны совпадать, но нет, и тут проявилось разнообразие генетики – даже узоры на пальцах однойцовых близнецов не совпадают [2]. С группой крови немного проще, но не надо ее недооценивать [5, 6]. Поскольку механизм передачи кожных узоров по наследству пока еще до

конца не изучен, по некоторым данным, на характер пальцевых и ладонных узоров оказывает влияние цитоплазматическая наследственность матери, по другим данным – полигенная наследственность [3, 4].

Дерматоглифические показатели местного населения Таджикистана изучены недостаточно. Сравнительные характеристики дерматоглифики и групп крови также мало изучены. Кожные рисунки и группа крови могут сказать нам о многих физиологических и расовых признаках, по ним можно описать характер человека, а также применять при изучении различных заболеваний и их профилактики, в криминалистике [7, 9], изучать этнические особенности населения, и потому исследование представляется актуальным.

Цель работы. Изучение этнических особенностей местного населения на основе изучения

кожных рельефов кистей рук и анализ взаимосвязи признаков пальцевой дерматоглифики с группами крови системы АВО.

Материал и методы исследований. Объектами исследования служили студенты-первокурсники обоего пола в возрасте 17-22 лет, прибывших на обучение в ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Отпечатки пальцев были определены на основе появления ребристых линий и классифицировались в L-петли, W-завитки и А-арки. Группы крови анализированы путём размещения капли крови на предметное стекло и обработаны антисывороткой. Исследование проводилось в Центральной научно-исследовательской лаборатории на основе принципа добровольности.

Результаты собственных исследований и их обсуждение. В нашей республике проживают люди разных национальностей, но большую численность составляют таджикская и узбекская национальности, поэтому для сравнения группы крови и дерматоглифики изучены параметры этих двух национальностей.

Проведя исследование и анализ полученных данных, нам удалось выяснить, что в популяции таджиков и узбеков Гиссарской и Вахшской долин чаще встречаются петли (табл. 1), что говорит о древности происхождения этих этнических групп.

Количество ульнарных петель у мужчин-таджиков Гиссарской и Вахшской долин на левой руке составило разницу в 2,2%, на правой руке – 6,9%. При анализе петель на левой руке узбеков Гиссарской и Вахшской долин выявились следующие данные: у мужчин на левой руке

разница составила 1,1%, на правой – 8,2%. Данные по изучению и сравнению петель у таджиков и узбеков мужчин Гиссарской долины показали, что у узбеков на левой руке петли встречаются чаще на 0,6%, на правой – на 1,1%. В Вахшской долине у мужчин таджиков, по сравнению с узбеками, петли встречаются чаще на 4,3% и 0,2%, а у узбеков Вахшской долины – чаще на 11,3% и 18,3% соответственно.

Согласно таблице 1, завитки на левой руке мужчин-таджиков обеих долин встречаются примерно одинаково часто, а вот у узбеков Вахшской долины, по сравнению с узбеками Гиссарской долины и таджиками обеих долин, количество завитков превышает на 4,5%. На правой руке завитки у мужчин-таджиков Вахшской долины встречаются на 8% чаще, чем у мужчин Гиссарской долины.

Во всех этно-территориальных группах наиболее редко встречается центральный тип расположения основной петли. Ульнарная петля встречается чаще у узбеков Вахшской долины (40,32%). У представителей Гиссарской долины эти показатели ниже и составляют 31,11%, при этом отсутствие основной петли также чаще встречается среди мужчин Гиссарской долины (19,26%).

Наиболее часто высокое положение петли наблюдается у представителей узбекской национальности – 65,59%, по сравнению с таджиками обеих долин (60,93% и 56,25% соответственно). Низкое положение петли имеет место соответственно у мужчин узбеков Вахшской долины (19,81%).

Таблица 1

Распределение узоров на пальцах изучаемых долин

Исследованная группа		N	Мужчины							
			Левая рука				Правая рука			
			A+T	R	U	W	A+T	R	U	W
Гиссарская долина	Таджики	77	7,0	1,3	63,1	28,6	5,7	2,3	54,5	37,4
	Узбеки	27	3,7	2,2	63,7	30,3	3,0	5,9	55,6	35,5
Вахшская долина	Таджики	55	2,9	1,8	66,9	28,4	4,0	2,9	47,6	45,4
	Узбеки	46	2,2	0,4	62,6	34,8	3,0	2,6	47,4	47,0

Таким образом, установлено, что значимые различия при этно-территориальном распределении выражены по расположению и отсутствию основной петли. По типу же петли значимых различий не наблюдается.

На гипотенаре у лиц мужского пола процентные соотношения встречаемости ульнарной петли различаются незначительно - 24,40%. Встречаемость двойной петли и завитка практически одинакова и составляет 6,0%, двойные петли в случае завитковых узоров составляют 3,7%.

Распределение ульнарных петель превалирует у мужчин узбекской национальности на

правой руке, а у лиц обеих национальностей - на обеих ладонях одновременно.

Каких-либо особенностей этно-территориального полиморфизма в проявлении сложного рисунка тенара нами не выявлено.

Результаты исследований показали (табл. 2), что существует связь между отпечатками пальцев и группой крови. У юношей с В (III) группой крови встречаются завитковые узоры. У лиц с АВ (IV) группой крови встречаются завитки, но у узбеков также имеются арки. Соответственно, дерматоглифика может помочь в использовании отпечатков пальцев при определении группы крови и наоборот.

Таблица 2

Распределение групп крови в различных этнических группах в процентах

Группа крови	Таджики	Узбеки
O (I)	17 (30%)	3 (30)
A (II)	19 (35%)	3 (30%)
B (III)	11 (20%)	4 (40%)
AB (IV)	8 (15%)	0

Заключение. По результатам исследования выявлено, что пальцевые узоры таджиков обеих долин отличаются незначительно. Небольшая разница пальцевых узоров выявлена среди мужчин таджиков и узбеков Гиссарской долины. Значительные отличия в пальцевых узорах жителей Гиссарской и Вахшской долин выявлены у женщин, с преобладанием ульнарных петель у женщин Вахшской долины.

Изучая распространение факторов различных систем групп крови, можно оценить степень смешения представителей различных рас и национальностей (особенно, когда это не заметно по фенотипу – визуально); установить родство (или, наоборот, эволюционную удаленность) отдельных популяций, этнических групп; проследить пути расселения человека по территории земного шара и т.п. Знание частоты встречаемости групп крови в тех или иных территориальных группах необходимо для создания банков крови для этих территорий.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 9 см. в REFERENCES)

1. Ашуров А.Т. и др. Генетико-биохимические и этнические особенности по группам крови и резус-факторам у лиц молодого возраста Вахшской долины // Вестник педагогического университета. - Душанбе. - 2013. - №3 (52). - С. 119 – 122.2.
2. Божченко А.П., Ригонен В.И. Дифференциально-диагностические особенности папиллярных узоров пальцев рук русского и некоторых среднеазиатских народов // Судебная экспертиза. - 2017. - № 1 (49). - С. 19-29.
3. Божченко А.П., Ригонен В.И., Чистикин А.Н. Дерматоглифика пальцев рук русских и ненцев

(сравнительный анализ дифференциально-диагностические критерии) // Медицинская наука и образование Урала. - 2016. - Т.17, № 4. - С. 25-27.

4. Волоцкой М.В. Генетика кожного рельефа // Антропологический журнал. - Москва. - 1987. - № 4.

5. Донсков С.И., Мороков В.А. Группы крови человека. - М., 2007. - С. 270-273

6. Еремин Д.Н. Применение дерматоглифических исследований в решении следственных задач при расследовании преступлений, связанных с экстремизмом // Вестник БФУ им. И. Канта. - 2011. - № 9. - С. 167

7. Кадырова М.М., Жадырова М.М., Строкина А.Н., Егорова В.Ф. Особенности антропометрических признаков женщин узбечек // Усовершенствование охраны труда в народном хозяйстве республик Средней Азии. - 2001. - С.12-17.

8. Мухамадиева С.М., Сабирова Г.А., Пулатова А.П. Физическое развитие и гинекологический статус у девочек и девушек с гельминтными инфекциями при йоддефицитных заболеваниях // Вестник последилового образования в сфере здравоохранения. - 2015. - № 2. - С. 42-45.

REFERENCES

1. Ashurov A. T. Genetiko-biokhimicheskie i etnicheskie osobennosti po gruppam krovi i rezus-faktoram u lits mladogo vozrasta Vakhshskoy doliny [Genetic-biochemical and ethnic features by blood groups and Rh factors in young people of the Vakhsh valley]. *Vestnik pedagogicheskogo universiteta - Herald of pedagogical University*, 2013, No. 3 (52), pp. 119 – 122.
2. Bozhchenko A. P., Rignonen V. I. Differentsialno-diagnosticheskie osobennosti papillyarnykh uzorov paltsev ruk russkogo i nekotorykh sredneaziatskikh narodov [Differential features of the hands finger papillary patterns of Russian and some Central Asian nations]. *Sudebnaya ekspertiza - Forensic examination*, 2017, No. 1 (49), pp. 19-29.

3. Bozhchenko A. P., Rigonen V. I., Chistikin A. N. Dermatoglyphika paltsev ruk russkikh i nentsev (sravnitelnyy analiz differentsialno-dagnosticheskie kriterii) [Dermatoglyphics of the hand fingers in Russians and Nenets (comparative analysis of differential criterias)]. *Meditinskaya nauka i obrazovanie Urala - Medical science and education of Urals*, 2016, Vol. 17, No. 4, pp. 25-27.

4. Volotskoy M. V. Genetika kozhnogo relefa [Genetics of cutaneous relief]. *Antropologicheskii zhurnal - Anthropological journal*, 1987, No. 4.

5. Donskov S. I., Morokov V. A. *Gruppy krovi cheloveka* [Human blood groups]. Moscow, 2007. 270-273 p.

6. Eremin D. N. Primenenie dermatoglicheskikh issledovaniy v reshenii sledstvennykh zadach pri rassledovanii prestupleniy, svyazannykh s ekstremizmom [Dermatoglyphic research in solving investigative problems of crimes related to extremism]. *Vestnik BFU im. I. Kanta – Herald of Baltic Federal University named after I. Kant*, 2011, No. 9, pp. 167

7. Kadyrova M. M., Zhadyrova M. M., Strokina A. N., Egorova V. F. Osobennosti antropometricheskikh priznakov zhenshin uzbechk [Features of anthropometric signs of female Uzbeks]. *Usovershenstvovanie okhrany truda v narodnom khozyaystve respublik Sredney Azii - Improvement of labor protection in the national economy of The Central Asian republics*, 2001, pp. 12-17.

8. Mukhamadieva S. M., Sabirova G. A., Pulatova A. P. Fizicheskoe razvitie i ginekologicheskii status u devochek i devushek s gelmintnymi infektsiyami pri yoddefitsitnykh zabolevaniyakh [Physical development and gynecological status of girls with helminth infections during iodine-deficient diseases]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of postgraduate education in health care*, 2015, No. 2, pp. 42-45.

9. Minkin Viktor, ThimsLibb. Working paper. *Fingerprints Human Thermodynamics Journal*, 2007, pp. 454.

**В.В. Николаева, А.Т. Ашуров,
А.М. Бахромов, И.У. Файзилов**

ДЕРМАТОГЛИФИКА ВА НИШОНДИХАНДАХОИ ХУН ДАР ҶАВОНОНИ ГУРҶҲОИ МУХТАЛИФИ ЭТНИКИИ ВОДИҲОИ ВАХШУ ҲИСОРИ ҶТ

*Донишгоҳи давлати тиббии Тоҷикистон
ба номи Абӯалӣ ибни Сино*

Мақсади тадқиқот. Дар асоси омӯзиши рельефи пӯсти панҷаи дастон ва таҳлили алокаи мутақобилаи нишонаҳои дерматоглификаи ангушт, бо гурӯҳи хуни системаи АВ0, омӯзиши хусусиятҳои этникии аҳолии маҳаллӣ ба ҳисоб меравад.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Донишҷӯёни соли авали ҳар ду ҷинс, дар синни аз 17 то 22, ки барои таҳсил ба ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино омадаанд, мавриди таҳқиқ қарор гирифтанд. Изи ангуштон дар асоси пайдо шудани хати тегадор муайян ва ба L- ҳалқа, W-печубоҳо ва A-равок тасниф шуданд. Гурӯҳи хун бо роҳи ҷойгир намудани катраи хун ба шишаи предметӣ таҳлил ва бо зидди зардобӣ қор қарда шуд. Тадқиқот дар лабораторияи маркази илмӣ-тадқиқот дар асоси принципи ихтиёрӣ ба амал оварда шуд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар ҷумҳурӣ одамони миллатҳои гуногун басар мебаранд, вале миқдори асосиро миллати тоҷику ўзбек ташкил медиҳанд. Аз ин рӯ, барои муқоисаи гурӯҳи хун ва дерматоглифика қимати хуни ин ду миллат мавриди омӯзиш қарор дода шуд.

Хулоса. Натиҷаи тадқиқот нишон дод, ки нақши ангуштони тоҷикони ҳар ду водӣ каме фарқ мекунад. Фарқияти ками нақши ангуштон дар миёни мардони ва ўзбекони водӣ Ҳисор мушоҳида гардид. Фарқияти бештаре дар мавриди нақши ангуштони водӣҳои Ҳисору Вахш дар занҳо ошкор гардид ва афзалият, дар ҳалқаҳои улнарий, насиби занҳои водӣҳои Вахш гардид.

Қалимаҳои калидӣ: дерматоглифика, нақши ангуштон, гурӯҳи хун, тенар, фенотип, гурӯҳҳои этникӣ-минтақавӣ.

УДК 616.379.008.64 (575.3)

¹Н.С. Сафаров, ²Н.Д. Мухиддинов, ¹Б.М. Хафизов, ¹А.П. Худойодов

АУТОДЕРМОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

¹Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²ГОУ ИПО в СЗ РТ

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения синдрома диабетической стопы (СДС) путем аутодермопластики.

Материал и методы исследований. В Центре эндокринной и гнойно-септической хирургии на базе ГУ ГМЦ №3 г. Душанбе под наблюдением находились 56 больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы после трансметатарзальной ампутации, осложнившейся некрозом оставленных кожно-фасциальных лоскутов. Мужчин было 34 (60,7%), женщин – 22 (39,3%). Возрастной спектр колебался от 30 до 54 лет.

Результаты исследований и их обсуждение. У всех 56 больных некрозом оставленных кожно-фасциальных лоскутов культи стопы по мере очищения ран от некротических масс и появления здоровых грануляций произведено пластическое замещение дефектов свободным, перфорированным полнослойным кожным лоскутом толщиной от 0,2 до 0,4 мм, взятым с передненаружной поверхности бедра. Измеряли $TcpO_2$ до пластики на уровне стопы. У этих больных $TcpO_2$ находилось в пределах 31-42 мм рт.ст. (среднее значение $35,8 \pm 2,4$ мм рт.ст.). После пересадки лоскут фиксировали к культе узловыми кетгутовыми швами. Хорошая фиксация аутотрансплантата в ране является необходимым условием его приживления. При этом первую перевязку больным производили через трое суток, в течение всего времени повязку смачивали раствором декасана. В 36 (64,3%) случаях отмечено полное приживление трансплантата, в 16 (28,6%) - частичное приживление и лишь у 4-х (7,1%) больных произошел полный некроз трансплантата.

Заключение. Органосохраняющие и функционально щадящие оперативные вмешательства следует проводить после ликвидации воспалительного процесса, что достигается комплексной консервативной терапией, а свободная аутодермопластика является операцией выбора для предотвращения развития порочной культи при осложненных формах синдрома диабетической стопы.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, хирургическое лечение, ампутация нижней конечности, аутодермопластика.

UDC 616.379.008.64 (575.3)

¹N.S. Safarov, ²N.D. Mukhiddinov, ¹B.M. Hafizov, ¹A.P. Hudoydodov

AUTODERMOPLASTY IN PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS OF THE DIABETIC FOOT SYNDROME

¹ Head of Department of General Surgery № 2 TGMU named by Abuali ibni Sino

²State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

Aim. To improve the results of surgical treatment of diabetic foot syndrome and evaluate the efficiency of the autodermoplasty.

Material and methods. 56 observed patients had complicated forms of diabetic foot syndrome after transmetatarsal amputation complicated by necrosis of the fasciocutaneous flap. The research was made on the basis of the Center for Endocrine and purulent-septic surgery at Dushanbe State clinical hospital №3. The research group consisted of 34 (60.7%) men and 22 (39.3%) women. The age of patients ranged from 30 to 54 years.

Results. After cleansing the necrotic masses of wounds and appearance of the granulations, plastic replacement of the defect with a free, perforated skin flap of 0.2 - 0.4 mm thickness that was taken from the anterior outer surface of a thigh, was performed. The $TcpO_2$ was measured before the plastic surgery at the level of the thigh. $TcpO_2$ was in the range of 31-42 mmHg (average 35.8 ± 2.4 mmHg). The flap was fixated to the stump by nodal catgut sutures. Good fixation of the autograft is necessary for its engraftment. The first bandage was made after three days. During this period bandage was irrigated by a solution of decasan. Full engraftment was observed in 36 (64,3%) cases. In 16 (28,6%) cases only partial engraftment and in 4 (7,1%) patients complete necrosis of the graft was observed.

Conclusion. Thus, the organ and functionality sparing surgery should be carried out after the elimination of the inflammatory process. It is achieved by complex conservative therapy where the free autodermoplasty surgery should remain a method of choice to prevent the faulty stump in complicated forms of diabetic foot syndrome.

Keywords: diabetic foot syndrome, surgical treatment, amputation of the lower limb, autodermoplasty.

Актуальность. Сахарный диабет (СД) рассматривается в настоящее время как неинфекционная пандемия, охватившая большинство стран мира. В настоящее время на нашей планете только по обращаемости насчитывается 366 млн. больных с СД (7% население всего мира), причем около 50% из них приходится на наиболее трудоспособный возраст 40-59 лет. Учитывая темпы распространения этого забо-

левания, эксперты Всемирной Диабетической Федерации прогнозируют, что количество больных с СД к 2030 г. увеличится в 1,5 раза и достигнет 552 млн. человек, т.е. будет болеть каждый 10-й житель планеты [1, 4].

Синдром диабетической стопы (СДС) - одно из грозных и наиболее частых осложнений СД, характеризуется возникновением хронических гнойно-некротических процессов

(трофических язв) на стопе с поражением кожи, мягких тканей и костно-суставного аппарата вследствие патологических изменений в периферической нервной системе (диабетическая нейропатия) и сосудистой системе (диабетическая ангиопатия). Возникновение СДС отмечается у 20-80% больных с СД от 20 до 75 лет, что значительно снижает качество жизни пациентов, с ним связана примерно треть госпитализаций больных с СД [1, 6, 8].

Одним из методов закрытия раневых дефектов является аутодермопластика свободным расщепленным лоскутом. Однако, по данным литературы, аутодермопластика для закрытия язвенных дефектов при СДС является недостаточным эффективным методом лечения [2, 3, 7]. Результат закрытия раневого дефекта не всегда успешен и технически труден на определенных отделах стопы. Риск отторжения трансплантата при этом, по данным различных авторов, составляет 10-30%. Кроме того, на фоне диабетической полинейропатии, микро- и макроангиопатии высок риск образования дополнительного хронического раневого дефекта в области взятия кожного лоскута. Так, по данным различных авторов, эпителизация донорских участков осложняется нагноением и длительным заживлением в 5-70% случаев [5, 7]. Длительное заживление донорских ран ведёт к образованию гипертрофических и келоидных рубцов [5]. Серьёзной причиной неудач трансплантации аутологичной кожи является отсутствие объективных методов адекватной оценки готовности раны к аутодермопластике, которая в настоящее время осуществляется лишь на основании клинической оценки состояния больного и визуальных признаков гранулирующей раны. В связи с перечисленными выше обстоятельствами необходим поиск новых методов лечения, направленных на ускорение заживления раневого дефекта при СДС.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения синдрома диабетической стопы (СДС) путем аутодермопластики.

Материал и методы исследований. В Центре эндокринной и гнойно-септической хирургии на базе ГУ ГМЦ №3 г. Душанбе под нашим наблюдением находились 56 больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы после трансметатарзальной ампутации, осложнившейся некрозом оставленных кожно-фасциальных лоскутов. Среди них мужчин было 34 (60,7%), женщин – 22 (39,3%). Возрастной спектр больных колебался от 30 до 54 лет. Для контроля эффективности лечения проводили динамическое микробиологическое и цитологическое исследования биоптатов тканей, изучили динамику течения раневого про-

цесса по клиническим признакам и состояния регионарной гемодинамики по данным ультразвуковой доплерографии, степени распространенности костной деструкции по данным рентгенографии стопы. Для оценки микроциркуляции и тканевого обмена на этапах лечения исследовали динамику транскутанного напряжения кислорода ($TcpO_2$) с помощью аппарата ТСМ-400 фирмы «Radiometer» (Дания). Прогноз возможности сохранения опорной функции стопы основывался также на комплексной оценке состояния артериального кровотока по данным ангиографии сосудов нижних конечностей, которую выполняли при помощи аппарата Simens (Германия).

Статистическая обработка выполнена с помощью прикладного пакета «Statistica 6.0» (Statsuft Inc., США). Высчитывали качественные показатели в виде долей (%), количественные показатели в виде среднего значения и его ошибки ($M \pm m$). Дисперсионный анализ проводили методом Вилкоксона. Различия были статистически значимыми при $p < 0,001$.

Результаты исследований и их обсуждение. В комплексное лечение больных СДС включены целенаправленная антибактериальная терапия, дезинтоксикационная, иммуностимулирующая, сахарокорректирующая, ангиотропная, общеукрепляющая терапии и препараты, улучшающие реологические свойства крови. По показаниям проводились плазмогемотрансфузия. Выраженная гиперкоагуляция, наблюдавшаяся у больных с ОФ СДС, требовала применения антикоагулянтов прямого действия (гепарин) в лечебных и профилактических дозах. Инфузионная терапия также была направлена на детоксикацию и нормализацию метаболических процессов и гомеостаза. Совокупность многофакторных и многоуровневых вариантов поражения сосудистого русла при СД обуславливает необходимость компенсации как углеводного обмена, так и использования медикаментозных средств, улучшающих кровоток и восстанавливающих функцию эндотелия и систему гемостаза. У 131 (36,3%) больного с ОФ СДС под местной анестезией произведена катетеризация нижней эпигастральной артерии параректальным доступом ниже пупка с использованием стерильных пластиковых катетеров с внутриартериальным введением лекарственных препаратов. Внутриартериально с помощью микродозного струйного насоса два раза в сутки вводили раствор вазопростана (соответствует 20 мкг алпростадилла) в 50 мл физиологического раствора в течение 3-х часов и 5,0 мл мексидола в течение 14 дней нахождения катетера. Оценка влияния комплексного лечения с применением вазопростана и мексидола на течение раневого

процесса проводилась на основании изучения данных динамики цитогрaмм раневых отпечатков на 1, 3, 7 и 14 сутки после оперативного вмешательства и на основании клинических признаков исследуемых групп. Уровень кровотока определяли в горизонтальном положении и при поднятой конечности. Микрокровоток на стопе считали компенсированным при показателях базального уровня $TcPO_2$ более 30 мм рт.ст. Заключительным этапом лечения больных является аутодермопластика дефектов кожи стопы. У всех 56 больных с некрозом оставленных кожно-фасциальных лоскутов культи стопы по мере очищения ран от некротических масс и появления здоровых грануляций произведено пластическое замещение дефектов свободным перфорированным полнослойным кожным лоскутом толщиной от 0,2 до 0,4 мм, взятым с передне-наружной поверхности бедра, и измеряли $TcPO_2$ до пластики на уровне стопы. У этих больных $TcPO_2$ находилось в пределах 31-42 мм рт.ст. (среднее значение $35,8 \pm 2,4$ мм рт.ст.). Показателем готовности раны послеоперационной культи к кожной пластике служило наличие равномерных зернистых сочных и достаточно плотных некровоточащих грануляций, с умеренным отделяемым и развитой периферической эпителизацией по краям раны. После пересадки лоскут фиксировали к культе узловыми кетгутовыми швами. Хорошая фиксация аутоотрансплантата в ране является необходимым условием его приживления. При этом первую перевязку больным производили через трое суток, и в течение всего этого времени повязку смачивали раствором декасана. В 36 (64,3%) случаях отмечено полное приживление трансплантата, в 16 (28,6%) случаях - частичное приживление и лишь у 4-х (7,1%) больных произошел полный некроз трансплантата. Приживление трансплантата было возможным только в условиях скорректированного углеводного обмена и улучшения регионарной гемодинамики, при наличии активно гранулирующей раневой поверхности. Основными противопоказаниями к выполнению аутодермопластики культи стопы были тяжелое общее состояние больных вследствие декомпенсации сахарного диабета, прогрессирование его осложнений и сопутствующих заболеваний. Сроки проведения аутодермопластики колебались от 21 до 86 дней. Частота первичных высоких ампутаций у больных с СДС составила 12,5%. Этапные высокие ампутации конечности после малых хирургических вмешательств выполнены лишь у 14 (3,8%) больных. Общая летальность после ампутаций составила 26 (46,4%). Основными причинами смерти больных были острая сердечно-сосудистая недостаточность и продолжающийся эндотоксикоз.

Заключение. Таким образом, органосохраняющие и функционально-щадящие оперативные вмешательства следует проводить после ликвидации воспалительного процесса, что достигается комплексной консервативной терапией, а свободная аутодермопластика является операцией выбора для предотвращения развития порочной культи при осложненных формах синдрома диабетической стопы.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 8 см. В REFERENCES)

1. Биниенко М.А., Коцлова А.А., Давыденко В.В., Власов Т.Д. Использование дермального эквивалента для ускорения заживления трофических язв при синдроме диабетической стопы // Вестник хирургии.- 2016.- Т. 175, № 5.- С. 63-68.
2. Винник Ю.С., Салмина А.Б., Дробушевская А.И., и др. Клеточные технологии и тканевая инженерия в лечении длительно не заживающих ран // Вестник эксперим. и клинической хирургии.- 2011.- №2.- С. 392-397.
3. Гостищев В.К., Липатов К.В., Комарова Е.А. и др. Дифференцированный подход к выбору кожной пластики операций у больных с хирургической инфекцией // Хирургия.- 2009.- №9.- С.19-24.
4. Дедов И.И., Шестаковой М. В., Сунцов Ю.И. и др. Результаты реализации подпрограммы «Сахарный диабет» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007-2012 годы» // Сахарный диабет.- 2013.- Т. 16, №25.- Спецвып. 2.- С. 2-16.
5. Зорин В.Л., Зорина А.И., Петракова О.С. и др. Дермальные фибробласты для лечения дефектов кожи // Клеточная трансплантология и тканевая инженерия.- 2009.- №4.- С.26-40.
6. Набиев М.Х., Абдуллоев Д.А., Хафизов Б.М. Комплексная оценка и коррекция состояния свертывающей системы крови у больных с синдромом диабетической стопы // Здравоохранение Таджикистана.- 2017.- № 3.- С. 55-61.
7. Ярец Ю.И., Новикова И.А. Лабораторный прогноз риска отторжения аутодермотрансплантата// Вестн. хир.- 2010.- №2.- С.34-38.

REFERENCES

1. Binienko M. A., Kotslova A. A., Davydenko V. V., Vlasov T. D. Ispolzovanie dermalnogo ekvivalenta dlya uskoreniya zazhivleniya troficheskikh yav pri sindrome diabeticheskoy stopy [Use of a dermal equivalent to accelerate the healing of trophic ulcers at diabetic foot syndrome]. *Vestnik khirurgii – Herald of surgery*, 2016, Vol. 175, No. 5, pp. 63-68.
2. Vinnik Yu. S., Salmina A. B., Drobushvskaya A. I. Kletochnye tekhnologii i tkanevaya inzheneriya v lechenii dlitelno ne zazhivayushchikh ran [Cell technologies and tissue engineering in the treatment of long-term healing wounds]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii – Herald of experimental and clinical surgery*, 2011, No. 2, pp. 392-397.
3. Gostishchev V. K., Lipatov K. V., Komarova E. A. Differentsirovanny podkhod k vyboru kozhnoy plastiki operatsiy u bol'nykh s khirurgicheskoy in-

fektsiye [A differentiated approach to the choice of cutaneous surgery in patients with surgical infection]. *Khirurgiya – Surgery*, 2009, No. 9, pp.19-24.

4. Dedov I. I., Shestakov M. V., Suntsov Yu. I. Rezultaty realizatsii podprogrammy «Sakharnyy diabet» federalnoy tselevoy programmy «Preduprezhdenie i borba s sotsialno znachimymi zabolevaniyami 2007-2012 gody» [The results of the implementation of the subprogram "Diabetes mellitus" of the federal target program "Prevention and control of socially significant diseases 2007-2012"]. *Sakharnyy diabet - Diabetes*, 2013, Vol. 16, No. 25, Special issue 2, pp. 2-16.

5. Zorin V. L., Zorina A. I., Petrakova O. S. Dermalnye fibroblasty dlya lecheniya defektov kozhi [Dermal fibroblasts for the treatment of skin defects]. *Kletchnaya transplantologiya i tkanevaya inzheneriya - Cell transplantation and tissue engineering*, 2009, No. 4, pp. 26-40.

6. Nabiev M. Kh., Abdulloev D. A., Khafizov B. M. Kompleksnaya otsenka i korrektsiya sostoyaniya svyortyvayushchey sistemy krovi u bolnykh s sindromom diabeticheskoy stopy [Complex assessment and correction of the state of the coagulating system of blood in patients with diabetic foot syndrome]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2017, No. 3, pp. 55-61.

7. Yarets Yu. I., Novikova I. A. Laboratornyy prognoz riska otторzheniya autodermotransplantata [Laboratory prognosis of autoreceptor rejection risk]. *Vestnik khirurgii – Herald of Surgery*, 2010, No. 2, pp. 34-38.

8. Ismail K., Winkley K., Stahl D. at al. A cohort study of people with diabetes and their first foot ulcer: the role of depression n mortality. *Diabetes Care*, 2007, Vol. 30, No. 6, pp. 1473-1479.

**Н.С. Сафаров, Н.Д. Мухиддинов,
Б.М. Ҳафизов, А.П. Худойдодов
АУТОДЕРМОПЛАСТИКА ДАР ТАБОБАТИ
ЧАРРОҲИИ БЕМОРОНИ ШАКЛҲОИ
ОРИЗАНОКИ АЛОИМӢ ПОПАНЧАИ ДИАБЕТӢ**

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар намудани натиҷаҳои табобати чарроҳии бо алоими попанчаи диабетии бо роҳи тармими озоди пӯст.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар маркази эндокринӣ воқеъ дар МД МТШ №3 ш. Душанбе таҳти назорат 56 бемор қарор дошт, ки бо оризаҳои намудҳои алоими попанчаи диабетии баъди икҷои трансметатарзиали бо мавтшагии порчаи пусти фатсиали ва фасодию септики чарроҳии шуданд. Дар байни онҳо мардон буданд 34 (60,7%), занҳо -22 (39,3%). Сину солашон аз 30 то 54 сола буда аслан бо шакли нейропатии сироятнокшуда буданд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар ҳама 56 беморони оризаноки мавти порчаи гузашташудаи пусти фатсиали баъд аз тозашии захм аз бофтаҳои мавтшуда ва пайдо шудани бофтаҳои гранулясионии тармими озоди бисёрқабатаи порчаи пӯст ғафсиаш аз 0,2 то 0,4 мм ки аз қисмати пеши берунаи рон гирифта шуд ва муаянкуни ТсрО₂ дар сатҳи попанча тармим гузашта шуд. Дар ин беморон ТсрО₂ тақрибан то 31-42 мм.сут.сим. (нишондоди миёна 35,8±2,4 мм.сут.сим.) ташкил меод. Баъди кучонидани порчаи пӯст дар мунча бо дарзҳои қанда қандаи кетгути духта шуданд. Дар ин маврид бандинабандии якуми бемор баъди се рӯз иваз карда мемешавад, ва бандина аввал бо маҳлули декасан намнок карда меавад. Дар 36 (64,3%) ҳолатҳо пурра пайвандсозии бофтаҳои гузаронида ба назар мерасад ва 16 (28,6%) бошад қисман пайвандсозии бофтаҳо ва ҳамагӣ дар 4 (7,1%) ҳолат бошад мавтшагии пурраи пайванди пӯст ба назар расид.

Хулоса. Ҳамин тариқ амалиётҳои чарроҳии узвнигоҳдоранда ва вазифа-эҳтиёткунанда дар беморони шаклҳои оризаноки алоими попанчаи диабетӣ бояд баъди баргарафкунии раванди илтиҳобӣ, ки дар натиҷаи табобати комплекси консервативӣ ба даст меояд, гузаронида шавад, тармими озоди пӯст бошад амалиёти чарроҳии интиҳобӣ буда, барои пешгирии инкишофи мунчаи ноқис лозим аст.

Калимаҳои калиди: алоими попанчаи диабетӣ, табобати чарроҳӣ, ампутатсияи андомҳои поений, аутодермопластика.

УДК 669.245:612.089.61:616.31

Д.И. Хушвахтов, М.Ш. Мирзоев, Х.Т. Рашидов, С.А. Сафаров

**БИОСОВМЕСТИМЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПОЛОСТНЫХ
ОБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ «ИПОВСЗ РТ»

Хушвахтов Додарджон Иззатович – асс. кафедры челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ «ИПОВСЗ РТ», к.м.н.; г. Душанбе, ул. С. Носиров, дом 3;
тел.: + 992 777 07 85 44; + 992 987 56 44 44; e-mail: doctor62.62@mail.ru

Цель исследования. Оценить применение биосовместимых материалов нового поколения на основе никелида титана для устранения полостных образований костной ткани челюстно-лицевой области.

Материал и методы исследований. Проведен анализ результатов хирургического лечения 78 больных в возрасте от 18 до 55 лет с кистозными и доброкачественными образованиями челюст-

ных костей с использованием мелкогранулированного никелида титана в комбинации с богатой тромбоцитами плазмой крови и текстильной тонкопрофильной мембраной.

Результаты исследований и их обсуждение. У всех больных послеоперационный период протекал благоприятно. Значимых осложнений не наблюдали. Ближайший послеоперационный период сопровождался незначительной воспалительной реакцией в зоне вмешательства, которая у большей части ликвидировалась к 6-7 суткам, определялось первичное заживление ран. При повторном обследовании через 1 месяц и в последующие сроки наблюдения больные жалоб не предъявляли, слизистая оболочка в области оперативного вмешательства была бледно-розового цвета, без отека. Рентгенологическая картина через год у всех пациентов показала полное восстановление костного дефекта с органотипичным строением и минерализацией. Снижения высоты костной ткани не наблюдалось ни в одном случае, что очень важно для дальнейшей имплантологической реабилитации больных.

Заключение. Благодаря высоким интеграционным свойствам мелкогранулированного тканевого никелида титана в комбинации с богатой тромбоцитами плазмой (БТП) через 6-8 месяцев после его применения происходит полное восстановление костных структур в оперируемом участке за счёт исключительной остеогенной репарации, о чём свидетельствуют клинические и рентгенологические данные больных. Результаты применения данной технологии показали её высокую эффективность при устранении полостных образований костей челюстно-лицевой области и позволили рекомендовать как метод выбора.

Ключевые слова: одонтогенная киста, остеобластокластома, мелкогранулированный никелид титана, тонкопрофильная мембрана, тромбоцитарная плазма.

D. I. Khushvakhtov, M. Sh. Mirzoev, Kh.T. Rashidov, S. A. Safarov

BIOCOMPATIBLE MATERIALS FOR ELIMINATION OF CAVITARY FORMATIONS OF THE MAXILLOFACIAL AREA

Department of oral and maxillofacial surgery with pediatric dentistry of the Institute of postgraduate medical education of Tajikistan

Khushvakhtov Dodarjon Izzatovich - Candidate of Medical sciences, assistant of the Department of oral and maxillofacial surgery with pediatric dentistry of the Institute of postgraduate medical education of Tajikistan; Dushanbe, S. Nosirov Str.3, phone: + 992 777 07 85 44; + 992 987 56 44 44; e-mail: doctor62.62@mail.ru

Aim. To evaluate the use of biocompatible materials of a new generation based on nickelide-titan to eliminate cavitary formations of the maxillofacial region.

Material and methods. The research focused on the analysis of the surgical treatment results of 78 patients with cystic and benign formations of jaw bones. Granulated nickelid-titan in a combination with a platelet-rich blood plasma and textile thin-profile membrane was used in a complex therapy. The age of patients ranged from 18 to 55 years.

Results. All patients had a favorable postoperative period without significant complications. The nearest postoperative period was accompanied by a minor inflammatory reaction in the intervention zone, which was mostly eliminated within 6-7 days. Patients did not present complaints during the examination in one month and all subsequent examinations. The mucous membrane in the area of operative intervention was pale pink without soreness. X-ray picture a year later in all patients showed complete restoration of bone defect with organotypic structure and mineralization. The decrease of bone height was not observed, which is very important for further implant rehabilitation of patients.

Conclusion. Highly integrated fine-grained nickelide-titan tissue in a combination with platelet-rich plasma brings to complete restoration of the bone structure within 6-8 months. It happens due to exclusively osteogenic reparation that is supported by clinical and radiological data. This technology showed to be highly effective in eliminating the cavitary formations of the maxillofacial area and allows recommending it as a method of choice.

Keywords: odontogenic cyst, osteoblastoclastoma, fine-grained nickelide-titan, thin membrane, platelet plasma.

Актуальность. Хирургическое лечение кистозных и доброкачественных образований челюстных костей связано с образованием поло-

сти в костной ткани. Самостоятельное восстановление костных структур в образованных полостях происходит длительное время, от не-

скольких месяцев до нескольких лет. Порой эти процессы оказываются незавершенными, дефект заполняется лишь соединительной тканью и делает проведенное вмешательство неэффективным ввиду скорого возникновения рецидива заболевания и необходимости повторной операции [2].

С целью сокращения сроков восстановления полости образования костной ткани предлагается ее тампонада гипсом, йодоформенной турундой, кровавым сгустком, гемостатической губкой, а также используют ауто-, алло-, ксенотрансплантаты, полимерные и синтетические материалы [1, 3, 4]. Однако применение первых вызывает выраженные местные токсические и антигенные свойства, а вторых – проблемы, связанные с послеоперационным уходом за раной, сложностью их моделирования во время оперативного вмешательства. Многие из них, обладая остеокондуктивными свойствами, лишены остеоиндуктивных качеств [5].

Поэтому хирургическое вмешательство у данной категории больных заключается в использовании того или иного остеопластического материала, позволяющего оптимизировать процессы остеогенной регенерации в образованных после цистэктомии костных полостях.

В последние годы возрастает интерес к применению материалов нового поколения в комбинации с богатой тромбоцитами плазмой (БоТП), приготовленный из аутокрови самого пациента для заполнения различных полостных образований челюстно-лицевой области. Рядом авторов [4, 5] доказано наличие в ней фактора роста, который позволяет качественно совершенствовать процессы остеогенеза и сокращает время формирования костного регенерата.

В этой связи правильный выбор материала для заполнения и устранения костного дефекта играет ведущую роль для благоприятного исхода лечения и реабилитации больных.

Цель исследования. Оценить применение биосовместимых материалов нового поколения на основе никелида титана для устранения полостных образований костной ткани челюстно-лицевой области.

Материал и методы исследования. За период 2012-2017 гг. под нашим наблюдением находились 78 больных с кистозными и доброкачественными образованиями челюстных костей. Возраст больных варьировал от 18 до 55 лет. Среди обследованных женщин было 40 (51,3%), мужчин - 38 (48,7%). Из общего количества у 37 (47,4%) диагностированы радикулярные кисты, у 15 (19,2%) - фолликулярные кисты, у 4 (5,1%) - ограниченные остеобластомы и у 22 (28,2%) - кистогранулемы.

Всем пациентам проведены клинические, микробиологические обследования по стандартной схеме (общий анализ крови, группа крови и резус-фактор, биохимический анализ крови, коагулограмма, исследование крови на RW, HCV, HbS-антиген, ВИЧ-инфекцию).

Жалобы больных при поступлении сводились к наличию деформаций альвеолярного отростка челюсти, на нижней челюсти некоторых больных отмечали онемение нижней губы. При нагноении кист ухудшалось общее состояние, появлялись жалобы на боли и припухлость в зоне расположения кист.

Всем больным производили ортопантомографию челюстных костей, при необходимости - компьютерную томографию и дополняли ее прицельными дентальными рентгеновскими снимками. Рентгенологическая картина кист характеризовалась наличием участка разрежения костной ткани округлой формы с четкими границами. В случае фолликулярных кист в кистозную полость проецируется коронка ретенированного зуба либо полностью весь зуб. При остеобластоме отмечалось огромное полостное образование с неровными краями, округлыми очертаниями: на верхней челюсти прорастает в гайморову пазуху, на нижней челюсти практически занимает всё тело или угол.

Диагностику одонтогенных кист и доброкачественных образований производили методом пункционной биопсии, во время пункции получали опалесцирующую прозрачную жидкость, а при нагноении процесса в пункте появлялось гнойное содержимое.

Оперативное вмешательство выполняли под местным проводниковым и инфильтрационным обезболиванием (Sol. Ubistesini forte 4%, Articaini 4%, Mepivacaini 2%, Lidocaine HCL 2%).

Всем пациентам была проведена операция - цистэктомия с заполнением остаточной костной полости мелкогранулированным никелидом титана в комбинации с богатой тромбоцитами плазмой крови (БоТП). Далее сформировавшееся костное окошечко закрывалось текстильным тонкопрофильным тканевым никелидом титана соответствующего размера. Фиксация данного материала осуществляется благодаря эффекту прилипаемости к раневой поверхности и дополнительным поднадкостничным введением. Далее лоскуты укладывались на место и ушивались узловыми швами. У 4-х больных с остеобластомой, проросшей в пазуху верхней челюсти, была произведена цистогаймороназотомия с заполнением полости пазухи йодоформенной турундой.

У остальных больных с радикулярными и фолликулярными кистами цистэктомия выпол-

нялась по классической методике (Парч II). Удаление кист в данных случаях производилось по типу энуклеации. Зубы, корни которых находились в кистозной полости и представляли функциональную ценность, сохранялись. Предварительно осуществляли их депульпацию и эндодонтическое лечение. После полного удаления кистозной оболочки образовавшаяся костная полость обрабатывалась антисептиками и заполнялась мелкогранулированным никелидом титана с БоТП и запечатывалась текстильной тонкопрофильной мембраной. Рана ушивалась наглухо.

Больным с кистогранулёмами выполнялась резекции верхушки корня, заполнение полости производилось вышеназванной методикой.

В послеоперационном периоде больные получали антибактериальную, противовоспалительную и общеукрепляющую терапию.

Результаты исследований и их обсуждение. Динамическое наблюдение за больными включало, прежде всего, клиническое обследование, которое проводили по общепринятой методике на 2-7, 14-е сутки, спустя 1, 3, 6 месяцев и через год после оперативного вмешательства. Рентгенологический контроль включал панорамную рентгенографию челюстей, а также прицельную дентальную рентгенографию зубов в зоне оперативного вмешательства. В первые сутки выраженная инфильтрация краев раны отмечалась у 2 больных. Ликвидация послеоперационного отека наблюдалась на 6-7 сутки. Расхождения швов в послеоперационном периоде не было ни в одном случае.

При повторном обследовании через 1 месяц и в последующие сроки наблюдения больные жалоб не предъявляли, слизистая оболочка в области оперативного вмешательства была бледно-розового цвета, без отечности.

На 6-м месяце рентгенологически наблюдалось полное восстановление дефекта, однако, гомогенность отсутствовала. Зрелая органотипичная костная ткань прослеживалась по периферии дефекта. В центральных участках костный рисунок не носил признаков органотипичности: не наблюдалось сформированных гаверсовых каналов, типичного костного рисунка и минерализации кости. При контрольной рентгенографии через год у всех больных наблюдалось полное восстановление костного дефекта с органотипичным строением и минерализацией. Снижения высоты костной ткани не наблюдалось ни в одном случае, что очень важно для дальнейшей имплантологической реабилитации больных.

Для иллюстрации приводим пример из клинической практики

Для иллюстрации приводим пример из клинической практики

Больная Т. 31 год, обратилась в городскую стоматологическую поликлинику №2 города Душанбе 11.09.2017 г. с жалобами на периодические боли в области 13, 12, 11 зубов, затрудненный прием и пережевывание пищи. Из анамнеза выявлено, что считает себя больной в течение 2-3-х лет, за лечебной помощью ни разу не обратилась. Занималась самолечением, после чего отмечалось появление небольшой припухлости по переходной складке в проекции 13, 12, 11 зубов, которая постепенно нарастала, появились периодические боли в этой области, которые усиливались в динамике. При клиническом осмотре асимметрии лица не наблюдалось. Открывание рта свободное, при осмотре полости рта отмечались сглаженность и выбухание округлой формы по переходной складке в проекции корней 13, 12, 11 зубов. Слизистая оболочка переходной складки в этой области гиперемирована, отечна, пальпаторно слегка болезненна. Симптом Дюпюитрена (пергаментного хруста) положителен, по центру очага отмечается флюктуация. На ортопантограмме в зоне соответствующих зубов определяется образование округлой формы с ровными краями размером 2,0×2,5 см. Корень 12 зуба расположен в полости костного патологического очага (рис. 1). Клинико-лабораторное исследование произведено по традиционной схеме. На основании клинико-рентгенологического исследования выставлен диагноз: «Радикулярная киста верхней челюсти справа».

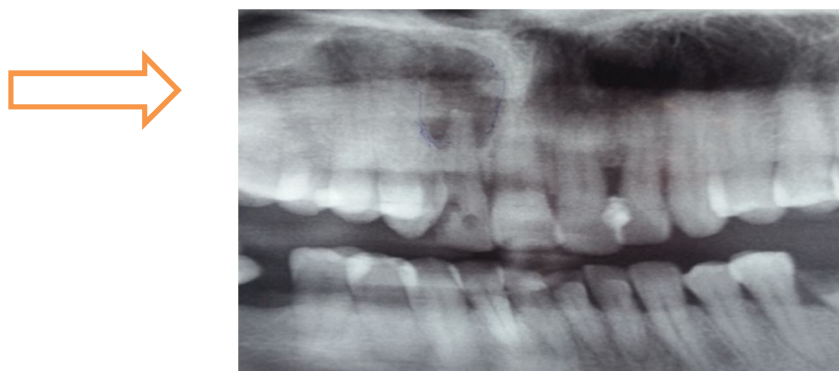
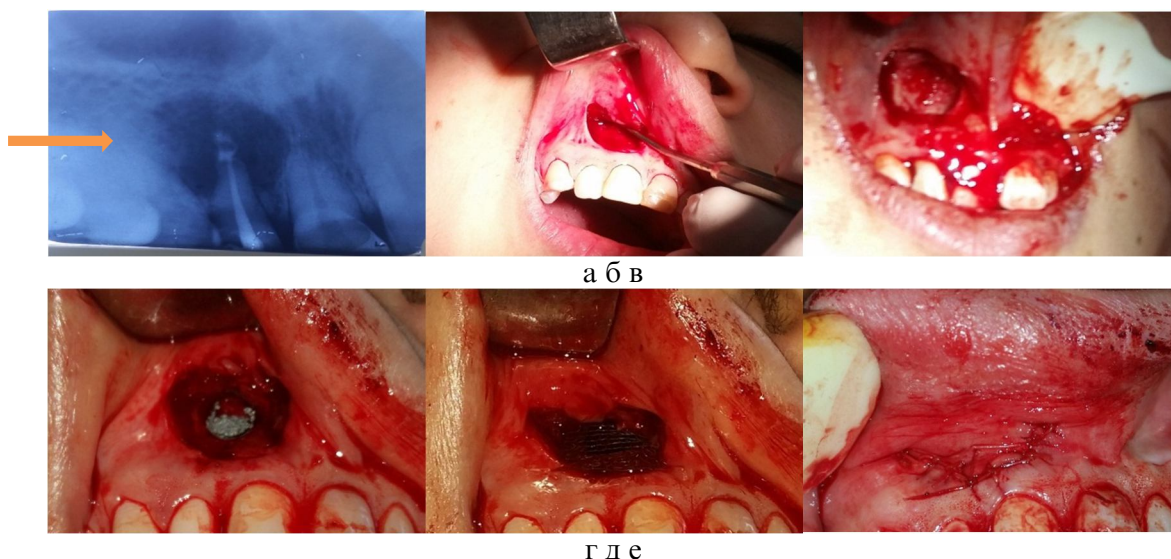


Рис. 1. Ортопантомография больной Т., 31 год. Диагноз: «Радикулярная киста верхней челюсти справа» (стрелками указано кистозное образование)

С целью предоперационной подготовки произведено удаление некротических масс и пломбирование корневого канала 12 зуба. Под проводниковой и инфильтрационной анестезией произведена операция цистэктомии с при-

менением мелкогранулированного пористо-проницаемого никелида титана, обогащенного тромбоцитарной массой (БоТП), с запечатыванием полости текстильной тонкопрофильной мембраной из этого материала.



где

Рис 2. Больная Т., 31 год. Этапы цистэктомии:

- а)** дентальная рентгенография 12 зуба после депульпирования и пломбирования корневого надкостничного канала (стрелками указано состояние пломбировочного материала в полости кисты); **б)** разрез и отслойка слизисто-надкостничного лоскута; **в)** костный дефект после резекции и удаления кисты; **г)** заполнение костного дефекта гранулами из никелида титана; **д)** запечатывание костного дефекта текстильной тонкопрофильной мембраной из никелида титана; **е)** наложение швов на рану.

Послеоперационный период протекал благоприятно, больная получила антибиотики широкого спектра действия, сульфаниламидные препараты, десенсибилизирующие и общеукрепляющие средства. Контрольный осмотр осуществлен через 3 месяца, жалоб нет. Асимметрии лица не выявлено. Открывание рта свободное, в полном

объеме. По переходной складке в проекции корней 11,12 зубов имеется небольшой послеоперационный рубец. Перкуссия и пальпация данных зубов безболезненны. На контрольной дентальной рентгенографии над областью вершины корня 12 зуба прослеживается тень остеоинтеграционного материала из никелида титана.

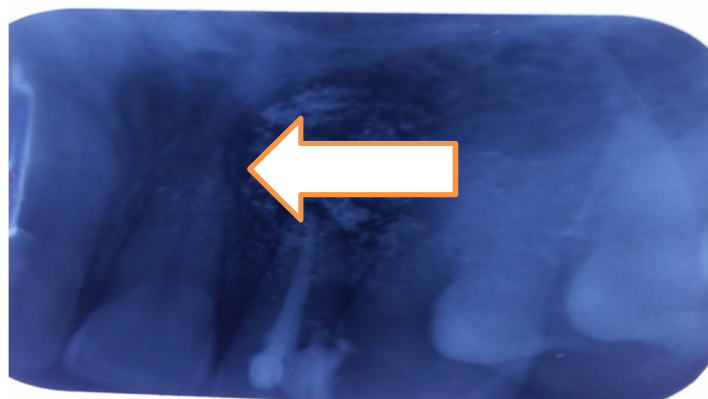


Рис. 3. Дентальная рентгенография 12 зуба, состояние после цистэктомии и заполнения костной полости мелкогранулированным никелидом титана (стрелками указан остеозамещающий материал)

Заключение. Клинический и рентгенологический контроль над оперированным больным в динамике показывает, что в результате

высокоинтеграционных свойств мелкогранулированного тканевого никелида титана в комбинации с богатой тромбоцитами плазмой

(БоТП), через 6-8 месяцев происходит полное восстановление костных структур в оперируемом участке за счет исключительно остеогенной репарации. Результаты применения данной технологии показали её высокую эффективность при устранении полостных образований костей челюстно-лицевой области и позволили рекомендовать как метод выбора.

Никелид титана с «памятью формы» обладает биологической, биофизической, биомеханической и биохимической совместимостью с тканями организма. Он обладает рядом преимуществ, которые не отмечаются у других материалов: биосовместимость, отсутствие резорбции и наличие высокой интеграции обеспечивают стабильность результата, полученного во время хирургического вмешательства, на длительный срок. Пористо-проницаемый никелид титана в комбинации с богатой тромбоцитами плазмой и тканевым никелидом титана в качестве барьерной мембраны с большим успехом могут использоваться при лечении больных одонтогенными кистами и кистоподобными образованиями челюстных костей, а также для устранения других дефектов и деформаций челюстно-лицевой области.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-5 см. в REFERENCES)

1. Гюнтер В.Э. Материалы и имплантаты с памятью формы в медицине.- Томск: НПП «МИЦ», 2014. - 342 с.
2. Хафизов Р.Г., Азизова Д.А., Миргазизов М.З. и соавт. Особенности изготовления пористой мембраны из сплава никелида титана для направленной тканевой регенерации //Ученые записки КГАМ им. Н.Э.Баумана.- 2012.- Т. 209. - С. 330-335.
3. Хафизов Р.Г., Миргазизов М.З., Азизова Д.А. и соавт. Особенности восстановления сегментарного дефекта альвеолярной части нижней челюсти у собак //Ученые записки КГАМ им. Н.Э.Баумана. - 2012. - Т. 209. - С. 335-339.

REFERENCES

1. Gyunter V. E. *Materialy i implantaty s pamyatyu formy v meditsine* [Materials and implants with shape memory in medicine]. Tomsk, NPP MITS Publ., 2014. 342 p.
2. Khafizov R. G., Azizova D. A., Mirgazizov M. Z. Osobennosti izgotovleniya poristoy membrany iz splava nikelida titana dlya napravlennoy tkanevoy regeneratsii [Peculiarities of the production of a porous membrane of nickelide-titan for directed tissue regeneration]. *Uchenye zapiski KGAM im. N.E.Baumana - Scientific notes of Kazan state Academy of veterinary medicine named after N. E. Bauman*, 2012, Vol. 209, pp. 330-335.
3. Khafizov R. G., Mirgazizov M. Z., Azizova D. A. Osobennosti vosstanovleniya segmentarnogo defekta alveolyarnoy chasti nizhney chelyusti u sobak [Peculiarities of the restoration of a segmental defect of

the alveolar part of the lower jaw in dogs]. *Uchenye zapiski KGAM im. N.E.Baumana - Scientific notes of Kazan state Academy of veterinary medicine named after N. E. Bauman*, 2012, Vol. 209, Vol. 335-339.

4. Yuzugullu B., Araz K. Validity of conventional surgical treatment methods for mandibular dentigerous cysts. Two case reports. *New York State Dental Journal*, 2011, Vol. 77 (2), pp. 36-39.

5. Sammut S., Morisson A., Lopes V., Malden N. Decompression of large cystic lesions of the jaw: a case series. *Oral Surgery*, 2011, No. 11, pp. 235-239.

**Д.И. Хушвахтов, М.Ш. Мирзоев,
Х.Т. Рашидов, С.А. Сафаров
МАВОДҲОИ МУВОФИҚАТИ БИОЛОГӢ
ДОШТА ДАР БАРТАРАФ НАМУДАНИ
ТАШКИЛАҲОИ КОВОКИДОРИ
МИНТАҚАҲОИ ҶОҒУ РӢ**

Мухимият. Барқароршавии мустакилонаи таркиби устухонҳо дар ташкилаҳои ковокидор баъд аз амалиёти систэктомия давомдор мегузарад ва аз рӯи вақт аз чанд моҳ то як чанд солро дар бар мегирад. Бо максоди кӯтоҳ намудани мӯҳлати барқароршавии ташкилаҳои ковокидори бофтаҳои устухонӣ як қатор усулҳо пешниҳод гардидааст, ба монанди пур намудан бо ғач, фатилаи йодоформӣ, лахтаи хун, исфанҷи (губка) гемостатикӣ, аз ҷумла истифодаи ауто-, алло- ва ксенотрансплантатҳо, маводҳои полимерӣ ва синтетикӣ. Вале истифодаи онҳо ба як қатор проблемаҳо дучор мегардонад, ба монанди таъсири саҳти токсикологӣ ва хусусиятҳои антигенӣ доштан, инчунин муракабӣ ва нигоҳубини пас аз ҷарроҳии захм ва тарҳрезии онҳо дар рафти амалиёти ҷарроҳӣ. Аз ин лиҳоз, интиҳоби дурусти маводҳо, ки барои пур намудан ва бартараф сохтани нуксонҳои устухонӣ бо максоди табобати босамар ва барқарорсозии беморон истифода мешавад, роли асосиро мебозад.

Максоди таҳқиқот. Истифодаи маводҳои мувофиқати биологии насли нав дар асоси никелид титан барои бартараф намудани ташкилаҳои ковокидори бофтаҳои устухонӣ минтақаҳои ҷоғу рӯӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Натиҷаи таҳқиқоти табобати ҷарроҳӣ дар 78 бемор аз синни 18 то 55-сола бо кистаҳо ва ташкилаҳои хушсифати устухонӣ соғҳо, бо истифода аз ҳулачаҳои хурди никелид титан дар якҷоягӣ бо тромбоцитҳои бойшудаи плазмаи хун ва мембранаи бофтагии нахҳои хурддошта гузаронида шудааст.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи он. Давраи пас аз ҷарроҳӣ дар ҳамаи беморон бо муваффақият гузашт. Оризаҳои хос мушоҳида нагардиданд. Дар давраи аввали пас аз ҷарроҳӣ таасуротҳои илтиҳобии кам ба назар расид, ки дар давоми 6-7 шабонарӯзи табобат бартараф карда шуд ва шифоёбии захм бо илтиҳоби якум анҷом ёфтааст. Дар давраҳои таҳқиқотҳои такрорӣ пас аз 1 моҳ ва зиёда аз он беморон шикояти хос зоҳир накардаанд, пардаи луобии ковокии даҳон дар сатҳи амалиёти гузаронида шуда ранги муқаррарӣ дорад, варамиҳо мушоҳида нагардид. Натиҷаи аксҳои рентгенӣ пас аз 1 сол дар ҳамаи беморон пурра бақарор гаштани нуксонӣ

устухон бо қатори ба узвҳо ҳос ва минерализатсияи онро нишон додааст. Пастшавии сатҳи бофтаҳои устухонӣ дар ягон ҳолат ба мушоҳида нарасидааст, ки ин барои барқарорсозии имплантологӣ ин гуна беморон бисёр муҳим мебошад.

Хулоса. Натиҷаи хусусиятҳои интегратсионии баланд доштани ҳулаҳаҳои хурди никелид титанӣ дар якҷоягӣ бо тромботситҳои бойшудаи плазмаи хун ҳаминро нишон медиҳад, ки аз ҳисоби махсусан репаратсияи устухонӣ, пас аз 6-8 моҳ дар китъаи ҷаррохишуда структураҳои устухон пурра барқарор

гаштанд, ки маълумотҳои клиникӣ ва рентгенологӣ беморон шаҳодати он мебошанд. Натиҷаи истифодаи чунин технология самаранокии баланди онро ҳангоми баргараф намудани ташкилаҳои ковокидори устухонҳои минтақаҳои ҷоғу рӯй нишон медиҳад ва имкони онро дорад, ки онро ҳамчун усули интиҳоб тавсия дода шавад.

Калимаҳои калидӣ: кистаи одонтогенӣ, остеобластокластома, ҳулаҳаҳои хурди никелид титанӣ, мембранаи нахҳои хурддошта, плазмаи тромботситӣ.

УДК 614.875

Ш.И. Шафиев, А. Исомитдинов, Ш.Ф. Одинаев, М.Э. Рачабзода, Х.Т. Файзуллоев

О РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ВЛИЯНИЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Таджикский НИИ профилактической медицины МЗ и СЗМ РТ

Рачабзода Музафар Эмом - директор ГУ “Республиканский клинический центр кардиологии”, к.м.н.; г. Душанбе, ул. Сино 59 а; e-mail: Fhikmat83@mail.ru

Цель исследования. Оценить состояние субъективных факторов здоровья, выявить ранние клинические проявления отрицательного воздействия электромагнитного излучения у владельцев сотовых телефонов, операторов сотовой связи.

Материал и методы. Проведено клиническое обследование 146 человек - жителей г. Душанбе, в том числе: 30 человек, не имеющие мобильного телефона и не контактирующие с компьютерами и индукционными печами; 50 человек - активные пользователи мобильных телефонов на протяжении 5-6 лет и более; 66 человек - операторы базовых станций, работники коммутаторов, лица, которые на протяжении всего рабочего дня контактируют с ЭМИ, превышающим предельно допустимые уровни в десятки раз, а также подверженные облучению собственных телефонов и других излучений в домашних условиях. Все обследованные представлены практически здоровыми лицами в возрасте от 20 до 55 лет, мужчин 90 чел., женщин 56 чел.

Результаты исследований и их обсуждение. Анализ субъективных показателей состояния здоровья обследованных лиц показал наличие большого количества разнонаправленных жалоб. У лиц, имеющих систематический контакт с электромагнитным излучением стандарта сотовой связи, выявлена высокая частота жалоб неврастенического типа.

Большинство обследованных предъявляли жалобы на быструю утомляемость, нарушения сна (тревожный сон, недосыпание), головную боль. Несомненно, что патогенетической основой головной боли являлись не только нервно-психические и эмоциональные стрессы, но и цереброваскулярные нарушения. На тяжесть и боли в области сердца жаловались 7 (4,7 %) обследованных из числа 3 группы. Сердцебиение и перебои в работе сердца отмечали 17 (11,6%) обследованных 3-й группы и 8 (5,4%) - 2-й группы.

Заключение. Электромагнитные излучения, в частности мобильный телефон, требуют особого подхода к санитарному нормированию по допустимому уровню воздействия электромагнитного излучения, соблюдению рекомендаций гигиенистов по правилам использования мобильного телефона. Максимальным временем пользования для взрослого человека является не более 30 минут в день, детям до 18 лет рекомендуется вообще не пользоваться мобильным телефоном.

Ключевые слова: электромагнитное излучение, ранние клинические проявления.

Sh.I. Shafiev, A.Isjmitdinov, Sh.F. Odinaev, M.E. Rajabzoda, Kh.T. Faizulloev

EARLY MANIFESTATIONS OF THE NEGATIVE EFFECT OF ELECTROMAGNETIC RADIATION ON THE HUMAN BODY

Tajik Scientific institute of Preventive Medicine of the Ministry of Health and social Protection of Population of Republic of Tajikistan

Razabzoda Muzafar Emom - Director of the State Institution "Republican Clinical Center of Cardiology", Candidate of Medical Science; Dushanbe, Sino 59 a; e-mail: Fhikmat83@mail.ru

Aim. To assess the state of subjective health factors and to identify early clinical manifestations of the negative effects of electromagnetic radiation of cellular telephone users and cellular communication operators.

Material and methods. The research focused of 146 citizens (90 men and 56 women) of Dushanbe including 30 person without cellular phones and without an access to computer and induction furnaces; 50 active mobile phones users for the period of 5-6 years or more; 66 operators of the base stations and people contacting with electromagnetic radiation exceeding the maximum permissible level by ten times whole day. All examined were practically healthy people between the ages of 20 to 55.

Results. Analysis of the subjective indicators of the health status demonstrated the presence of a considerable number of different complaints. Those who maintained systematic contact with electromagnetic radiation of cellular communication showed a high frequency of neurasthenic type complaints.

Most of the observed people complained about fast fatigue, sleep disorders (disturbing sleep, lack of sleep) and headache. Undoubtedly, the pathogenetic basis of a headache was not only neuropsychic and emotional stress but also cerebrovascular disorders. 7 (4,7%) people from a third group complained about the pain in the heart. The tachycardia and arrhythmia were observed in 17 (11,6%) cases in the third group and in 8 (5,4%) cases in the second group.

Conclusion. Electromagnetic radiation, particularly of mobile phones requires a special approach of sanitary regulation according to the permissible level of exposure to electromagnetic radiation. Following the recommendations of hygienists on using the mobile phone the maximum use for an adult person is not more than 30 minutes per day while for children under the age of 18 it is recommended to not use it all.

Keywords: Electromagnetic radiation, early clinical manifestation.

Актуальность. Современный мир, окружающий человека, наводнен аппаратурой, техникой, средствами электромагнитного излучения (компьютеры; мобильные телефоны, телевизоры, микроволновые печи, электроплиты, стиральные и посудомоечные машины, теплые полы, миксеры, фены и др.). При работе эти приборы становятся источниками электромагнитного излучения. У потребителей установлена высокая частота жалоб неврастенического характера (быстрая утомляемость, головные боли, эмоциональная лабильность, раздражительность, тревожный сон, ухудшение памяти, сердцебиение, перебои в работе сердца, снижение потенции). Наиболее подвержены воздействию электромагнитного поля кровеносная система, головной мозг, глаза, иммунная и половая системы [1-3]. Электромагнитные поля могут быть потенциальным источником и фактором помех электрических импульсов, генерируемых клетками нервной и сердечно-сосудистой систем человеческого организма [4, 6]. Клиническими и экспериментальными исследованиями доказана высокая чувствительность нервной, сердечно-сосудистой, иммунной и половой систем к воздействию ЭМП [5, 6]. В ходе клинических исследований были выявлены жалобы неврологического характера, лабильность пульса, электрическая нестабильность сердца, экстрасистолы, АВ-блокады и другие [3, 4].

Исследования по воздействию на организм человека электромагнитного излучения в настоящее время являются приоритетным направлением профилактической медицины.

Цель исследования. Оценить состояние субъективных факторов здоровья, выявить ранние клинические проявления отрицательного воздействия электромагнитного излучения у владельцев сотовых телефонов, операторов сотовой связи.

Материал и методы исследований. Для выявления ранних признаков отрицательного влияния электромагнитного излучения нами проведено клиническое обследование 146 пациентов - жителей г. Душанбе. Все обследованные представлены практически здоровыми лицами в возрасте от 20 до 55 лет, мужчин 90 человек, женщин - 56 человек. Из них: 30 человек, не имеющих мобильного телефона и не контактирующих с компьютерами и индукционными печами (первая группа), 50 человек - активных пользователей мобильными телефонами на протяжении 5-6 лет и более (вторая группа), 66 человек - операторы базовых станций, работники коммутаторов, лица, которые на протяжении всего рабочего дня контактируют с ЭМИ, превышающим ПДУ в десятки раз (третья группа). Кроме того, лица последней группы помимо профессионального облучения подвергались облучению собственных телефонов и других излучений в домашних условиях.

Все исследуемые подвергались тщательному общеклиническому исследованию. Состояние сердечно-сосудистой системы оценивалось по показателям ЧСС, АД, анализа ЭКГ в динамике рабочего времени. Уровень электромагнитного излучения определялся по по-

казателям удельного поглощения электромагнитного излучения (SAR), характерному для мобильного телефона, согласно его технической характеристике.

Учитывалось время использования мобильного телефона, хронометраж рабочего времени операторов базовых станций, модель мобильного телефона, его техническая характеристика.

Статистическая обработка проводилась методом вариационной статистики с применением критерия Стьюдента. Различия между группами считались достоверными при $P < 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение.

Анализ субъективных показателей состояния здоровья обследованных лиц показал наличие большого количества разнонаправленных жалоб. Так, у лиц, имеющих систематический контакт с электромагнитным излучением стандарта сотовой связи, позволил отметить высокую частоту жалоб невралгического типа.

Большинство обследованных лиц при опросе предъявляли жалобы на быструю утомляемость. Среди операторов сотовой связи, обслуживающих базовые станции и коммутаторы, таких лиц оказалось 51 человек против 22 регулярных пользователей мобильными телефонами. Не менее частой жалобой явились нарушения сна (тревожный сон, недосыпание). Большинство таких лиц регистрируются среди операторов, составляя 3 (2,0%) против 9 (6,1%) пользователей телефонами. Среди лиц 3 группы также наиболее частой жалобой была головная боль - 23 (15,7%) человека. Несомненно, что патогенетической основой головной боли являлись не только нервно-психические и эмоциональные стрессы, но и цереброваскулярные нарушения. На тяжесть и боли в области сердца жаловались 7 (4,7 %) обследованных из числа 3 группы. Сердцебиение и перебои в работе сердца отмечали 17 (11,6%) обследованных 3-й группы и 8 (5,4%) из 2-ой группы. Нередкими были жалобы на возникновение нервозности, внезапного изменения настроения, эмоциональной нестабильности, составляя из 3-й группы 44 (30,1%) человека и 19 (13,0%) - из 2-ой группы. Помимо данных жалоб обследованные отмечали быструю утомляемость, снижение работоспособности, головокружение и мелькание мошек перед глазами после продолжительного интенсивного облучения в течение 6-8 часов. Обращает также внимание, что много лиц, контактирующих с ЭМИ базовых станций, коммутаторами, в течение последних лет отмечают значительное ухудшение памяти - 49 (28,7%) человек.

Анализ частоты предъявляемых жалоб указывает на высокую частоту жалоб астено-невротического характера у лиц 3 группы. Они

в основном представлены операторами сотовых базовых станций, работниками коммутаторов. Это те лица, которые на протяжении всего рабочего дня контактируют с ЭМИ. В свою очередь, лица 2 группы также имеют жалобы, указывающие на снижение качества субъективного здоровья. Лица данной группы представлены различными профессиями: менеджеры, торговые агенты, студенты, дизайнеры, контактирующие с мобильными телефонами на протяжении всего рабочего дня. При этом надо отметить, что многие из них по роду деятельности по несколько часов в день подвергаются ЭМИ и имеют по 2 телефона на протяжении 4-6 лет. Среди лиц данной группы наиболее частыми жалобами были: быстрая утомляемость, эмоциональная нестабильность, плохой сон. У лиц 1 группы, т.е. не контактирующие с ЭМИ частоты 1800 Гц, не имеющие телефонов, отмечается самая низкая частота жалоб.

Анализ состояния сердечно-сосудистой системы позволил установить некоторые различия в группах обследованных. Так, ЧСС у лиц 1 группы составила в среднем 76 ударов в минуту. Уровень систолического АД колебался от 110 до 145 мм рт.ст., а диастолического - от 70 до 100 мм рт.ст.

Повышенные цифры артериального давления (соответственно 145/100) наблюдались у 5 лиц старше 40 лет, среди которых 3 находились на диспансерном учете с диагнозом «артериальная гипертензия», у лиц данной группы в 4 случаях регистрировались на ЭКГ признаки нарушения процессов реполяризации.

Выраженные изменения отмечались во 2 группе. Так, у данной группы лиц в 2 раза чаще регистрируются повышенные цифры артериального давления - 10 случаев (6,8%), в 7 (4,7%) случаях на ЭКГ отмечаются признаки нарушения процессов реполяризации миокарда. ЧСС в среднем в этой группе составила 77 ударов в минуту. В одном случае регистрировались единичные экстрасистолы на ЭКГ, тахикардия. Признаки перегрузки левых отделов сердца имелись у 3 (2,0%) обследованных.

Более выраженные изменения на ЭКГ обнаружены у лиц 3 группы.

Мониторинг АД в течение нескольких суток показал, что подозрение на артериальную гипертензию (более 140 мм рт. ст. для систолического и более 90 мм рт. ст. для диастолического) подтверждено у 14 (9,5%) обследованных. Анализ ЭКГ позволил во многом выявить имеющиеся нарушения сердечно-сосудистой системы в плане наличия аритмий, ишемических процессов, а в миокарде наличие признаков перегрузки левых отделов сердца.

Обращает внимание большая частота изменений, характерных для нарушения процес-

сов реполяризации, что указывает на начальные стадии формирования патологических процессов в миокарде в виде косо нисходящей депрессии сегмента ST выпуклостью вверх, особенно выраженной в отведениях V-5, V-6, I, aVL, что регистрировалось у 18 (12,3%) обследованных, являясь доминирующим ЭКГ-изменением. Особо важное внимание уделялось нами при обнаружении на ЭКГ синдрома $SV1 \pm RV5 > 20$ мм, как свидетельство перегрузки левого желудочка, и отклонение электрической оси сердца влево/угол А был равен от $0^\circ - 90^\circ$. Такой признак гипертрофии левого желудочка или его косвенные признаки, как увеличение внутреннего отклонения $J_n V5 > 0,06$ сек, отмечено у 9 (6,1%) обследованных из 3-й группы.

Одной из важных и наиболее часто встречаемых особенностей ЭКГ изменений у обследованных 3 группы было наличие признаков нарушения коронарного крово-

обращения. Они часто сочетались с изменениями, указывающими на нарушение коронарного кровообращения и подтверждались клиническими симптомами в виде тяжести в области сердца, временами и болевыми ощущениями. у 4 (2,7%) обследованных. Помимо указанных изменений нами отмечены нарушения ритма и проводимости сердца в виде единичных экстрасистол в 7 случаях.

Таким образом, в структуре изменений по данным ЭКГ преобладали признаки нарушения процессов реполяризации в миокарде и нарушения ритма сердца. Среди всех нарушений ритма сердца особенно часто регистрировались предсердные экстрасистолы - у 7 человек из 3 группы. Нередко среди основных изменений регистрировалась синусовая тахикардия - у 10 обследованных (6,8%), реже наблюдалась синусовая брадикардия - 5 (3,4%) случаев (табл. 1).

Таблица 1

Частота ЭКГ-изменений у обследованных (n=146)

ЭКГ – признак	1 группа (n=30)	2 группа (n=50)	3 группа (n=66)
Артериальная гипертензия	3 (2,1%)	10 (6,8%)	14 (9,5%)
ЧСС	$76 \pm 3,0$	$77 \pm 4,0$	$81 \pm 3,0$
Депрессия ST-V5-6; avL; I и нарушение реполяризации	4 (2,7%)	7 (4,8%)	18 (12,3%)
Синусовая тахикардия	3 (2,1%)	8 (5,5%)	10 (6,8%)
Синусовая брадикардия	2 (1,4%)	2 (1,4%)	5 (3,4%)
Экстрасистолы (единичные)	-	1 (0,7%)	7 (4,8%)
$SV1 \pm RV5 > 35$ мм		3 (2,1%)	9 (6,2%)

Примечание: % отношение к общему числу обследованных

В этой связи возникают сомнения о влиянии именно ЭМИ на организм, поскольку такие же заболевания с такой же частотой могут регистрироваться и у других лиц, не контактировавших с ЭМИ. Для решения поставленного вопро-

са нами проводилась запись ЭКГ в сравнительном аспекте. Учитывая, что группа операторов базовых станций (3 группа) имела наибольшие отклонения в показателях ЭКГ, нами проведено измерение ЭКГ в динамике рабочего дня.

Таблица 2

Характеристика кардиоинтервалов до и после многочасового воздействия ЭМИ

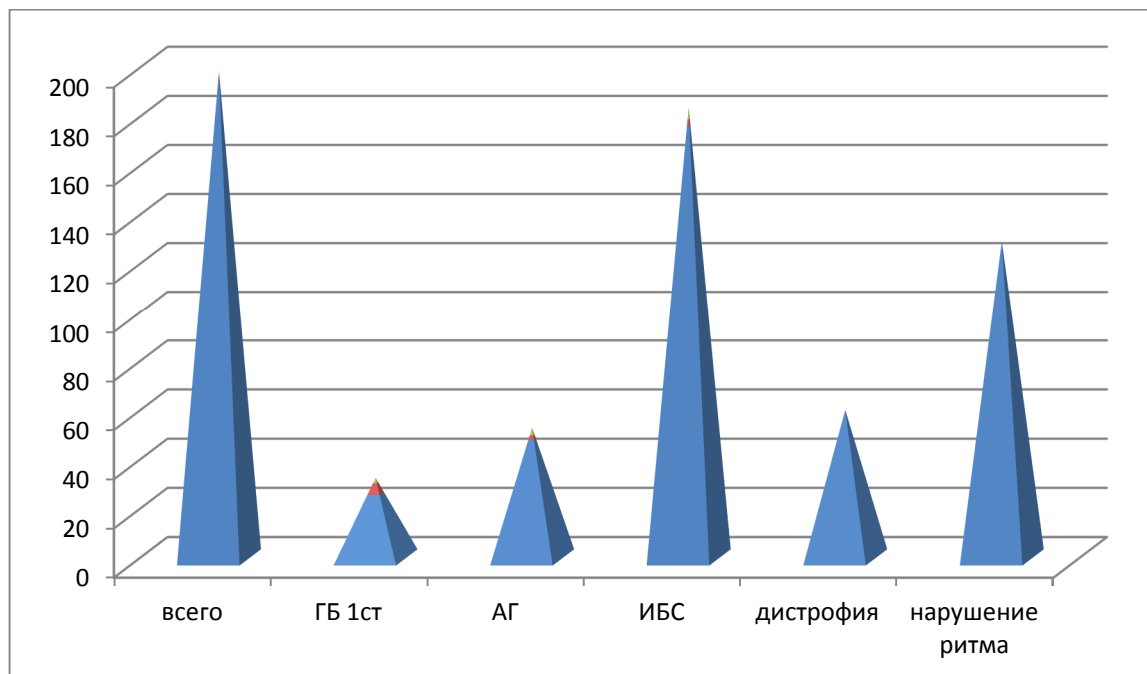
до и пока- после затели работы		ЧСС	R-R с	Q-T	P-T	T (мм)	T (сек)
1гр	Утром	$75,0 \pm 2,0$	$0,737 \pm 0,05$	$0,366 \pm 0,06$	$0,530 \pm 0,06$	$1,80 \pm 0,02$	$1,89 \pm 0,03$
	Вечером	$75,0 \pm 2,0$ $P > 0,05$	$0,725 \pm 0,03$ $P > 0,05$	$0,362 \pm 0,02$ $P > 0,05$	$0,527 \pm 0,05$ $P > 0,05$	$1,79 \pm 0,05$ $P > 0,05$	$1,88 \pm 0,05$ $P > 0,05$
3гр	Утром	$80 \pm 2,0$	$0,718 \pm 0,03$	$0,355 \pm 0,01$	$0,528 \pm 0,03$	$1,55 \pm 0,03$	$1,69 \pm 0,03$
	Вечером	$88,0 \pm 3,0$ $P < 0,05$	$0,701 \pm 0,04$ $P < 0,05$	$0,350 \pm 0,03$ $P < 0,01$	$0,527 \pm 0,08$ $P > 0,05$	$1,38 \pm 0,06$ $P < 0,05$	$1,46 \pm 0,04$ $P < 0,01$

С этой целью проведено сравнение ЭКГ, записанной утром до начала рабочего дня (до записи ЭКГ обследованный не пользовался телефоном) и после рабочего дня. Сравнительные

показатели ЭКГ в утренние часы и после рабочего дня показали статистически значимые отклонения и представлены в таблице 2. У лиц, не контактирующих с телефонами в динамике рабочего

дня, ЭКГ не претерпевает существенных изменений, за исключением тенденции к увеличению частоты сердечных сокращений. Продолжительность и амплитуда зубца Т остается постоянной и не претерпевает статистически значимых изменений. Однако у операторов базовых станций, которые в течение всего рабочего дня подвергались повышенным дозам ЭМИ, заметно увеличивается ЧСС с $80 \pm 2,0$ до $88,0 \pm 2,0$, ударов в минуту (в среднем на 6-7 ударов), т.е. результаты наших исследований показывают нарастающую тенденцию к синусовой тахикардии при длительном воздействии ЭМИ. Обращает также внимание достоверное увеличение исходных показателей ЧСС, по сравнению с 1 группой обследованных на 5-6 ударов в минуту. Помимо данных изменений регистрируется картина снижения продолжительности интервалов R-R и Q-T.

Следовательно, можно сказать, что ЭМИ сотового телефона, а также влияние базовых станций и коммутаторов, имеющих высокие ППЭ, несомненно, отражаются на работе сердца. Хотя данные различия, по сравнению с 1 группой, не существенны, тем не менее, они отражают влияние ЭМИ на состояние сердца. Более настораживающим является снижение амплитуды и продолжительности зубца Т на ЭКГ. Так, у лиц 3 группы амплитуда Т достоверно ниже, по сравнению с лицами, не контактирующими с телефонами, на 0,41 мм и 0,43 мм соответственно. Кроме того, к концу рабочего дня отмечается более существенное снижение его амплитуды, по сравнению с утренним временем, когда еще не было контакта с ЭМИ.



Наиболее частые болезни органов кровообращения у операторов

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что сотовые телефоны с выходной мощностью до 5 Вт являются источниками электромагнитного излучения. Помимо данного факта необходимо отметить снижение амплитуды и продолжительности зубца Т на ЭКГ, что, несомненно, найдет свое отражение в деятельности сердечно-сосудистой системы. С клинической точки зрения такое состояние для обследуемых можно отнести к практически здоровому, которое еще в течение многих лет может оставаться неизменным. Однако надо указать, что длительное воздействие ЭМИ СТ может негативно сказаться на формировании патологии сердца. Подтверждением этому можно считать появление нарушений ритма в виде экстрасистол у

лиц 3-й группы обследованных. У лиц 3-й группы ЭМИ усугубляется круглосуточным влиянием, поскольку интенсивное излучение от аппаратов, генераторов, антенн БС дополняется излучениями от сотового телефона в домашнее время. При этом надо указать, что SAR СТ, аппаратуры на базовых станциях зачастую превышают санитарные нормы в десятки и более раз. Если пользователь СТ подвергается интенсивному облучению во время разговора (голова, шея), то работники БС подвержены ему еще более.

Следует отметить, что по результатам обследования, кроме вышеперечисленных проявлений отрицательного влияния электромагнитного излучения на организм человека, нами также выделены первые проявления мобильной

зависимости, систематизированные в нижеследующие группы:

- постоянное ожидание звонка;
- рефлекс поиска мобильного телефона, ощущение того что ему звонят;
- при входящем звонке рядом стоящие ищут свои телефоны, т.к. кажется, что звонят им;
- необоснованность длительных разговоров;
- мания пользования SMS, MMS, Viber, Whats App услугами;
- постоянное желание улучшить модель своего телефона (“престиж”);
- волнение, если забыл телефон, потерял, кто-то может копаться в нем;
- мания прослушивания;
- психологическая зависимость.

Перечень этих ранних проявления мобильной зависимости можно продолжить, и вред от влияния электромагнитного излучения в будущем станет в ряд с вредом от табакокурения, наркомании, алкоголизма и др., что диктует необходимость продолжения исследований вредного влияния электромагнитного излучения на организм человека, на сердечно-сосудистую, нервную системы, иммунный статус и другие.

Заключение. Электромагнитное излучение, в частности один из его распространенных источников - мобильный телефон, требует особого подхода к санитарному нормированию по допустимому уровню воздействия электромагнитного излучения, соблюдению рекомендаций гигиенистов по правилам пользования (максимальное пользование для взрослого человека не более 30 минут в день, а детям до 18 лет вообще не пользоваться мобильным телефоном).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Одинаев Ф.И., Шафиев Ш.И., Алиева З.Д., Одинаев Ш.Ф. Влияние электромагнитного излучения сотовой связи на биоэлектрическую активность головного мозга человека //Вестник Авиценны.- 2016.- № 3 (68).- С. 66-71.
2. Ромашев Д.К. Электромагнитное поле и его влияние на здоровье человека.— СПб: СПГТУ, 2014.- 21 с.
3. Семенов А.В. Обоснование предельно допустимых норм на индукцию магнитных полей промышленной частоты для человека //Известия Томского политехнического университета. - 2012. - №1. - С. 321
4. Синотова О.Ф., Новоселова Е.Г., Огай В.В. и др. Влияние электромагнитных волн сантиметрового диапазона на продукцию фактора некроза опухоли и интерлейкина-3 иммунизированных мышей // Биофизика.- 2002.- Т. 47, № 1.- С. 78-82.

5. Текшева Л.М., Барсукова Н.К., Чумичева О.А., Хатит З.Х. Гигиенические аспекты использования сотовой связи в школьном возрасте // Гигиена и санитария.- 2014.- №2. - С. 7-16

6. Усанова Л.Д., Усанова А.Д. Защитное покрытие от электромагнитного излучения устройств сотовой связи. - Патент на ПМ РФ №1086-97 от 20 сентября 2011.

REFERENCES

1. Odinaev F. I., Shafiev Sh. I., Alieva Z. D., Odinaev Sh. F. Vliyanie elektromagnitnogo izlucheniya sotovoy svyazi na bioelektricheskuyu aktivnost golovnog mozga cheloveka [Influence of the electromagnetic radiation of cellular communication on bioelectric activity of a human brain]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2016, No. 3 (68), pp. 66-71.
2. Romashev D. K. *Elektromagnitnoe pole i ego vliyanie na zdorove cheloveka* [Electromagnetic field and its influence on human health]. St. Petersburg, SPGTU Publ., 2014. 21 p.
3. Semenov A. V. Obosnovanie predelno dopustimyykh norm na induktsiyu magnitnykh poley promyshlennoy chastoty dlya cheloveka [Substantiation of the maximum permissible standards for the induction of magnetic fields of industrial frequency for human]. *Izvestiya Tomskogo politekhnicheskogo universiteta - News of Tomsk Polytechnic University*, 2012, No. 1, pp. 321
4. Sinotova O. F., Novoselova E. G., Ogay V. V. Vliyanie elektromagnitnykh voln santimetrovogo diapazona na produktsiyu faktora nekroza opukholey i interleykina-3 immunizirovannykh myshey [Effect of centimeter-wave electromagnetic waves on the production of tumor necrosis factor and interleukin-3 immunized mice]. *Biofizika - Biophysics*, 2002, Vol. 47, No. 1, pp. 78-82.
5. Teksheva L. M., Barsukova N. K., Chumicheva O. A., Khatit Z. Kh. Gigienicheskie aspekty ispolzovaniya sotovoy svyazi v shkolnom vozraste [Hygienic aspects of the use of cellular communication in school age]. *Gigiena i sanitariya - Hygiene and sanitation*, 2014, No. 2, pp. 7-16
6. Usanova L. D., Usanova A. D. *Zashchitnoe pokrytie ot elektromagnitnogo izlucheniya ustroystv sotovoy svyazi* [Protective coating from electromagnetic radiation of cellular communication devices]. Patent RF no. 1086-97, 2011.

Ш.И. Шафиев, А. Исомитдинов, Ш.Ф. Одинаев, М.Э. Рачабзода, Х.Т. Файзуллоев

ДАР БОРАИ НИШОНАҲОИ БАРМАҲАЛИ ТАЪСИРИ НУРҲОИ ЭЛЕКТРОМАГНИТӢ БА ОРГАНИЗМИ ОДАМ

Мақсади тадқиқот: Вобаста ба пешниҳодоти кори мазкур чунин мақсад гузошта шуд: баҳо додани ҳолатҳои субъективии омилҳои саломатӣ, муайянкунии нишонаҳои бармаҳали клиникӣ аз таъсири нурҳои электромагнитӣ дар дорандагони телефони мобилӣ ва кормандони алоқаи мобилӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот: Барои муайянкунии аломатҳои бармаҳали таъсири манфии нурҳои электромагнитӣ тадқиқоти

клиникии 146 нафар истикоматкунандагони шахри Душанбе, ки аз ҷумла 30 нафарашон телефони мобилӣ надоранд ва бо компютерҳо, тафдонҳои индуксионӣ сару кор надоштанд. 66 нафарашон кормандони пойгоҳҳои асосӣ алоқа, камутаторҳо, шахсоне, ки дар давоми руз корӣ доими бо нурҳои электромагнитӣ, ки аз сатҳи зарурии имконпазир 10 маротиба зиёд аст, алоқаманданд. Ғайр аз ин шахсони гуруҳи мазкур бидуни нурҳои профессионалӣ боз ба таъсири нурҳои телефонҳои шахсӣ ва нурҳои дигар дар шароити хона дучор мешуданд. Ҳамаи тадқиқоти дар шахсони комилан солим дар синни аз 20 то 55-сола, 90 мард ва 56 нафар зан гузаронида шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот: Таҳлили субъективӣ нишондодҳои вазъи саломатии шахсони муоинашаванда мавҷудияти шикоятҳои зиёд ва гуногунро нишон дод. Ҳамин тавр дар шахсоне, ки бо нурҳои электромагнитӣ стандарти алоқаи мобилӣ пайвастаги мунтазам доранд, шикоятҳои зиёди невротеники муайян карда шуд. Қисми зиёди шахсони муоинашуда хангоми пурсиш ба зуд мондашвай шикоят карданд. Дар байни кормандони алоқаи мобилӣ шикоятҳои дигар ба монанди вайроншавии хоб (хобҳои воҳиманок, аз хоб сер нашудан буд) мавҷуд буд. Қисми зиёди

шахсони мазкур дар байни кормандони алоқа 3 (2%) нафар ва дар муқобили он 9 (6,1%) нафар истифодабарандагони телефони мобилӣ ташкил мебуд. Дар байни шахсони гуруҳи сеюм ҳамчунин бо дарди сар 23(15,7%) шикоят карданд. Бешубҳа асоси патогенетикии дарди сар нафақат невропсихикӣ ва ташаннуҷи эҳсосӣ балки боз вайроншавии хунгардиши майнаи сар ташкил мебуд. Бо вазнинӣ ва дард дар мавқеи дил 7(4,7%) нафар аз гуруҳи сеюм шикоят карданд. Дилзанӣ ва номурастабии қори дил дар 17(11,6%) нафар муоинакунандагони гуруҳи сеюм ва 8 (5,4%) нафар аз гуруҳи дуюм мушоҳида шуд.

Хулоса: Ҳамин тавр, нурҳои электромагнитӣ аз ҷумла яке аз манбаҳои паҳншавии хориҷкунандаи он – телефони мобилӣ, муносибати махсусро ба муътадилнамоии санитарӣ барои сатҳи имконпазирӣ таъсири нурҳои электромагнитӣ, иҷроиши тавсияи гигиенистҳо барои дуруст татбиқ намудани қоидаҳои истифодабарии телефонҳои мобилӣ максималӣ барои калонсолон на зиёда аз 30 дақиқа ва барои кӯдакони то 18 сола истифодабарии телефонҳои мобилӣ қатъиян манъ аст.

Калимаҳои калидӣ: нурҳои электромагнитӣ, аломатҳои бармаҳали клиникӣ.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.441-008.63; 616.89-085

¹Н.А. Иноятова, ²Н.М. Шаропова, ¹Д.Х. Муборакшоева, ¹А.А. Мусоев

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ЭНДЕМИЧЕСКИМ ЗОБОМ

¹Кафедра эндокринологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²Кафедра психиатрии и наркологии им. проф. М.Г. Гулямова ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Мусоев Ашраф Ахматович – ординатор кафедры эндокринологии ТГМУ имени Абуали ибн Сино; тел.: +992 939959959; e-mail: musoev.ashraf@mail.ru

Цель исследования. Изучить распространенность психосоматического синдрома у больных с эндемическим зобом в РТ.

Материал и методы исследований. Проведен анализ 602 пациентов, мужчин 108, женщин 494, средний возраст $30,6 \pm 13,98$ лет и $36,44 \pm 13,74$ лет соответственно.

В комплекс исследования входили: ультразвуковая сонография щитовидной железы, определение уровней тиреотропного гормона, свободной фракции тироксина и трийодтиронина, а также антител к тиреопероксидазе и антител к рецептору ТТГ.

Результаты исследований и их обсуждение. При обследовании у 602 больных выявлено эутиреоидное состояние, у 102 без увеличения щитовидной железы, что свидетельствует об отсутствии корреляционной связи между наличием эндемического зоба и психосоматического синдрома. Необходимо отметить, что наличие у 2,8% больных ипохондрического и у 10,4% депрессивного синдромов обосновывает целесообразность консультативно-терапевтического вмешательства психиатров.

Заключение. Распространенность психосоматического синдрома среди обследованных с эндемическим зобом составила 66,8%. Наличие ипохондрического и депрессивного синдромов среди обследо-

дованных больных диктует необходимость консультативно-терапевтического вмешательства психиатров среди специалистов любого профиля.

Ключевые слова: психосоматический синдром, эндемический зод, распространённость

¹A.A. Inoyatova, ²N.M. Sharopova, ¹D.H. Muborakshoeva, ¹A.A. Musoyev

PREVALENCE OF THE PSYCHOSOMATIC SYNDROME IN PATIENTS WITH ENDEMIC GOITER

¹Endocrinology department of Avicenna Tajik State Medical University

²Department of psychiatry and narcology them. prof. M.G. Gulyamova TSMU them. Abuali ibn Sino²

Musoev Ashraf Akhmatovich - resident of the Department of Endocrinology of the Avicenna Tajik State Medical University; tel.: +992 939959959; e-mail: musoev.ashraf@mail.ru

Aim. To study the prevalence of the psychosomatic syndrome in patients with endemic goiter in Tajikistan.

Materials and methods. The study includes analysis of 602 patients, of which 108 are men of $30,6 \pm 13,98$ average age and 494 women of $36,44 \pm 13,74$ average age. Examination methods included: thyroid gland ultrasound, TSH levels test, free thyroxine and free triiodothyronine estimate tests, thyroid peroxidase and TSH receptor antibody tests.

Results. It was revealed 102 of 602 patients had the euthyroid condition without enlargement of the thyroid gland that shows an absence of correlation between endemic goiter and psychosomatic syndrome. It should be noted that the presence of a hypochondriac syndrome in 2,8% and depression in 10,4% of patients indicates the necessity of consultation and therapeutic intervention of psychiatrists.

Conclusion. Prevalence of the psychosomatic syndrome among analyzed patients with endemic goiter made 66,8%. The presence of a hypochondriac syndrome and depression in these patients shows the necessity of consultation and therapeutic intervention of psychiatrists.

Keywords: psychosomatic syndrome, endemic goiter, prevalence

Актуальность. Испокон веков все заболевания рассматривались как нарушение духовного и физического состояния. Подходы к терапии определялись в тесном их сочетании. Каждый орган был описан в тесной связи с соответствующей органу эмоцией. Так, болезнь органа влияет на эмоциональное состояние человека, неотреагированные чувства способствуют заболеванию органа - это постулаты концепции единого организма, где симптомы могут иметь личностный смысл. Еще Платон говорил: «Где целое чувствует себя плохо, часть его не может быть здоровой». К сожалению, сегодняшняя практика свидетельствует об отсутствии согласованной терапии «тела» и «духа».

По данным ВОЗ, от 38% до 42% всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относят к группе психосоматиков [1, 8]. Строго говоря, психосоматическое направление не является самостоятельной медицинской дисциплиной — это подход, учитывающий многообразие причин, приведших к болезни. Отсюда многообразие методов и техник, позволяющих работать с человеком целостно, интегративно. Именно разобщенность врачебных специальностей и взглядов на человека и привела к потере идеи целостного подхода [3, 4].

В настоящее время описано 10 000 симптомов и нозологических форм различных забо-

леваний, а более трехсот медицинских специальностей существуют для того, чтобы успешно справляться с болезнями человека. Симптомы и синдромы, отражающие изменения, проявлялись и численно увеличивались по мере эволюции человека, а это значит, что постепенно нарушался универсальный механизм приспособления. Древние защитные программы помогали человеку противостоять голоду, холоду, нападению животных или врага. Благодаря им человек приобрел гибкость, подвижность, терморегуляцию, слух, обоняние и пр. По мере развития человеческой истории менялись нагрузки, от которых нет программ генетической защиты, и теперь приспособление зависит от психических возможностей человека во много раз больше, чем от его мышц, фасций, сухожилий и скорости бега. Опасным стало не оружие врага, а слово. Эмоции человека, изначально призванные мобилизовывать защитные реакции, теперь чаще подавляются, встраиваются в специальный контекст, а со временем извращаются и могут стать причиной разрушительных процессов в организме [2, 4].

Психосоматика — направление медицинской психологии и практической медицины, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение и течение соматических заболеваний. Оно имеет такую

же историю, как и врачевание вообще. Еще Гиппократ, исходя из умозрительных представлений о жидкостях тела, утверждал, что гораздо важнее знать, какой человек болен, чем знать, какой болезнью болен человек [1, 6]. В современных научных публикациях термин «соматизация» трактуется как «функциональное расстройство той или иной системы без достаточного органического основания, но при важной роли психологических и социальных факторов» [2, 7].

Психосоматические расстройства можно определить, как эмоциональные нарушения с психологическими (аффективными) и соматическими (вегетососудистыми) проявлениями, которые возникают в функционально перегруженных или поврежденных висцеральных системах. Психосоматическими принято считать расстройства функций органов и систем, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов, с четкой ориентированностью патологических проявлений на определенную висцеральную систему [5, 6].

Порой врачам разного профиля сложно дифференцировать симптомы психосоматического синдрома с жалобами, предъявляемыми при заболеваниях щитовидной железы. В связи с этим специалистами при наличии доминирующей жалобы «комка» в горле больные сразу же направляются к эндокринологу с подозрением на наличие патологии щитовидной железы. В свою очередь, осмотр эндокринолога выявляет незначительные изменения или их отсутствие, с наличием выраженных психосоматических синдромов. Как правило, у больных отмечаются следующие синдромы: астенический, ипохондрический и депрессивный, которые подтверждаются после осмотра психиатром.

Поэтому представляет интерес изучение истинной распространенности психосоматического синдрома при эндемическом зобе.

Цель исследования. Изучить распространенность психосоматического синдрома у больных с эндемическим зобом в РТ.

Материал и методы исследований. На базе Городского эндокринологического центра совместно с сотрудниками кафедры эндокринологии ТГМУ имени Абуали ибн Сино были исследованы больные с жалобами на чувство «комка» в горле, удушье, раздражительность, неясные боли по телу, нарушение сна, эмоциональную лабильность, чувство онемения правой или левой половины головы, шеи, руки; учащенное сердцебиение и пр. Больные с подозрением на психосоматический синдром были проконсультированы сотрудниками кафедры психиатрии и наркологии имени проф. М.Г.

Гулямова ТГМУ. Данные для исследования были собраны в течение 6 месяцев. Количество больных составило 602 пациента, среди них мужчин – 108, женщин - 494. Средний возраст мужчин и женщин составил $30,6 \pm 13,98$ и $36,44 \pm 13,74$ лет соответственно. Больные были разделены на 4 группы: первая - 226 больных без увеличения щитовидной железы; вторая - 293 пациента с увеличением щитовидной железы I степени; третья - 69 больных с увеличением щитовидной железы II степени; четвертая - 14 пациентов с увеличением щитовидной железы III степени.

Больным была проведена: ультразвуковая сонография щитовидной железы, исследование уровня тиреотропного гормона, свободной фракции тироксина и трийодтиронина, а также уровня антител к тиреопероксидазе и антител к рецептору ТТГ. Уровни тиреотропного гормона и свободной фракции тироксина и трийодтиронина в сыворотке крови определяли набором реагентов Номо. Исследование проводили методом иммуноферментного анализа на планшетном мультифотометре StatFax – 2100.

Статистическая обработка полученных в исследовании результатов производилась с помощью программы пакетов Microsoft Excel 2007 for Windows. В качестве порогового уровня статической значимости принимали $p < 0,05$. Все параметры подчинялись закону нормального распределения и представлены в виде среднего и его стандартного отклонения.

Результаты исследований и их обсуждение. В процессе определения уровней тиреотропного гормона и свободных фракций тиреоидных гормонов у больных не выявлено гипо- или гиперфункции щитовидной железы, что соответствовало эутиреоидному состоянию. Средний уровень ТТГ составил $1,73 \pm 1,06$ мМЕд/л, средний уровень свободного тироксина и трийодтиронина - $16,34 \pm 3,99$ пмоль/л и $2,85 \pm 1,0$ нг/мл соответственно. Проведенная ультразвуковая сонография не выявила увеличения щитовидной железы у 226 человек, что составило одну треть (37,5%) всех обследованных. Увеличение I степени имели 293 (48,7%) пациента - наибольшее количество больных с эндемическим зобом среди всех обследованных. Увеличение II и III степеней отмечалось у незначительного количества больных – 69 и 14 (11,5%; 2,3%) соответственно.

У больных первой группы отмечалась следующая частота встречаемости синдромов: астенический - 102; ипохондрический - 5; депрессивный - 19. Во второй группе – 156; 4; 33 соответственно; в третьей группе 52; 7; 10 соответственно; в четвертой – 12; 1; 1 соответственно. На диаграмме (рис. 1)

наглядно представлена распространенность вышеуказанных синдромов среди всех больных. Необходимо отметить, что у 80% всех больных отмечался астенический синдром. Диаграмма рисунка 2 представляет распро-

страненность астенического синдрома у больных всех четырех групп. Наибольшая встречаемость астенического синдрома отмечена у 79,3% больных в первой и второй группах.



Рис. 1. Частота распространенности психосоматических синдромов у больных с эндемическим зобом

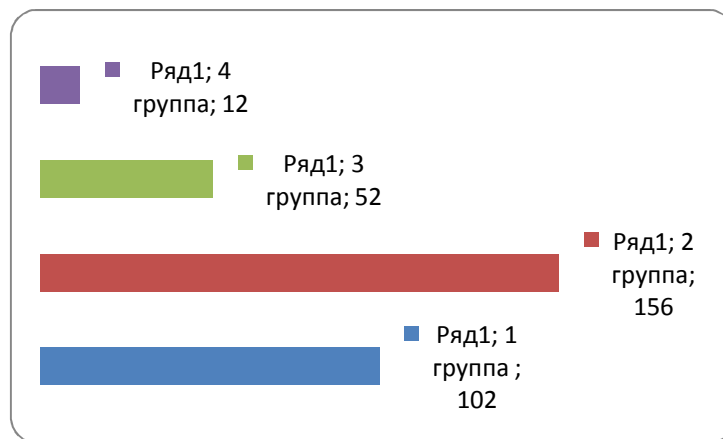


Рис. 2. Частота распространенности астенического синдрома у больных с различной степенью увеличения щитовидной железы

Результаты исследований и их обсуждение.

Анализируя полученные данные, необходимо отметить наиболее частое возникновение астенического синдрома у 322 (53,5%) обследованных (рис. 1). Учитывая большую распространенность данного синдрома, спектр всевозможных жалоб больных был широк. Действительно, астенический синдром характеризовался повышенной утомляемостью с частой сменой настроения, раздражительной слабостью, истощаемостью, гиперестезией, слезливостью, вегетативными нарушениями, которые проявлялись изменением АД от гипотензий до гипертензий; нарушением ритма сердца в виде тахикардии (реже брадикардии). Количество таких больных составило 206 среди обследованных. У 58 отмечались жалобы на потемнение в глазах с головокружениями, сердцебиением, особенно при перемене поло-

жения тела из горизонтального в вертикальное, на ощущение пульсации сосудов в затылке, в висках. У 42 обследованных наблюдалась легкая смена окраски кожи лица - от побледнения до покраснения - при одной мысли о каком-либо напряжении. У 25 больных выявлялось достаточно стойкое изменение окраски кожи конечностей, проявлявшееся цианотической мраморностью с ощущением постоянной зябкости даже в теплое время года. У 28 обследованных наблюдалось нарушение терморегуляции в виде субфебрилитета - в начале фиксированно к определенному времени, а затем беспорядочно возникающего вне зависимости от времени суток. У 288 больных имелись расстройства сна - от сонливости до бессонницы разной степени выраженности. 53 больных предъявляли жалобы со стороны ЖКТ в виде диспепсии и нарушения работы органов пище-

варения. Нарушения со стороны поджелудочной железы, желудочной секреции и моторики имели 63 пациента, что приводило к появлению остро возникающего чувства голода с мышечной дрожью и ощущением дурноты, симптомами, характерными для гипогликемических состояний, в 25 случаях с анорексией и гипосаливацией, затруднением жевания и глотания. Типичные ощущения давления в области желудка, переполнения после еды, отрыжка типа аэрофагии, боли, запоры с внезапными поносами и т.д. наблюдались у 83 пациентов. 196 больных предъявляли жалобы на повышенную потливость. При этом отмечались холодные мокрые ладони, обильная потливость лба, головы при незначительном эмоциональном или физическом напряжении, ночной гипергидроз головы, шеи. Всё вышеперечисленное у большинства больных сопровождалось повышенной раздражительностью, несдержанностью, эмоциональной неустойчивостью.

У 17 пациентов диагностирован ипохондрический синдром, который характеризовался чрезмерным страхом за свое здоровье, сосредоточением внимания на представлениях, относящихся к собственному здоровью, склонность приписывать себе болезни, которых нет. Больные ярко описывали неприятные или болезненные ощущения, эмоционально-аффективные нарушения и своеобразный образ мышления, который наблюдался в результате неадекватной переработки сенсорных сигналов с возникновением первоначально ложных представлений и убеждений в "неправильной" работе отдельных органов и состоянии здоровья в целом.

У 63 больных был выявлен депрессивный синдром. Так называемый синдром невротической депрессии с ярко выраженными эмоциональными переживаниями отрицательного характера, именно при нем наиболее впечатляюще звучат ощущения безысходности, что даже при отсутствии явной психотии может толкнуть страдальца на последний шаг к расставанию с жизнью. Вышеописанные случаи в проведенном исследовании согласуются с данными литературы [6].

При обследовании у 602 больных выявлено эутиреоидное состояние, у 102 - без увеличения щитовидной железы, что свидетельствует об отсутствии корреляционной связи между наличием эндемического зоба и психосоматического синдрома (рис. 2).

Необходимо отметить, что наличие у 2,8% пациентов ипохондрического и у 10,4% депрессивного синдромов обосновывает целесообразность консультативно-терапевтического вмешательства психиатров.

Выводы

1. Распространенность психосоматического синдрома среди обследованных с эндемическим зобом составила 66,8%.

2. Наличие ипохондрического и депрессивного синдромов среди обследованных больных диктует необходимость консультативно-терапевтического вмешательства психиатров для пациентов любого профиля.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев И.Л., Березанцев А.Ю. Психосоматика, психопатология, личность (теоретический аспект) // Российский психиатрический журнал.- 2012.- № 2.- С. 39-46.

2. Зорина Т.В. Психосоматика и стиль воспитания // Психология, социология и педагогика.- 2017.- № 11 (74).- С. 10.

3. Исомидинов А.И. О трёх формах психофизического состояния человека // Вестник Авиценны.- 2009.- № 4 (41).- С. 96-98.

4. Исомидинов А.И., Нарзуллаева А.Р., Рахимов З.Я. Психо-социальные аспекты этиологии и патогенеза артериальных гипертензий // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения.- 2017.- № 3.- С. 74-82.

5. Комина А.В., Брянцев А.П. Медико-психологические предикторы психосоматической проблемы // Перспективы науки.- 2010.- №4 (06).- С. 5-11.

6. Николаева Е.И., Мартинсоне К.Э. Психофизиологические основания психосоматических изменений // Психология образования в поликультурном пространстве.- 2015.- №30 (2).- С. 53-63.

7. Симаненков В.И. Психосоматические расстройства в практике терапевта.- Санкт-Петербург: СпецЛит, 2008.- 338 с.

8. Штрахова А.В., Куликова Е.В. Психодинамический аспект исследования структуры личности как фактора риска психосоматических нарушений. Часть I // Вестник Южно-Уральского государственного университета.- 2012.- Серия: Психология, Вып. 18, № 31.- С.97 – 104.

REFERENCES

1. Andreev I. L., Berezantsev A. Yu. Psikhosomatika, psikhopatologiya, lichnost (teoreticheskiy aspekt) [Psychosomatics, psychopathology, personality (theoretical aspect)]. *Rossiyskiy psikhiatricheskii zhurnal - Russian journal of psychiatry*, 2012, No. 2, pp. 39-46.

2. Zorina T. V. Psikhosomatika i stil vospitaniya [Psychosomatics and style of education]. *Psikhologiya, sotsiologiya i pedagogika - Psychology, sociology and pedagogy*, 2017, No. 11 (74), pp. 10.

3. Isomidinov A. I. O tryokh formakh psikhofizicheskogo sostoyaniya cheloveka [On the three forms of a person's psychophysical state]. *Vestnik Avitsenny - Herald of Avicenna*, No. 4 (41), pp. 96-98.

4. Isomidinov A. I., Narzullaeva A. R., Rakhimov Z. Ya. Psikho-sotsialnye aspekty etiologii i patogeneza arterialnykh gipertenziy [Psycho-social aspects of the etiology and pathogenesis of arterial hypertension]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere*

zdravookhraneniya - Herald of postgraduate education in healthcare sphere, 2017, No. 3, pp. 74-82.

5. Komina A. V., Bryantsev A. P. Mediko-psikhologicheskie prediktory psikhosomaticeskoy problem [Medico-psychological predictors of the psychosomatic problems]. *Perspektivy nauki - Prospects of science*, 2010, No. 4 (06), pp. 5-11.

6. Nikolaeva E. I., Martinsone K. E. Psikhofiziologicheskie osnovaniya psikhosomaticeskikh izmeneniy [Psychophysiological prerequisites of psychosomatic changes]. *Psikhologiya obrazovaniya v polikulturalnom prostranstve - Psychology of education in the multicultural space*, 2015, No. 30 (2), pp. 53-63.

7. Simanenkova V. I. *Psikhosomaticeskies rasstroystva v praktike terapevta* [Psychosomatic disorders in the practice of the therapist]. St. Petersburg, SpetsLit Publ., 2008. 338 p.

8. Shtrakhova A. V., Kulikova E. V. Psikhodinamicheskiy aspekt issledovaniya struktury lichnosti kak faktora riska psikhosomaticeskikh narusheniy. Chast I [Psychodynamic aspect of research of personality structure as a risk factor of psychosomatic disorders. Part I]. *Vestnik Yuzhno-Uralskogo gosudarstvennogo*

Н.А. Иноятова, Н.М. Шаропова, Д.Х. Муборакшоева, А.А. Мусоев

ПАХНШАВИИ АЛОИМИ ПСИХОСОМАТИКӢ ДАР БЕМОРОН БО ТАШХИСИ ҶОҒАРИ ЭНДЕМИКӢ

Максади таҳқиқот. Омӯштани паҳншавии аломоти психосоматикӣ дар беморҳои гирифтори ҷоғари эндемикӣ дар Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Муоинаи 602 нафар гузаронида шудааст, дар байни онҳо 108 мард ва 494 зан будаанд, ва сини соли миёнаи мардон $30,6 \pm 13,98$ сол ва сини соли миёнаи занон $36,44 \pm 13,74$ сол ташкил меод. Беморон аз муоинаҳо гузаштан: ултрасадои сонографии ғадуди сипаршакл, муайян намудани миқдори гормонҳои ғадуди сипаршакл, фраксияи озоди тироксин ва трийодтиронин ва ҷисми бегона нисбати ретсепторҳои ТТГ ва тиреопероксидаза.

Натиҷаи таҳқиқотҳо ва муҳокимаи онҳо. Дар рафти таҳқиқот дар байни 602 нафар ҳолати эутиреоидии ташхис гузаронида шуд, дар 102 нафари аз 602 ташхисшуда, зиёд шудани андозаи ғадуди сипаршакл муайян намуда шуд. Дар асоси натиҷаҳои ғайташуда ҳулоса баровардан мумкин аст ки байни ҷоғари эндемикӣ ва аломоти психосоматикӣ алоқаи мувофиқати вучуд надорад.

Ҳулоса. Паҳншавии аломоти психосоматикӣ дар байни ташхисшудагон бо ташхиси ҷоғари эндемикӣ ба 66,8% баробар мебошад. Вучуд доштани аломати ипохондриқӣ ва афсурдаҳои дар байни муоинашудагон бо ташхиси ҷоғари эндемикӣ моро вазифадор мекунад ки муоинашудагонро ба машварати духтури касалиҳои рӯҳӣ равон созем.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.127

¹З.В. Гаибова, ²М.Э. Раджабзода, ²Х.Т. Файзуллоев, ²Ш.Х. Бекова, ²Т.Т. Комилов

СИНДРОМ ТАКОЦУБО: КРАТКИЙ ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР И КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

¹Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ

Гаибова Зайнура Валиджоновна – ассистент кафедры кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ; тел.: +992934239955; e-mail: rncssh@mail.ru

В работе приведена короткая информация о терминологии, факторах риска, особенностях патогенеза, клинического течения, диагностики и лечения синдрома такоцубо. Он характеризуется острой транзиторной дисфункцией левого желудочка сердца, возникающей на почве сильного стресса, клинически и электрокардиографически протекающей по типу острого коронарного синдрома, при отсутствии значимых поражений коронарных артерий. Из-за редкой встречаемости такоцубо-кардиомиопатии статья может оказаться полезной практическим врачам при диагностике и лечении некоронарогенных форм ишемии миокарда.

Ключевые слова: синдром такоцубо, стресс-индуцированная кардиомиопатия, патогенез, диагностика, лечение.

¹C.V. Gaibov, ²M.E. Rajabzoda, ²X.T. Fayzullov, ²Sh.H. Bekova, ²T.T. Komilov

TACOTSUBO SYNDROME: SHORT LITERATURE REVIEW AND CLINICAL OBSERVATION

¹Department of cardiology with a course of clinical pharmacology, Dushanbe, Tajikistan

²State institution of "Republican Clinical Center of Cardiology", Dushanbe, Tajikistan

Gaibova Zainura Validzhonovna - assistant of the Department of cardiology with the course of clinical pharmacology; tel.: +992934239955; e-mail: rncssh@mail.ru

This article presents short information on terminology, risk factors, pathogenesis peculiarities, clinical course, diagnosis and treatment of the Takotsubo syndrome. It is characterized by severe transitory dysfunction of the left heart ventricle that appears on a background of a severe stress. Clinically and on ECG it goes as a severe coronary syndrome without significant lesion of the coronary arteries. Because of the rare incidents of the Takotsubo cardiomyopathies, this article could be useful for practicing physicians for diagnosis and treatment of a non-coronary form of cardiac ischemia.

Keywords: Takotsubo syndrome, stress-induced cardiomyopathy, pathogenesis, diagnosis, treatment.

В последние годы в литературе все чаще встречаются публикации, посвященные различным аспектам диагностики и лечения стрессовой кардиомиопатии – синдрому такоцубо [2, 4]. Данный синдром характеризуется острой транзиторной дисфункцией левого желудочка, возникшей на почве сильного стресса, клинически и электрокардиографически протекающей по типу острого коронарного синдрома, при отсутствии значимых поражений венечных артерий, финалом которой в большинстве случаев является благоприятный исход [2].

Этот вид приобретённой кардиомиопатии впервые был описан в 1990 году Японскими учеными по руководством Н. Sato. Исследователи при эхографическом исследовании сердца выявили характерные шарообразные изменения левого желудочка по типу расширения его апикальной части с относительно узким его основанием во время систолы, напоминающее приспособление для ловли осьминогов – «takotsubo». Такое расширение левого желудочка обусловлено акинезией апикальной (иногда и средней) его части при систоле с относительной гиперкинезией базальных сегментов [17].

Частота встречаемости такоцубо-кардиомиопатии по разным данным колеблется от 0,3% до 2,2% [2, 7, 9]. Так, в Японии данный синдром диагностируется у 2,2% пациентов с клиникой острого нарушения коронарного синдрома, а в Европе – 1,7% среди пациентов с острым коронарным синдромом и 0,3% среди всех выполненных экстренных коронарографий [18].

В странах СНГ точных данных по эпидемиологии данного синдрома нет. Возможными причинами этого могут явиться недостаточное диагностирование синдрома такоцубо, ограничение доступности ангиографических установок, а также недостаточное знание врачей по данному синдрому [2, 4].

Кардиомиопатия такоцубо чаще встречается (80-99%) у женщин в постменопаузе, однако в последние годы она стала диагностироваться как у мужчин, так и у детей, и даже новорожденных [5, 9, 11]. Согласно данным большинства авторов, провоцирующим фактором такоцубо-синдрома у женщин является

психический стресс, а у мужчин – стресс вследствие тяжелой физической нагрузки [6, 8, 12].

Вместе с тем, по данным различных авторов, имеются и другие гипотезы генеза заболевания - преходящий спазм венечных артерий, дисфункция микроциркуляторного русла миокарда, катехоламиновая интоксикация и нейрогуморальные нарушения [1, 2, 9]. Однако, независимо от вышеперечисленного, в патогенезе заболевания лежит единый механизм - избыток катехоламинов, приводящий к спазму дистальных ветвей венечных артерий, нарушению перфузии артериального кровообращения на микроциркуляторном уровне.

Так, согласно данным некоторых исследователей, у 74% пациентов с кардиомиопатией такоцубо выявлен повышенный уровень катехоламинов [6, 12, 15]. Такие данные были получены Т. Ueyama (2004), где при экспериментальном моделировании у крыс кардиомиопатии такоцубо во всех случаях констатирована гиперкатехоламинемия, после нейтрализации которой отмечался обратные изменения левого желудочка [21].

Однако, исследованием М. Madhavan et al. (2009) показано, что не во всех случаях отмечается увеличение концентрации катехоламинов у больных с этим синдромом [16].

Доказательством лидирующей роли катехоламинов в генезе синдрома такоцубо можно считать определенные изменения, происходящие в миокарде и исчезающие после адреналэктомии у пациентов с гормонально-активными формами опухолей хромафинных тканей [1, 3, 14].

Имеется и ряд других мнений, касающихся причин возникновения заболевания. Так, по данным В. Ibanez et al. (2005), при выполнении внутрикоронарного ультразвукового сканирования у всех пациентов с такоцубо-кардиомиопатией выявлен отрыв бляшки из среднего сегмента передней нисходящей артерии с дистальной ее эмболизацией [11]. Однако, по данным G.A. Delgado et al. (2011), этот феномен ни разу не был выявлен как при ангиографическом исследовании венечных артерий, так и при внутрисосудистом ультразвуковом исследовании [10].

Согласно данным S.W. Sharkey et al. (2010), в некоторых случаях причиной КМПТ может явиться индуцированный стресс при применении катехоламинов или бета-агонистов в обычных терапевтических дозировках [20]. Исследование, проведенное группой ученых во главе с Т. Ueyama et al. (2008), показало, что в генезе стресс-индуцированной кардиомиопатии важную роль играют снижение или дефицит эстрогенов [21]. Этим можно объяснить частую встречаемость данной патологии у взрослых женщин с постменопаузой.

Другой возможной причиной развития синдрома такоубо, по мнению E.R. Behr et al. (2009), являются наследственные каналопатии кардиомиоцитов с синдромом удлинненного интервала QT [8].

Описаны случаи развития кардиомиопатии такоубо у больного, перенесшего ортотопическую трансплантацию печени [7, 22] и двухжелудочковый ее вариант при патологии коронарной артерии и почечной недостаточности [17]. При этом в клинике Мейо частота развития кардиомиопатии неишемического генеза у больных, перенесших трансплантацию печени, составила 1,2% (17 случаев кардиомиопатии среди 1460 проведенных трансплантаций печени) [22].

Клинически синдром такоубо протекает по типу острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST. Как было сказано выше, после воздействия триггеров, среди которых лидирующее место занимает стресс, у больных неожиданно проявляются клинические признаки заболевания: чаще всего регистрируется острая боль за грудиной, одышка, тахикардия, вплоть до острой сердечной недостаточности или остановки сердца.

Диагностика такоубо кардиомиопатии базируется на основании как клинических проявлений заболевания, так и данным инструментальных и биохимических методов исследования.

Основные ЭКГ-признаки включают в себя подъем сегмента ST в первых грудных отведениях (aV₁-V₄), инверсию зубца T и увеличение интервала QT, иногда с отсутствием зубца Q [15, 18]. Тщательная интерпретация вышеперечисленных ЭКГ изменений позволяет с высокой точностью провести дифференциальную диагностику такоубо-синдрома с острым нарушением коронарного кровотока на почве органических поражений венечных сосудов. Восстановление этих изменений на ЭКГ происходит в ближайшее время (2-6 недели) после консервативной терапии, которая также играет ключевую роль в проведении дифференциальной диагностики вышеперечисленных синдромов.

Сонографическими признаками синдрома такоубо являются акинез верхушки и/или среднего сегмента левого желудочка с гиперкинезией его базиса. Как нами было подчеркнуто выше, левый желудочек при систоле приобретает особую форму, напоминающую приспособление для ловли осьминогов. Другим характерным изменением левого желудочка является резкое уменьшение (20-40%) способности изгнания крови – фракция выброса [11].

«Золотым стандартом» в диагностике такоубо-кардиомиопатии является коронароангиография, где в абсолютном большинстве случаев констатируется отсутствие значимых поражений коронарных артерий.

В последние годы в диагностике и, особенно, дифференциальной диагностике синдрома такоубо с острым коронарным синдромом, инфарктом миокарда и миокардитом в ведущих клиниках мира используется перфузионная сцинтиграфия в сочетании с однофотонной эмиссионной компьютерной томографией [5, 12, 13]. При такоубо-кардиомиопатии в отличие от других форм острого нарушения коронарного кровообращения накопления фармакопрепаратов (гадолиний) миокардом не происходит. Другим преимуществом эмиссионной компьютерной и магнитно-резонансной томографий является то, что при их применения дополнительно визуализируются имеющиеся тромбы в полостях сердца, не диагностируемые при проведении ЭхоКГ [5, 13].

Из биохимических методов исследования в основном используется определение уровня кардиоспецифических маркеров. Так, при синдроме такоубо в основном отмечается повышение уровня тропонинов (I и T) и креатинкиназы-MB, которые в отличие от больных с ОИМ повышаются незначительно и не коррелируют с распространенностью поражения миокарда. Согласно данным K. Ito et al. (2005) и K.A. Bybee et al. (2004), уровень повышения креатинкиназы-MB и/или тропонина I и T у больных с СТ достоверно меньше, по сравнению пациентами с острым коронарным синдромом или инфарктом миокарда [9, 13]. Кроме того, при ТКМП повышение уровня сердечных ферментов не коррелирует со степенью поврежденного миокарда и подъемом сегмента ST. Таким образом, при синдроме такоубо отмечается умеренное повышение уровня кардиоспецифических ферментов, средняя максимальная вариабельность которых составляет 27,4 мкг/л и 18,7 мкг/л (норма 2,0-97,6 мкг/л), соответственно [9].

Также в диагностике СТ определенную роль может играть исследование уровня катехоламинов – адреналина, норадреналина и дофамина. Так, по данным R. Ogura et al. (2003) и G.R. Patankar et al. (2013), почти у 75%

больных с такоубо-кардиомиопатией было выявлено статистически значимое повышение уровня катехоламинов, по сравнению с аналогичными данными у пациентов с острым инфарктом миокарда [18, 19].

Из-за редкой встречаемости и трудностью диагностики синдрома такоубо приводим клинический случай.

В РККЦ 16.09.2017 г. переведена из одной клиник города Душанбе пациентка Р.М., 44 лет с жалобами на давящие боли за грудиной длительно

тельностью более 2 часов, одышку инспираторного характера в покое, учащенное сердцебиение, общую слабость.

Заболела остро, когда на фоне сильного психо-эмоционального стресса появились вышеописанные жалобы, отмечалось падение артериального давления до 60/40 мм рт. ст.

При проведении ЭКГ были зафиксированы патологические изменения в виде комплекса QS в V1-V3 с отрицательным зубцом Т в V2-V3, I, а VL отведениях (рис. 1).

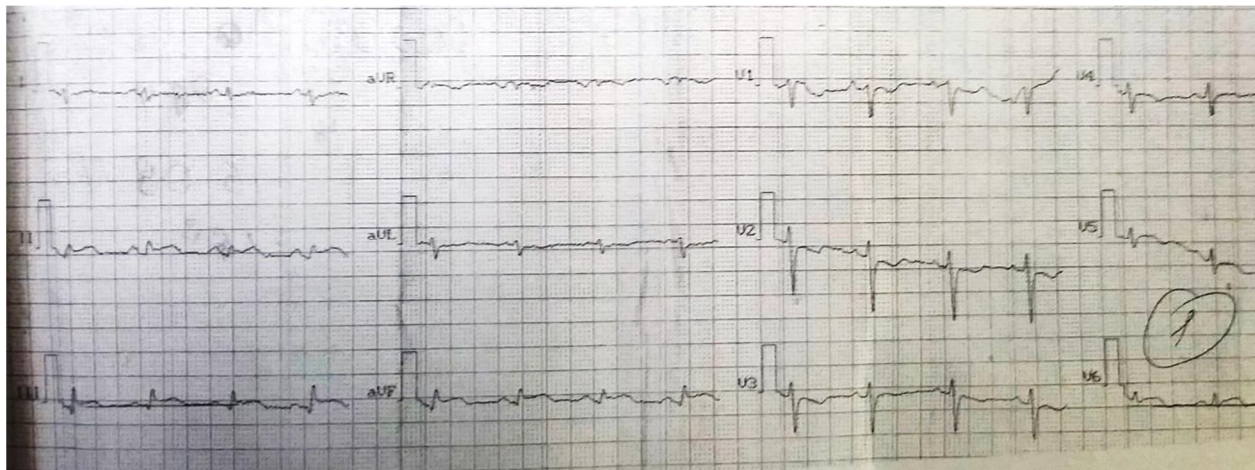


Рис. 1. ЭКГ больной Р.М. при поступлении

Имелось незначительное повышение КФК-МВ (до 55,3 Ед/л), что не соответствовало объему пораженного миокарда.

Ультразвуковое исследование сердца выявило характерную геометрию левого желудочка, напоминающую ловушку для осьминога – форма шаровидного горшка с узким горлышком – такоубо – за счет феномена

гипо-акинеза верхушечных сегментов с дилатацией верхушки левого желудочка, сопровождающихся гиперкинезом базальных сегментов.

Фракция выброса составила 40%. При экстренной коронароангиографии гемодинамически значимых стенозов выявлено не было (рис. 2).

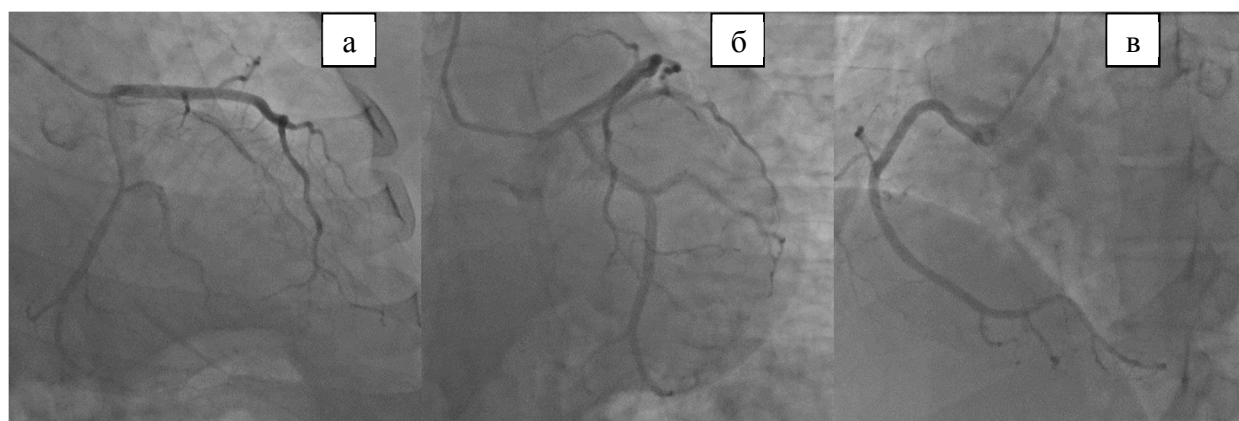


Рис. 2 а-в. Ангиограммы коронарных артерий пациентки, где не визуализируется значимое поражение коронарных артерий.

Проводилась интенсивная терапия с использованием ингибиторов АПФ, β -адреноблокаторов, антиагрегантов, антикоагулянтов, диуретиков и седативных препаратов.

При повторном эхокардиографическом исследовании через 5 дней отмечено восста-

новление формы левого желудочка и сократимости миокарда (фракция выброса 64%). Динамического изменения электрокардиографической картины, характерной для течения острой коронарной патологии, не отмечалось (рис. 3).

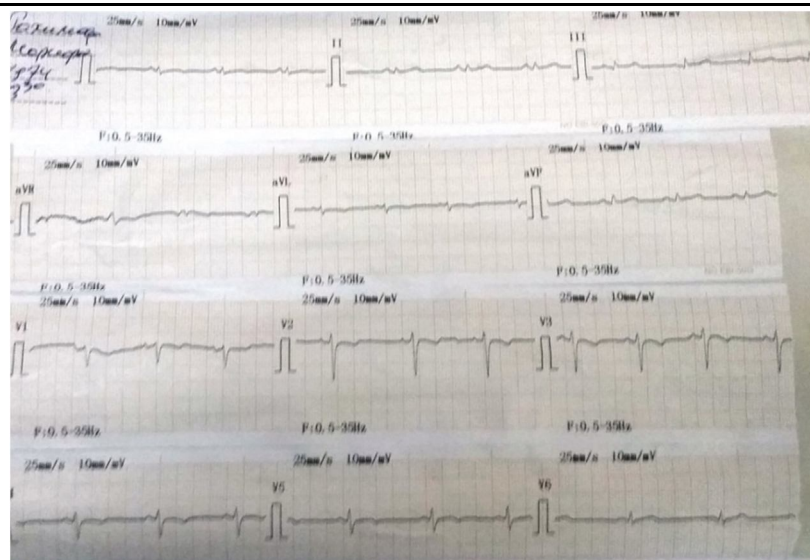


Рис. 3. ЭКГ пациентки после проведения комплексной консервативной терапии

Таким образом, при развитии острого коронарного синдрома у лиц молодого возраста на почве сильного стресса, приводящего к увеличению концентрации катехоламинов в крови, следует рассматривать вероятность кардиомиопатии такоцубо, как причины ОКС. На сегодняшний день диагностика синдрома такоцубо представляет определенные сложности в условиях периферических лечебных учреждений из-за ограниченной доступности коронароангиографии, в связи с чем практические врачи должны тщательно изучить анамнез заболевания и факторов риска развития заболевания. Комплексная консервативная терапия способствует благоприятному исходу патологии с полным регрессом ишемии миокарда.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6-22 см в REFERENCES)

1. Гаилов А.Д., Анварова Ш.С., Камолов А.Н., Курбанова М.О., Калмыков Е.Л., Садриев О.Н. Некоторые особенности диагностики и лечения больных с опухолями надпочечников // Вестник Авиценны.- 2011.- №4(49).- С. 19-24.
2. Гиляров М.Ю., Константинова Е.В., Нестеров А.П., Удовиченко А.Е. Дифференциальный диагноз кардиомиопатии Такоцубо и инфаркта миокарда в реальной клинической практике // Трудный пациент.- 2016.- Т. 14, №1.- С. 22-24.
3. Садриев О.Н., Гаилов А.Д., Анварова Ш.С. Диагностика и лечение синдрома Конна // Вестник Авиценны.- 2014.- №1(58).- С. 47-52.
4. Фейсханова Л.И., Малов А.А., Баширов Р.А. Роль перфузионной сцинтиграфии в диагностике кардиомиопатии Такоцубо // Практическая медицина.- 2015.- Т. 2, №4 (89).- С. 169-170.
5. Харина Т.П., Таряник П.В., Геращенко Е.В. и др. Синдром «разбитого сердца» или стресс-индуцированная кардиомиопатия (Синдром Такоцубо) // Здоровье. Медицинская экология. Наука.- 2016.- Т. 64, №1.- С. 55-60.

REFERENCES

1. Gaibov A. D., Anvarova Sh. S., Kamolov A.N., Kurbanova M. O., Kalmykov E. L., Sadriev O. N. Nekotorye osobennosti diagnostiki i lecheniya bolnykh s opukholyami nadpochechnikov [Some features of diagnosis and treatment of patients with adrenal tumors]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2011, No. 4 (49), pp. 19-24.
2. Gilyarov M. Yu., Konstantinova E. V., Nesterov A. P., Udovichenko A. E. Differentsialnyy diagnoz kardiomiopatii Takotsubo i infarkta miokarda v realnoy klinicheskoy praktike [Differential diagnosis of Takotsubo cardiomyopathy and myocardial infarction in actual clinical practice]. *Trudnyy patsient – Difficult patient*, 2016, Vol. 14, No. 1, pp. 22-24.
3. Sadriev O. N., Gaibov A. D., Anvarova Sh. S. Diagnostika i lechenie sindroma Konna [Diagnosis and treatment of Conn syndrome]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2014.- №1(58).- S. 47-52.
4. Feyskhanova L. I., Malov A. A., Bashirov R. A. Rol perfuzionnoy stsintigrafii v diagnostike kardiomiopatii Takotsubo [The role of perfusion scintigraphy in the diagnosis of Takotsubo cardiomyopathy]. *Prakticheskaya meditsina – Practical medicine*, 2015, Vol. 2, No. 4 (89), pp. 169-170.
5. Kharina T. P., Taryanik P. V., Gerashchenko E. V. Sindrom «razbitogo serdtsa» ili stress-indutsirovannaya kardiomiopatiya (Sindrom Takotsubo) [Syndrome of "broken heart" or stress-induced cardiomyopathy (Takotsubo syndrome)]. *Zdorove. Meditsinskaya ekologiya. Nauka – Health. Medical ecology. Science*, 2016, Vol. 64, No. 1, pp. 55-60.
6. Akashi Y. J., Nakazawa K., Sakakibara M. 123I-MIBG myocardial scintigraphy in patients with "takotsubo" cardiomyopathy. *J Nucl Med*, 2004, No. 45, pp. 1121-1127.
7. Alhankawi D, Shah P, Min E, Cole W, Lonze B., Broken Heart Syndrome (Takotsubo Cardiomyopathy) Triggered by Orthotopic Liver Transplantation. *Gastroenterol Hepatol Open Access.*, 2017, No. 6 (5), 00213. DOI: 10.15406/ghoa.2017.06.00213
8. Behr E. R., Mahida S. Takotsubo cardiomyopathy and the long-QT syndrome: an insult to repolarization reserve. *Europace*, 2009, No. 11, pp. 697-700.

9. Bybee K.A., Kara T., Prasad A. Systematic review: transient left ventricular apical ballooning: a syndrome that mimics ST-segment elevation myocardial infarction. *Ann. Intern. Med.*, 2004, No. 141 (11), pp. 858–865.
10. Delgado G. A., Truesdell A. G., Kirchner R.M., An angiographic and intravascular ultrasound study of the left anterior descending coronary artery in takotsubo cardiomyopathy. *Am J Cardiol.*, 2011, No. 108, pp. 888–891.
11. Ibanez B., Navarro F., Cordoba M., et al. Tako-tsubo Transient left ventricular apical ballooning: is intravascular ultrasound the key to resolve the enigma? *Heart*, 2005, No. 91, pp. 102–104.
12. Ito K., Sugihara H., Katoh S., Assessment of Takotsubo (ampulla) cardiomyopathy using 99mTc-tetrofosmin myocardial SPECT--comparison with acute coronary syndrome. *Ann Nucl Med*, 2003, No. 17, pp. 115–122.
13. Ito K., Sugihara H., Kinoshita N. Assessment of Takotsubo cardiomyopathy (transient left ventricular apical ballooning) using 99mTc-tetrofosmin, 123IBMIPP, 123I-MIBG and 99mTc-PYP myocardial SPECT. *Ann. Nucl. Med.*, 2005, No. 19 (6), pp. 435–445.
14. Kassim T. A., Clarke D. D., Mai V. Q., Catecholamine-induced cardiomyopathy. *Endocr Pract.*, 2008, No. 14, pp. 1137–1149.
15. Kurisu S., Inoue I., Kawagoe T., Time course of electrocardiographic changes in patients with takotsubo syndrome: comparison with acute myocardial infarction with minimal enzymatic release. *Circ J*, 2004, No. 68, pp. 77–81.
16. Madhavan M., Borlaug B. A., Lerman A., Stress hormone and circulating biomarker profile of apical ballooning syndrome (Takotsubo cardiomyopathy): insights into the clinical significance of B-type natriuretic peptide and troponin levels. *Heart*, 2009, No. 95, pp. 1436–1441.
17. Mutluera F. O., Madonna R., Cevik C., Nasser M. M., De Caterina R. Biventricular Takotsubo syndrome in a patient with coronary abnormality and end-stage renal disease. *Coret vasa*, 2013, No. 55, pp. 277–280. <http://dx.doi.org/10.1016/j.crvasa.2012.09.005>
18. Ogura R., Hiasa Y., Takahashi T., Yamaguchi K., Fujiwara K., Ohara Y., Nada T., Ogata T., Kusunoki K., Yuba K., Hosokawa S., Kishi K., Ohtani R. Specific findings of the standard 12-lead ECG in patients with «Takotsubo» cardiomyopathy: comparison with the findings of acute anterior myocardial infarction. *Circ. J.*, 2003, No. 67, pp. 687–90.
19. Patankar G. R., Choi J. W., Schussler J. M. Reverse takotsubo cardiomyopathy: two case reports and review of the literature. *J Med Case Rep.*, 2013, No. 7, pp. 84.
20. Sharkey S. W., Lesser J. R., Zenovich A. G., Acute and reversible cardiomyopathy provoked by stress in women from the United States. *Circulation*, 2005, No. 111, pp. 472–479.
21. Ueyama T., Kasamatsu K., Hano T., Tsuruo Y., Ishikura F., Catecholamines and estrogen are involved in the pathogenesis of emotional stress-induced acute heart attack. *Ann N Y Acad Sci.*, 2008, No. 1148, pp. 479–85.
22. Yataco M. L., Difato T., Bargehr J., Rosser B. G., Patel T., (2014) Reversible non-ischaemic cardiomyopathy and left ventricular dysfunction after liver transplantation: a single-centre experience. *Liver Int*, No. 34 (6), pp. 105–110.

**З.В. Ғойбова, М.Э. Рачабзода, Ҳ.Т. Файзуллоев,
Ш.Х. Бекова, Т.Т. Комилов**
**АЛОИМИ ТАКОТСУБО: ШАРҲИ КҶУТОҲИ
АДАБИЁТ ВА МУШОҲИДАИ КЛИНИКӢ**

¹Кафедраи кардиология бо курси фармакологияи клиникӣ ДТБКСТҚТ

²МД «Маркази ҷумҳуриявӣи клиникӣи бемориҳои дил»-и ВТ ва ҲИА ҚТ

Дар мавод маълумоти мухтасар оид ба мафҳум, омилҳои ҳатар, хусусиятҳои патогенезӣ, клиникӣ, таъхис ва табобати алоими Такотсубо дарҷ гардидаанд. Ин алоим ба намуди дисфунксияи барқароршавандаи меъдачаи чапи дил дар заминаи таъсири эҳсосотҳои баланд пайдошуда, зухуроти клиникӣ ва сабти барқии дил ҳангоми он ба алоими шадиди коронарӣ шабоҳат дошта, иллатҳои муҳими шараёнҳои коронарӣ ҷой надорад. Бинобар кам дучор шудани ин Токотсубо-кардиомиопатия маълумотҳои дар мақола инъикосёфта ба табибон ҳангоми таъхис ва табобати намудҳои ғайрикоронарии ишемияи миокард ғоидабахш ҳоҳад буд.

Калимаҳои калидӣ: алоими Такотсубо, кардиомиопатияи дар заминаи ҳаяҷон пайдошуда, патогенез, таъхис, табобат.

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616.146-007.64

¹Н.Н. Курбонова, ²Д.Д. Султанов, ²Р.М. Ятимова

ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ВЕН МАЛОГО ТАЗА – ПРОБЛЕМА НА СТЫКЕ ГИНЕКОЛОГИИ И СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

¹Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Курбонова Насима Нуриддиновна - очный аспирант кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино; 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки 139; тел.: +992918993090 e-mail: nasima.kurbonova@bk.ru

Варикозная болезнь вен малого таза встречается у 6–15% женского населения планеты. Данное заболевание является причиной значительного ухудшения качества жизни пациенток ввиду появления сильных тазовых болей, частого развития бесплодия, появления неприятных ощущений во время полового акта. Несмотря на актуальность проблемы ведения больных с варикозным расширением вен малого таза, вопросы, касающиеся этиологии, патогенеза, диагностики заболевания и его лечения остаются не только не решенными, но и вызывают жаркие споры как среди специалистов гинекологов, так и сосудистых хирургов.

Ключевые слова: варикозное расширение вен малого таза, «тазовые боли», яичниковые вены, доплерографическое исследование.

¹N.N. Kurbonova, ²D.D. Sultanov, ²R.M. Yatimova

VARICOSE DEASESE OF THE MINOR PELVIS – THE PROBLEM OF THE GYNECOLOGY AND VASCULAR SURGERY

Department of Surgical Diseases №2 of the Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery

Kurbonova Nasima Nuriddinovna, full-time postgraduate student of the Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino; 734003, Dushanbe, Rudaki Ave. 139. Phone: +992918993090 e-mail: nasima.kurbonova@bk.ru

Varicose disease of the minor pelvis is present in 6-15% of the female population of the planet. It causes a significant deterioration of the life quality, due to severe "pelvic" pain, frequent development of infertility and unpleasant sensations during sexual intercourse. Despite the urgency of the problem of managing these patients, issues related to the etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment are unresolved and cause heated controversy among gynecologists and vascular surgeons. Current work attempts to generalize the data present to date, in order to determine the state of the problem.

Keywords: varicose veins of the minor pelvis, "pelvic pains", ovarian veins, doppler study.

Актуальность. Варикозное расширение вен малого таза - заболевание, сопровождающееся увеличением длины вен данной анатомической области, змеевидной их извитостью, необратимыми мешковидными расширениями их просвета с недостаточностью клапанов, с развитием нарушения венозного оттока от органов малого таза, появлением хронических тазовых болей, как основного проявления заболевания [7]. Патология является не только одной из актуальных проблем гинекологии и ангиологии, но и острой социальной проблемой [2]. Больные с данным заболеванием, страдая от постоянных болей, становятся раздражительными, необщительными, у них наблюдаются проблемы в семейной жизни ввиду развития неприятных ощущений во время полового акта, а в отдалённом периоде возможна потеря трудоспособности индивидуумом, что является тяжёлой потерей как для семьи, так и для государства в целом [3]. В последние годы наблюдается значительный рост частоты заболевания в раннем возрасте [4, 25]. Согласно данным большинства современных авторов, частота встречаемости данной патологии, в

зависимости от страны и других факторов, колеблется от 6% до 15% среди всей женской популяции [1, 29]. Однако некоторые авторы дают цифры в 30 – 32 % [14], но встречаются и другие, отдающие этой патологии свыше 50% в общей женской популяции [5, 8, 11]. Столь значительный разброс объясняется плохо налаженной дифференциальной диагностикой варикозного расширения вен малого таза с другими заболеваниями малого таза, при этом в некоторых учреждениях имеет место гипердиагностика этого заболевания: диагноз выставляется при любых тазовых болях, порой без проведения дополнительных методов исследования [10, 12]. Боль, как клиническое проявление варикозного расширения вен малого таза, является причиной обращения к гинекологу в 2-10% случаев от общего количества обращений [13]. Ежегодный прирост варикозной болезни вен малого таза составляет 2,6 - 2,9% [15], порог инвалидности по заболеванию – 12%, сокращение продолжительности жизни в среднем составляет 18%, при отсутствии корректного лечения данной патологии возможны летальные исходы [16].

Этиология и патогенез. Варикозная болезнь вен малого таза – полиэтиологичное заболевание [17]. Этиологическими факторами варикозной болезни вен малого таза в настоящее время считаются: 1) сдавление тазовых вен извне (в том числе и при изменении положения матки, приводящей к перегибу широких маточных связок, затрудняющему отток венозной крови); 2) дисплазия или окклюзия овариальных вен; 3) ранее не выявленный тромбоз тазовых вен [18]. М.А. Черепанова [32] установила, что синдром тазового полнокровия чаще развивается в возрасте старше 30 лет, при наличии нарушений менструального цикла, нарушений половой жизни, предменструальном синдроме, наступлении менархе до 12 лет, интервале между менструациями до 24 дней и менее, обнаружении в анамнезе больной двух родов и более либо более трех аборт, присутствии варикозного расширения вен нижних конечностей, ожирении, поражении спаячным процессом органов малого таза, заболеваниях хроническим сальпингоофоритом, опухолях яичников, миоме матки либо генитальном эндометриозе. Патогенез варикозной болезни вен малого таза долгое время оставался наименее изученным пунктом данной патологии. На начальных этапах исследования была установлена взаимосвязь между ухудшением состояния больных и сроками беременности. Действительно, перестройки организма женщины в виде сдавления увеличивающейся маткой венозных коллекторов, прогрессирующее воздействие гормонов плаценты на организм усугубляют течение заболевания [21]. В то же время установлено, что беременность не может быть этиологическим фактором, являясь лишь фактором, провоцирующим обострение [22, 23]. При варикозном расширении вен малого таза наблюдаются изменения в структуре венозной стенки, развивается воспалительный процесс, что является также следствием снижения иммунного ответа [9, 24]. У данной группы больных наблюдается уменьшение Т-звена иммунитета, увеличение уровня противовоспалительных цитокинов, а также изменения в метаболическом состоянии, что проявляется в повышении уровня гомоцистеина, фибронектина и липопротеина. Вместе с тем, имеются данные о том, что определенную роль в развитии варикозного расширения вен малого таза играют сдавление вен соседними органами, перенесенные тромбозы других вен, ангиодисплазии [6, 19]. Данные современных исследований все большую роль в развитии варикозного расширения вен малого таза отдают дисплазии соединительной ткани [26], представляющей собой нарушение развития органов и тканей в эмбриогенезе и в постнатальном периоде. Выделяют два вида дис-

плазии соединительной ткани: 1) наследственные заболевания, роль которых в развитии нарушений хорошо изучена. К таким заболеваниям относятся синдром Морфана и Элерса-Данлоса; 2) недифференцированные формы дисплазии соединительной ткани. У больных с наследственным нарушением развития соединительной ткани варикозное расширение вен малого таза и нижних конечностей чаще наблюдается в подростковом возрасте. Кроме того, были изучены особенности конституции, присущие данной категории больных – высокий рост и низкая масса тела относительно группы сравнения [27].

Клиническая картина. Хронические тазовые боли - наиболее характерное клиническое проявление заболевания, чаще всего преобладают на одной стороне, с меньшей интенсивностью с другой [13]. Среди всех причин развития варикозного расширения вен малого таза главной причиной развития боли является застой крови в расширенных венах, в результате чего образуются продукты недоокисления, такие как молочная и пировиноградная кислоты, раздражающие болевые рецепторы [28]. Обычно боли имеют циклический характер, появляясь, как правило, в середине менструального цикла и усиливаясь во время менструации, но иногда провоцирующим фактором их проявления может стать чрезмерная физическая нагрузка либо длительное нахождение в вертикальном положении [23]. Кроме того, наблюдается усиление либо появление болей во время полового акта, в результате чего у пациентки возникает боязнь полового сношения – диспареуния [30]. В результате выраженных нарушений психической сферы, связанных с неполноценной половой жизнью, проявляются раздражительность, нарушения трудоспособности, повышенная тревожность. Отличительной особенностью болей при варикозной болезни малого таза является появление их во второй фазе менструального цикла, в отличие от эндометриоза, при котором боли возникают перед менструацией [31]. Менструации у таких больных нередко более продолжительные, обильные и болезненные, в результате которых пациентка на долгий срок теряет трудоспособность и выпадает из социальной среды [23].

Диагностика. Несмотря на то, что около 30% женщин, обращающихся к гинекологу с хроническими тазовыми болями, имеют варикозное расширение вен малого таза, правильный диагноз устанавливается лишь у 2 - 10% пациенток [26, 31]. Это связано с тем, что в отличие от варикозного расширения вен нижних конечностей, локальным проявлением которого часто является изучаемая патология, варикозное расширение вен малого таза не визуализи-

зируется, его нельзя пропальпировать, объективная диагностика невозможна [1]. Затруднение вызывает и то, что в 20 – 46% единственным его проявлением могут быть исключительно боли внизу живота, без каких-либо изменений со стороны гинекологических органов [20, 33]. Иногда боли сопровождаются диспареунией, дисминореей [8]. Таким образом, постановка диагноза при данном заболевании должна основываться на данных дополнительных методов исследования [5]. Основным и наиболее эффективным неинвазивным методом диагностики варикозного расширения вен малого таза является ультразвуковое доплерографическое исследование [31, 32]. Некоторые авторы считают ультразвуковое сканирование в диагностике варикозного расширения вен малого таза «золотым стандартом» диагностики [10, 23, 34]. Другие считают, что в погоне за неинвазивностью и удобством для пациентки применение ультразвуковых методов является менее точным и приводит к диагностическим ошибкам [35]. Сторонники ультразвуковых методов относят к его достоинствам безопасность для пациентки, высокую информативность, а также возможность оценки кровенаполнения не только сосудов яичников, но и матки, заболевания которой часто сопровождаются варикозным расширением вен малого таза [8, 26, 36]. Однако основным преимуществом доплерографического исследования является возможность определения показателя прогрессивного увеличения основных венозных коллекторов малого таза (маточных, яичниковых, внутренних подвздошных и аркуатных вен) и определение скорости венозного кровотока [34]. При ультразвуковой диагностике при варикозном расширении вен малого таза в малом тазу определяется увеличение всех основных венозных узлов [37]. В послеродовом периоде наблюдается некоторое уменьшение диаметра вен, но до нормального состояния это уменьшение не доходит. Диагноз варикозного расширения вен малого таза выставляется большинством специалистов при диаметре вен свыше 5 мм, а также при наличии рефлюкса кровотока при проведении пробы Вальсальвы в течение 0,5 сек и более [9]. По мнению Е.С. Беляевой, мультиспиральная компьютерная томография является наиболее информативным методом для определения степени венозного расширения, а также определения послеоперационных результатов хирургического лечения [4]. Применение компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии показывает состояние и расположение относительно друг друга других органов малого таза, а также их заболеваний, что является немаловажным преимуществом данных методик диа-

гностики [31]. Однако стоит отметить тот факт, что, несмотря на способность определения компьютерной томографией расширения вен малого таза, с её помощью невозможно дифференцировать варикозное расширение вен малого таза и другие заболевания, при которых их диаметр так же увеличивается [38]. Селективная овариоакография и тазовая флебография являются информативными методиками, однако, показания к их применению сужены в настоящее время. Данные методики идеально подходят для определения венозной анатомии таза, наличия ретроградного кровотока, наличия или отсутствия контрастирования коллатеральных сосудов, выявления рефлюкса крови по внутренним подвздошным венам и их притокам [35]. Показанием к применению данной методики в зарубежной литературе некоторыми авторами считается отсутствие других отличных от варикозного расширения вен малого таза патологических отклонений в малом тазу у больных с болями в нижней части живота, продолжительностью более 6 месяцев [7]. Лапароскопическая методика исследования органов малого таза для проведения дифференциальной диагностики также является эффективным, хотя и инвазивным методом. Некоторые авторы при выявлении во время исследования признаков конгестии у больных в ходе диагностической лапароскопии производили одномоментное медикаментозное интраваскулярное склерозирование венозных сосудов. Считается, что проведение данного вмешательства вместо клипирования сосудов либо эндоскопического их лигирования исключает ретроградный кровоток по венам, который может способствовать регионарной венозной гипертензии, то есть конгестии [33]. В то же время, согласно данным ряда исследований, лапароскопические вмешательства менее эффективны, особенно на ранних стадиях заболевания, а также обладают низкой специфичностью и диагностической ценностью [1]. Кроме того, лапароскопия не может рассматриваться как скрининговый метод диагностики ввиду своей инвазивности, дороговизны, наличия ряда осложнений, а также невозможности выполнения в амбулаторных условиях.

Лечение. Несмотря на то, что история проблемы насчитывает уже не одно десятилетие, до конца решить вопрос о том, какое лечение более предпочтительно у данных больных – консервативное, миниинвазивное или микрохирургическое - не удается до сих пор [42]. Следует отметить, что существуют сторонники всех вариантов, хотя в последнее время все больше авторов склоняются к мнению о том, что без хирургического вмешательства полное излечение данной патологии невозможно. Кон-

сервативное лечение, как правило, отличается продолжительностью, исключением значительных физических нагрузок и длительного нахождения пациентки в вертикальном положении, выполнении лечебно-физкультурных упражнений, способствующих нормализации кровотока и оттоку крови из малого таза и нижних конечностей, ношении лечебных колготок, приема венотропных, противовоспалительных, антиагрегатных, иммунокорригирующих средств [39, 41, 42]. В ходе изучения эффективности комплексной терапии и влияния её на параметры иммунитета, а также на состояние метаболизма, А.И. Гус с соавт. [8] определили значительно больший эффект комплексной терапии в сравнении с монотерапией флеботропными препаратами у больных с I и II степенями варикозного расширения. Несмотря на то, что у всех больных, которым применялось консервативное лечение, на 10 сутки после его начала наблюдалось значительное уменьшение концентрации интерлейкинов в крови, концентрация их была значительно ниже в группе комплексного лечения. В то же время авторы указывают на низкую эффективность консервативного лечения при III степени варикозного расширения и необходимости проведения хирургического вмешательства у данных больных. В то же время, в другой своей работе [8, 10] А.И. Гус с соавт. указывают на низкую эффективность всех имеющихся на сегодняшний день методов хирургического лечения патологии, с временным снижением клинических проявлений. Е.Г. Левданский, изучив опыт консервативного лечения 24 больных с вторичным варикозным расширением вен малого таза после ранее перенесенного тромбоза, пришел к выводу не только о его целесообразности, но и значительной эффективности при применении в течение 3 месяцев, с целью снижения клинических проявлений. Больным назначали режим с использованием разгрузочных промежутков в ходе рабочего дня, диету, состоящую из овощей и фруктов, полное исключение из употребления алкоголя и курения. Также применялись препараты из группы вазодилатирующих средств и витамины с включением микроэлементов [12]. С.Г. Гаврилов в ряде работ указывает на эффективность хирургического лечения, особо выделяя хирургические вмешательства на гонадных венах [6]. Сравнение различных методов терапии показало, что консервативное лечение больных монотерапией флеботропными препаратами эффективно лишь при изолированном расширении внутритазовых вен [37]. Ввиду недостаточного понимания механизмов развития заболевания существующие рекомендации относительно методов лечения варикозного расширения вен малого таза, как

правило, отличаются диаметрально противоположными подходами к его лечению: от полного отказа от хирургического лечения и применения исключительно консервативной терапии до агрессивных прямых вмешательств на венах малого таза [16]. Б.С. Суковатых и М.Б. Суковатых, например, критически относятся к применению хирургических методик с использованием минидоступов, так как, по их мнению, при этом не обеспечивается достаточный косметический эффект [28]. На основании ведения 60 больных с хронической венозной недостаточностью малого таза авторами сделан вывод о том, что тактика лечения должна зависеть от формы рефлюкса при заболевании: при низкоинтенсивном рефлюксе крови по гонадным венам авторы рекомендуют проведение консервативного лечения, при среднеинтенсивном – проведение склеротерапии, при высокоинтенсивном – эндоскопическую диссекцию гонадных вен.

Заключение. Таким образом, большинство вопросов, касающихся этиологии и патогенеза, диагностики, лечения больных с варикозным расширением вен малого таза продолжают оставаться нерешенными, и требуют дальнейшего изучения с проведением клинических исследований. Как видно из приведенных выше данных, мнения авторов по большинству вопросов отличаются не только согласованностью, но и порой кардинально противоположны. Отсутствует единая тактика ведения больных с данным заболеванием, клинические протоколы не разработаны, хотя их необходимость не вызывает сомнения. Все это связано отчасти с тем, что варикозное расширение вен малого таза, являясь по сути гинекологической патологией, требует хирургического вмешательства со стороны сосудистых хирургов и находится таким образом на грани двух медицинских дисциплин. Дальнейшие исследования и написанные по их результатам научные работы должны решить вопросы, касающиеся описанных выше проблем и сформировать алгоритм ведения больных с варикозным расширением вен малого таза, что должно значительно улучшить показатели излечиваемости больных этим заболеванием.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 28-33 см. в REFERENCES)

1. Андрияшкин В.В. и др. Варикозная болезнь вен таза у женщин // Флебология. – Т.7, №2. – С. 39 – 43.
2. Артымук Н.В. Варикозное расширение вен органов малого таза у женщин // Российский вестник акушера-гинеколога: научно-практический рецензируемый журнал. — 2007. — Т.7, №6. — С. 74-77.

3. Баряева О.Е. Тазовые боли в гинекологии детского и подросткового возраста. – Иркутск: ИГМУ, 2012. – С. 10 – 15.

4. Вerezgova S.V., Troik E.B., Ryzhkov V.K. Эндоваскулярные методы лечения конгестивного синдрома у женщин //Репродуктивная медицина: новые тенденции и неразрешенные вопросы. – 2014. - №2. – С.17 – 18.

5. Гаврилов С.Г. и др. Принципы хирургического лечения варикозной болезни вен таза // Вестник РГМУ. – 2009. - №5. – С. 11-15.

6. Гус А.И. Алгоритм обследования женщин с синдромом тазовых болей при подозрении на варикозную болезнь малого таза / А.И. Гус [и др.]//Сибирский медицинский журнал. – 2011. - №6. – С. 83 – 85.

7. Гус А.И. и др. Диагностика и лечение варикозной болезни вен малого таза у женщин // Вестник ТГУ. – 2017. – Т.22, №2. – С. 362 – 367;

8. Гус А.И. и др. Особенности иммунного ответа и цитокинового статуса при варикозной болезни вен малого таза у женщин // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2013. - №6(94). – С. 19 – 23.

9. Гус А.И. и др. Современное состояние проблемы ведения больных с посттромботической болезнью нижних конечностей. Обзор литературы // Сибирский медицинский журнал. – 2015. – №2. – С. 122 – 125.

10. Левданский Е.Г. Динамика органных поражений в ответ на консервативное лечение вторичного варикоза вен малого таза // Женский врач. – 2015. - №1. – С. 43 – 45.

11. Лобанов К.А., Макухина Т.Б., Поморцев А.В. Особенности венозной гемодинамики малого таза у пациенток с внутренним эндометриозом тела матки на фоне длительной стероидной терапии // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. - №5(140). – С. 124 – 131.

12. Логачев Т.М. и др. Варикозное расширение вен малого таза у девочек-подростков с полименореей (случай из практики) // Детская больница. – 2010. - №4. – С. 69 – 72.

13. Майоров М.В., Жученко С.И. Тазовый варикоз: особенности патогенеза, диагностики и лечения // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2014. - № 7 (82). – С. 27 – 32.

14. Мозес В.Г., Мозес К.Б. Клинические проявления системного поражения соединительной ткани у женщин раннего репродуктивного возраста с варикозным расширением вен малого таза // Бюллетень сибирской медицины. – 2006. - №1. – С. 87 – 90.

15. Мозес В.Г. Лечение варикозного расширения вен малого таза у женщин в пре- и постменопаузе // Клиническая геронтология. – 2006. - №2. – С. 70 – 73.

16. Мозес В.Г. Роль недифференцированных форм дисплазии соединительной ткани в формировании патологии венозной системы малого таза у женщин // Казанский медицинский журнал. – 2007. – Т. 88, №5. – С.123 – 125.

17. Омарова Х.М. Комплексное лечение варикозного расширения вен малого таза во время беременности // Клиническая фармакология и терапия. – 2009. - №18. – С. 34 – 36.

18. Омарова Х.М. Механизмы развития варикозного расширения вен малого таза при беременности // Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – Т. 15, №3. – С. 210 – 212.

19. Рыбалка А.Н. и др. Варикозная болезнь вен малого таза как причина хронической тазовой боли // Таврический медико-биологический вестник. – 2015. – Т. 18, №1(69). – С. 150 – 156.

20. Савельев В.С., Кириенко А.И., Ревякин В.Ю. Выбор метода лечения варикозной болезни вен малого таза // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия: научно-практический журнал. - 2005. - № 6. — С. 24-30.

21. Суковатых Б.С., Суковатых М.Б. Патогенетическое обоснование миниинвазивного лечения варикозной болезни вен малого таза // Новости хирургии. – 2012. – Т. 20, №1. – С. 54 – 61.

22. Сухов М.Н. и др. Варикоз вен малого таза и варикоцеле у детей с внепеченочной портальной гипертензией // Детская больница. – 2011. - №2. – С.13 – 18.

23. Уральскова М.В., Сафронова М.М., Шарова Л.Е. Варикозное расширение вен матки: клиника и диагностика // Журнал акушерства и женских болезней. – 2005. - №2. – С. 56 – 60.

24. Чхаидзе И.З. Новые подходы к исследованию микрогемодинамики матки у женщин с варикозным расширением вен малого таза // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2009. – Т. 8, №2. – С. 63 – 67.

25. Шибельгут Н.М., Захаров И.С., Мозес В.Г. Клинико-биохимические проявления недифференцированных форм дисплазии соединительной ткани у беременных с варикозной болезнью вен малого таза // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – Т.6, №1. – С. 56 – 60.

26. Шуликовская И.В., Чижова Е.А., Тюрюмина Е.Э. Варикозная трансформация вен таза у женщин, страдающих варикозным расширением вен нижних конечностей // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2012. - №4(86). – С. 115 – 116.

27. Шуликовская И.В. Варикозное расширение вен малого таза у женщин. Вопросы этиологии, патогенеза, клиники и диагностики заболевания (Обзор литературы) // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2011. - №4(80). – С. 353 – 356.

REFERENCES

1. Andriyashkin V. V., Varikoznaya bolezn ven taza u zhenshchin [Varicose disease of the pelvis in women]. *Flebologiya - Phlebology*, Vol. 7, No. 2, pp. 39 – 43.

2. Artymuk N. V. Varikoznoe rasshirenie ven organov malogo taza u zhenshchin [[Varicose disease of the pelvis in women]. *Rossiyskiy vestnik akusheraginekologa: nauchno-prakticheskiy retsenziruemyy zhurnal - The Russian bulletin of the obstetricgynecologist: the scientific-practical peer-reviewed magazine*, 2007, Vol. 7, No. 6, pp. 74-77.

3. Baryayeva O. E. *Tazovye boli v ginekologii detskogo i подросткового возраста* [Pelvic pain in gynecology of childhood and adolescence]. Irkutsk, IGMU Publ., 2012. 10 – 15 p.

4. Verezgova S. V., Troik E. B., Ryzhkov V. K. Endovaskulyarnye metody lecheniya kongestivnogo

sindroma u zhenshchin [Endovascular methods of treatment of congestive syndrome in women]. *Reproduktivnaya meditsina: novye tendentsii i nerazreshennyye voprosy - Reproductive medicine: new trends and unresolved issues*, 2014, No. 2, pp.17 – 18.

5. Gavrilov S. G., Printsipy khirurgicheskogo lecheniya varikoznoy bolezni ven taza [Principles of surgical treatment of varicose veins of the pelvis]. *Vestnik RGMU – Bulletin of RGMU*, 2009, No. 5, pp. 11-15.

6. Gus A. I., Algoritm obsledovaniya zhenshchin s sindromom tazovykh boley pri podozrenii na varikoznuyu bolezni malogo taza [An algorithm for examining women with pelvic pain syndrome in case of suspected varicose disease of the small pelvis]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal – Siberia medical magazine*, 2011, No. 6, pp. 83 – 85.

7. Gus A. I., Diagnostika i lechenie varikoznoy bolezni ven malogo taza u zhenshchin [Diagnosis and treatment of varicose disease of the pelvis in women]. *Vestnik TGU – Bulletin of TGU*, 2017, Vol. 22, No. 2, pp. 362 – 367;

8. Gus A. I., Osobennosti immunnogo otveta i tsitokinovogo statusa pri varikoznoy bolezni ven malogo taza u zhenshchin [Features of the immune response and cytokine status in varicose veins of the pelvis in women]. *Byulleten VSNTS SO RAMN – Bulltin of Бюллетень East Siberian Scientific Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences*, 2013, No. 6 (94), pp. 19 – 23.

9. Gus A. I. Sovremennoe sostoyanie problemy vedeniya bol'nykh s posttromboticheskoy bolezniyu nizhnikh konechnostey. Obzor literatury [The current state of the problem of managing patients with posttrombotic disease of the lower extremities. Literature review]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal – Siberia medical magazine*, 2015, No. 2, – S. 122 – 125.

10. Levanskiy E. G. Dinamika organnykh porazheniy v otvet na konservativnoe lechenie vtorichnogo varikoza ven malogo taza [[Dynamics of organ damage in response to conservative treatment of secondary varicose veins of the pelvis]. *ZHenskiy vrach – Female physician*, 2015, No. 1, pp. 43 – 45.

11. Lobanov K. A., Makukhina T. B., Pomortsev A. V. Osobennosti venoznoy gemodinamiki malogo taza u patsientok s vnutrennim endometriozom tela matki na fone dlitel'noy steroidnoy terapii [Features of venous hemodynamics of the small pelvis in patients with internal endometriosis of the uterus body on a background of long-term steroid therapy]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik – Kuban scientific medical bulletin*, 2013, No. 5(140), pp. 124 – 131.

12. Logachev T. M. Varikoznoe rasshirenie ven malogo taza u devochek-podrostkov s polimenoreey (sluchay iz praktiki) [Varicose veins of small pelvis in adolescent girls with polymenorrhea (case from practice)]. *Detskaya bolnitsa – Pediatric hospital*, 2010, No. 4, pp. 69 – 72.

13. Mayorov M. V., Zhuchenko S. I. Tazovyy varikoz: osobennosti patogeneza, diagnostiki i lecheniya [Pelvic varicose veins: peculiarities of pathogenesis, diagnosis and treatment]. *Meditsinskie aspekty zdorovya zhenshchiny – Medical aspects of women health*, 2014, No. 7 (82), pp. 27 – 32.

14. Mozes V. G., Mozes K. B. Klinicheskie proyavleniya sistemnogo porazheniya soedinitel'noy

tkani u zhenshchin rannego reproduktivnogo vozrasta s varikoznym rasshireniem ven malogo taza [Clinical manifestations of systemic involvement of connective tissue in women of early reproductive age with varicose veins of the pelvis]. *Byulleten sibirskoy meditsiny – Siberia medicine bulletin*, 2006, No. 1, pp. 87 – 90.

15. Mozes V. G. Lechenie varikoznogo rasshireniya ven malogo taza u zhenshchin v pre- i postmenopauze [Treatment of varicose veins of the pelvis in pre- and postmenopausal women]. *Klinicheskaya gerontologiya – Clinical gerontology*, 2006, No. 2, pp. 70 – 73.

16. Mozes V. G. Rol nedifferentsirovannykh form displazii soedinitel'noy tkani v formirovaniy patologii venoznoy sistemy malogo taz u zhenshchin [The role of undifferentiated forms of connective tissue dysplasia in the formation of the pathology of the venous system of the small pelvis in women]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal – Kazan medical magazine*, 2007, Vol. 88, No. 5, pp.123 – 125.

17. Omarova Kh. M. Kompleksnoe lechenie varikoznogo rasshireniya ven malogo taza vo vremya beremennosti [Complex treatment of varicose veins of the pelvis during pregnancy]. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya – Clinical pharmacology and therapy*, 2009, No. 18, pp. 34 – 36.

18. Omarova Kh. M. Mekhanizmy razvitiya varikoznogo rasshireniya ven malogo taza pri beremennosti [Mechanisms of development of varicose disease of the pelvis during pregnancy]. *Vestnik novykh meditsinskiy tekhnologiy – Bulletin of new medical technologies*, 2008, Vol. 15, No. 3, pp. 210 – 212.

19. Rybalka A. N., Varikoznaya bolezni ven malogo taza kak prichina khronicheskoy tazovoy boli [Varicose veins of the pelvic floor as a cause of chronic pelvic pain]. *Tavricheskiy mediko-biologicheskiy vestnik – Tavric medical biological bulletin*, 2015, Vol. 18, No. 1 (69), pp. 150-156.

20. Savelev B. C., Kirienko A. I., Revyakin V. Yu. Vybora metoda lecheniya varikoznoy bolezni ven malogo taza [The choice of a method of treatment of varicose disease of a small pelvis]. *Grudnaya i serdechno-sosudistaya khirurgiya: nauchno-prakticheskiy zhurnal - Thoracic and cardiovascular surgery: a scientific and practical journal*, 2005, No. 6, pp. 24-30.

21. Sukovatykh B. S., Sukovatykh M. B. Patogeneticheskoe obosnovanie miniinvazivnogo lecheniya varikoznoy bolezni ven malogo taza [Pathogenetic justification of minimally invasive treatment of varicose veins of small pelvis]. *Novosti khirurgii – Surgery news*, 2012, Vol. 20, No. 1, pp. 54 – 61.

22. Sukhov M. N., Varikoz ven malogo taza i varikotsele u detey s vnepechenochnoy portal'noy gipertenziy [Varicose of small pelvis veins and varicocele in children with extrahepatic portal hypertension]. *Detskaya bolnitsa – Pediatric hospital*, 2011, No. 2, pp.13 – 18.

23. Uralskova M. V., Safronova M. M., Sharova L. E. Varikoznoe rasshirenie ven matki: klinika i diagnostika [Varicose veins of the uterus: a clinic and diagnostics]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney - Journal of Obstetrics and Women Diseases*, 2005, No. 2, pp. 56 – 60.

24. Chkhaidze I. Z. Novye podkhody k issledovaniyu mikrogemodinamiki matki u zhenshchin s varikoznym rasshireniem ven malogo taza [New ap-

proaches to the study of uterine microhemodynamics in women with varicose veins of the pelvis]. *Regionarnoe krovoobrashchenie i mikrotsirkulyatsiya - Regional blood circulation and microcirculation*, 2009, Vol. 8, No. 2, pp. 63 – 67.

25. Shibelgut N. M., Zakharov I. S., Mozes V. G. Kliniko-biokhimicheskie proyavleniya nedifferentsirovannykh form displazii soedinitel'noy tkani u beremennykh s varikoznoy boleznью ven malogo taza [Clinical and biochemical manifestations of undifferentiated forms of connective tissue dysplasia in pregnant women with varicose veins of the pelvic floor]. *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal - Saratov Medical Scientific Magazine*, 2010, Vol. 6, No. 1, pp. 56 – 60.

26. Shulikovskaya I. V., Chizhova E. A., Tyuryumina E. E. Varikoznaya transformatsiya ven taza u zhenshchin, stradayushchikh varikoznym rasshireniem ven nizhnikh konechnostey [Varicose veins of the pelvis in women suffering from varicose veins of the lower extremities]. *Byulleten VSNTS SO RAMN – Bulletin of East Siberian Research Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences*, 2012, No. 4 (86), pp. 115 – 116.

27. Shulikovskaya I. V. Varikoznoe rasshirenie ven malogo taza u zhenshchin. Voprosy etiologii, patogeneza, kliniki i diagnostiki zabolevaniya (Obzor literatury) [Varicose veins of the pelvis in women. Questions of etiology, pathogenesis, clinic and diagnosis of the disease (Review of the literature)]. *Byulleten VSNTS SO RAMN - Bulletin of East Siberian Research Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences*, 2011, No. 4 (80), pp. 353 – 356.

28. Bergan J. J., Bunke N. The vein book. Oxford: University press, 2014. 252 – 258 p.

29. Dick E. A., Time-resolved imaging of contrast kinetics three-dimensional (3D) magnetic resonance venography in patients with pelvic congestion syndrome. *The British journal of radiology*, 2014, No. 3, pp. 1112 – 1115.

30. Foong L. C., Altered peripheral vascular response of women with and without pelvic pain due to congestion. *BJOG*, 2000, Vol. 107 (2), pp. 157-164.

31. Honjo H., Effects of acupuncture for chronic pelvic pain syndrome with intrapelvic venous congestion: preliminary results. *International journal of urology*, 2004, Vol. 11, No. 8, pp. 607-612.

32. Perry C. P. Current concepts of pelvic congestion and chronic pelvic pain. *JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 2001, Vol. 5, No. 2, pp. 105.

33. Rozenblit A. M., Incompetent and Dilated Ovarian Veins: A Common CT Finding in Asymptomatic Parous Women. *AJR*, 2001, No. 107, pp. 119-122.

Н.Н. Курбонова, Д.Д. Султанов, Р.М. Ятимова

БЕМОРИИ ВАРИКОЗИИ ВАРИДҲОИ КОСИ ХУРД – МАСЪАЛАИ ДАР ҶОИ БА ҲАМ ПАЙВАСТАНИ ГИНЕКОЛОГИЯ ВА ҶАРОҲИИ РАГҲО

Мухтасар: бемории варикозии варидҳои коси хурд дар 6-15% занони саёра дида мешавад. Ин беморӣ боиси бад шудани вазъи ҳаёти занон мегардад, бо симптомҳои дардҳои вазнини коси хурд, безуриётӣ, пайдоиши дард дар вақти алокаи чинсӣ. Новобаста аз аҳамиятнок будани мушкilot идоракунии беморони варикозии варидҳои коси хурд, масъалаҳои этиология, патогенез, ташхиси беморӣ ва табобати беморон на танҳо ҳалли ҳудро наёфтааст, балки байни духтурони гинекологҳо ва ҷарроҳони рағҳои хунгард баҳси зиёд меоварад. Бо мақсади ҳал кардани мушкilot мо кӯшиш намудем, ки дар ин мақола дар бораи масъалаҳои ба васеъшавии варидҳои коси хурд вобаста буда маълумотҳои нав пешниҳод намоем.

Калимаҳои калиди: варидҳои васеъшудаи коси хурд, дардҳои коси хурд, варидҳои тухмдон, ташхиси доплерӣ.

УДК 617.586;616.089.819.2(575.3)

М.Х. Набиев, Д.А. Абдуллоев, У.М. Бегаков

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра общей хирургии №2. ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Набиев Музаффар Холназарович – зав. кафедрой общей хирургии №2. ТГМУ им. Абуали ибн Сино; г. Душанбе, пр. Рудаки, 139; тел.: +992 987256060; e-mail: myzaffar.nabiev.2017@mail.ru

Синдром диабетической стопы является частным случаем хронической раны. Хронической принято считать рану, существующую более 4 недель без признаков активного заживления. Критическая колонизация имеет очень большое клиническое значение, так как способствует замедлению процессов репарации и приводит к хронизации процесса. Рациональное применение комбинаций современных средств и методик местной терапии, основанных на данных научных исследований, является ключом к успешному решению проблемы инфекционных осложнений при синдроме диабетической стопы. Методы регенеративной хирургии позволяют закрыть раневой дефект даже тогда, когда нет возможности применить традиционные способы.

Ключевые слова: сахарный диабет, синдром диабетической стопы, хроническая рана, регенеративная хирургия.

M.H. Nabiev, D.A. Abdulloev, U.M. Begakov

MODERN SCOPE OF TOPICAL TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF DIABETIC FOOT SYNDROME

Department of General Surgery №2. Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino

Nabiev Muzaffar Holnazarovich – head of the department of General Surgery № 2 of TSMU named after Abuali ibn Sino; Dushanbe, Rudaki Ave., 139; tel.: +992 987256060; e-mail: myzaffar.nabiev.2017@mail.ru

Diabetic foot syndrome is a particular case of a chronic wound. The wound that exists more than four weeks with no signs of active healing is considered chronic. Critical colonization is very important since it is slowing the reparation processes and leads to the chronic transformation of the wound. The rational use of modern methods of local therapy based on scientific research is the key to successful solving of infectious complications of diabetic foot syndrome. Methods of regenerative surgery can close the wound defect even when there is no possibility to implement traditional methods.

Keywords: diabetes mellitus, diabetic foot syndrome, chronic wound, regenerative surgery.

Сахарный диабет – заболевание, распространённость которого по всему миру увеличивается с каждым годом, не имея тенденции к снижению. Если около десятилетия назад число лиц с сахарным диабетом в мире не превышало 130 миллионов человек, то в данный момент численность пациентов с сахарным диабетом, согласно обращаемости, составляет 366 миллионов человек, то есть около 7% населения Земли. Особую обеспокоенность вызывает тот факт, что более половины больных сахарным диабетом относятся к лицам, находящимся в активном трудоспособном возрасте 40 – 60 лет. По самым скромным прогнозам, опубликованным Всемирной диабетической федерацией, увеличение количества больных с данной эндокринной патологией приведёт к тому, что в 2030 году общее количество пациентов с сахарным диабетом достигнет 552 миллионов человек, что в полтора раза больше сегодняшнего числа. Таким образом, каждый десятый житель планеты будет поражён данным заболеванием [1, 2].

Вышеуказанные факты обуславливают высокую медико-социальную значимость сахарного диабета. Одним из тяжелейших осложнений этого заболевания является симптомокомплекс, объединённых под названием «диабетическая стопа». Частота встречаемости «диабетической стопы» у больных с сахарным диабетом лежит в пределах от 4 до 15 процентов [3]. Известно, что у больных с сахарным диабетом частота развития заболеваний сердечно-сосудистой системы в 5 раз выше, частота развития поражений магистральных сосудов нижних конечностей в 3-5 раз выше, а развития критической ишемии в 5 раз чаще, чем в

обычной популяции. Сахарный диабет, являясь полиэтиологической патологией, вызываемой различными факторами, требует привлечения комплексного подхода с проведением как профилактических, диагностических, так и лечебных мер [4,5]. Одним из наиболее частых проявлений диабетической стопы является развитие на нижней конечности хронических ран. Синдром диабетической стопы является частным случаем хронической раны – раны, которая существует более 4 недель и не имеет признаков заживления. Основными причинами развития хронических ран являются: наличие повторяющегося травматического агента, недостаточность кровообращения, хроническая инфекция в месте поражения, повышенное образование протеаз, снижение активности факторов роста. Основными клиническими проявлениями хронических ран являются наличие отмерших тканей, ишемия, отсутствие грануляции, снижение развития краевой эпителизации, отсутствие заживления раны под коркой [6]. Для диабетической стопы характерна триада клинических симптомов: ишемия, нейропатия и развитие инфекции в области нижних конечностей. При этом каждый из перечисленных факторов может самостоятельно запускать механизмы развития диабетической стопы, даже без наличия двух других. В то же время следует отметить значительную роль развития инфекционных осложнений. Данный фактор не только значительно усугубляет состояние конечности, способствуя выполнению ампутаций конечности, но и увеличивает стоимость лечения пациента. Так как в хронической ране всегда присутствует инфекция, то наиболее благоприятная ситуация наблюдается при наличии кон-

таминации и колонизации лишь поверхности, в то время как при худшем положении может наблюдаться развитие критической колонизации и генерализации инфекции. Наличие местной инфекции устанавливается при обнаружении клиники воспаления и подтверждения по результатам микробиологического исследования (количество микробных клеток более 10⁵ или обнаружение явных патогенов) [3]. Патология СДС обусловлена комбинацией таких процессов, как нейропатия, нарушение регионарной гемодинамики и иммунитета, инфекция и травма, что в совокупности создает порочный круг. Стандарт медицинской помощи для лечения пациентов СДС предусматривает мультидисциплинарный подход, который включает коррекцию углеводного обмена, обеспечение адекватной перфузии конечностей, дебридемент нежизнеспособных тканей, разгрузку стопы от избыточного давления, подавление и контроль инфекции, местное лечение язв и обучение пациента правилам жизни и ухода за нижними конечностями. К сожалению, несмотря на достижение медицины, устранение трофических язв диабетического генеза продолжает оставаться достаточно сложной проблемой, а само патологическое явление значительно снижает качество жизни пациента ввиду длительности не заживления (только 24-30% язв заживают в первые 12 – 20 недель), а также довольно частого повторного их развития [7]. Значение критической колонизации в усугублении течения раневого процесса велико, так как она непосредственно влияет на замедление заживления, а также способствует переходу раневого процесса в хроническую форму. Данное патологическое состояние можно заподозрить при наличии даже неспецифических для данной инфекции признаков или неярко выраженных признаков местновоспалительных реакций [8]. Сочетание антибиотиков с местными терапевтическими манипуляциями, то применение системной антибактериальной терапии, ставится под вопрос, особенно при наличии лишь местной инфекции. При этом выбор и назначение вида антибиотика проводится в зависимости от клиники и сопутствующих явлений. Необходимо учитывать тот факт, что критическая колонизация и явная инфекция являются двумя разными состояниями [3].

После проведения консервативного лечения, одним из наиболее значимых является вопрос укрытия раневого дефекта. Одним из методов, применяемых для этой цели, является пластика свободным расщепленным лоскутом. Однако в современной литературе существует довольно скептическое отношение к данной методике укрытия раневой поверхности [9, 10,

11]. При её применении не всегда достигается удовлетворительный результат, она достаточно трудновыполнима в определённых областях стопы. Риск отторжения при использования данной методики довольно высок, составляя 10-30%. Сопутствующее наличие диабетической полинейропатии, микро- и макроангиопатий увеличивает вероятность развития вторичного хронического раневого дефекта в месте донорского участка. Различные авторы по-разному описывают частоту осложнений, однако во всех работах частота нагноения и длительного незаживления раны колеблется в пределах 5-70% [11, 12]. Кроме того, у данной категории больных довольно часто развиваются гипертрофические и келоидные рубцы в области хирургического вмешательства [12]. Серьёзной причиной неудач трансплантации аутологичной кожи является отсутствие объективных методов адекватной оценки готовности раны к аутодермопластике, которая в настоящее время осуществляется лишь на основании клинической оценки состояния больного и визуальных признаков гранулирующей раны. В связи с перечисленными выше обстоятельствами необходимость разработки новых методов лечения, которые могли бы ускорить регенеративные процессы в области раневого дефекта при диабетической стопе, не вызывает сомнений у современных специалистов, занимающихся данной проблемой. Последние достижения таких неразрывно связанных с медициной отраслей, как биохимия и патофизиология, позволили объяснить процессы на молекулярно-клеточном уровне, которые способствуют развитию хронических трофических язв при сахарном диабете. Учитывая данные достижения, в настоящее время разработана одна из наиболее многообещающих методик лечения хронических язв – применение клеточных технологий. К данной методике относится ауто- и аллогенные культуры клеток кожи, а также использование живого кожного эквивалента в укрытии ран [13].

Зарубежные исследователи описывают хорошие результаты применения биоинженерных заменителей кожи («Dermagraft», «AlloDerm», «Apligraf») с целью терапии хронических язв [7, 9, 14, 15, 16, 17]. Российские авторы в качестве эквивалента используют аналогичный продукт - «Дермальный эквивалент» (ДЭ) (НИИ цитологии РАН, Санкт-Петербург, РФ), состоящий из аллогенных фибробластов, заключённых в колагеновый гель, что оказалось эффективным при лечении обширных ожогов и трофических язв венозной этиологии [18, 19, 20]. Применение ДЭ у больных с СДС в стадии грануляции стимулирует процессы заживления и ускоряет скорость эпителизации, по сравнению со стан-

дартным лечением, в большей степени при нейропатической форме [2]. Ещё одним методом лечения больных с трофическими язвами диабетического генеза является предотвращение формирования биологических плёнок. Биопленка – сообщество микроорганизмов разных видов, живущих в трехмерном межклеточном мукополисахаридном матриксе [21]. Биоплёнки растут на поверхности биологических тканей, а также на искусственных тканях, таких как катетеры и дренажи. Они значительно замедляют заживление раны, а также способствуют хронизации раневого процесса. Изучение данных электронной микроскопии ран показало наличие биоплёнок в 60% случаев хронических ран и только в 6% при остром раневом процессе [22, 23]. Отмечено, что формирование биоплёнок быстрее происходит под воздействием снижения иммунитета и нарушения кровообращения. Само наличие сахарного диабета у индивидуума служит предрасполагающим фактором к формированию в ране биоплёнок. Наиболее эффективной мерой борьбы с биоплёнками является их как можно более быстрое удаление и препятствие восстановлению. Следует отметить, что в настоящее время существует достаточное количество методик борьбы с развитием биоплёнки, а также развития местных и системных инфекционных процессов. В настоящее время доказана эффективность комбинированного применения различных методик. Особую популярность в последнее время получило применение различных биоцидов, наиболее эффективными из которых признаны содержащие не только антибактериальные агенты, но и вещества, способные разрушать биоплёнки. Одним из таких препаратов является раствор «Пронтосан», содержащий как антибактериальный, так и предотвращающий образование биоактивных поверхностей на ране компонент. Также широко используется ультразвуковая обработка ран (ультразвуковая кавитация), применение которой способствует снижению сроков заживления, уменьшению частоты инфекционных осложнений. После применения данной методики наблюдается устранение образования плёнок, с последующим снижением уровня экссудации и степени образования налёта, а также более быстрое заживление раны [3].

Ещё одним методом борьбы с инфекцией является топическое применение веществ, содержащих серебро. Уже несколько тысячелетий известны противомикробные свойства серебра, связанные с разрушающим воздействием данного химического элемента на стенку микроорганизма, инактивацией бактериальных ДНК и РНК, нарушением структуры бактериальных цитозольных белков. Препараты серебра при-

меняются в виде повязок, примером которых является перевязочный материал MeriplexAg. Данный вид вмешательства отвечает всем имеющимся на сегодняшний день требованиям, предъявляемым к противомикробным повязкам. Данная гидроцеллюлярная повязка имеет уникальный состав, включая импрегнированное серебро, а также атравматичных силиконовый слой Safetac. Применение силиконового покрытия, согласно данным производителей, обеспечивает предотвращение травматического воздействия повязки на местные ткани, а также защищает окolorаневую поверхность от мацераций. Кроме того, применение данной повязки позволяет использовать все преимущества компрессионной терапии. Повязка обладает достаточным свойством моделирования и возможностью использования в труднодоступных анатомических областях. Прикрепление к здоровым тканям на микроуровне обеспечивает достаточную фиксацию повязки. При взаимодействии с раневой поверхностью происходит выход ионов серебра в рану с последующим бактериоцидным воздействием. Обладая широким спектром антибактериального воздействия, серебро применимо при различных видах возбудителей раневой инфекции. Особо важным свойством данной повязки является её активность к штаммам MRSA и VRE. Повязки MeriplexAg проявляют активность не только к планктоновым формам бактерий, но и в отношении биоплёнок [24]. По данным В.Н. Храмлиной [3], использование MeriplexAg особенно эффективно при лечении больных с диабетической стопой, при высоком риске инфицирования. Кроме того, применение повязок MeriplexAg снижает потребность в использовании системной антибиотикотерапии. Особенно эффективно его применение при ведении больных с нейроишемическими ранами ввиду низкой травматичности и возможности контроля экссудации. Кроме того, из-за способности MeriplexAg удерживать экссудат в ходе компрессии, делается актуальным применение данных повязок в флебологии.

Ещё одним методом разгрузки нейропатических ран является метод ТСС (TotalContactCast) или так называемый Walkers. При данном методе разгрузки проводится минимальное количество перевязок ввиду повышенной вероятности развития мацерации и местных инфекционных осложнений. Комплексное применение MeriplexAg и ТСС снижает риск развития мацерации и инфицирования, при условии кратности перевязок не более двух раз в неделю.

Также целесообразно после проведения механического удаления отмерших тканей из раны в первой фазе раневого процесса исполь-

зовать различные виды антисептиков: диоксидин, мирамистин, йодовидон, хлоргексидин. Использование перекиси водорода оправдано лишь при наличии значительного количества отделяемой жидкости. При большом объеме некротических тканей в первые сутки применяются повязки с протеолитическими ферментами с трипсином, химотрипсином и другими антибактериальными элементами. Использование гидрофильных повязок наиболее эффективно во второй фазе раневого процесса [4]. Имеется сообщение о благоприятном результате использования биопластического материала на основе гидроколлоида гиалуроновой кислоты «G-DERMR». Применение гидроколлоида гиалуроновой кислоты является простым и эффективным способом восстановления кожного покрова при трофических язвах различной этиологии. Данная методика позволяет значительно сократить продолжительность лечения, повысить качество жизни пациентов и может служить альтернативой стандартным хирургическим методикам [25]. По данными М.Д. Дибирова с соавт. [26], в первой группе больных применен препарат эберпорт-п, который относится к фармакологической группе регенерантов и репарантов, действующее вещество которого представляет собой фактор роста - эпидермальный человеческий рекомбинантный

(Recombinant Human Epidermal Growth Factor) (ЭФРчр); во второй группе больных применяли биопластический материал коллост, представляющий собой нереконструированный коллаген I типа с полностью сохраненной на основе нативной структуры в лечении дефектов тканей у больных с диабетической стопой. Фактор роста эпидермальный человеческий рекомбинантный в настоящее время получают на основе технологии рекомбинантной ДНК, и по своему механизму воздействия на организм он схож с фактором эндогенного роста, вырабатываемым в организме (Центр геной инженерии и биотехнологии Республика Куба) [27]. Коллост изготавливают из кожи крупного рогатого скота и используют как матрицу для формирования новой ткани. Постепенно рассасываясь, коллост формирует новый аутодермальный слой (ООО «Биофармахолдинг», Россия). Эпителизации дефектов в отдаленные сроки при использовании ЭФРчр составила 19%, при применении биоматериала коллост - 89%. [26]. Непосредственное введение биоматериала коллост производится при «чистой ране» на выходе иглы. После введения биоматериала поверхность раны закрывали интерактивным коллоидным материалом с целью получения оптимальных условий для заживления, а также благоприятной физиологической среды. Боль-

ные переводились на амбулаторное лечение на 5-7 сутки после имплантации биоматериала коллост. При этом отмечалось уменьшение среднего времени пребывания больного в стационаре на 20%, что значительно снижало стоимость проведения лечения больного [28]. В лечении гнойных ран при синдроме диабетической стопы разрабатываются новые группы антисептиков, к которым сохраняется чувствительность микрофлоры. Одним из наиболее эффективных современных антисептиков является иммобилизованная форма хлоргексидина биглюконат, в первой фазе раневого процесса у больных с СДС. Результаты планиметрических, бактериологических и цитологических исследований гнойных ран свидетельствуют о более выраженном положительном эффекте санации раны иммобилизованной формой хлоргексидина биглюконата, чем стандартной мазью «Левомеколь» [29]. Одним из перспективных направлений развития хирургии СДС, открывающим новые возможности в лечении хронических ран, является регенеративная хирургия [30-39]. Это направление можно считать альтернативной оперативным вмешательствам, предполагающим пластическое закрытие дефектов кожного покрова после локальных операций. Под термином «регенеративная хирургия» подразумевается значительное число методик, направленных на стимуляцию регенерации тканей хронической язвы различного генеза, например, с использованием регенеративного потенциала аутологических тканей (кровь, костный мозг и жировая ткань). Снижение регенеративных способностей тканей при СДС выражается в фенотипическом изменении клеток стенки хронической раны с нарушением дифференцировки и дисрегуляцией клеточного цикла. Обогащенная тромбоцитами плазма (ОТП) служит в качестве дополнительного источника факторов роста для стимуляции заживления. Используется ОТП в различных модификациях: формирование ступки с последующей аппликацией на язву, инфильтрация окружающих язву тканей и др. Методики использования ОТП являются минимально инвазивными, не требуют специальной подготовки хирургов и недорого [30, 31, 33, 35]. Новые представления о клеточном составе жировой ткани позволили рассматривать ее как источник клеток с высоким регенераторным потенциалом, сходным с клетками костного мозга [31, 32, 33, 36, 38]. Но, в отличие от последних, жировая ткань является доступным источником клеточного материала [36, 40]. Наиболее простым вариантом использования регенеративного потенциала жировой ткани является ее инъекционная аутооттрансплантация (липографтинг). Продемонстрирована клини-

ческая эффективность липографтинга при лечении язв при диабетической стопе [38, 40]. Авторы обосновывают это тем, что липоаспират содержит факторы роста и стволовые клетки жировой ткани (СКЖТ), которые стимулируют неоангиогенез и снижают фиброз в области язвы [33, 36, 37]. Чаше стволовые клетки жировой ткани в качестве регенераторной терапии применяются в виде стромально-васкулярной фракции (СВФ), содержащей в своём составе мезенхимальные стволовые клетки [34, 36, 37]. Клеточную взвесь вводят в толщу тканей инъекционно и (или) применяют в виде аппликаций. Для инъекций готовят суспензию в физиологическом растворе натрия хлорида либо используют гиалуроновую кислоту, коллаген. Топическое применение СКЖТ эффективно лишь при наличии специальной основы – матрикса (шелк, дермальный матрикс) [32, 38, 41]. Более сложной является методика применения стволовых клеток жировой ткани, выделяемых и культивируемых *in vitro*. Практическое применение данной методики не получило широкого распространения из-за технической сложности [40]. Липографтинг и иные методики регенеративной хирургии в настоящее время все шире применяются в хирургии диабетической стопы с целью ускорения и стимуляции эпителизации формирования слоя подкожной клетчатки над костными структурами, изменения плотности рубцовой ткани. Внедрение этих многообещающих технологий можно расценивать как один из этапов развития минимально инвазивных оперативных вмешательств на стопе при СДС [31, 32, 33, 35, 40, 41, 42].

Таким образом, сахарный диабет, несомненно, диктует особенности хирургической тактики при гнойно-некротических поражениях нижних конечностей, однако, в настоящее время благодаря современным технологиям подход меняется. Продуманное применение современных методик лечения в комбинации либо изолировано, основываясь на данных последних исследований, может значительно снизить частоту инфекционных осложнений у больных с диабетической стопой. Методы регенеративной хирургии позволяют закрыть раневой дефект даже при отсутствии применения традиционных способов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 22-40 см. в REFERENCES)

1. Бегаков У.М., Абдуллоев Д.А., Набиев М.Х. Комплексное лечение осложнённых форм синдрома диабетической стопы // Здоровоохранение Таджикистана.- 2013.- № 2 (317).- С. 25.
2. Блинова М.И., Юдинцева Н.М., Александрова О.И. и др. Клинический опыт заживления трофических язв с использованием клеточного продукта «Экви-

лент дермальный» //Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения.- 2015.- №2.- С. 690-694.

3. Винник Ю.С., Салмина А.Б., Дробушевская А.И. и др. Клеточные технологии и тканевая инженерия в лечении длительно незаживающих ран // Вест. эксперим. и клинической хирургии.- 2011.- №2.- С. 392-397

4. Галстян Г.Р., Игнатъева В.И., Авксентьева М.В., Дедов И.И. Клинико-экономический анализ применения препарата эпидермального фактора роста (эберпрот-п) у больных с синдромом диабетической стопы // Эндокринная хирургия.- 2014.- №1. С. 4-15

5. Галимов О.В., Ханов В.О., Сайфуллин Р.Р., Валиева Г.Р., Окроян В.П. Синдром диабетической стопы: принципы комплексного лечения// Вестник хирургии.- 2015.- Т. 174, №5.- С. 61-65.

6. Гостищев В.К., Липатов К.В., Комарова Е.А. и др. Дифференцированный подход к выбору кожной пластики операций у больных с хирургической инфекцией // Хирургия.- 2009.- №9.- С.19-24.

7. Грекова Н.М., Шишменцев Н.Б., Лебедева Ю.В. Оперативные вмешательства при синдроме диабетической стопы: современная классификация и новые технологии// Вестник хирургии.- 2016.- Т. 175, №5.- С. 106-109.

8. Дедов И.И., Шестаковой М.В., Сунцов Ю.И. и др. Результаты реализации подпрограммы «Сахарный диабет» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007-2012 годы» //Сахарный диабет.- 2013.- Т. 16, №25. Спецвыпуск 2.- С. 2-16

9. Дибиров М.Д., Гаджимурадов Р.У., Корейба К.А. Анализ клинического применения эпидермального фактора роста эберпрот-п и биопластического материала коллост в лечении дефектов мягких тканей у больных с синдромом диабетической стопы// Хирургия.- 2016.- №3.- С. 59-63

10. Зиновьев Е.В., Алмазов И.А., Османов К.Ф., Рахматуллин Р.Р. Благоприятный результат использования биопластического материала для закрытия язвенного дефекта у пациентки с синдромом диабетической стопы// Вестник хирургии.- 2014.- Т. 173, №6.- С. 73-74

11. Зорин В.Л., Зорина А.И., Петракова О.С. и др. Дермальные фибробласты для лечения дефектов кожи // Клеточная трансплантология и тканевая инженерия.- 2009.- №4.- С.26-40.

12. Зорин В.Л., Зорина А.И., Черкасов В.Р. Анализ зарубежного рынка регенеративной медицины// Клеточная трансплантология и тканевая инженерия. - 2009.- №3.- С.68-78

13. Коненков В.И., Климонтов В.В. Генные и клеточные технологии в лечении синдрома диабетической стопы// Сахарный диабет.- 2014.- №1.- С.63-69

14. Корейба К.А., Кудыкин М.Н., Минабутдинов А.Р. Лечение раневых дефектов у больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы с применением биопластического материала //Хирургия.- 2015.- №7.- С. 69-74.

15. Лапин А.Ю., Скрыбин О.Н., Рубцов М.А. Лечение трофических язв венозного генеза с применением возможностей клеточной терапии // Амбул. хир.- 2014.- №1.- С.5-11.

16. Мельцова А.Ж., Гриценко В.В., Орловский П.И. и др. Применение дермальных фибробластов в

комплексном лечении больных с трофическими язвами венозной этиологии // Вестн. Хир.- 2007.- №1.- С.72-77

17. Саидов К.М., Абдуллоев Д.А., Набиев М.Х., Билолов М.К. Ранняя диагностика и профилактика гнойных осложнений ампутационной культы у больных сахарным диабетом // Здравоохранение Таджикистана.- 2011.- № 2.- С. 43

18. Саидов К.М., Абдуллоев Д.А., Набиев М.Х., Чакалов Т.Г. Диагностика и патогенетическое лечение осложнённых нейропатических форм синдрома диабетической стопы // Вестник Авиценны.- 2012.- № 2 (51).- С. 57-60.

19. Суковатых Б.С., Панкрушева Т. А., Абрамова С. А.. Оптимизация лечения гнойных ран у больных с синдромом диабетической стопы // Вестник хирургии имени И.И.Грекова.- 2014.- Т. 173, №3.- С. 28-32

20. Храмлилин В.Н. Роль местных средств в профилактике и лечении инфекционных осложнений синдрома диабетической стопы // Хирургия.- 2011.- №10.- С.78-82

21. Ярец Ю.И., Новикова И.А. Лабораторный прогноз риска отторжения аутодермотрансплантата // Вестник хирургии.- 2010.- №2.- С.34-38

REFERENCES

1. Begakov U. M., Abdulloev D. A., Nabiev M. Kh. Kompleksnoe lechenie oslozhnennykh form sindroma diabetichekoy stopy [Complex treatment of complicated forms of diabetic foot syndrome]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Tajikistan healthcare*, 2013, No. 2 (317), pp. 25.

2. Blinova M. I., Yudinseva N. M., Aleksandrova O. I., Klinicheskiy opyt zazhivleniya troficheskikh yazv s ispolzovaniem kletochnogo produkta «Ekvivalent dermalnyy» [Clinical experience of healing of trophic ulcers using the cellular product "Equivalent dermal"]. *Zdorove - osnova chelovecheskogo potentsiala: problemy i puti ikh resheniya - Health - the basis of human potential: problems and ways to solve them*, 2015, No. 2, pp. 690-694.

3. Vinnik Yu. S., Salmina A. B., Drobushevskaya A. I., Kletochnye tekhnologii i tkanevaya inzheneriya v lechenii dlitelno nezazhivayushchikh ran [Cell technologies and tissue engineering in the treatment of long-term non-healing wounds]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii – Bulletin of experimental and clinical surgery*, 2011, No. 2, pp. 392-397

4. Galstyan G. R., Ignateva V. I., Avksenteva M. V., Dedov I. I. Kliniko-ekonomicheskoy analiz primeneniya preparata epidermalnogo faktora rosta (eberprot-p) u bolnykh s sindromom diabetichekoy stopy [Clinical and economic analysis of the use of epidermal growth factor (eberprot-p) in patients with diabetic foot syndrome]. *Endokrinnaya khirurgiya – Endocrine surgery*, 2014, No. 1, pp. 4-15.

5. Galimov O. V., Khanov V. O., Sayfullin R. R., Valieva G. R., Okroyan V. P. Sindrom diabetichekoy stopy: printsipy kompleksnogo lecheniya [Diabetic foot syndrome: principles of comprehensive treatment]. *Vestnik khirurgii – Surgery bulletin*, 2015, Vol. 174, No. 5, pp. 61-65.

6. Gostishchev V. K., Lipatov K. V., Komarova E. A., Differentsirovanny podkhod k vyboru kozhnoy plastiki operatsiy u bolnykh s khirurgicheskoy infektsiyey [A differentiated approach to the choice of cutaneous surgery in patients with surgical infection]. *Khirurgiya - Surgery*, 2009, No. 9, pp. 19-24.

7. Grekova N. M., Shishmentsev N. B., Lebedeva Yu. V. Operativnye vmeshatelstva pri sindrome diabetichekoy

stopy: sovremennaya klassifikatsiya i novye tekhnologii [Operative interventions for diabetic foot syndrome: modern classification and new technologies]. *Vestnik khirurgii – Surgery bulletin*, 2016, Vol. 175, No. 5, pp. 106-109.

8. Dedov I. I., Shestakovoy M. V., Suntsov Yu. I., Rezultaty realizatsii podprogrammy «Sakharnyy diabet» federal'noy tselevoy programmy «Preduprezhdenie i bor'ba s sotsial'no znachimymi zabolovaniyami 2007-2012 gody» [Results of the sub-program "Diabetes" of the federal target program "Prevention and control of socially significant diseases 2007-2012"]. *Sakharnyy diabet – Diabetes mielitus*, 2013, Vol. 16, No. 25, Spetsvypusk 2, pp. 2-16.

9. Dibirov M. D., Gadzhimuradov R. U., Koreyba K. A. Analiz klinicheskogo primeneniya epidermalnogo faktora rosta eberprot-p i bioplasticheskogo materiala kollost v lechenii defektov myagkikh tkaney u bolnykh s sindromom diabetichekoy stopy [Analysis of the clinical application of epidermal growth factor eberprot-p and bioplastic colloquial material in the treatment of soft tissue defects in patients with diabetic foot syndrome]. *Khirurgiya – Surgery*, 2016, No. 3, pp. 59-63

10. Zinovev E. V., Almazov I. A., Osmanov K. F., Rakhmatullin R. R. Blagopriyatnyy rezultat ispolzovaniya bioplasticheskogo materiala dlya zakrytiya yazvennogo defekta u patsientki s sindromom diabetichekoy stopy [A favorable result of the use of bioplastic material to close the ulcerative defect in a patient with diabetic foot syndrome]. *Vestnik khirurgii – Surgery Bulletin*, 2014, Vol. 173, No. 6, pp. 73-74

11. Zorin V. L., Zorina A. I., Petrakova O. S., Dermalnye fibroblasty dlya lecheniya defektov kozhi [Dermal fibroblasts for the treatment of skin defects]. *Kletochnaya transplantologiya i tkanevaya inzheneriya - Cell transplantology and tissue engineering*, 2009, No.4, pp. 26-40.

12. Zorin V. L., Zorina A. I., Cherkasov V. R. Analiz zarubezhnogo rynka regenerativnoy meditsiny [Analysis of the foreign market of regenerative medicine]. *Kletochnaya transplantologiya i tkanevaya inzheneriya - Cell transplantology and tissue engineering*, 2009, No. 3, pp. 68-78.

13. Konenkov V. I., Klimontov V. V. Gennyye i kletochnye tekhnologii v lechenii sindroma diabetichekoy stopy [Genetic and cellular technologies in the treatment of diabetic foot syndrome]. *Sakharnyy diabet – Diabetes mielitus*, 2014, No. 1, pp. 63-69.

14. Koreyba K. A., Kudykin M. N., Minabutdinov A. R. Lechenie raneyvkh defektov u bolnykh s neyroishemicheskoy formoy sindroma diabetichekoy stopy s primeneniem bioplasticheskogo materiala [Treatment of wound defects in patients with a neuroischemic form of diabetic foot syndrome with the use of bioplastic material]. *Khirurgiya - Surgery*, 2015, No. 7, pp. 69-74.

15. Lapin A. Yu., Skryabin O. N., Rubtsov M. A. Lechenie troficheskikh yazv venoznogo geneza s primeneniem vozmozhnostey kletochnoy terapii [Treatment of trophic ulcer of venous genesis with application of cell therapy possibilities]. *Ambulatornaya khirurgiya – Out patients surgery*, 2014, No. 1, pp. 5-11.

16. Meltsova A. Zh., Gritsenko V. V., Orlovskiy P. I., Primenenie dermalnykh fibroblastov v kompleksnom lechenii bolnykh s troficheskimi yazvami venoznoy etiologii [The use of dermal fibroblasts in the complex treatment of patients with trophic ulcers of venous etiologies]. *Vestnik Khirurgii – Surgery bulletin*, 2007, No. 1, pp. 72-77.

17. Saidov K. M., Abdulloev D. A., Nabiev M. Kh., Bilolov M. K. Rannaya diagnostika i profilaktika

gnoynykh oslozhneniy amputatsionnoy kul'ti u bol'nykh sakharnym diabetom [Early diagnosis and prevention of purulent complications of amputation stump in patients with diabetes mellitus]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Tajikistan healthcare* 2011, No. 2, pp. 43.

18. Saidov K. M., Abdulloev D. A., Nabiev M. Kh., Chakalov T. G. Diagnostika i patogeneticheskoe lechenie oslozhnennykh neyropaticheskikh form sindroma diabeticheskoy stopy [Diagnosis and pathogenetic treatment of complicated neuropathic forms of the diabetic foot syndrome]. *Vestnik Avitsenny – Avicenna bulletin*, 2012, No. 2 (51), pp. 57-60.

19. Sukovatykh B. S., Pankrusheva T. A., Abramova S. A. Optimizatsiya lecheniya gnoynykh ran u bol'nykh s sindromom diabeticheskoy stopy [Optimization of treatment of purulent wounds in patients with diabetic foot syndrome]. *Vestnik khirurgii imeni I. I. Grekova – Surgery Bulletin after Grekov*, 2014, Vol. 173, No. 3, pp. 28-32.

20. Khramilin V. N. Rol mestnykh sredstv v profilaktike i lechenii infektsionnykh oslozhneniy sindroma diabeticheskoy stopy [The role of local remedies in the prevention and treatment of infectious complications of the diabetic foot syndrome]. *Khirurgiya - Хирургия*, 2011, No. 10, pp. 78-82.

21. Yarets Yu. I., Novikova I. A. Laboratornyy prognoz riska otторzheniya autodermotransplantata [Laboratory prognosis of autodermograft rejection risk]. *Vestnik khirurgii – Surgery bulletin*, 2010, No. 2, pp. 34-38.

22. Altman A. M., Yan Y., Matthias N., IFATS collection: Human adipose-derived stem cells seeded on a silk fibroin-chitosan scaffold enhance wound repair in a murine soft tissue injury model. *Stem. Cells.*, 2009, No. 27, pp. 250-258.

23. Blanton M. W., Padad I., Johnstone B. H., Adipose stromal cells and platelet-rich plasma therapies synergistically increase revascularization during wound healing. *Plast. Reconstr. Surg.*, 2009, Vol. 123, pp. 56-60.

24. Bushberger B., Follman M., Freyer D. The importance of growth factors for the treatment of chronic wounds in the case of diabetic foot ulcers. *GMS Health Technol. Assess.*, 2010, No. 6, Doc. 12, pp. 33-36.

25. Enoch S., Harding K., Wound Bed Preparation: The Science Behind the Removal of Barriers to Healing. *Wounds*, 2003, No. 15, Vol 7, pp. 213-229; *Surg.*, 1994, No. 28, Vol. 1, pp. 75-76.

26. European Wound Management Association (EWMA). Position Document; Identifying criteria for wound infection. London: MEP Ltd 2005.

27. Foster T. E., Puskas B. L., Mandelbaum B. R., Platelet-rich plasma: from basic science to clinical applications. *Am. J. Sports. Med.*, 2009, No. 37, pp. 2259-2272.

28. Gimbl G. M., Katz A. J., Bunnell B. A., Adipose-derived stem cells for regenerative medicine. *Circ. Res.*, 2007, No. 100, pp. 1249-1260.

29. Hart C. E., Loewen-Rodriguez A., Lessem J. Dermagraft: use in the treatment of chronic wounds care. 2012, Vol. 1, No. 3, pp. 138-141.

30. Huang S. P., Hsu C. C., Chang S. C., Adipose – derived stem cells seeded on acellular dermal matrix grafts enhance wound healing in a murine model of a full-thickness defect. *Ann. Plast. Surg.*, 2012, No. 69, pp. 656.

31. James G. A., Swogger E., Wolcott R., Biofilms in chronic wounds. *Wound Repair Regen*, 2008, No. 16, Vol. 1, pp. 37-44.

32. Jadowiec C., Brenes R. A., Li X., Stem cell therapy for critical limb ischemia what can we learn from cell therapy for chronic wounds? *Vascular*, 2011, Vol. 20, No. 5, pp. 284-289.

33. Karaaltin. M. V., Baghak S. Adipose derived regenerative cell therapy for treating a diabetic wound: a case report. *Wounds*, 2013, No. 112, pp. 536-540.

34. Langer A., Rogowski W. Systematic review of economic evaluations of human cell-derived wound care products for the treatment of venous leg and diabetic foot ulcers. *BMC Health Serv. Res.*, 2009, Vol. 9, pp. 1-14.

35. Lev-Tov., Li C. S., Dahle S., Isseroff R. R. Cellular versus acellular matrix devices in treatment of diabetic foot ulcers: study protocol for a comparative efficacy randomized controlled trial. *Trial*, 2013, No. 14, pp. 1-8.

36. Morbach S., Furchert H., Groblichhoff U., Long-term prognosis of diabetic foot patients and their limbs: amputation and death over the course of a decade. *Diabetes Care*, 2012, Vol. 35, No. 10, pp. 2021-2027.

37. Rapisio E., Caruana G., Bonomini S., Effective strategy for the isolation of adipose-derived stem cells: minimally manipulated adipose-derived stem cell therapy. *Plast. Reconstr. Surg.*, 2014, No. 133, pp. 1406.

38. Stasch T., Hoehne J., Huyen T. Autologous fat grafting (lipofilling) for chronic ulceration on the diabetic foot improves wound healing. *IPRAS J.*, 2013, No. 13, pp. 45-48.

39. Wolcott R. D., Rhoads D. D., Bennett M. E., Chronic wounds and the medical biofilm paradigm. *J Wound Care*, 2010, No. 19, Vol. 2, pp. 45-53.

40. Chang H., Do B. R., Che J. H., Safety of adipose-derived stem cells and collagenase in fat tissue preparation. *Aesthet. Plast. Surg.*, 2013, No. 37, pp. 802-808.

М.Х. Набиев, Ч.А. Абдуллоев, У.М. Бегаков **ИМКОНИЯТҲОИ МУОСИРИ ТАБОБАТИ** **МАВЗЕИИ ШАКЛҲОИ ОРИЗАНОКИ АЛОИМИ** **ПОПАНЧАИ ДИАБЕТӢ**

Кафедраи ҷарроҳии умумии №2 ДДТТ
ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Дар мақола оварда шудааст, ки алоими попанчаи диабетӣ як қисмати ҳодисаи ҷарроҳати музмин мебошад. Ҷарроҳати музмин гуфта ҷарроҳатеро меноманд, ки зиёда аз 4 ҳафта бе аломатҳои таҷдиди ғаёб бошад. Колонизатсияи бӯҳрони аҳамияти калони клиникӣ дошта боиси сустшавии равандҳои репаративӣ гардида, ба музминшавии ҷароҳат оварда мерасонад. Истифодаи мақсадноки комбинатсияҳо ва воситаҳои муосир ва усулҳои табобати мавзеи, ки ба маълумотҳои таҳқиқотҳои илмӣ асосноканд, ин калид барои ҳалли проблемаҳои оризаҳои сироятии алоими попанчаи диабетӣ мебошад. Усулҳои ҷарроҳии регенеративӣ боис мегардад, ки маҳкам намудани нуқсонҳо ҳатто дар ҳолатҳои усулҳои анъанавӣ натиҷа намебахшанд, бо ин роҳ барқарор карда шаванд.

Калимаҳои калиди: диабети қанд, алоими попанчаи диабетӣ, решӣ музмин, ҷароҳии регенеративӣ.

В ПАМЯТЬ О РАХМОНОВЕ РАХМАТУЛЛО АЗИЗОВИЧЕ



Рахмонов Рахматулло Азизович (28.03.1963 – 11.07.2018 гг)

На 56 году жизни скоропостижно скончался вице-президент Академии медицинских наук Таджикистана, главный специалист невролог Минздрава и социальной защиты населения республики, председатель Общества неврологов страны «Нейрон», зав кафедрой неврологии и основ медицинской генетики Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино Рахмонов Рахматулло Азизович.

Рахматулло Азизович родился 28 марта 1963 года в городе Кулябе. В 1987 году окончил лечебный факультет Государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино. С 1987 г в качестве интерна работал в отделение неврологии Республиканской больницы №3. С 1988 по 1993 год он работал в качестве врача невролога в городской больнице г Куляба, и одновременно работал преподавателем медицинского колледжа в г. Кулябе. В 1990 г зачислен в Научно-исследовательский институт г. Томска РФ, и в

1996 году успешно защитил кандидатскую диссертацию. В 2004 году защитил докторскую диссертацию. С 2007 года по настоящее время Рахмонов Рахматулло Азизович возглавлял кафедру неврологии медицинского факультета Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино. За всю жизнь Рахматулло Азизович проявил себя как высококвалифицированный специалист, не переставал усовершенствовать знания и навыки своей работы. Получил почетную награду «Отличник здравоохранения Республики Таджикистан», и получил медаль «Хизмати Шоиста».

Рахматулло Азизович был одним из лучших ученых и врачей нашей страны, его научные статьи публиковались в отечественных и зарубежных изданиях, он избирался членом научных комитетов международных симпозиумов. По его инициативе впервые за годы независимости страны несколько лет назад в Душанбе была проведена международная конференция с участием неврологов Таджикистана, России, Казахстана, Грузии и других стран, где были обсуждены современные методы лечения, диагностики неврологических заболеваний.

Общество «Нейрон», которым возглавлял Рахматулло Рахмонов, в настоящее время объединяет около 600 неврологов Таджикистана и имеет тесные научные связи с коллегами из различных стран СНГ, особенно с ведущими профильными научными учреждениями, такими как Научный центр неврологии Российской академии медицинских наук. Общество является одним из учредителей Международной ассоциации организаций в области неврологии и нейронаук (МАНН).

С учетом того, что неврология считается современным направлением в медицине, специализирующимся на сердечно — сосудистых заболеваниях и различных патологиях нервной системы, Рахматулло Рахмонов был бесценным специалистом в области медицины в нашей стране.

Редакция журнала «Здравоохранение Таджикистана» выражает глубоко сожалеет по поводу безвременной кончины Рахматулло Рахмонова и выражаем искренние соболезнования всем родным и близким покойного.

Редакция Журнала «Здравоохранение
Таджикистана» МЗ и СЗН РТ