



НИГАҲДОРИИ ТАНДУРУСТИИ ТОҶИКИСТОН
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ТАДЖИКИСТАНА
HEALTH CARE OF TAJIKISTAN

Научно-практический журнал

Выходит один раз в 3 месяца

Основан в 1933 г.

3 (346) 2020

Сармухәррир: Ибодов Ҳ. – д.и.т., профессор, академики Академии илмҳои тиббӣ-техникии Федератсияи Россия

Муовини сармухәррир: Икромов Т. Ш. – доктори илмҳои тиб

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Абдуллозода Ҷ.А. – д.и.т., профессор, Вазири тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ
Аҳмадов А.А. – д.и.т., профессор, узви вобастаи Академияи илмҳои тибби ВТ ва ҲИА ҚТ

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

Ғоибов А.Ҷ. – д.и.т., профессор, узви вобастаи Академияи илмҳои тибби ВТ ва ҲИА ҚТ, президенти АИТ ВТ ва ҲИА ҚТ

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

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

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

Муродов А.М. – д.и.т., профессор, академики АИТТ ФР

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

Олимзода Н.Х. – д.и.т., профессор

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

Абдуллозода Дж.А. – д.м.н., профессор, Министр здравоохранения и социальной защиты населения РТ

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

Гулмурадов Т.Г. – д.м.н., профессор, член-корр НАН РТ

Гаибов А.Д. – д.м.н., профессор, член-корр Академии МН МЗ и СЗН РТ, Президент АМН МЗ и СЗН РТ

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

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

Мироджов Г.Қ. – д.м.н., профессор, академик НАН РТ

Мурадов А.М. – д.м.н., профессор, академик АМТН РФ

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

Олимзода Н.Х. – д.м.н., профессор

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

Расулов У.Р. – д.м.н., профессор

ДУШАНБЕ

М У Н Д А Р И Қ А

Абдуллаева Н.Ш. Баҳодиҳии ҳолати умумии саломатии кӯдакони бармаҳал ва синни томактабӣ	5
Абдулмеджидова Д.М., Расулов И.М., Магомедов М.А., Гаджиев А.Р. Мувофиқ гардони муолиҷаи пародонтити паҳншудаи музмини дараҷаи вазнин тавассути истифодаи маҷмӯи гили сулфиддор	10
Достиев Л.Р., Набиев З.Н., Фатхуллоев З.Қ. Аналгезияи перидуралӣ дар даври баъдичарроҳии намуди абдоминалӣ	16
Махмадов Ф.И., Асоев М.С., Умаров М.М., Абдуназаров Ш.А. Самаранокии табобати лапароскопии сили шикам	21
Мачонова М.Қ., Хочаева Н.М., Саидмурадова Г.М. Равишҳои муосир оиди табобати сулфакабутак дар кӯдакон	28
Мухаббатов Қ.Қ., Нозимов Ф.Х., Каримов Ш.А., Давлатов Қ.Қ. Пешгуии пектенози ҳалқамушак ҳангоми намудҳои мураккаби ханосия (парапроктит)	35
Полвонов Ш.К., Раҳматуллоев Р., Шамсов Н.Х. Баҳодиҳии омилҳои гуногуни фаркунандаи пайдошудаи чурраҳои такрори дар беморӣ, ки чурраҳои вентралӣ доранд.....	42
Раҷабов Д.Р., Раҳмонов Ч.А., Султанов Д.Д., Рашидов Ф.Ш., Мирзоев С.А., Шохсаворбеков А.Ш. Ташреҳи эндоскопии варидҳои шикафанда ҳангоми муолиҷаи нокифоягии музмини варидии пойҳои поёни	46
Сараев А.Р., Назаров Ш.Қ., Ализода С.Г. Усулҳои табобати шаклҳои вазнини перитонити паҳншаста	51
Хасанов З.Г., Фатихова З.Қ., Саидова О.Х., Одинаев Ф.И., Одинаев Ш.Ф. Паҳншавии аскаридоз, энтеробиоз ва лямблиоз дар байни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар шароити муосири иҷтимоӣ-иқтисодӣ	57
Хочаева Н.М., Бобоева З.Р., Фузайлова М.С. Самаранокии саририю масъуниятии истифодабарии мавод аз гурӯҳи қатори мураммилдипептид дар табобати кӯдакони гирифтори маҳмалак.....	63
Шайдоев С.С., Раҳматуллоев Р.Р., Полвонов Ш.Б., Мухтарова П.Р., Шарипов А.М. Оиди масъалаи табобати муштараки зиддиретсидивии папилломатози ханҷара дар кӯдакон.....	69
Шамсов Б.А., Набиев З.Н., Мирзоев Х.Қ. Барқарорсозии кӯдакони гирифтори норасоии шадиди вазнини ғизоӣ	73

ТАФСИРҲО

Набиева Ш.З. Афзалиятнокии беморшавии беморҳои нуқсонҳои модарзодӣ	78
---	----

ТАЪЗИЯНОМА

Гулмуродов Тошпулот Гулмуродович	84
Қурбонов Каримхон Муродович.....	86

ОГЛАВЛЕНИЕ

Абдуллаева Н.Ш. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста
Абдулмеджидова Д.М., Расулов И.М., Магомедов М.А., Гаджиев А.Р. Оптимизация лечения хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени комплексным применением сульфидной грязи
Достиев Л.Р., Набиев З.Н., Фатхуллоев З.К. Перидуральная анальгезия в послеоперационном периоде при абдоминальных вмешательствах
Махмадов Ф.И., Асоев М.С., Умаров М.М., Абдуназаров Ш.А. Эффективность лапароскопического лечения абдоминального туберкулеза
Маджонова М.Дж., Ходжаева Н.М., Саидмуродова Г.М. Современные подходы к лечению детей с коклюшем
Мухаббатов Д.К., Нозимов Ф.Х., Каримов Ш.А., Давлатов Д.Д. Прогнозирование пектеноза анального сфинктера при сложных формах парапроктита
Полвонов Ш.К., Рахматуллоев Р., Шамсов Н.Х., Мирзоев Н.М. Оценка влияния различных факторов на развитие рецидива у больных с вентральными грыжами
Раджабов Д.Р., Рахмонов Ч.А., Султанов Д.Д., Рашидов Ф.Ш., Мирзоев С.А., Шохсаворбеков А.Ш. Эндоскопическая диссекция перфорантных вен при лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей
Сараев А.Р., Назаров Ш.К., Ализаде С.Г. Тактика лечения тяжёлых форм распространённого перитонита
Хасанов З.Г., Фатихова З.Дж., Саидова О.Х., Одинаев Ф.И., Одинаев Ш.Ф. Распространенность аскаридоза, энтеробиоза и лямблиоза среди населения республики таджикистан в современных социально-экономических условиях
Ходжаева Н.М., Бобоева З.Р., Фузайлова М.С. Клинико-иммунологическая эффективность использования препарата из группы мурамилдипептидного ряда в терапии скарлатины у детей
Шайдоев С.С., Рахматуллоев Р.Р., Полвонов Ш.Б., Мухтарова П.Р., Шарипов А.М. К вопросу о комбинированном противорецидивном лечении папилломатоза гортани у детей
Шамсов Б.А., Набиев З.Н., Мирзоев Х.Дж. Реабилитация детей с недостаточностью питания тяжелой степени

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Набиева Ш.З. Актуальность заболеваемости врожденными пороками развития

НЕКРОЛОГ

Гулмурадов Тошпулат Гулмурадович
Курбанов Каримхон Муродович

CONTENS

- 5 **Abdullayeva N.Sh.** Comprehensive assessment of the state of health children of early and preschool age
10 **Abdulmejidova D.M., Rasulov I.M., Magomedov M.A., Gadjiev A.R.** Optimization of treatment of severe chronic generalized parodontitis with complex application of sulfide mud
16 **Dostiev L.R., Nabiev Z.N., Fathulloev Z.K.** Peridural analgesis in the postoperative period with abdominal interventions
21 **Makhmadov F.I., Asoev M.S., Umarov M.M., Abdunazarov Sh.A.** Effectiveness of laparoscopic treatment of abdominal tuberculosis
28 **Madzhonova M.J., Khodzhaeva N.M., Saidmuradova G.M.** Modern approaches to the treatment of children with pertussis
35 **Mukhabbatov D.K., Nozimov F.Kh., Karimov Sh.A., Davlatov D.D.** Prediction of anal sphincter pectenosis in complex forms of paraproctitis
42 **Polvonov Sh.K., Rakhmatulloev R., Shamsov N.H.** Evaluation of different factors on the development of recurrence in patients with ventral hernia
46 **Rajabov D.R., Rahmonov D.A., Sultanov D.D., Rashidov F.Sh., Mirzoev S.A., Shakhshavorbekov A.Sh.** Endoscopic dissection of perforant veins in treatment of chronic venous insufficiency of the lower limbs
51 **Saraev A.R., Nazarov Sh.K., Alizade S.G.** Treatment of severe forms of generalized peritonitis
57 **Hasanov Z.G., Fatikhova Z.J., Saidova O.Kh., Odinaev F.I., Odinaev Sh.F.** Prevalence of ascariidosis, enterobiosis, and lambliosis among the population of the Republic of Tajikistan in modern socio-economic conditions
63 **Khodzhaeva N.M., Boboeva Z.R., Fuzaylova M.S.** Clinical and immunological efficiency of muramyldipeptide group medicine in a therapy of scarlet fever therapy in children
69 **Shaidoev S.S., Rahmatulloev R.R., Polvonov Sh.B., Muhtorova P.R., Sharipov A.M.** On the issue of combined anti-relapse treatment of laryngeal papillomatosis in children
73 **Shamsov B.A., Nabiev Z.N., Mirzoev H.J.** Rehabilitation of children with severe acute malnutrition

REVIEW OF LITERATURE

- 78 **Nabieva Sh.Z.** Relevance of congenital malformations morbidity

NECROLOGY

- 84 Gulmuradov Toshpulat Gulmyradovich
86 Kurbanov Karimhon Murodovich

УДК 616-053.2-056.54

Н.Ш. Абдуллаева

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Государственное учреждение Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии, г. Душанбе

Абдуллаева Нодира Шомуратовна – к.м.н., доцент, в.н.с. Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии МЗ РТ, 734026 Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Сомони 59, к.7, E-mail: nodiraabdullaeva@mail.ru (+992) 918 62 59 09

Цель исследования. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста г. Душанбе.

Материал и методы исследования. Комплексную оценку состояния здоровья и определение групп здоровья проводилось у 724 ребенка, из которых 315 (43,5%) детей было раннего возраста и 409 (56,5%) – дошкольного возраста.

Результаты и их обсуждение. Показатели физического развития в пределах возрастной нормы было выявлено только у половины обследованных детей – 50,6%. Остальные дети имели отклонения в физическом развитии, причем в большинстве случаев в сторону низких показателей – 34,5%. Нервно-психическое развитие, соответствующее возрасту имели в раннем возрасте – 78,9%, в дошкольном – 87,6% детей, задержка развития диагностирована в 12,4% случаях. Доминирующей патологией в раннем возрасте у детей была патология органов дыхания (36,3%), а в дошкольном периоде – патология органов пищеварения (47,8%). Результаты комплексной оценки состояния здоровья выявили I группу здоровья у 19,4% детей, II – 66,1%, III – 11,3% и IV группу здоровья у 3,2% детей.

Выводы. Необходимо проводить динамические профилактические медицинские осмотры с вовлечением узких специалистов, с целью проведения индивидуальной коррекции как основной, так и сопутствующей патологии, ещё до поступления и в период пребывания ребенка в детском дошкольном учреждении.

Ключевые слова: ранний и дошкольный возраст, физическое развитие, группы здоровья.

N.Sh. Abdullayeva

COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF THE STATE OF HEALTH CHILDREN OF EARLY AND PRESCHOOL AGE

Purpose of the study. Comprehensive assessment of the health status of children of early and preschool age in Dushanbe.

N.Sh. Abdullayeva - State Institution Republican Scientific Clinical Centre of Pediatrics and Pediatric Surgery

Results and its discussion. Indicators of physical development within the age norm were revealed only in half of the examined children - 50.6%. The rest of the children had deviations in physical development and in most cases towards low indicators - 34.5%. Neuropsychic development corresponding to age had at an early age - 78.9%, in preschool - 87.6% of children, developmental delay was diagnosed in 12.4% of cases. The dominant pathology at an early age in children was the pathology of the respiratory system (36.3%), and in the preschool period - the pathology of the digestive system (47.8%). The results of a comprehensive assessment of the health status revealed the I health group in 19.4% of children, II - 66.1%, III - 11.3% and IV health group in 3.2% of children.

Conclusions. It is necessary to carry out dynamic preventive medical examinations with the involvement of narrow specialists, in order to carry out individual correction of both primary and concomitant pathology, even before admission and during the period of the child's stay in a preschool institution.

Key words: early and preschool age, physical development, health groups.

Введение. Состояние здоровья подрастающего поколения в настоящее время представляет собой серьезную государственную проблему, от решения которой во многом зависит дальнейшее экономическое и социальное благополучие общества и страны в целом [1, 4].

Охрана здоровья детского населения одна из приоритетных задач здравоохранения, государства и общества, т.к. состояние здоровья детей является не только интегральным показателем качества здоровья детей и подростков, но также является отражением уровня реализации биологического потенциала нации и является «зеркалом», происходящих процессов в обществе [2, 6].

Важным условием сохранения здоровья детей является повышение качества оказания медицинской помощи на уровне первичного звена еще с первых дней жизни ребенка. Данная задача может быть осуществлена путем раннего выявления детей с нарушением развития, современной диагностики характера повреждения, а также с помощью мониторингирования развития ребенка в первые месяцы его жизни для определения темпов и особенностей развития, компенсаторных возможностей детского организма и разработки дальнейшего плана ведения ребенка [3-5].

Общеизвестно, что динамическое наблюдение за развитием ребенком, осуществляемое амбулаторно-поликлиническими учреждениями, является диагностическим ключом к своевременному решению вопроса о показателях к углубленному обследованию ребенка [6].

В связи с чем, в педиатрии метод комплексной оценки является самым применяемым методом для оценки состояния здоровья детей, который включает в себя клиническое обследование органов и систем с учетом всех показателей, заключение с определением группы здоровья и выбора схем диспансеризации, с последующей разработкой способов профилактики и коррекции.

Цель исследования. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста г. Душанбе.

Материал и методы исследования. Всего были обследованы 724 ребенка, из них 315 (43,5%) – дети раннего возраста и 409 (56,5%) составили дети дошкольного возраста. Мальчиков было 420 (58%) и 304 девочек (42%). Исследование проводилось на базе Республиканского научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии МЗ и СЗН РТ за период с 2015 по 2018 год.

Оценку состояния здоровья детей и опре-

деление групп здоровья проводили на основе анамнестических сведений, уровня физического и нервно-психического развития ребенка, данных клинического осмотра, а также заключения узких специалистов, лабораторных исследований, анализа заболеваемости ребенка.

Оценка физического развития проводили на основе возрастно-половых шкал регрессии, путем исследования двух ведущих показателей – длине и массы тела.

Статистическая обработка полученного материала выполнена на ПК с помощью прикладного пакета «Statistica 10.0» (StatSoftInc., 2011, США).

Результаты и их обсуждение. Результаты проведенного анализа анамнестических данных показали, что данная беременность матерей обследованных детей, протекала на фоне разнообразной соматической патологии, среди которой превалировала анемия беременных – 62,4%, заболевания почек и мочевого пузыря – 32,7%, эндокринной патологии – 24,8%. Дефицита массы тела матерей встречался у 16,2% случаев, у каждой третьей матери (34,2%) имело место сочетание 2-х и более нозологических форм экстрагенитальной патологии. Гинекологические заболевания отмечались в 25,4% случаев.

Необходимо отметить высокий инфекционный индекс во время беременности, который составлял 40,3% случаев (из них: ОРВИ – 93,5% брюшной тиф и гепатит – 6,5%). Обострение хронической заболеваний во время беременности отмечалось у каждой третьей матери и составляло 34,2% случаев.

Токсикоз первой половины осложнил течение беременности у 31,7% женщин, гестоз второй половины беременности наблюдался в 22,4% случаев, у 41% обследуемых матерей отмечалась угроза ее прерывания. Хочется отметить, что почти в половине случаев (46,3%) эти женщины получали стационарное лечение во время беременности.

Нормальное течение беременности отмечалось только в 24% случаев.

Все обследуемые дети родились в срок. Большинство детей родилось в удовлетворительном состоянии, 76,4% из них имели оценку по шкале Апгар 8 – 10 баллов. Каждый четвертый ребенок из обследуемой группы детей (28,5%) родился в асфиксии легкой и средней степени тяжести (5 – 7 баллов), всего 4,9% в тяжелой асфиксии (3 – 4 баллов). Антропометрические показатели при рождении в среднем составляли по массе тела у мальчиков – $3400 \pm 0,72$, у девочек – $3154 \pm 0,53$, длина тела мальчиков – $51,4 \pm 0,22$ см, девочек – $51,0 \pm 0,14$

см, окружность грудной клетки – $34,0 \pm 0,24$ см и $32,8 \pm 0,18$ см и окружность головы $35,5 \pm 0,15$ см и $34,2 \pm 0,12$ см соответственно.

В периоде новорожденности у половины детей (47,7%) была отмечена патология центральной нервной системы, признаки внутриутробного инфицирования отмечались в 28,7% случаев, задержка внутриутробного роста и развития выявлена у каждого четвертого ребенка (24,8%). Настораживает достаточно высокий процент выявленной врожденной патологии – 10,2% (врожденные пороки сердца, атрезия ануса, атрезия пищевода, за-

ячья губа, врожденная патология костно-суставной системы, пупочные и паховые грыжи).

Анализ антропометрических данных обследованных детей в раннем и дошкольном возрасте показал, что каждый второй ребенок (50,6%) имел средние (нормальные) параметры физического развития. Остальные дети имели различные отклонения антропометрических показателей. Наиболее распространенное отклонение от средних параметров физического развития было направлено в сторону ниже средних (21,4%) и низких (13,1%) величин (Рис. 1).

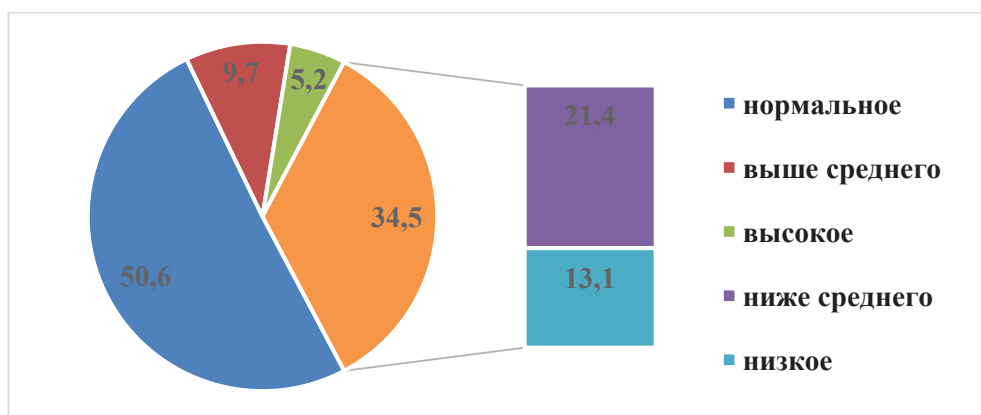


Рис. 1. Распределение обследованных детей по уровню физического развития (%)

Результаты нервно-психического развития детей раннего возраста показали, что доля детей, имевших соответствующее возрасту развитие составляла 78,9% случаев. Группа безусловного риска состояла из 15,8% детей, а задержка психо-моторного развития наблюдалась в 5,3% случаях.

С возрастом отмечалось повышение доли детей, имевших соответствующее возрасту нервно-психическое развитие. Так, к дошкольному возрасту нервно-психическое развитие, соответствующее первой группе развития, составляло 87,6% случаев, а отставание на один-два эпикризных срока отмечалось у 12,4% детей.

На основании проведенных исследований было установлено, что среди обследованных детей только каждый пятый ребенок считался здоровым, т.е. имел нормальное физическое и нервно-психическое здоровье, не имел анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений (19,4%, Рис. 2).

Самой многочисленной являлась II группа здоровья (66,1%), т.е. дети, имеющие некоторые морфофункциональные отклонения в состоянии здоровья, нарушение питания, физические недостатки при сохранности соответствующих функций органов, часто и/или длительно болеющие остры-



Рис. 2. Распределение обследованных детей по группам здоровья

ми респираторными заболеваниями.

Хронические заболевания в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями выявлено у 11,3% детей (III группа здоровья), а в стадии субкомпенсации (IV группа) – 3,2% случаев.

В ходе исследования был проведен анализ структуры морфофункциональных отклонений и хронических заболеваний детей раннего и дошкольного возрастов. Результаты распределения нарушений здоровья по классам заболеваний выявили, что у обследованных детей наиболее часто отмечались заболевания органов дыхания и пищеварения. Причем, доминирующей патологией среди детей раннего возраста являются заболевания со стороны органов дыхания (до 1 года – 36,8%, 1-2 года – 35,7%). Тогда как, у детей дошкольного возраста значительно чаще отмечалась патология органов пищеварения – 47,8%.

Болезни органов дыхания у обследованных детей были представлены преимущественно за счет патологии верхних дыхательных путей – 57,4% (риниты, фарингиты, гипертрофия миндалин, тонзиллиты, аденоидиты), на острые бронхиты приходилось 25,4%, пневмония отмечалась значительно реже – 17,2%.

Патология органов пищеварения формировалась у детей раннего возраста в основном за счет дисбиоза кишечника (52,4%), энтероколитов различной этиологии (22,7%) и пупочными грыжами (24,9%).

В дошкольном периоде детства значительно чаще отмечались кариес (80,4%), почти у каждого третьего ребенка был выявлен гастродуоденит (32,8%), дисфункция билиарного тракта (21,7%), функциональные нарушения желудка и кишечника (33,7%).

Класс болезней кожи и подкожной клетчатки, встречающийся достаточно часто среди детей первого года жизни (26,3%), формировался преимущественно за счет атопического – 62,8% и контактного аллергического дерматита – 37,2%. По поводу экссудативно-катарального диатеза на первом году жизни наблюдался почти каждый четвертый ребенок – 24,8%, а по поводу рахита – каждый третий (32,4%).

Класс болезней крови и кроветворных органов формировался в основном за счет анемии различной степени тяжести. Так, у детей раннего возраста она была выявлена почти у каждого четвертого ребенка (23,7%), а у детей дошкольного возраста

отмечалась в 1,5 раза меньше (14%).

Достаточно частой патологией в раннем возрасте было расстройство питания (18,4%), представленное гипотрофией в 43,6% случаев и 12,4% – паратрофией. В дошкольном периоде заболевания эндокринной системы у детей (25,4%) были представлены в основном патологией щитовидной железы (диффузный токсический зоб) и сахарным диабетом.

Патология нервной системы у детей раннего возраста формировался за счет синдрома двигательных расстройств – 54,8%, внутричерепной гипертензии – 31,3%, гипертензионно-гидроцефального синдрома – 2,7% и вегето-висцеральных расстройств – 11,2%. У детей в более старшем возрасте данная патология была представлена в основном астеноневротическим синдромом (18,3%), минимальной мозговой дисфункцией (9,6%), задержкой и расстройствами речи (дислалия, дизартрия, заикание, 8,5%).

Отклонения со стороны органа зрения были представлены у детей в раннем возрасте преимущественно воспалительными заболеваниями глаз и его придаточного аппарата (24,8%), косоглазием (13,8%), а у детей уже дошкольного возраста – миопией различной степени тяжести (41,3%), нарушением аккомодации (10,8%), гиперметропией слабой степени (9,3%).

Заболевания почек и мочевыводящих путей отмечалась у каждого четвертого ребенка в дошкольном периоде (24%), представленная в основном циститом, пиелонефритом, дизметаболической нефропатией. В раннем возрасте данная патология встречалась значительно реже (6,3%, $p < 0,01$).

Патология костно-мышечной системы в два раза чаще встречалась среди детей дошкольного возраста в сравнении с детьми раннего возраста (29,7% и 15,7% соответственно, $p < 0,05$). Данная группа заболеваний была представлена в виде дисплазии тазобедренных суставов, вальгусной установки стоп, мышечной кривошеи, нарушения осанки, плоскостопия, уплощение стопы, сколиоза.

Значительно реже у обследованных детей наблюдались болезни уха и сосцевидного отростка, которые встречались примерно с одинаковой частотой на протяжении раннего (12%) и дошкольного возраста (10,5%).

Врожденные аномалии развития были представлены в основном ВПС – 75,5% (ДМПП, ДМЖП, открытый артериальный проток), пороками развития мочевой системы – 11,3% (пиелозктазии), пищеварительного тракта – 3,5% (атрезия

ануса, болезнь Гиршпрунга), костно-мышечной системы – 9,7% (косолапость, полидактилия, дисплазия тазобедренных суставов).

Заключение.

1. Анализ факторов риска раннего детства выявил, что три четверти (74,8%) матерей, обследованных детей, имела различную экстрагенитальную патологию, более трети (40,3%) высокий инфекционный индекс. Период внутриутробного развития детей был осложнен анемией различной степени тяжести (62,4%), угрозой прерывания беременности (41%), заболеваниями почек и мочевого пузыря (32,4%), гестозами (22,4%).

2. Только половина обследованных детей раннего и дошкольного возраста имеют нормальные показатели физического развития. Тогда как, физическое развитие каждого третьего ребёнка (34,5%) оценивалось как низкое и ниже среднего. Антропометрические показатели, соответствующие выше нормы имели 14,5% обследованных детей.

3. Доля детей, имеющих соответствующее возрасту нервно-психическое развитие, с возрастом имела тенденцию к росту (с 78,9% до 87,6%). Задержку психомоторного развития к дошкольному периоду диагностирована у 12,4% детей.

4. Ведущее место в структуре заболеваемости детей раннего возраста занимала патология органов дыхания (36,3%), а в дошкольном периоде – патология органов пищеварения (47,8%).

5. Среди обследованных детей только каждый пятый ребенок считался здоровым (19,4%). Самой многочисленной являлась II группа здоровья (66,1%). Хронические заболевания в стадии клинической ремиссии выявлено у 11,3% детей (III группа здоровья), а в стадии субкомпенсации (IV группа) – 3,2% случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева // Руководство для врачей. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008: 437 с.
2. Вельтишев Ю.Е. Объективные показатели нормального развития и состояния ребенка / Ю.Е. Вельтишев, Ветров В.П. // (нормативы детского возраста). – М., 2002. – 96 с.
3. Лазарев М.Л. Система медицинского, психологического и педагогического сопровождения развития ребенка до и после рождения / Лазарев М.Л. // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – № 2. – С. 120-124.
4. Медик В.А. Особенности состояния здоровья детей (по результатам Всероссийской диспансеризации)

/ В.А. Медик, Л.В. Сеченева, Т.Е. Котова // Здравоохранение Российской Федерации. М., 2004. № 2. С. 46-49.

5. Яцык Г.В. Критерии оценки здоровья детей первого года жизни: / Г.В. Яцык, Е.П. Бомбардинова, Ю.С. Акоев и др // пособие для врачей. – М., 2005.

6. Яцык Г.В. Диспансеризация новорожденных и детей грудного возраста / Г.В. Яцык, И.А. Беляева, Е.П. Бомбардинова и др // Российский педиатрический журнал. – 2012. – № 2. – С.22-25.

REFERENCES

1. Baranov A.A., Kuchma V.R., Sukhareva L.M. Otsenka sostoyaniya zdorov'ya detey. Novyye podkhody k profilakticheskoy i ozdorovitel'noy rabote v obrazovatel'nykh uchrezhdeniyakh. Rukovodstvo dlya vrachev. M.: «GEO-TAR-Media», 2008: 437 s.
2. Vel'tishchev YU.Ye., Vetrov V.P. Ob'yektivnyye pokazateli normal'nogo razvitiya i sostoyaniya rebenka (normativy detskogo vozrasta). – M., 2002. – 96 s.
3. Lazarev M.L. Sistema meditsinskogo, psikhologicheskogo i pedagogicheskogo soprovozhdeniya razvitiya rebenka do i posle rozhdeniya // Voprosy sovremennoy pediatrii. – 2011. – № 2. – S. 120-124
4. Medik V.A., Sechenova L.V., Kotova T.Ye. Osobennosti sostoyaniya zdorov'ya detey (po rezul'tatam Vserossiyskoy dispanserizatsii) // Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii. M., 2004. № 2. S. 46-49.
5. Yatsyk G.V., Bombardirova Ye.P., Akoyev YU.S. i dr. Kriterii otsenki zdorov'ya detey pervogo goda zhizni: posobiye dlya vrachev. – M., 2005.
6. Yatsyk G.V., Belyayeva I.A., Bombardirova Ye.P. i dr. Dispanserizatsiya novorozhdennykh i detey grudnogo vozrasta // Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal. – 2012. – № 2. – S.22-25.

ХУЛОСА

Н.Ш. Абдуллоева

БАҲОДИҲИИ ҲОЛАТИ УМУМИИ САЛОМАТИИ КӯДАКОНИ БАРМАҲАЛ ВА СИННИ ТОМАКТАБӢ

Мақсади таҳқиқот. Арзёбии маҷмӯи ҳолати саломатии кӯдакони синни барвақтӣ ва томактабии шаҳри Душанбе.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Арзёбии маҷмӯи ҳолати саломатӣ ва муайян кардани гурӯҳи солимӣ дар мавриди 724 кӯдак ба амал оварда шуд, ки аз ин шумор 315 (43,5) кӯдак дар синни барвақтӣ ва 409 (56,4%) бошад, дар синни томактабӣ қарор доштанд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Нишондиҳандаҳои инкошофи ҷисмонӣ дар доираи меъёри синнусолӣ танҳо дар нисф - 50,6%-и кӯдакони

муоинашуда зоҳир карда шуд. Кӯдакони боқимонда дар инкишофи ҷисмонӣ ба инҳироф гирифтторанд, зимнан дар аксари ҳолатҳо - 34,5% ба ҷониби нишондиҳандаҳои манфӣ. Инкишофи равониву асабӣ, ки ба син мувофиқ бошад, ҳамагӣ дар мавриди 78,9%-и синни барвақтӣ ва дар томактабиҳо бошад, зимни 87,6% мушоҳида гардид. Таъхир дар инкишоф дар 12,4% ташхис карда шуд. Бемории узвҳои нафас (36,3%) дар синни барвақтӣ ва барои синни томактабӣ бошад, патологияи узвҳои ҳозима (47,8%) бемории асосӣ махсуб меёфт. Натиҷаи арзёбии маҷмӯи ҳолати солимӣ дар мавриди

гурӯҳи солимии I зимни 19,4% кӯдак, дар гурӯҳи II ҳангоми 66,1%, зимни гурӯҳи III дар 11,3% ва дар гурӯҳи IV бошад, дар мавриди 3,2% кӯдакон ошкор карда шуд.

Хулоса. Ба мақсади тасхеҳи инфиродии ҳам бемориҳои асосӣ ва ҳам ҳамбаста ба амал овардани муоинаҳои динамикии пешгирикунанда бо ҷалб намудани мутахассисони маҳдудтаҳассус барои то ба муассисаҳои томактабӣ рафтан ва дар давраи он ҷо будан зарур аст.

Калимаҳои калидӣ: Синни барвақтӣ ва томактабӣ, инкишофи ҷисмонӣ, гурӯҳи солимӣ.

УДК 616.314.18-002.4-036.12-031.8-089.168

Д.М. Абдулмеджидова, И.М. Расулов, М.А. Магомедов, А.Р. Гаджиев

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ КОМПЛЕКСНЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ СУЛЬФИДНОЙ ГРЯЗИ

Кафедра стоматологических и клинических дисциплин Негосударственное образовательное учреждение высшего образования «Дагестанский медицинский стоматологический институт»

Расулов Ибрагим Магомедкаamilovich – д.м.н., заведующий кафедрой стоматологических и клинических дисциплин НОУ ВО ДМСИ; тел: +7(903)423-01-71

Цель исследования. Оптимизация лечения больных хроническим генерализованным пародонтитом с применением аппликаций пародонта сульфидной грязью.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 64 пациента с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени в возрасте от 20 до 60 лет. Средний возраст больных составил $38,9 \pm 0,16$, из них 47,6% женщин и 52,4% мужчин. Все пациенты практически здоровые. Для оценки эффективности действия лечебной грязи все пациенты были рандомизированы на основную (1) и группу сравнения (2). Группу сравнения составили 15 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени, которым проводили стандартное лечение с проведением профессиональной гигиены полости рта (аппликации, полоскание 0,05% р-р хлоргексидина биглюконата).

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные результаты показывают, что комплексное лечение тяжелой степени хронического генерализованного пародонтита с использованием курса аппликаций и электрофореза иловой сульфидной грязью санатория «Каякент» способствует более стойкому и длительному противовоспалительному эффекту в тканях десны, превосходящему по большинству показателей стандартное лечение.

Выводы. Включение в комплексное лечение тяжелой степени хронического генерализованного пародонтита 10 дневного курса пелоидотерапии в виде аппликаций и электрофореза иловой сульфидной грязью санатория «Каякент», способствует более раннему и выраженному, чем в группе сравнения купированию воспаления тканей пародонта.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, электрофорез пародонта иловой грязью.

D.M. Abdulmejidova, I.M. Rasulov, M.A. Magomedov, A.R. Gadjiyev

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF SEVERE CHRONIC GENERALIZED PARODONTITIS WITH COMPLEX APPLICATION OF SULFIDE MUD

Department of dental and clinical disciplines of DMSI

Rasulov Ibragim Magomedkamilovich – Doctor of medical sciences; head of the Department of dental and clinical disciplines DMSI; tel: +7(903)423-01-71

Aim. To optimize the treatment of patients with CGP with the sulfide mud application.

Material and methods. The study included 64 patients with CGP aged 20 to 60 years. The average age of patients was $38,9 \pm 0,16$ where 47.6% were women and 52.4% men. All the patients were practically healthy. To assess the effectiveness of the therapeutic mud, all patients were randomized to the main (1) and comparison groups (2). The comparison group consisted of 15 patients with CGP, who received standard treatment with professional oral hygiene (applications, rinsing with a 0.05% solution of chlorhexidine digluconate).

Results and discussion. The results show that the complex treatment of a severe form of CGP using a course of applications and electrophoresis with silt sulfide mud of the "Kayakent" sanatorium contributes to a more persistent and long-lasting anti-inflammatory effect on the gum tissues, which exceeds the standard treatment in most indicators.

Conclusion. The inclusion of a 10-day course of peloid therapy in the complex treatment of CGP in the form of applications and electrophoresis with silt sulfide mud of the Kayakent sanatorium contributes to the earlier and more pronounced relief of parodont tissues inflammation than in the comparison group.

Keyword. Generalized periodontitis, periodontal electrophoresis with silt mud.

Актуальность. Проблема профилактики, диагностики и лечения хронического генерализованного пародонтита (ХГП) является актуальной в виду высокой его распространенности (среди взрослого населения в 95-100% случаев с развитием деструктивных изменений в десне, у детей в 90% случаев сопровождается патологией нервной системы, в 61% - ревматизм, в 60% - болезни почек, в 70% - сахарный диабет) и малой эффективности лечения стандартными методами [1-4, 7, 10, 12].

Пусковым механизмом в патогенезе заболеваний пародонта является инфекция и плохая гигиена полости рта [1, 3, 7-9, 12]. Воспаление в тканях пародонта под действием микробного агента, кроме противомикробной терапии требует также целенаправленной коррекции [2-4, 9, 10, 13, 14].

При ХГП в тканях пародонта точкой приложения патогенного воздействия микроорганизмов является микроциркуляторное русло, как наиболее мобильное звено трофического обеспечения [1, 5, 6, 8, 11]. Для улучшения кровоснабжения пародонта в комплексной терапии пародонтитов широко применяются физические методы лечения, в том числе пелоидотерапия (грязелечение) и орошения минеральной водой, улучшающие трофики и метаболические процессы в тканях десны, ускоряющие их репарацию [5, 8, 9, 12, 14].

Традиционные хирургические методы лечения ХГП тяжелой степени не лишены недостатков, так как после их использования снижается реактивность тканей пародонта, их метаболизм и регенеративные свойства, а воспаление переходит в подострую фазу, которая часто протекает по гиперэргическому типу с глубокими нарушениями кровообращения, которые требуют коррекции в постоперационном периоде [2, 8, 11].

Цель исследования. Оптимизация лечения больных ХГП с применением аппликаций пародонта

сульфидной грязью.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 64 пациента с ХГП тяжелой степени в возрасте от 20 до 60 лет, подписавших информированное согласие для участия в исследовании. Средний возраст больных составил $38,9 \pm 0,16$, из них 47,6% женщин и 52,4% мужчин. Все пациенты практически здоровые. Для оценки эффективности действия лечебной грязи все пациенты были рандомизированы на основную (1) и группу сравнения (2). Группу сравнения составили 15 пациентов с ХГП тяжелой степени, которым проводили стандартное лечение с проведением профессиональной гигиены полости рта (аппликации, полоскание 0,05% р-р хлоргексидина биглюконата). Проводилась антибиотикотерапия со стимулированием иммунитета местного иммунитета. После купирования острого воспаления, проводили открытый кюретаж пародонтальных карманов (ПК) по традиционной схеме, а по показаниям проводили лоскутную операцию. Все пациенты 1 и 2 групп получали общее лечение с применением витаминов и антигистаминных препаратов.

В первой (основной) группе 49 пациентам с ХГП тяжелой степени после аналогичного комплексного лечения, применялся курс пелоидотерапии пародонта сульфидной иловой грязью в течении 10 дней, с чередованием аппликации и электрофореза через день [8].

Все пациенты с ХГП тяжелой степени в 1 и 2 группы обследовались клинически до и после курса лечения через 10 дней и 1 год. Определялись глубина пародонтальных карманов (ПК), ретракция десны, количественная характеристика клинического состояния пародонта с помощью индексов: ИГИ-интердентальный индекс, пародонтальный индекс (ПИ), РВІ для оценки кровоточивости, под-

вижности зубов (ПЗ).

Для исследования региональной гемодинамики и локальной микроциркуляции, характеризующие патологические изменения, происходящие в десне при пародонтитах и реагирующих на лечение воспалительного процесса, использовали лазерную доплеровскую флоуметрию (ЛДФ) десны [9] с использованием лазерного анализатора капиллярной крови («ЛАКК-01») (Россия). Измерялись: показатель микроциркуляции (ПМ) и среднее квадратичное отклонение эритроцитов (σ). Состояние регионарного кровообращения десны оценивалось реопародонтографией верхней челюсти (РПГ) с помощью реоплетизмографа (РПГ-2-02) (Россия) по тетраполярной методике в области фронтального отдела верхней челюсти. Реопародонтограммы (РГ) анализировали с учетом качественных и количественных показателей: форма, характер восходящей и нисходящей части кривой, форма и расположение дикротического зубца, определялись количественные индексы: эластичности сосудов (ИЭ); периферического сопротивления сосудов (ИПС); показатель тонуса сосудов (ПТС) и реологический индекс-РИ [2, 8, 11].

Всем пациентам первой и второй группы проводилась панорамная рентгенография с оценкой степени активности костных деструкций, наличия поддесневых зубных отложений, величины периодонтальной щели и др.

Проводились микробиологические исследования микрофлоры содержимого ПК с применением фазово-контрастной микроскопии (ФКМ) по методу Загнат В.Ф. и метода секторных посевов по Gold, с подсчетом количества аэробных микроорганизмов, расчетом соотношения их подвижных и неподвижных форм и определением коэффициента устойчивости (КУ) [8, 11].

Местное лечение пациентов с ХГПТст в 2 группе (сравнения) проводилось после профессиональной гигиены в виде аппликаций, ваночек в 0,05% растворе хлоргексидина. После купирования острого воспаления проводили открытый кюретаж ПК. По показаниям проводили лоскутную операцию. На 10-й день лечения проводили стандартное лечение путем нанесения на десневой край повязок со смесью гепариновой мази и водного дентина, замешанных до консистенции пасты, в течении 2-3 часов. Курс лечения 10 дней.

В первой (основной) группе пациентов местное лечение проводили сочетанием аппликаций и пелоид-электрофореза пародонта иловой сульфидной грязью через день в течении 10 дней. Для

проведения грязевых процедур изготавливалась индивидуальная назубно-десневая каппа, которая позволяет удобно расположить лечебную грязь на альвеолярной, маргинальной и папиллярной десне, обеспечивает её плотный контакт с тканями и изолирует пелоид от слюны пациента [1]. При этом грязь располагалась внутри каппы, что дольше сохраняло её температуру и лечебный эффект. Непосредственно перед процедурой грязь подогревалась в микроволновой печи до 40°C и примерно объёмом в 50мл. закладывалась в углубления каппы, которая накладывалась на соответствующий участок десны в течении 20 минут. После процедуры пациент полоскал рот теплой кипяченной водой и отдыхал в течении 30 минут. Для проведения пелоид-электрофореза электрод на каппе подключали к положительному полюсу аппарата гальванизации «Поток-1», а индифферентный электрод накладывали на наружную поверхность правого предплечья. Интенсивность воздействия дозировали по субъективным ощущениям пациента (покалывания, слабого жжения в десне под электродом), при этом плотность тока соответствовала 0,05-0,1 мА/см². Курс лечения состоял из 10 процедур по 20 минут, проводимых через день в чередовании с аппликациями пелоида.

Все полученные цифровые результаты исследования подвергались статистической обработке с использованием пакета прикладных программ (Exsel, 2000; Microsofting, 1999; Statistica for Windows 5.0 (Stasofting, 1995); Biostatistics v 4.03. (M.C.Gawitill, 1988). Определялись средняя арифметическая и её стандартная ошибка (M+m). Для определения статистически значимых различий между парами значений до и после лечения использовался парный критерий Стьюдента. Значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Клинический осмотр полости рта у пациентов с ХГПТст до лечения выявил высокий уровень поражения зубов кариесом. ИГ соответствует $3,89 \pm 0,33$ (ХГПС) баллов (табл.1); ПИ при этом соответствует $6,44 \pm 0,10$ баллов; ПМА составил $55,0 \pm 1,5\%$; глубина ПК составила $7,2 \pm 0,17$ мм.

У пациентов с ХГПТст до лечения обнаружено ухудшение биоценоза пародонтальной жидкости в виде высокой концентрации (коз/мл) как стрептококков, так и стафилококков (табл. 1).

Проведенный во 2-й группе курс стандартного лечения ХГПТ (группа сравнения) через 10 дней выявил определенную положительную динамику клинического состояния пародонта. Так ИГИ через

Таблица 1

Средние величины индексов клинического состояния десны у пациентов с ХГПТст до и после лечения ($M \pm m$; $n=132$).

Группы наблюдения		До лечения	Стандартное лечение			Грязелечение
Иссл-е индексы	Ед. измер-я	Сроки наблюдения	Через 10 дней	Через 1 год	Через 10 дней	Через 1 год
		ХГПТст., $n=64$	ХГПТст., $n=15$	ХГПТст., $n=15$	ХГПТст., $n=49$	ХГПТст., $n=49$
ИГИ	%	50,2 $\pm$ 1,30	43,3 $\pm$ 0,25*	47,0 $\pm$ 0,8*	39,5 $\pm$ 0,50*	40,9 $\pm$ 0,30*
ИГ	балл	3,89 $\pm$ 0,33	2,93 $\pm$ 0,12*	2,81 $\pm$ 0,10*	2,30 $\pm$ 1,0*	2,60 $\pm$ 0,27*
ПИ	балл	6,44 $\pm$ 0,10	5,90 $\pm$ 0,32*	6,61 $\pm$ 0,17*	2,50 $\pm$ 2,02*	5,80 $\pm$ 0,40*
ПМА	%	55,0 $\pm$ 1,5	49,0 $\pm$ 0,10*	61,3 $\pm$ 0,15*	45,0 $\pm$ 0,16*	51,2 $\pm$ 0,66*
Pbi	балл	3,44 $\pm$ 0,18	3,27 $\pm$ 0,30*	3,51 $\pm$ 0,3*	3,0 $\pm$ 0,10*	3,14 $\pm$ 0,12*
ПЗ	степ	3,41 $\pm$ 0,03	2,40 $\pm$ 0,012*	3,63 $\pm$ 0,020	2,0 $\pm$ 0,04*	2,59 $\pm$ 0,02*
ПК	мм	7,2 $\pm$ 0,17	6,72 $\pm$ 0,20*	7,7 $\pm$ 0,23*	3,7 $\pm$ 0,30*	5,5 $\pm$ 0,23*

Примечание: * $p < 0,05$ – при сравнении значений до лечения и группой сравнения.

10 дней после стандартного лечения снизился на 14% (по сравнению со значениями до лечения); ПМА-на 10,7%; Pbi уменьшился на 4,94%. Глубина ПК при ХГПТ уменьшилась на 6,9% (по сравнению с показателями до лечения $p < 0,05$) (табл.1).

Показатель уровня микроциркуляции (ПМ) составлял при ХГПТ-13,2 $\pm$ 0,6 усл.ед., а интенсивность его, соответственно 0,95 $\pm$ 0,20 усл.ед. (табл.2).

У пациентов с ХГПТст до лечения РПГ выявила достоверное снижение показателей регионарного кровотока пародонта по сравнению с нормой за счёт: увеличения ПТС 27%; ИПС 49%, при этом индекс эластичности (ИЭ) сосудов снижался на 28% (табл. 2).

В основной группе наблюдений, 10 дневный

курс аппликаций пелоида в сочетании с электрофорезом, способствовал более выраженному, чем в группе сравнения, уменьшению признаков воспаления пародонта. Так количественные показатели клинического состояния полости рта у пациентов первой группы с ХГПТ после курса 10 дневного лечения достоверно снизились, по сравнению с показателями до лечения на: ИГИ – 39%; ИГ-89%; ПМА – 18%; Pbi- на 13%; глубина ПК-48,6% (табл. 1). У пациентов ХГПТ визуальное улучшилось по сравнению с показателями до лечения характеристики РПГ, а её количественные показатели ИЭ, ПТС и ИПС сместились в сторону нормализации: ИЭ – на 2%; ПТС – на 43%; ИПС – на 20,5%, РИ на 75% (табл. 2).

Показатели РПГ также имели тенденцию к

Таблица 2

Изменение показателей микроциркуляции пародонта и регионарного кровообращения верхней челюсти до и после лечения ХГПТст (по данным ЛДФ и РПГ; $M \pm m$).

Группы наблюдения		До лечения	Традиционное лечение		грязелечение	
Иссл-е индексы	Ед. измер-я	Сроки наблюдения, $n=64$	Через 10 дней, $n=15$	Через 1 год, $n=15$	Через 10 дней, $n=49$	Через 1 год, $n=49$
		ХГПТст.	ХГПТст.	ХГПТст.	ХГПТст.	ХГПТст.
ПМ	усл.ед.	13,2 $\pm$ 0,6	12,8 $\pm$ 0,50*	12,0 $\pm$ 0,30*	15,3 $\pm$ 0,40	13,5 $\pm$ 0,40*
G	усл.ед.	0,95 $\pm$ 0,20	1,70 $\pm$ 0,30*	1,80 $\pm$ 0,35*	2,0 $\pm$ 0,50	2,51 $\pm$ 0,13*
ИПС	%	151 $\pm$ 3,10	137,0 $\pm$ 2,81	148 $\pm$ 2,31*	134,0 $\pm$ 1,11	135,0 $\pm$ 1,91*
ИЭ	%	75 $\pm$ 2,20	77,0 $\pm$ 1,0	76,0 $\pm$ 0,10*	76,5 $\pm$ 1,0	76,3 $\pm$ 0,81*
ПТС	%	28,3 $\pm$ 1,3	22,3 $\pm$ 0,8*	20,1 $\pm$ 0,5*	16,1 $\pm$ 0,7	17,9 $\pm$ 2,30*
РИ	Ом	0,08 $\pm$ 0,002	0,08 $\pm$ 0,001	0,06 $\pm$ 0,002*	0,02 $\pm$ 0,03	0,04 $\pm$ 0,002*

Примечание: * $p < 0,05$ – при сравнении с показателями до лечения и группой сравнения.

Таблица 3

Концентрация облигатно анаэробных бактерий в содержимом ПК у пациентов с ХГПТст до и после лечения ($M \pm m$; в коэ/мл)

Группы наблюдения	До лечения	Традиционное лечение		грязелечение	
Степень ХГП	ХГПТст., n=64	Через 10 дней	Через 1 год	Через 10 дней	Через 1 год
Виды Микроорг-ов		ХГПТст., n=15	ХГПТст., n=15	ХГПТст., n=49	ХГПТст., n=49
1. Стрептококки					
Средняя величина концентрации	7,30±0,20	5,70±0,31*	7,91±0,44	4,10±0,12*	6,10±0,18*
2. Стафилококки					
Средняя величина концентрации	6,25±0,50	6,0±0,6*	7,30±0,12	5,13±0,10*	6,20±0,14*

Примечание: * $p < 0,05$ – при сравнении с показателями до лечения и группой сравнения.

ухудшению, с одновременным возрастанием значений концентрации стафилококков и стрептококков в содержимом ПК, приближаясь к таковым до лечения (табл. 1-3), что, по-видимому, говорит о низком качестве проводимых в домашних условиях гигиенических мероприятий.

По данным ЛДФ показатель микроциркуляции (ПМ) возрос на 16% (по сравнению с показателями до лечения; $p < 0,05$). Улучшилась активная регуляция кровотока, снизились явления венозного застоя, о чём свидетельствует возрастание в 1,5 раза показателя (σ) интенсивности кровотока (табл. 2).

Функциональные методы обследования после курса стандартного лечения выявили определенное улучшение локальной микроциркуляции десны, с коррекцией как визуальных, так и количественных характеристик РПГ и ЛДФ (табл. 2). Повысилась эластичность сосудов и снизились тонус и периферическое сопротивление сосудов, выросли объем кровотока и вазомоторная активность сосудов, с уменьшением явления венозного застоя. Оценка микробиоценоза содержимого ПК у пациентов с ХГПТст. Через 10 дней после стандартного лечения показала уменьшение концентрации (коэ/мл) как стрептококков, так и стафилококков на 59% и 4% (по сравнению с показателями до лечения, $p < 0,05$ (табл. 3).

Через 12 месяцев во второй группе пациентов после стандартной терапии лишь у 36,0% больных с ХГПТ, лечебный эффект сохранялся, индексы: ИГИ-имели достоверное повышение в среднем на 8,5%; ИГ на 4%; ПИ-на 12%, Рби – 7% (по сравнению с 10 дн. сроком); ПМА-на 25,0%; однако глубина ПК-возрастала в среднем на 14,5% ($p < 0,05$).

Проведенный курс аппликаций и электрофо-

реза грязью способствовал уменьшению воспаления десны, что подтверждается и достоверным снижением концентрации стрептококков и стафилококков в содержимом ПК (табл. 3). Так после пелоидетерапии коэ/мл стрептококков у пациентов с ХГПТ уменьшился на 43,8% (по сравнению с показателями до лечения; $p < 0,05$), а концентрация стафилококков на 2,6% ($p < 0,05$).

Через 12 месяцев после курса пелоидетерапии лишь 20% пациентов с ХГПТ предъявляли жалобы на кровоточивость десен. У них сохранялась незначительная гиперемия десны в области отдельных жевательных зубов. У 98,3% пациентов отсутствовали жалобы, десна плотно прилегала к шейке зубов. Показатели клинического состояния десны в большей части близки к аналогичным значениям после 10 дн. курса лечения и имеют тенденцию к большему, чем в группе после стандартного лечения улучшению (табл. 1). Показатели РПГ, ЛДФ и состояния биоценоза ПК также максимально близки к таковым после курса 10 дневной пелоидетерапии, чем в группе сравнения, что свидетельствует о выраженности и длительности лечебного эффекта (табл. 2, 3).

Таким образом, полученные результаты показывают, что комплексное лечение тяжелой степени ХГП с использованием курса аппликаций и электрофореза иловой сульфидной грязью санатория «Каякент» способствует более стойкому и длительному противовоспалительному эффекту в тканях десны, превосходящему по большинству показателей стандартное лечение. Об этом свидетельствуют изменения симптоматики, улучшение показателей клинического состояния десны и результатов функциональных, бактериологических

методов диагностики.

Выводы: 1. Включение в комплексное лечение ХГПТ 10 дневного курса пелоидотерапии в виде аппликаций и электрофореза иловой сульфидной грязью санатория «Каякент», способствует более раннему и выраженному, чем в группе сравнения купированию воспаления тканей пародонта, за счёт улучшения клинического состояния, локальной микроциркуляции, регионарного кровотока тканей пародонта и биоценоза ПК.

2. Установлено, что сочетанное применение аппликаций и электрофореза лечебной иловой грязью в комплексной терапии ХГПТ оказывает лучший, чем при стандартном лечении противовоспалительный эффект, сохраняющийся в течении 12 месяцев, что позволяет рекомендовать его как предпочтительный и доступный способ профилактики и комплексного лечения хронических воспалительных заболеваний полости рта в поликлинических условиях.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 8, 9 см. REFERENCES)

1. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Г.М. Барер // М., ГЕОТАР-Медиа, 2010.3. -148-156с.
2. Грудьянов А.И. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта /А.И. Грудьянов, Е.В. Фоменко //М.: МИА,2010-96с.
3. Джураева Ш.Ф. Эффективность лечения хронического пародонтита у больных сахарным диабетом / Ш.Ф. Джураева, Ш.С. Анварова // Вестник Авиценны. - 2009. - № 2 (39). - С. 119-123.
4. Кречина Е.К. Нарушения микроциркуляции в тканях пародонта у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с метаболическим синдромом /Е.К. Кречина и др //Стоматология. -2016,-Т.36.-№1-С.27-30.
5. Логинова Н.К. Методы функциональной диагностики в стоматологии / Н.К. Логинова, С.Н. Ермолаева, М.А. Белоусова // Практическое руководство. -М.,2014.-164с.
6. Царев В.Н. Лабораторная диагностика анаэробной инфекции / В.Н. Царев // М. Бином -2013. Кн.3-Т.1. -с.239-454.
7. Цепов Л.М. Роль микрофлоры в возникновении воспалительных заболеваний пародонта/Л.М. Цепов, Н.А. Голева. // Пародонтология. -2009.-№1 с.

REFERENCES

1. Barer G. M. Terapevticheskaya stomatologiya. Zabolevaniya slizistoy obolochki polosti rta [Therapeutic dentistry. Diseases of the oral mucosa]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2010. 148-156 p.

2. Grudyanov A. I. Etiologiya i patogenez vospalitelnykh zabolevaniy parodonta [Etiology and pathogenesis of inflammatory periodontal diseases]. Moscow, MIA Publ., 2010. 96 p.

3. Dzhuraeva Sh. F. Effektivnost lecheniya khronicheskogo parodontita u bolnykh sakharnym diabetom [The effectiveness of treatment of chronic periodontitis in patients with diabetes mellitus]. Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna, 2009, No. 2 (39), pp. 119-123.

4. Krechina E. K. Narusheniya mikrotsirkulyatsii v tkanyakh parodonta u patsientov s khronicheskim generalizovannym parodontitom v sochetanii s metabolicheskim sindromom. [Microcirculation disorders in periodontal tissues in patients with chronic generalized periodontitis in combination with metabolic syndrome]. Stomatologiya - Dentistry, 2016, Vol. 36, No. 1, pp. 27-30.

5. Loginova N. K. Metody funktsionalnoy diagnostiki v stomatologii. Prakticheskoe rukovodstvo [Methods of functional diagnostics in dentistry. A practical guide]. Moscow, 2014. 164 p.

6. Tsarev V. N. Laboratornaya diagnostika anaerobnoy infektsii [Laboratory diagnostics of anaerobic infection]. Moscow, Binom Publ., 2013, 239-454 p.

7. Tsepov L. M. Rol mikroflory v vzniknovenii vospalitelnykh zabolevaniy parodonta [The role of microflora in the occurrence of inflammatory periodontal diseases]. Parodontologiya - Periodontics, 2009, No. 1.

8. Mondel J. D. Oral infections: impact on human health/Well-being, and health – care costs. Compendium of continuing education in dentistry, 2002, Vol. 23(5), pp.-403-6,408.

9. Williams R. S. Periodontal disease (gingivitis juvenile periodontitis, adult periodontitis). Current clinical topics in infectious diseases, 1992, Vol. 13, pp. 146-163.

ХУЛОСА

Д.М. Абдулмачидова, И.М. Расулов,
М.А. Магомедов, А.Р. Гаджиев

МУВОФИҚ ГАРДОНИИ МУОЛИЧАИ ПАРОДОНТИТИ ПАҲНШУДАИ МУЗМИНИ ДАРАҶАИ ВАЗНИН ТАВАССУТИ ИСТИФОДАИ МАҶМУИИ ГИЛИ СУЛФИДДОР

Мақсади таҳқиқот. Мувофиқ гардонии муолиҷаи беморони мубтало ба ПММ бо истифодаи апликасияи пародонт ба воситаи гили сулфиддор.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ба таҳқиқот 64 бемори гирифта ба ПММВ дар синни аз 20 то 60 сола шомил карда шудааст. Синни миёнаи беморон $38,9 \pm 0,16$ ва аз ин миён мардҳо 47,6% ва занҳо бошанд, 52,4%-ро ташкил медоданд. Тамоми беморон амалан солиманд. Барои арзёбии самаранокии таъсири гили шифобахш беморон ба гурӯҳи

асосӣ (1) ва мукоисавӣ (2) чудо карда шуданд. Гурӯҳи мукоисавӣ аз 15 бемори гирифтори ПММ дараҷаи вазнин иборат буд, ки дар мавриди онҳо муолиҷаи стандартӣ бо иҷрои беҳдошти профессионалии ковокии даҳон (аппликатсия, ҷақондан ӯро маҳлули 0,05% биглюконати хлоргексидин) ба амал оварда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Натиҷаҳои ҳосилшуда аз он далолат мекунанд, ки муолиҷаи маҷмӯии дараҷаи вазнини ПММ бо истифода аз даври аппликатсия ва электрофарези гили иловии сулфидии осоишгоҳи «Каякент» ба таъсири нисбатан усту-

вор ва зиддиилтиҳобии бофтаҳои милки дандон мусоидат намуда, аз рӯйи аксари нишондодҳо аз муолиҷаҳои стандартӣ афзалтар аст.

Хулоса. Ба муолиҷаи маҷмӯии ПММВ ворид кардани даври 10 рӯзаи пелондодармонӣ дар шакли аппликатсия ва электрофарез тавассути гили иловии сулфиддор аз осоишгоҳи «Каякент», дар нисбат ба гурӯҳи мукоисавӣ, барои барвақтар ва ба таври зухурёфта бартараф кардани илтиҳобии бофтаҳои пародон мусоидат менамояд.

Калимаҳои калидӣ. Пародонтити мунташир, электрофарези пародонт ба воситаи гили иловӣ.

УДК 61.616-08-06

Л.Р. Достиев, З.Н. Набиев, З.К. Фатхуллоев

ПЕРИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

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

Достиев Латиф – соискатель ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии».

Цель исследования. Сравнительное изучение результатов лечения острой послеоперационной боли после абдоминальных вмешательств

Материалы и методы. Обследовано 96 пациента (средний возраст $42,13 \pm 2,1$ года), перенесших операции на органах брюшной полости, находившихся в раннем послеоперационном периоде на лечении в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии Национального медицинского центра РТ за период 2014-2018гг.

Результаты исследования. Критерием эффективности проводимой послеоперационной анальгезии считают снижение интенсивности болевого синдрома более 3 баллов из 10. При исходной оценке силы боли по ВАШ после экстубации в покое и при кашле не было выявлено достоверных межгрупповых отличий.

Заключение. Метод перидуральной анальгезии позволяет быстрее сформировать и поддерживать адекватное обезболивание на необходимом уровне по сравнению с традиционными методиками перидуральной анальгезии и способствует снижению риска развития опиоиды обусловленных побочных эффектов (избыточной седации, кожного зуда и диспепсических явлений) по сравнению с инфузионной и болюсной ПА.

Ключевые слова: Боль, перидуральная анальгезия, послеоперационный период, интенсивная терапия.

L.R. Dostiev, Z.N. Nabiev, Z.K. Fathulloev

PERIDURAL ANALGESIS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD WITH ABDOMINAL INTERVENTIONS

SI “Republican Scientific Clinical Center of Pediatrics and Children’s Surgery”

Aim: A comparative study of the results of treatment of acute postoperative pain after abdominal interventions based on epidural analgesia.

Materials and methods: 96 patients (mean age 42.13 ± 2.1 years) who underwent surgery on the abdominal organs who were in the early postoperative period under treatment in the intensive care unit of the National Medical Center of the Republic of Tatarstan for the period 2014-2018 were examined.

Results and its discussions. A criterion for the effectiveness of postoperative analgesia is considered to be a decrease in the intensity of the pain syndrome of more than 3 points out of 10. At the initial assessment of the strength of the pain according to YOUR after extubation at rest and during coughing, no significant intergroup differences were revealed.

Conclusion: The method of epidural analgesia allows you to quickly form and maintain adequate analgesia at the required level compared to traditional methods of epidural analgesia and helps to reduce the risk of opioids due to side effects (excessive sedation, skin itching and dyspeptic symptoms) compared with infusion and bolus peridural analgesia.

Key words: pain, epidural analgesia, postoperative period, intensive care.

Актуальность. Боль — это локализованное или общее неприятное ощущение тела или комплекс ощущений, которое вызывает легкий или тяжелый физический дискомфорт и эмоциональное расстройство и обычно является результатом телесного расстройства (например, травмы или болезни) и подразделяют на острую и хроническую. Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли (The International Association for the Study of Pain (IASP)), острая (преходящая) боль, обусловленная острым заболеванием, травмой, переломом и прекращающаяся по мере выздоровления и заживления ран; хроническая (персистирующая) - это боль связана с длительно существующим патологическим процессом или посттравматическим состоянием, как: артрит, рак, невралгия, головная боль, она продолжается от 1-3 мес. до многих лет [5, 6, 8].

У пациентов, перенесших операционные вмешательства, боль является одним из основных причин, определяющих состояние больного после операции и способствующих развитию осложнений, в связи с этим устранение боли в послеоперационном периоде является основной задачей интенсивной терапии (ИТ).

Необходимо отметить, что в вопросах анальгезии в анестезиологии достигнут определенный

успех и внедрение новых препаратов для анальгезии в анестезиологическом обеспечении в послеоперационном периоде. Несмотря на это проблема анестезиологического обеспечения в послеоперационной анальгезии остается дискуссионными, особенно у больных с хирургическим сепсисом и дисфункцией органов и систем. В последние два десятилетия существенно возрос интерес к проблеме послеоперационной боли и методам борьбы с ней, что обусловлено появлением современных эффективных методов анальгезии и осознанием роли адекватного обезболивания в послеоперационной реабилитации пациентов, особенно с высокой степенью риска оперативного вмешательства [3, 4].

Недавние исследования показывают, что достижения в области анестезии и послеоперационной анальгезии могут повлиять на послеоперационный исход [6, 7]. Эпидуральная анестезия и анальгезия могут уменьшить или устранить периоперационные физиологические реакции стресса на операцию и, таким образом, уменьшить хирургические осложнения и улучшить результаты.

Цель исследования: Сравнительное изучение результатов лечения острой послеоперационной боли после абдоминальных вмешательств на основе перидуральной анальгезии.

Материалы и методы исследования. На базе

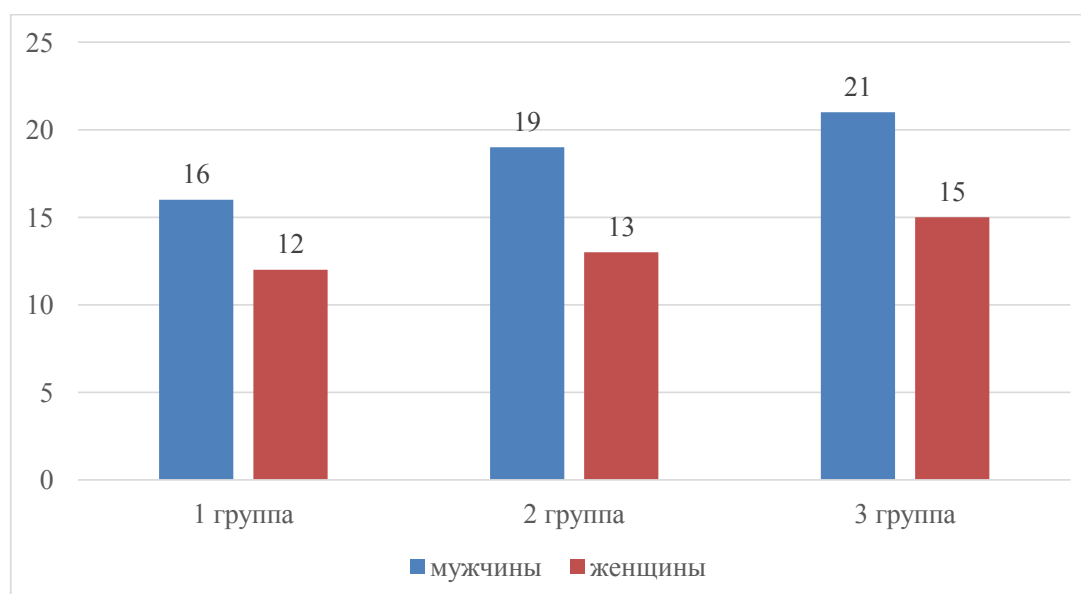


Рис. 1. Половозрастная характеристика больных

ГУ Национального медицинского центра «Шифобахш» МЗ и СЗН РТ, за период 2014-2018гг обследовано 96 пациентов (средний возраст $42,13 \pm 2,1$ года), перенесших хирургические вмешательства на органах брюшной полости, находившихся в раннем послеоперационном периоде на лечении в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

Все обследуемые больные были разделены на три группы в зависимости от варианта проводимого перидурального обезболивания: 1 группа – $n=28$, с целью купирования болевого синдрома перидуральное обезбоживание проводилось по

методу анальгезии, контролируемой пациентом, с использованием программируемых шприцевых насосов, 2 группа – $n=32$ послеоперационная анальгезия проводилась болюсными введениями местного анестетика и опиоида через заданные временные интервалы и по требованию пациента и пациентам 3 группы $n=36$ обезбоживание проводилось в виде постоянной перидуральной инфузии раствора местного анестетика и опиоида.

Половозрастная характеристика, тяжесть и характер хирургического вмешательства, а также вид и частота сопутствующей патологии у всех обследуемых пациентов были идентичны.

Таблица 1

Виды перидуральной анальгезии в зависимости от характера оперативного вмешательства

Вид операции	1 – группа, $n=28$, (%)	2 – группа, $n=32$, (%)	3 – группа, $n=36$, (%)	Общее количество больных
Разрыв печени	8 (8,3%)	6 (6,3%)	9 (9,4%)	23 (24%)
Разрыв кишечника	5 (5,2%)	7 (7,2%)	8 (8,3%)	20 (20,7%)
Операции на поджелудочной железе	3 (3,1%)	4 (4,2%)	3 (3,1%)	10 (10,4%)
Перитонит аппендикулярный	2 (2,1%)	4 (4,2%)	3 (3,1%)	9 (9,4%)
Холецистэктомия	6 (6,3%)	5 (5,2%)	6 (6,3%)	17 (17,8%)
Спленэктомия	2 (2,1%)	3 (3,1%)	3 (3,1%)	8 (8,3%)
Перфорация язвы желудка	2 (2,1%)	3 (3,1%)	4 (4,2%)	9 (9,4%)
Всего	28 (29,2%)	32 (33,3%)	36 (37,5%)	96 (100%)

Примечание: % - от общего количество больных

Как видно из табл. 1, экстренное оперативные вмешательства проведено у 67 (69,8%) больных. Проведение экстренное хирургических вмешательство требует от специалистов оценки всех параметров гемодинамики до и после процедуры, так как без учета этих данных нарастает послеоперационные осложнения.

Перидуральную анальгезию (ПА) проводилось с помощью эпидурального катетера «Б.Браун (ПЕРИФИКС)» Германия, оснащенные антибактериальными фильтрами. В качестве местного анестетика для продленной ПА у всех пациентов использовали 0,125% раствор бупивакаина. Адювантом к нему добавлялся 0,1% раствор промедола. Тест-доза местного анестетика – 4 мл 0,25% раствора бупивакаина проведена после закрепления катетера и проведения аспирационной пробы.

Пациентам I группы режим введения препаратов применялся следующий образом: начальная доза определялась выраженностью болевого синдрома и составляла 4-6 мл анальгетической смеси, болюс-доза – 4 мл, период закрытия – 20-30 минут, поддерживающая доза – 2 мл/час, максимальная безопасная программируемая 6-часовая

доза промедол определялась как 5 мг [3]. Больным 2 группы послеоперационная ПА осуществлялась в режиме болюсных введений местного анестетика и опиоида через заданные временные интервалы и по требованию пациента. С данной целью использовался 0,125% раствор бупивакаина (10-15 мг через 2-3 часа) и промедол 0,07-0,08 мг/кг (обычно 5 мг) через 12 часов. При нужде, по требованию больного перидурально вводились дополнительные болюсы промедола по 1 мг в 3 мл физиологического раствора. Пациентам 3 группы ПА проводилась в виде постоянной инфузии промедол (100 мкг/мл) в 0,125% растворе бупивакаина. Скорость введения 5-10 мл/час. С целью оценки качества проводимой анальгезии применялась визуально-аналоговая шкала (ВАШ) – по 100-миллиметровой линейке, больными определялось интенсивность боли в покое и во время движения (при кашле и повороте в постели). В течении первых 3 часов после восстановления ясного сознания, каждый час измерялась сила боли, после того, через 6, 12 и 24 часа. Также оценивали показатели сердечно-сосудистой системы (ЧСС и неинвазивное АД), ЧДД, SpO_2 , PaO_2 , $PaCO_2$ и степень седации в дина-

мике, выраженность побочных эффектов паранаркотических веществ и частоту их возникновения (возникновение опиоид обусловленной рвоты и тошноты, развитие кожного зуда, задержки мочи).

Статистическая обработка материалов проводилась на ПО Microsoft Office: Excel 2019.

Результаты исследования и их обсуждения.

Снижение интенсивности болевого синдрома более 3 баллов из 10 считается критерием эффективности проводимой послеоперационной анальгезии. При исходной оценки силы боли по шкале ВАШ после экстубации в состоянии покоя и при кашле достоверных межгрупповых отличий не было выявлено.

Во всех группах исследования динамика снижения болевого синдрома в покое была достоверной на протяжении всего времени наблюдения, и через 3 часа от момента начала обезбоживания соответствовала основному критерию адекватности анальгезии. Независимо от того, что на первых порах все три режима послеоперационной ПА позволяют адекватно контролировать болевой синдром после лапаротомного вмешательства в покое, на этапах 6, 12 и 24 часов от момента начала обезбоживания интенсивность боли у больных 1 группы, получавших ПА была ниже, чем у больных 2 и 3 группы. После 3 и 6 часов от начала анальгетической терапии достоверных отличий между значениями по шкале ВАШ в исследуемых группах в состоянии покоя не наблюдалось, что в свою очередь демонстрирует о равном послеоперационной ПА потенциале формирования сенсорной блокады для сравниваемых режимов. Во всех трех исследуемых группах достоверное снижение интенсивности боли при кашле по сравнению с исходными значениями наблюдалось с 3 часов от начала обезбоживания, и у больных 1 группы к 12 часам достигая максимума (снижение в 4 раза), и к 24 часам у больных 2 и 3 группы (снижение значений шкалы

ВАШ в 2 и 3 раза соответственно).

Время, когда отмечалось снижение интенсивности болевого синдрома при кашле до значений, меньших 30 мм, составило $5,6 \pm 0,3$ часов у пациентов с перидуральной анальгезией и $5,9 \pm 0,2$ часа у пациентов с постоянной инфузией и достоверно не различалось между группами. У пациентов с болюсным введением препаратов в перидуральное пространство степень выраженности боли при кашле по ВАШ на протяжении всего периода наблюдения сохранялась выше 30 мм в отличие от групп с анальгезией и постоянной инфузией, что требовало дополнительного введения промедола больным в этой группе.

Проведенное исследование показало отсутствие нарушений парциального содержания кислорода и углекислого газа в артериальной крови. А также анализе суточной динамики метаболических показателей КШС (рН крови, АВ истинный бикарбонат и ВЕ избыток оснований). Статистически значимые различия у исследуемых групп больных были выявлены только по уровню гликемии.

Таким образом можно судить о большей эффективности анальгезии и постоянной перидуральной инфузии по сравнению с методикой дискретного введения препаратов в перидуральное пространство, что подтверждается рядом работ зарубежных и отечественных авторов [1, 3, 7], которые подтверждают достоинства ПА, контролируемой пациентом.

Дозы бупивакаина и промедола, которые потребовались для адекватного контроля над болью в первые 24 часа послеоперационного периода, при ПА были достоверно ниже, чем при стандартной методике. Максимальная суточная доза бупивакаина в группе с перидуральной АКП равнялась 167,5 мг, минимальная – 137,5 мг, в группе с болюсным введением препаратов – 190 мг и 130 мг соответственно, и в группе, где использовалась режим

Таблица 2

Показатели газового состава и КОС крови у больных

Показатель	После операции через 3 часа			На 1 – сутки после операции		
	1 - группа, n=28	2 - группа, n=32	3 - группа, n=36	1 - группа, n=28	2 - группа, n=32	3 - группа, n=36
pH	$7,35 \pm 0,01$	$7,37 \pm 0,02$	$7,38 \pm 0,01$	$7,37 \pm 0,01$	$7,37 \pm 0,02$	$7,39 \pm 0,02$
PaO ₂ , мм рт. ст.	$78,5 \pm 1,3$	$75 \pm 2,4$	$80 \pm 1,5$	$85,6 \pm 2,2^*$	$89,3 \pm 2,3^*$	$88,4 \pm 2,1^*$
PaCO ₂ , мм рт. ст.	$38,3 \pm 1,0$	$39,6 \pm 1,0$	$38,4 \pm 1,1$	$37,3 \pm 1,1$	$38,3 \pm 1,0$	$39,3 \pm 0,9$
AB, ммоль/л	$23,6 \pm 0,6$	$22,4 \pm 0,4$	$23,6 \pm 0,5$	$22,8 \pm 0,9$	$23,7 \pm 0,5$	$23,2 \pm 0,9$
BE, ммоль/л	$-2,7 \pm 0,4$	$-2,0 \pm 0,3$	$-1,8 \pm 0,5$	$-2,9 \pm 0,5$	$-2,7 \pm 0,6$	$-2,4 \pm 0,6$
SpO ₂	$92,1 \pm 2,0$	$92,8 \pm 1,5$	$91,8 \pm 1,3$	$95,3 \pm 1,5$	$96,2 \pm 1,5$	$94,8 \pm 2,0$

Примечание: статистически достоверные различия * $p < 0,05$

инфузионной перидуральной анальгезии – 198,75 и 148,75 мг бупивакаина соответственно. Наименьшая суточная потребность в морфине отмечалась в группе, где для послеоперационной анальгезии использовалась перидуральная анальгезия. Максимальная суточная доза промедола, необходимая для купирования болевого синдрома в группе с перидуральной АКП составила 12,6 мг, минимальная – 9,2 мг. В группе с болюсным введением препаратов – 16,0 мг и 12,0 мг, и в группе, где использовалась режим инфузионной перидуральной анальгезии, 15,1 мг и 11,0 мг соответственно. Данные, полученные нами, подтверждают результаты работы Lubenow и соавт. [3], которые показали, что расход опиоидов при перидуральной АКП в сравнении с постоянной инфузией препарата в эпидуральное пространство при более эффективном купировании боли был меньше.

При использовании метода ПА и постоянной перидуральной инфузии не наблюдалась случаев избыточной седации больных, тогда как при болюсном введении препаратов наблюдалась в 12,9% случаях, причем в одном из них для ликвидации гиповентиляции (частота дыхания ниже 8 в минуту) потребовалось однократное внутривенное введение 400 мкг налоксона. Седация в сочетании с гиповентиляцией центрального генеза, как правило, связана с высокими дозами морфина, использование которого было наиболее высоким у пациентов данной группы. В группе с перидуральной анальгезией диспептических явлений не наблюдалось (достоверные отличия с группой с болюсной перидуральной анальгезией). Аналогично в группе с болюсным ведением препаратов отмечено больше случаев опиоид-индуцированного кожного зуда. Практически на долю каждого пятого больного данной группы отмечали появление зуда (отличия достоверны в сравнении с группой). Катетеризация мочевого пузыря в следствии задержки мочи отмечена у 6,5% больных 2 группы и у 2,7% больных 3 группы инфузионной анальгезии. У больных первой группы не отмечалось задержки мочи. Следовательно, полученные данные свидетельствуют о большей безопасности перидурального обезболивания опиоидами в режиме постоянной инфузии и анальгезии.

Выводы:

1. Применение ПА, контролируемой пациентом позволяет достоверно и в более короткий срок сформировать адекватное обезболивание при меньших дозах местных анестетиков и адъювантов

2. Метод ПА снижает частоту побочных эф-

фектов, вызываемых добавлением к местным анестетикам опиоидных анальгетиков

3. ПА позволяет быстрее сформировать и поддерживать адекватное обезболивание на необходимом уровне по сравнению с традиционными методиками ПА

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 6-8 см. REFERENCES)

1. Ефременко И.В. Анализ эффективности изолированного и сочетанного назначения неопиоидных анальгетиков и адъювантов при различных хирургических вмешательствах / И.В. Ефременко, А.М. Овечкин, М.Я. Красносельский // Регионарная анестезия и лечение острой боли. - 2015. - №3. – С. 19-28.

2. Исраилова В.К. Особенности обезболивания в раннем послеоперационном периоде у больных после обширных операций на органах брюшной полости / В.К. Исраилова, Г.К. Айткожин, Е.Г. Ли и др. // Вестник хирургии Казахстана. - 2011. - №4 (28). – С. 89-92.

3. Молчанов И.В. Практические аспекты послеоперационной анальгезии / И.В. Молчанов, Н.Е. Буров, Н.Н. Пулина // Клиническая практика. - 2012. - №1. – С. 65-73.

4. Никода В.В. Современные технологии обезболивания: применение контролируемой пациентом анальгезии при острой послеоперационной боли / В.В. Никода, Р.Б. Маячкин, Б.М. Прохоров // Клиническая и экспериментальная хирургия. - 2016. - №3 (13). – С. 44-50.

5. Рахматова Р.А. Перидуральная анальгезия при комбинированной анестезии у детей раннего возраста / Р.А. Рахматова, Ш.С. Ганиев, Х.Р. Кодиров // Материалы V съезда педиатров и детских хирургов Таджикистана с международным участием. - 2010. - С. 272-275.

REFERENCES

1. Yefremenko I.V. Analiz effektivnosti izolirovannogo i sochetannogo naznacheniya neopiodnykh analgetikov i adyuvantov pri razlichnykh khirurgicheskikh vmeshatelstvakh [Analysis of the effectiveness of isolated and combined prescription of non-opioid analgesics and adjuvants in various surgical interventions] Regionarnaya anesteziya i lecheniye ostroy boli - Regional anesthesia and treatment of acute pain. - 2015. - №3. - P. 19-28.

2. Israilova V.K. Osobennosti obezbolivaniya v rannem posleoperatsionnom periode u bolnykh posle obshirnykh operatsiy na organakh bryushnoy polosti [Features of anesthesia in the early postoperative period in patients after extensive operations on the abdominal organs] Vestnik khirurgii Kazakhstana - Bulletin of sur-

gery of Kazakhstan - 2011. - №4 (28). - P. 89-92.

3. Molchanov I.V. Prakticheskiye aspekty posleoperatsionnoy analgezii [Practical aspects of postoperative analgesia]. Klinicheskaya praktika - Clinical practice. - 2012. - №1. - P. 65-73.

4. Nikoda V.V. Sovremennyye tekhnologii obezbolivaniya: primeneniye kontroliruyemoy patsiyentom analgezii pri ostroy posleoperatsionnoy boli [Modern technologies of anesthesia: the use of patient-controlled analgesia in acute postoperative pain]. Klinicheskaya i eksperimentalnaya khirurgiya - Clinical and experimental surgery. - 2016. - №3 (13). - P. 44-50.

5. Rakhmatova R.A. Periduralnaya analgeziya pri kombinirovannoy anestezii u detey rannego vozrasta [Peridural analgesia with combined anesthesia in young children]. Materialy V syezda pediatrov i detskikh khirurgov Tadzhikistana s mezhdunarodnym uchastiyem - Materials of the V Congress of Pediatricians and Pediatric Surgeons of Tajikistan with international participation. - 2010. - P. 272-275.

6. Johns N, O'Neill S, Ventham NT and other. Clinical effectiveness of transversus abdominis plane (TAP) block in abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis. Colorectal Dis. 2012 Oct;14(10):e635-42. doi: 10.1111/j.1463-1318.2012.03104.x. PMID: 22632762.

7. Wu Y, Liu F, Tang H. and other. The analgesic efficacy of subcostal transversus abdominis plane block compared with thoracic epidural analgesia and intravenous opioid analgesia after radical gastrectomy. Anesth Analg. 2013 Aug;117(2):507-13. doi: 10.1213/ANE.0b013e318297fcee. Epub 2013 Jun 6. PMID: 23744953.

8. Youssef N, Orlov D, Alie T. and other. What epidural opioid results in the best analgesia outcomes and fewest side effects after surgery? a meta-analysis of randomized controlled trials. Anesth

Anal. 2014 Oct;119(4):965-77. doi: 10.1213/ANE.0000000000000377. PMID: 25126704.

ХУЛОСА

Л.Р. Достиев, З.Н. Набиев, З.Қ. Фатхуллоев

АНАЛГЕЗИЯ И ПЕРИДУРАЛҲИ ДАР ДАВРИ БАЪДИЧАРРОҲИИ НАМУДИ АБДОМИНАЛҲИ

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши муқоисавии натиҷаҳои табобати дарди шадиди пас аз чарроҳӣ дар асоси бедардкунии эпидуралӣ.

Маъвод ва услубҳои тадқиқот. Омӯзиши 96 нафар беморон (синни миёнаи 42,13±2,1 сола), ки дар узвҳои шикам чарроҳӣ шудаанд, ки дар шӯъбаи эҳғарӣ ва беҳисгардонии Маркази миллии тиббӣ дар солҳои 2014-2018 тахти табобат қарор гирифтанд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Меъёри самаранокии аналгезии чарроҳӣ коҳиши шиддатнокии синдроми дард аз 3 то 10 ҳисобида мешавад. Ҳангоми баҳодиҳии ибтидоии қобиляти дард мувофиқи ВАШ пас аз баҳогузори дар вақти истироҳат ва ҳангоми сулфа фарқияти назарраси гурӯҳҳо маълум нагардид.

Хулоса. Усули бедардкунии эпидуралӣ ба имкон медиҳад, ки дар муқоиса бо усулҳои анъанавии бедардкунии эпидуралӣ дар сатҳи зарурӣ бедардкуниро ташкил ва нигоҳ дорад ва ба коҳиш додани ҳавфи оризаҳоро аз таъсири тарафҳо паст мекунад.

Калимаҳои асосӣ: дард, аналгезияи перидуралӣ, ҳолати баъдиҷарроҳӣ, табобати интенсивӣ.

УДК 616.381 – 002.5

Ф.И. Махмадов^{1,2}, М.С. Асоев², М.М. Умаров, Ш.А. Абдуназаров

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

¹ГУ “Городской медицинский центр №1 им. Ахмедова Карима”

²ГБОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

Махмадов Фарух Исроилович – директор ГУ “Городской медицинский центр №1 им. Ахмедова Карима”, д.м.н.; +992 900 75 44 90; E-mail: fmahmadov@mail.ru

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения абдоминальных форм туберкулеза.

Материалы и методы исследования. В основу работы положен анализ результатов диагностики и лечения 106 больных, находившихся на лечение по поводу абдоминального туберкулеза. В первую группу вошли 60

(56,6%) больных, которым произведены лапароскопические вмешательства, во вторую группу - 46 (43,4%) больных, лечившиеся традиционными открытыми вмешательствами. Диагноз АТ поставлен на основании анализа жалоб, данных анамнеза, объективного осмотра, лабораторного и инструментального методов исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно клинко-морфологическим критериям самой часто встречаемой формой оказалось экссудативная форма 30 (28,3%). Экссудативно-слипчивая форма подтвержден в 25(23,6%) наблюдений при помощи видеолaparоскопии, и 28(26,4%) - при лапаротомии. Казеозно-язвенная форма выявлено у 6 пациентов основной группы и у 3 пациентов контрольной группы. Послеоперационное осложнение отмечено у 3 (5,0%) больных основной группы, на против 6 (13,0%) у контрольной группы.

Выводы. Видеолaparоскопия в неотложных ситуациях позволяет уменьшить время установления окончательного диагноза на 60%, и снизить количество неблагоприятных исходов у больных с АТ на 45%.

Ключевые слова: абдоминальный туберкулез, диагностика, компьютерная томография, видеолaparоскопия.

F.I. Makhmadov^{1,2}, M.S. Asoev², M.M. Umarov, Sh.A. Abdunazarov

EFFECTIVENESS OF LAPAROSCOPIC TREATMENT OF ABDOMINAL TUBERCULOSIS

¹ State institution "Istiklol health complex"

² Department of Surgical Diseases №1 Avicenna Tajik State Medical University

Makhmadov Farukh Isroilovich - deputy director of the state institution "Istiklol Health Complex" for medical work; Ph.D. +992 900 75 44 90; fmahmadov@mail.ru

Aim. To improve the results of diagnosis and surgical treatment of abdominal forms of tuberculosis using video laparoscopy.

Material and methods. The work is based on the analysis of the results of the diagnosis and treatment of 106 patients who were on treatment for AT. Patients were divided into two groups. The first group included 60 (56.6%) patients who underwent laparoscopic interventions, the second group - 46 (43.4%) patients treated with traditional open interventions. There were 48 men (45.3%), and 58 women (54.7%). The diagnosis of abdominal tuberculosis is based on the analysis of complaints, anamnesis, objective examination, laboratory, and instrumental methods of examination.

Results and discussion. According to clinical and morphological criteria, the most common form was the exudative form 30 (28,3%). The exudative adhesive form was confirmed in 25(23,6%) of cases with video laparoscopy, and in 28 (26,4%) cases with laparotomy. The caseous-ulcerative form was detected in 6 patients of the main group and in 3 patients of the control group. Postoperative complications were noted in 3 (5.0%) patients of the main group, in 6 (13.0%) patients of the control group.

Conclusions. Video-laparoscopy in emergencies can reduce the time to establish a final diagnosis by 60%, and reduce the number of adverse outcomes in patients with AT by 45%.

Keywords: abdominal tuberculosis, diagnosis, computed tomography, video laparoscopy.

Актуальность. За последнее десятилетие заболеваемость населения в Средней Азии всеми формами туберкулеза остается стабильно высокой. При этом наблюдается рост внелегочных, в частности абдоминальных форм, что в некоторых регионах достигает до 12% [6, 9]. Распознавание абдоминального туберкулеза из-за нечеткости и полиморфизма клинических признаков, а также хронического, волнообразного течения заболевания сопряжено со значительными диагностическими трудностями [1-3]. Отклонение диагноза абдоминального туберкулеза на основании отрицательных результатов туберкулиновых проб и отсутствия патологических теней на обзорной рентгенограмме брюшной полости - довольно распространенная ошибка не только врачей общей практики, но и фтизиатров.

Тем не менее, почти у половины больных туберкулезом внелегочной локализации обнаруживаются запущенные формы болезни, а в 25-50% случаев больные получают инвалидность, что говорит об очень плохой выявляемости данной патологии [11].

О поздней выявляемости абдоминального туберкулеза, связанной с диагностическими трудностями, пишут авторы [1], констатируя, что абдоминальный туберкулез в 21% наблюдениях диагностировали при лапароскопии. Однако в клинической практике все чаще встречаются осложненные формы абдоминального туберкулеза (АТ), требующие неотложного хирургического вмешательства по поводу перитонита, перфорации язв кишечника, кишечной непроходимости, кишечных кровотечений, абсцессов брюшной полости [7, 10].

Согласно данным ВОЗ среди всех жителей земного шара инфицированность туберкулезом наблюдается у 1,7 миллиардов человек, при этом свыше 2,5 млн. людей каждый год погибает от данной патологии, которая, занимая лидирующее место среди причин летального исхода от инфекционных заболеваний [3, 4, 7].

Решение проблемы диагностики абдоминального туберкулеза и его осложнений обеспечивает выбор рациональной тактики лечения, сводит до минимума количество диагностических и тактических ошибок и пробных лапаротомий. В этом направлении наиболее прогрессивным является применение эндоскопических методов диагностики и лечения, в частности, лапароскопии [2, 6]. В связи, с чем актуальность проблемы улучшения результатов хирургического лечения абдоминального туберкулеза послужила основанием для настоящего исследования.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения абдоминальных форм туберкулеза.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование основано на анализе клинических наблюдений 106 больных, находившиеся на лечение по поводу абдоминального туберкулеза на базе хирургических отделений Городской клинической больницы скорой медицинской помощи и Государственного учреждения «Медицинский комплекс Истиклол» города Душанбе за период с 2013 по 2018 годы.

Для объективной оценки результатов хирургического лечения АТ пациенты были условно разделены на две группы. В основную группу вошли 60 (56,6%) больных с АТ, которым произведены лапароскопические вмешательства. Во контрольную группу были включены 46 (43,4%) больных, лечившиеся традиционными открытыми вмешательствами.

Возраст пациентов варьировал от 19 до 79 лет. Подавляющее большинство больных с АТ были лица трудоспособной возрастной категории от 19 до 50 лет - 91,7%. Среди исследованных больных было 48 (45,3%) мужчин и 58 (54,7%) женщин. Сбор данных анамнеза позволил выявить, что продолжительность заболевания АТ составила от нескольких месяцев до 3 лет. В основном, группу больных (n=33), которым продолжительность АТ составило до 3 месяцев, составили пациенты с осложненными формами АТ. Продолжительность выше 3 месяцев составили пациенты с неосложненными формами АТ.

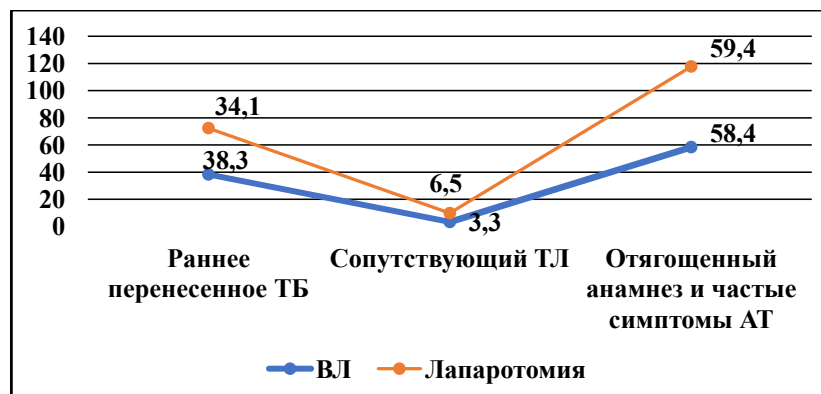
При видеолaparоскопии использовали введение 3 троакаров при внутрибрюшном давлении 9 – 12 мм.рт.ст. Методика операции заключалась в видеолaparоскопической ревизии органов брюшной полости брюшины, кишечника, печени, брыжейки, сальника, органов малого таза с забором материала для гистологического, цитологического, иммуногистохимического исследования, полимеразной цепной реакции и люминесцентной микроскопии, оценки распространенности туберкулезного поражения органов брюшной полости.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием программ «Statistica 6.0» for Windows (StatSoft® Inc, США, 2001) и SPSS 13.0 for Windows. Количественные величины описывались в виде среднего значения (M) и его стандартной ошибки (m), для относительных величин вычислялись доли (%). Парные сравнения независимых количественных величин выполнялись по U-критерию Манна-Уитни, относительных величин - по критерию χ^2 и точному критерию Фишера. Множественные количественные сравнения независимых величин проводились с помощью ANOVA Краскела-Уоллиса, множественные качественные сравнения выполнялись по Q-критерию Кохрена. Уровень значимости принимался при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Самыми часто встречающимися жалобами пациентов были потеря аппетита - 103 (97,2%) пациентов, общая слабость у 103 (97,2%) пациентов, различные по интенсивности и характера боли в животе 101 (95,3%) случаев и наличие асцита - 105 (99,0%).

Частой патологией, под «маской» которой пациенты поступали в хирургические отделения, являются перитонит неясной этиологии, 44 (41,5%) случая, острый аппендицит - 23 (21,7%) и острая кишечная непроходимость - 15 (14,2%). Следовательно, указанные патологии протекали в виде полиорганного АТ с участием кишечника, брюшины, внутрибрюшных лимфатических узлов, и в ряде случаев - с вовлечением органов дыхания (n=5), выявленный при экстренных оперативных вмешательствах.

В исследуемом нами материале, основной и специфической этиологией АТ (58,4% и 59,4% соответственно) явилась, предшествующая картине «острого» живота, длительный отягощенный анамнез, общие симптомы интоксикации, боли в животе, потеря веса, потеря аппетита и т.д. Ранее перенесенная туберкулезная инфекция в сравниваемых группах (основной и контрольной) составило



Диагр. 1. Специфическая этиология абдоминального туберкулеза

соответственно 38,3% и 34,1%. А в 3,3% и 6,5% случаев у сравниваемых групп сопутствовал туберкулез легких.

При УЗИ брюшной полости у всех пациентов выявлялось наличие свободной жидкости, умеренное раздутие петель кишечника и снижение перистальтики.

При туберкулезном асците видны мелкие перегородки, экзогенные обломки. Эти перегородки обусловлены высоким содержанием фибрина в экссудативной асцитической жидкости. Утолщение и узловатость париетальной и местами висцеральной брюшины являлись дополнительными признаками АТ.

Рентгенологически у 32 (30,2%) пациентов определялся локальный спазм, спастический дефект наполнения, задержка бариевой взвеси в подвздошной либо слепой кишке, «вздыбленность» петель тонкой кишки и сегментарное расширение петель кишечника. В 21 наблюдениях КТ показала себя как наиболее эффективный дополнительный

лучевой метод визуализации для оценки внутрипросветной патологии и степени распространения болезни. В 3 наблюдениях наличие кальцификации в лимфатических узлах при отсутствии известной первичной опухоли, установила туберкулезного генеза лимфаденита. Туберкулез печени и селезенки (n=5) при КТ проявлялся в виде крошечных очагов низкой плотности, широко распространенные по всему органу.

В тканях брыжейки отмечаются полнокровие сосудов, отек и явления хронического воспалительного процесса, которые представлены лимфоплазмочитарными инфильтратами и скоплениями макрофагов.

При патоморфологическом исследовании макропрепаратов у больных АТ зачастую выявляются специфические гранулемы с гигантскими клетками Пирогова-Лангханса. А в близлежащие ткани, особенно в брыжейке тонкого кишечника, определяются явления хронического воспалительного процесса, состоящий из лимфоплазмочитарных

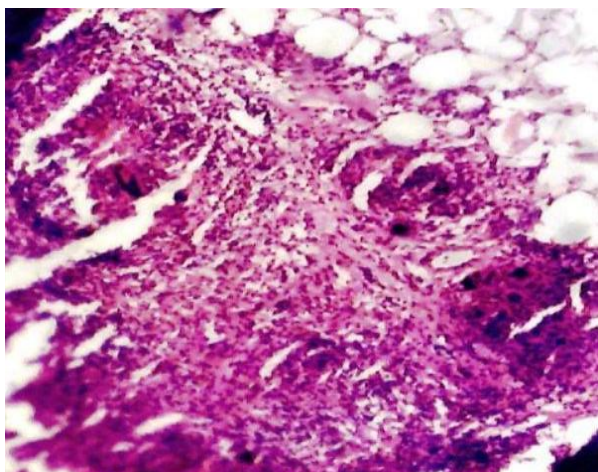


Рис. 1. Гистологическая картина ткани брыжейки при туберкулезе. Окраска гематоксилин-эозином. Микропрепарат. Ув. x 100.

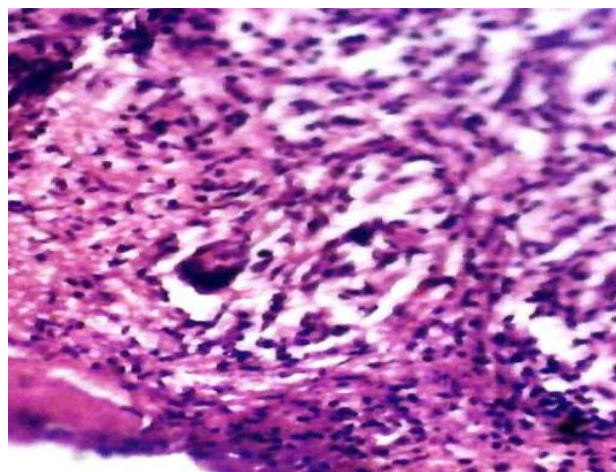


Рис. 2. Гистологическая картина ткани брыжейки при туберкулезе. Окраска гематоксилин-эозином. Микропрепарат. Ув. x 150.



Диагр. 2. Распределение больных туберкулезного перитонита, согласно клинико-морфологическим критериям

инфильтратов и скопления макрофагов, формирование эпителиоидных клеток и очаговые некротические изменения. Особенность гранул зависела от типа АТ, т.е. при бугорковой форме АТ встречалась преимущественно гранулема продуктивного типа, а при казеозно-язвенной - преимущественно альтеративного типа.

При проведении видеолaparоскопии (у основной группы) и лапаротомии (у контрольной группы) были выявлены различные формы туберкулезного перитонита (диагр. 2). Согласно клинико-морфологическим критериям самой часто встречаемой формой оказалось экссудативная форма 30 (28,3%). Экссудативно-слипчивая форма подтверждена в 25 (23,6%) наблюдений при помощи видеолaparоскопии, и 28 (26,4%) - при лапаротомии. Казеозно-язвенная форма выявлена у 6 пациентов основной группы и у 3 пациентов контрольной группы.

При бугорковой форме туберкулезного перитонита (n=11) у основной группы пациентов, воспаления видеолaparоскопически характеризовались наличием бугорковых высыпаний на брюшине. При этой форме типично клинически острое течение, высокая лихорадка, выраженная интоксикация и абдоминальгия. Отчетливо выявляются симптомы раздражения брюшины, в связи, с чем возникает экстренная необходимость в оперативных вмешательствах.

При экссудативном туберкулезном перитоните (n=17), определялся увеличение живота в объеме, наличие свободной жидкости в брюшной полости, а симптомы раздражения брюшины сглажены.

При слипчивом туберкулезном перитоните (n=12), являющемся осложнением туберкулеза других органов брюшной полости, чаще всего - мезентериальных лимфатических узлов и кишечника, перитонит лапароскопически характеризовалась наличием висцеро-висцеральных и висцеро-париетальных спаек. Эти пациенты поступили в клинику с картиной острой кишечной непроходимости.

Спаyki чаще (n=10) оказались распространенные, множественные, висцеро-висцеральные и висцеро-париетальные, формирующие конгломераты из петель кишечника, иногда с участием сальника и спаивающие все органы брюшной полости в единый конгломерат. Реже развивался (n=2) ограниченный спаечный процесс, фиксирующий петли кишечника к передней брюшной стенке, к брыжейке, и приводящий к явлениям частичной кишечной непроходимости. У 6 пациентов основной группы казеозно-язвенная форма перитонита протекала наиболее тяжело, что характеризовалось очагами казеозного некроза и язв различных размеров, как на париетальном, так и на висцеральном листке брюшины.

При экссудативно-слипчивом перитоните (n=14) макроскопически определяется осумкован-

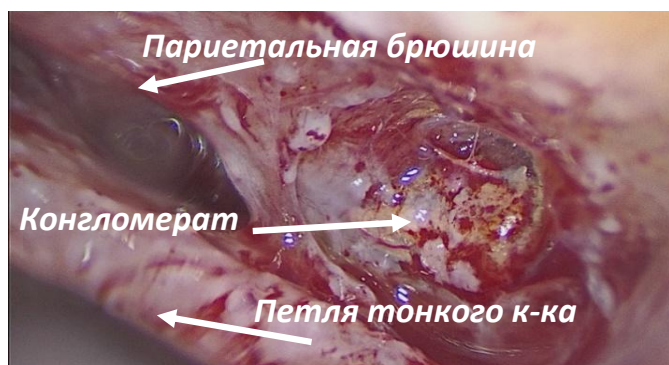


Рис. 3. Эндофото. Фиксирующая петля тонкого кишечника к передней брюшной стенке



Рис. 4. Эндофото. Экссудативно-слипчивый перитонит. Наличие казеозных масс в брюшной полости

ный экссудат и наличие казеозных масс в брюшной полости (рис. 4).

Закономерно, что при АТ возбудитель заболевания выявляется в асцитической жидкости довольно редко. Из 60 пациентов основной группы все анализы с асцитической жидкости, оказались отрицательными. Тогда как при видеолaparоскопии визуализировалось гиперемия, утолщение и «тусклость» брюшины. В 57 (95,0%) наблюдений при видеолaparоскопии воспалительные изменения характеризовались желтовато-белыми просовидными высыпаниями - бугорками, размерами 2-5 мм, и в ряде случаев с наложением фибрина. Туберкулезные бугорки на висцеральной брюшине отличались множественностью, на париетальном - в виде скоплений на ограниченных участках.

При проведении гистологического исследования у всех (n=60) больных основной группы обнаруживались специфические гранулемы с гигантскими клетками Пирогова-Лангханса.

У 6 пациентов с казеозно-язвенным туберкулезным перитонитом лапароскопически отмечено наличие бугорков с казеозными массами, язв диаметром до 5-7 мм, расположенных на париетальном и висцеральном листках брюшины, а также наличие висцеро-париетальных спаек.

Гистологически во всех полученных биоптатах в участках утолщенной и инфильтрированной брюшины, сальника, и в бугорках обнаруживались специфические гранулемы, преимущественно продуктивного типа, а при казеозно-язвенной - преимущественно альтеративного типа.

Мы солидарный с мнениями большинство авторов [6, 7], что видеолaparоскопическое УФО брюшины способствует быстрейшему разрешению специфического поражения брюшины, и его сочетание со специфической антибактериальной терапией позволяет достичь полного излечения

пациентов в 90,4% наблюдений.

По данным разных авторов [9, 10], при АТ чувствительность и специфичность видеолaparоскопии составляет 95% и 93,1% соответственно. Она позволяет выполнить прицельную и безопасную биопсию пораженных тканей и включает элементы диапевтики.

В послеоперационном периоде все больные получали симптоматическую терапию. Контрольные дренажи удалялись на 2 сутки послеоперационного периода, после предварительного проведения контрольного УЗИ. Послеоперационное осложнение отмечено у 3 (5,0%) больных основной группы, на против 6 (13,0%) у контрольной группы. Учитывая специфичность процесса, все больные, для стабилизации общего состояния и дальнейшего лечения, переводились в специализированные центры.

Выводы: 1. У 90,6% больных АТ в париетальной брюшине выявляются типичные признаки туберкулезного воспаления, в виде бугорков, гранулем и более крупных очагов с казеозным некрозом и выраженными фиброзными изменениями.

Видеолaparоскопия в неотложных ситуациях позволяют уменьшить время установления окончательного диагноза на 60%, и снизить количество неблагоприятных исходов у больных с АТ на 45%.

Включение видеолaparоскопии в алгоритм диагностики АТ, обеспечивает возможность безопасного и малоинвазивного проведения диагностики, у больных с тяжелыми сопутствующими патологиями, со специфичностью 94% и чувствительностью – 98%.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 12-13 см. REFERENCES)

1. Ахмедов С.М. Новый антисептик «Декасан» в

лечение распространенного перитонита / С.М. Ахмедов [и др.]. // Здравоохранение Таджикистана. – 2009. – №1(300). – С. 30 – 35.

2. Белобородов В.А. Клиника, диагностика и лечение абдоминального туберкулеза в urgentной хирургии / В.А. Белобородов, А.П. Фролов. // *Acta biomedical scientifica*. – 2017. – №6(2). – С.82-85.

3. Белобородов В.А. Абдоминальный туберкулез в urgentной хирургии / В.А. Белобородов [и др.]. // Сибирский медицинский журнал. – Иркутск. – 2016. – №2. – С.79-82.

4. Кульчавеня Е.В. Внелегочной туберкулез – вопросов больше, чем ответов / Е.В. Кульчавеня, И.И. Жукова // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2017. - №2 (95). – С.59-63.

5. Мальцев Р.В. Видеолaparоскопия в диагностике и оценке эффективности лечения больных туберкулезом органов брюшной полости / Р.В. Мальцев [и др.] // *Эндоскопическая хирургия*. – 2009. – №3. – С. 27-30.

6. Сангинов А.Б. Хирургические методы лечения легочных и внелегочных форм туберкулеза / А.Б. Сангинов [и др.]. // Вестник Авиценны. – 2018. – №20 (2-3). – С.276-280.

7. Сараев А.Р. Хирургическая тактика при распространенном перитоните / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, Х.Ш. Назаров // Здравоохранение Таджикистана. – 2019. – №4. – С. 84 – 92.

8. Скопин М.С. Особенности клинической картины и диагностики осложненных форм туберкулеза органов брюшной полости / М.С. Скопин [и др.]. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2008. – №9. – С.32-40.

9. Смотрин С.М. Хирургические осложнения абдоминального туберкулеза / С.М. Смотрин, Б.Л. Гаврилик // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2011. – №3. – С.69-70.

10. Цинзерлинг В.А. Современные подходы к морфологической диагностике туберкулеза / В.А. Цинзерлинг, М.М. Агапов // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2017. – №2 (95). – С.7-12.

11. Чикаев В.Ф. Особенности диагностики и лечения туберкулезного перитонита / В.Ф. Чикаев и соавт. // Практическая медицина. – Казань. – 2014. – №4 (2). – С.156-159.

REFERENCES

1. Akhmedov S. M. Novyy antiseptik «Dekasan» v lechenie rasprostranennogo peritonita [New antiseptic “Dekasan” in the treatment of generalized peritonitis]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2009, No. 1 (300), pp. 30 – 35.

2. Beloborodov V. A. Klinika, diagnostika i lechenie abdominalnogo tuberkuleza v urgentnoy khirurgii [Clinic, diagnosis and treatment of abdominal tuberculosis in

urgent surgery]. *Acta biomedical scientifica*, 2017, No. 6 (2), pp. 82-85.

3. Beloborodov V. A. Abdominalnyy tuberkulez v urgentnoy khirurgii [Abdominal tuberculosis in urgent surgery]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal – Siberian Medical Journal*, 2016, No. 2, pp. 79-82.

4. Kulchavenya E. V. Vnelegochnoy tuberkulez – voprosov bolshe, chem otvetov [Extrapulmonary tuberculosis - there are more questions than answers]. *Tuberkulyoz i bolezni lyogkikh - Tuberculosis and lung disease*, 2017, No. 2 (95), pp. 59-63.

5. Maltsev R. V. Videolaparoskopiya v diagnostike i otsenke effektivnosti lecheniya bolnykh tuberkulezom organov bryushnoy polosti [Video-laparoscopy in the diagnosis and assessment of the effectiveness of treatment of patients with tuberculosis of the abdominal organs]. *Endoskopicheskaya khirurgiya - Endoscopic surgery*, 2009, No. 3, pp. 27-30.

6. Sanginov A. B. Khirurgicheskie metody lecheniya legochnykh i vnelegochnykh form tuberkuleza [Surgical treatments for pulmonary and extrapulmonary tuberculosis]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2018, No. 20 (2-3), pp. 276-280.

7. Saraev A. R. Khirurgicheskaya taktika pri rasprostranennom peritonite [Surgical tactics for advanced peritonitis]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2019, No. 4, pp. 84 – 92.

8. Skopin M. S. Osobennosti klinicheskoy kartiny i diagnostiki oslozhnennykh form tuberkuleza organov bryushnoy polosti [Features of the clinical picture and diagnosis of complicated forms of tuberculosis of the abdominal organs]. *Problemy tuberkuleza i bolezney legkikh - Problems of tuberculosis and lung disease*, 2008, No. 9, pp. 32-40.

9. Smotrin S. M. Khirurgicheskie oslozhneniya abdominalnogo tuberkuleza [Surgical complications of abdominal tuberculosis]. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta - Journal of Grodno State Medical University*, 2011, No. 3, pp. 69-70.

10. Tsinzerling V. A. Sovremennye podkhody k morfologicheskoy diagnostike tuberkuleza [Modern approaches to morphological diagnosis of tuberculosis]. *Tuberkulyoz i bolezni lyogkikh - Tuberculosis and lung disease*, 2017, No. 2 (95), pp. 7-12.

11. Chikaev V. F. Osobennosti diagnostiki i lecheniya tuberkuleznogo peritonita [Features of diagnosis and treatment of tuberculous peritonitis]. *Prakticheskaya meditsina – Practical medicine*, 2014, No. 4 (2), pp. 156-159.

12. Smith B. M. Adverse events associated with treatment of latent tuberculosis in the general population. *Canadian Medical Association Journal*, 2011, No. 183 (3), pp. 173-9.

13. Yunaev M. Abdominal tuberculosis: an easily forgotten diagnosis. *ANZ Journal of Surgery*, 2011, No. 81 (7-8), pp. 559-560.

ХУЛОСА

**Ф.И. Маҳмадов, М.С. Асоев, М.М. Умаров,
Ш.А. Абдуназаров**

САМАРАНОКИИ ТАБОБАТИ ЛАПАРОСКОПИИ СИЛИ ШИКАМ

Мақсади тадқиқот. Бехтаргардони натиҷаҳои ташхис ва табобати ҷарроҳии сили шикам, бо истифодаи видеолапароскопия.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқот дар асоси таҳлили натиҷаҳои ташхис ва табобати 106 бемор, ки бо ташхиси сили шикам бистарӣ гаштаанд, гузаронида шудааст.

Бо назардошти баҳои аниқ додан ба натиҷаҳои табобати ҷарроҳӣ, беморони сили шикам ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Дар гурӯҳи асосӣ 60 (56,6%) бемор шомил гашт, ки онҳо амалиётҳои лапароскопӣ гузаронида шуданд, гурӯҳи назоратӣ - 46 (43,4%) бемор, ки бо намуди кушода амалиёт гузаронида шудаанд. Мавриди ташхиси сили шикам шикоятҳои бемор, анамнез, муоинаи объективӣ, ташхисҳои лабораторӣ ва инструменталӣ ба назар гирифта шуданд.

Натиҷаҳо. Беморӣҳое, ки бо “ниқоби” он аз ҳама зиёдтар ба шӯъбаҳои ҷарроҳӣ бистарӣ мегар-

данд, ин перитонити сабабаш номаълум 44(41,5%), аппендитситаи шадид 23(21,7%) ва ногузарогии шадиди рӯдаҳо 15 (14,2%) мебошанд.

Дар баробари ташхиси ултрасадо ва ТК, усули гистологӣ дар ташхиси сили шикам вазифаи калидиро мебозад. Тибқи меъёрҳои клиникаю-морфологӣ, шакли аз ҳама маълум экссудативӣ 30 (28,3%) мебошад. Шакли экссудативию-часпишӣ дар 25 (23,6%) ҳолатҳо бо усули видеолапароскопӣ муайян гардида, дар 28 (26,4%) - мавриди лапаротомия. Шакли казеозию-реши дар 6 бемори гурӯҳи асосӣ ва 3 бемори гурӯҳи назоратӣ муайян карда шуд. Дар 6 бемори шакли казеозию-решии перитонити силӣ бо усули лапароскопӣ пораҳои дорои массаҳои казеозӣ, решҳои андозаашон то 5-7 мм, ки дар сифокпардаҳои париеталӣ ва виссералӣ, ҳамзамон лиҳомҳои виссеро-париеталӣ муайян карда шуданд. Оризаҳои баъди ҷарроҳӣ дар 3 (5,0%) ҳолат гурӯҳи асосӣ ва 6 (13,0%) ҳолат дар гурӯҳи назоратӣ ба назар расид.

Хулоса. Амалиёти видеолапароскопия дар ҳолатҳои таъҷилӣ имконияти коҳиш додани вақти ташхиси ниҳоиро дар 60% муҳаё намуда, миқдори натиҷаҳои ғайриқаноатбахши табобати беморони сили шикамро то 45% коҳиш медиҳад.

Калимаҳои калидӣ: сили шикам, ташхис, томографияи компютерӣ, видеолапароскопия.

УДК 616.921.8-153.2-08

М.Дж. Маджонова, Н.М. Ходжаева, Г.М. Саидмурадова

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С КОКЛЮШЕМ

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Ходжаева Нигина Муродовна - доктор медицинских наук, профессор кафедры детских инфекционных болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Цель исследования. Оценка клинико-иммунологической эффективности иммуномодулирующих препаратов в комплексной лечении коклюша у детей.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 144 детей с момента рождения до 17 лет с диагнозом коклюш, которые в зависимости от метода терапии были разделены на 4 группы. Первая группа больных получила только базисную терапию, остальные группы в дополнение к базисной терапии получили иммуномодуляторы направленного действия.

Результаты исследования и их обсуждение. При сравнительной оценке частоты встречаемости основных симптомов коклюша в группе больных, находившихся на иммунотерапии, было установлено положительная динамика по сравнению с группой детей, находившихся на базисной терапии. В периоде разгара болезни (до лечения) показатели клеточного и гуморального иммунитета у больных всех групп достоверно не отличались между собой. В периоде реконвалесценции, у всех групп больных, получавших иммуномодуляторы, показатели клеточного и гуморального звена иммунитета имели тенденцию к повышению, за исключением IgG, который был повышен во всех группах.

Закключение. Таким образом, применение иммуностимулирующих препаратов в терапии коклюша у детей, по-

зволило добиться более ранней нормализации основных клинических проявлений коклюша у детей, нарушенных иммунорегуляторных механизмов, а также цитокиновой регуляции.

Ключевые слова: коклюш, иммунитет, дети, иммуномодуляторы.

M.J. Madzhonova, N.M. Khodzhaeva, G.M. Saidmuradova

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF CHILDREN WITH PERTUSSIS

Department of Pediatric Infectious Diseases, SEI Avicenna Tajik State Medical University

Khodzhaeva Nigina Murodovna - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Pediatric Infectious Diseases, SEI Avicenna Tajik State Medical University.

Aim. To assess the clinical and immunological effectiveness of immunomodulating drugs in the treatment of pertussis.

Material and methods. 144 children with a diagnosis of pertussis were observed from birth till the age of 17. Patients were divided into 4 group depending on the method of therapy received. The first group of patients received only basic therapy, the remaining groups in addition to basic therapy received targeted immunomodulators.

Results and its discussion. The comparative assessment of the frequency of the main symptoms of pertussis in the group of patients on immunotherapy, a positive dynamic was found compared with the group of children on basic therapy. In the period of the disease before treatment, the indicators of cellular and humoral immunity in patients of all groups did not significantly differ. In the period of convalescence in all groups of patients receiving immunomodulators, indicators of the cellular and humoral immunity tended to increase with the exception of IgG, which was high in all group.

Conclusion. The use of immunotropic drugs in the treatment of pertussis in children made it possible to achieve an earlier normalization of the main clinical manifestation of pertussis, impaired immunoregulatory mechanisms and cytokine regulation in childre.

Keywords: pertussis, immunity, children, immunomodulator.

Актуальность. Лечение коклюша остаётся одной из актуальных проблем педиатрии в связи с длительностью болезни риском развития осложнений и присоединения интеркуррентных инфекций. Учитывая, что при коклюше выявляются изменения функции иммунной системы, определяющие, клинические варианты течения болезни, их тяжесть, развитие вторичных инфекций и осложнений [1, 3], частота развития которых варьирует от 6% до 76% [4, 5, 7, 8] были включены в терапию иммуномодулирующие препараты направленного действия. В статье представлен сравнительный анализ эффективности комплексной терапии в сопоставлении с традиционными методами лечения.

Цель исследования. Оценка клинико-иммунологической эффективности иммуномодулирующих препаратов в комплексной лечении коклюша у детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 144 больных с коклюшем с момента рождения (0 месяца) до 17 лет, госпитализированных в инфекционное отделения Городского медицинского центра №1 имени К. Ахмедова г. Душанбе в период 2017-2018 гг. В зависимости от характера проводимой терапии и результатов обследования было выделено 4 группы

больных:

1. группа - 59 больных со среднетяжёлой, тяжёлой и лёгкой формами коклюша, в возрасте от 0 до 17 лет, находившихся на базисной терапии.
2. группа - 28 больных раннего возраста со среднетяжёлой и лёгкой формами болезни, которые наряду с базисной терапией получали иммуномодулятор «Анаферон детский» в каплях.
3. группа - 38 больных аналогичного возраста с тяжёлой формой коклюша, которые наряду с базисной терапией получали «Виферон» в свечах.
4. группа - 19 больных в возрасте от 3 до 17 лет со среднетяжёлой, тяжёлой и лёгкой формами коклюша дополнительно к базисной терапии получали «Полиоксидоний» в/м.

Оценка клинической эффективности лечения больных с коклюшем, находившихся на различных методах терапии, проведена на основании изучения следующих показателей: частота и продолжительность спазматического кашля, частота апноэ, частота репризов, продолжительность диспепсических явлений, частота возникновения осложнений [5, 6]. Сравнительная оценка эффективности иммунной терапии с включением иммуномодулятора дополнялось изучением показателей клеточного и гуморального иммунитета, а также концентрация

некоторых ключевых плазменных цитокинов.

Больные получавшие различные схемы лечения, были сопоставимы по возрасту, форме тяжести заболевания, сроком начало этиотропного и комплексного лечения. Критериями клинической эффективности терапии коклюша служили: укорочение сроков госпитализации, уменьшение частоты спазматического кашля и репризов, апноэ, а также частоты осложнений.

Статистическая обработка материала выполнялась с использованием программы «Statistica10.0» (StatSoftInc., США). Межгрупповые сравнения по количественным показателям выполнялись по Н-критерию Краскела-Уоллиса. Уровень статистической значимости принимали при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Продолжительность основных клинических симптомов у больных на фоне иммунной терапии и базисной терапии приведено в таб. 1. Из приведённой таблицы следует, что у группы детей получавших иммуноотропную терапию наблюдалась положительная динамика по сравнению с группой детей, находившихся на базисной терапии. При сравнительной оценке частоты встречаемости основных симптомов заболевания в группе больных, находившихся на иммунотерапии, было установлено сокращение продолжительности спазматического кашля, цианоза, частоты апноэ и репризов и других симптомов по сравнению с группой детей, находившихся на традиционной терапии.

Таблица 1.

Продолжительность клинических проявлений у больных на фоне иммунотерапии и базисной терапии, дни ($M \pm m$)

Клинические проявления	Иммуномодуляторы			Базисная терапия (n=59)	Н-критерий Краскела-Уоллиса
	Виферон (n=38)	Анаферон (n=28)	Полиоксидоний (n=19)		
	1	2	3	4	
Температура	2,41±0,12	-	2,21±0,14	3,29±0,11	>0,05
Тошнота	3,06±0,17	1,84±0,22 $p_1 > 0,05$	2,42±0,37 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	3,76±0,24 $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,01$ $p_3 < 0,05$	<0,01
Рвота	3,0±0,17	1,78±0,22 $p_1 > 0,05$	2,20±0,37 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	3,56±0,24 $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,01$ $p_3 < 0,05$	<0,01
Кашель	8,54±0,33	7,29±0,26 $p_1 <$	7,05±0,18 $p_1 < 0,01$ $p_2 >$	11,17±0,41 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	<0,001
Гиперемия	7,84±0,28	6,89±0,29 $p_1 > 0,05$	6,00±0,45 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	11,49±0,27 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	<0,001
Цианоз	5,60±0,29	5,29±0,44 $p_1 > 0,05$	4,95±0,57 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	7,05±0,42 $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,01$ $p_3 < 0,01$	<0,01
Мокрота	5,58±0,14	5,00±0,10 $p_1 < 0,05$	5,58±0,37 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	6,27±0,22 $p_1 < 0,05$ $p_2 <$	<0,05
Реприз	7,86±0,44	7,29±0,33 $p_1 > 0,05$	7,47±0,45 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	12,0±0,32 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	<
Апноэ	7,87±0,25	6,09±0,35 $p_1 < 0,05$	6,21±0,49 $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$	10,31±0,36 $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	<0,001

Синкопальное апноэ	3,08±0,22	1,33±0,08 $p_1 < 0,01$	-	6,66±0,20 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	<0,001
Высовывание языка	6,39±0,15	6,39±0,16 $p_1 > 0,05$	5,89±0,27 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	8,22±0,35 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	<0,001
Набухание шейных вен	5,66±0,13	5,68±0,19 $p_1 > 0,05$	4,53±0,58 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	6,15±0,31 $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$ $p_3 < 0,05$	<0,05
Одутловатость лица	5,62±0,16	4,73±0,42 $p_1 > 0,05$	4,71±0,53 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	6,94±0,34 $p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,05$ $p_3 < 0,05$	<0,05
Беспокойства	4,34±0,23	4,50±0,42	4,47±0,33	5,17±0,34	>0,05
Тахикардия	4,47±0,17	3,89±0,31 $p_1 > 0,05$	3,95±0,39 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	6,80±0,24 $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,01$ $p_3 < 0,05$	<0,05
Одышка	3,17±0,19	3,71±0,23 $p_1 > 0,05$	3,11±0,11 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	5,36±0,23 $p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,05$ $p_3 < 0,05$	<0,05
Втяжение грудной клетки	3,94±0,23	2,71±0,23 $p_1 < 0,05$	3,11±0,11 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	5,27±0,22 $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,001$ $p_3 < 0,01$	<0,01
Хрипы	7,21±0,23	6,93±0,21 $p_1 > 0,05$	6,14±0,22 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	9,64±0,23 $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,01$ $p_3 < 0,001$	<0,01
Вздутие живота	3,19±0,21	2,21±0,12 $p_1 > 0,05$	2,01±0,13 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	5,39±0,15 $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,001$ $p_3 < 0,001$	<0,001
Диарея	3,50±0,20	2,43±0,21 $p_1 > 0,05$	3,16±0,16 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	5,29±0,13 $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,001$ $p_3 < 0,01$	<0,01
Боль в грудной клетке	6,16±0,16	5,21±0,21 $p_1 > 0,05$	5,68±0,54 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	8,56±0,20 $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,001$ $p_3 < 0,001$	<0,001
Интоксикация	3,16±0,11	-	3,37±0,21	4,15±0,09	>0,05
Катаральные симптомы	3,50±0,16	3,18±0,10 $p_1 > 0,05$	3,26±0,15 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	6,58±0,15 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,001$ $p_3 < 0,001$	<0,001
Носовые кровотечения	3,32±0,16	3,29±0,16 $p_1 > 0,05$	2,95±0,32 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	6,44±0,13 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,001$ $p_3 < 0,001$	>0,05
Судороги	2,05±0,05	-	3,16±0,16 $p_1 > 0,05$	5,16±0,16 $p_1 < 0,01$ $p_3 < 0,01$	<0,01

Примечание: p_1 , p_2 , p_3 – статистическая значимость различия показателей между соответствующими (1, 2, 3 и 4) видами терапии (по U-критерию Манна-Уитни).

Таблица 2

Показатели иммунного статуса у больных на фоне иммунотерапии и базисной терапии, дни ($M \pm m$)

Показатели	Контр-я группа (n=15)	Иммуномодуляторы			Базисная терапия (n=59)	Н-критерий Краскела-Уоллиса
		Виферон (n=38)	Анаферон (n=28)	Полиоксидоний (n=19)		
		1	2	3	4	
Разгар болезни						
IgA	1,11±0,15	0,86±0,05	0,82±0,04	0,75±0,09	0,92±0,07	>0,05
IgM	1,17±0,13	1,38±0,05	1,29±0,06	1,34±0,08	1,4±0,10	>0,05
IgG	9,85±1,51	10,09±0,13	9,66±0,19	9,51±0,21	10,14±0,44	>0,05
CD3+	60,2±5,1	48,38±1,3 $p_k < 0,001$	46,80±1,58 $p_k < 0,001$	43,0±1,3 $p_k < 0,001$	44,84±1,2 $p_k < 0,001$	<0,001
CD4+	46,8±5,21	26,66±0,7 $p_k < 0,001$	25,82±0,68 $p_k < 0,001$	26,74±0,53 $p_k < 0,001$	27,16±0,5 $p_k < 0,001$	<0,001
CD8+	20,34±3,09	15,89±0,30 $p_k < 0,01$	15,07±0,35 $p_k < 0,01$	15,63±0,48 $p_k < 0,01$	15,98±0,5 $p_k < 0,01$	<0,01
CD95+	30,13±4,34	16,74±0,4 $p_k < 0,001$	16,68±0,44 $p_k < 0,001$	16,47±0,93 $p_k < 0,001$	16,88±0,5 $p_k < 0,001$	<0,001
Период реконвалесценции						
IgA	1,11±0,15	1,38±0,05 $p_k < 0,05$	1,47±0,05*** $p_k < 0,01$ $p_1 > 0,05$	1,65±0,05*** $p_k < 0,001$ $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,05$	1,14±0,07 $p_k > 0,05$ $p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,01$ $p_3 < 0,001$	<0,001
IgM	1,17±0,13	2,45±0,06 $p_k < 0,001$	2,66±0,08*** $p_k < 0,001$ $p_1 < 0,01$	2,67±0,06*** $p_k < 0,001$ $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$	1,71±0,11 $p_k < 0,001$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	<0,001
IgG	9,85±1,51	14,91±0,10*** $p_k <$	16,18±0,15*** $p_k <$	16,08±0,25*** $p_k <$	14,35±0,69 $p_k >$	<
CD3	60,2±5,1	48,74±1,11 $p_k < 0,01$	49,68±0,48*** $p_k < 0,01$ $p_1 > 0,05$	50,26±0,75*** $p_k < 0,05$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	43,33±0,79 $p_k < 0,001$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	<0,001
CD4	46,8±5,21	30,42±0,46 $p_k < 0,001$	30,00±0,60*** $p_k < 0,001$ $p_1 > 0,05$	31,79±0,61*** $p_k < 0,01$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	26,90±0,46 $p_k < 0,001$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	<0,001
CD8	20,34±3,09	16,71±0,24 $p_k > 0,05$	17,25±0,29*** $p_k > 0,05$ $p_1 > 0,05$	17,53±0,36*** $p_k > 0,05$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	16,00±0,35 $p_k < 0,05$ $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,05$ $p_3 < 0,05$	<0,05
CD95	31,1±0,15	21,08±0,36* $p_k < 0,001$	20,86±0,51*** $p_k < 0,001$ $p_1 > 0,05$	21,32±0,63*** $p_k < 0,001$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	18,10±0,37 $p_k < 0,001$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	<0,001

Примечание: p_k – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе; p_1, p_2, p_3 – статистическая значимость различия показателей между соответствующими (1, 2, 3 и 4) видами терапии (по U-критерию Манна-Уитни); * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$ – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми до лечения (по T-критерию Вилкоксона).

Так, продолжительность спазматического кашля в группе детей, получавших препарат «Виферон» был достоверно короче, по сравнению с контрольной группой ($8,54 \pm 0,33$ против $11,17 \pm 0,41$ дней $p < 0,001$). Выделение мокроты при применении данного препарата исчезало на $5,58 \pm 0,14$ против $6,27 \pm 0,22$ дней, ($p < 0,01$). Частота апноэ различной степени выраженности сокращалась на $7,87 \pm 0,25$ против $10,31 \pm 0,36$ дней ($p < 0,01$), также сократилось продолжительность таких симптомов как: высовывание языка ($6,39 \pm 0,15$ против $8,22 \pm 0,35$ дней $p < 0,001$), набухание шейных вен $5,66 \pm 0,13$ против $6,15 \pm 0,31$ дней $p < 0,05$, одышка $3,17 \pm 0,19$ против $5,36 \pm 0,23$ $p < 0,001$, боль в грудной клетке $6,16 \pm 0,16$ против $8,56 \pm 0,20$ дней $p < 0,01$. При сравнительном анализе других основных симптомов, при применении иммуномодулятора Виферон также наблюдались достоверные различия.

При применении Анаферона детского было выявлено сокращение продолжительности таких симптомов как: спазматический кашель $7,29 \pm 0,26$ против $11,17 \pm 0,41$ дней, ($p < 0,001$); реприз $7,29 \pm 0,33$ против $12,00 \pm 0,32$ дней ($p < 0,001$); высовывание языка $6,39 \pm 0,16$ против $8,22 \pm 0,35$ дней ($p < 0,001$), цианоз $5,29 \pm 0,44$ против $7,05 \pm 0,42$ ($p < 0,001$), отхождение мокроты $5,00 \pm 0,10$ против $6,27 \pm 0,22$ дней ($p < 0,05$).

Следует подчеркнуть, что главным механизмом действия анаферона детского является коррекция функции натуральных антител к γ -интерферону [8]. В исследовании, проведенном Бабаченко И.В (2005), показано, что включение Анаферона детского в лечение коклюшной инфекции у детей, способствовало снижению частоты развития интеркуррентных ОРВИ в 2-2,5 раза по отношению к контрольной группе, сокращению частоты пневмоний и бронхитов с 50% до 20% [6].

При изучении клинических проявлений нами было выявлено, что при применении иммуномодулятора «Полиоксидоний», наблюдалось положительная динамика в клиническом течение коклюша. Сроки исчезновения основных симптомов при коклюше у детей: кашель, цианоз, гиперемия, апноэ, отхождение мокроты, высовывание языка, набухание шейных вен, беспокойство, одышка, вздутие грудной клетки, боли в грудной клетке, были достоверно короче по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$).

Динамика клеточно-гуморальных факторов защиты больных коклюшем при различных методах лечения представлена в таб. 2.

В периоде разгара болезни (до лечения) показатели клеточного и гуморального иммунитета

у больных всех групп достоверно не отличались между собой, что свидетельствует о сопоставимости сравниваемых групп. Для периода разгара болезни характерна депрессия клеточного звена иммунитета [9]. В периоде реконвалесценции, у всех групп больных получавших иммуномодуляторы, показатели клеточного звена иммунитета имели тенденцию к повышению, и выражались в достоверном повышении количества Т-лимфоцитов ($CD_3+48,74 \pm 1,11\%$, $p_1 < 0,001$; $49,68 \pm 0,48\%$, $p_2 < 0,001$; $50,26 \pm 0,75\%$, $p_3 < 0,001$ соответственно I, II, III группы по сравнению с IV группой, получивших только базис-терапию) и их субпопуляции (CD_4+ и CD_95+) по сравнению с группой больных, получавших только базисную терапию ($p_{1,2,3} < 0,001$). Также к периоду реконвалесценции в I, II, III группах больных достоверно возрастала концентрация Ig A ($1,38 \pm 0,05$ $p_1 < 0,05$; $1,47 \pm 0,05$ $p_2 < 0,01$; $1,65 \pm 0,05$ $p_3 < 0,001$) и Ig M ($2,45 \pm 0,06$ $p_1 < 0,001$; $2,66 \pm 0,08$ $p_2 < 0,001$; $2,67 \pm 0,06$ $p_3 < 0,001$), в сыворотке крови по сравнению с группой больных получивших базисную терапию. Однако концентрация IgG была повышена во всех группах.

Применение иммуномодулирующих препаратов в комплексе с базисной терапией приводит к заметному нарастанию показателей клеточно-гуморальных звеньев иммунитета [2, 8]. Состояние цитокинового статуса больных коклюшем при различных методах лечения представлено в табл. 3.

Таблица 3
Состояние цитокинового статуса больных коклюшем при различных методах лечения пг/мл.

Показатели	Терапия		У-критерий Манна-Уитни
	Иммуномодуляторами (n=10)	Базисная терапия (n=20)	
До лечения			
ИФН-γ	0,64±0,49	0,33±0,04	<0,01
IL4	1,28±0,58	1,10±0,47	>0,05
IL6	9,00±3,87	9,77±1,31	>0,05
После лечения			
ИФН-γ	15,75±0,55***	1,01±0,12***	<0,001
IL4	5,54±1,0***	3,61±1,08***	<0,001
IL6	5.30±2.01***	6.86±1.14	<0.01

Примечание: ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми до лечения (по Т-критерию Вилкоксона).

При проведении анализа цитокинового профиля было установлено, что у больных первой группы, находившихся на иммунотропной терапии, по

сравнению с группой детей, находившихся на базисной терапии (вторая группа), к периоду реконвалесценции наблюдалось достоверное повышение уровня ИФН γ 15,75 $\pm$ 0,55 против 1,01 $\pm$ 0,12 2-ой группы, ($p<0,001$), ИЛ-4 5,54 $\pm$ 1,0 против 3,61 $\pm$ 1,08 2-ой группы, ($p<0,001$), за исключением ИЛ-6, который в периоде разгара был повышен 9,00 $\pm$ 3,87 против 9,77 $\pm$ 1,31 2-ой группы, ($p<0,05$) и имел тенденцию к снижению к периоду реконвалесценции 5,30 $\pm$ 2,01 против 2-ой группы 6,86 $\pm$ 1,14 ($p<0,01$).

Заключение. Таким образом, применение иммунотропных препаратов в терапии коклюша у детей, позволило добиться более ранней нормализации основных клинических проявлений коклюша у детей, нарушенных иммуннорегуляторных механизмов, а также цитокиновой регуляции. Учитывая наличие иммунодефицитного состояния при коклюше у детей патогенетически обоснованным является применение современных иммунотропных препаратов, в частности «Виферон» среди детей раннего возраста при тяжёлой форме коклюша, «Анаферон детский» среди детей аналогичного возраста при лёгкой и среднетяжёлой формах коклюша, а также «Полиоксидоний» у детей с 3-х до 17 лет при всех формах тяжести. Следует подчеркнуть, что наряду с высокой эффективностью данные препараты являются безопасными иммуномодуляторами. При применении вышеперечисленных иммуномодуляторов у больных не отмечалось побочных действий, что позволяет применять данные иммуномодуляторы в комплексной терапии коклюша у детей.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 8 см. в REFERENCES)

1. Епифанцева Н.В. Коклюш: полиморфизм генов противовоспалительных цитокинов /Н.В. Епифанцева //Врач-аспирант. -2011.-Т.47.-№4.-С.454-458.
2. Зоидбоева Н.З. Иммунологическая характеристика пациентов с микотическим поражением лёгких / Н.З. Зоидбоева, Ш.Ф. Одинаев, Ф.И. Одинаев, Н.А. Садуллаева //Здравоохранения Таджикистана. -2019.-№4.-С.27-34.
3. Маянский А.Н. Возбудитель коклюша/ А.Н. Маянский //Вопросы диагностики в педиатрии. -2010.-Т.2.-№3.-С.12-16.
4. Панасенко Л.М. Эффективность и безопасность применения иммуномодуляторов в профилактике осложнений у больных коклюшем/ Л.М. Панасенко //Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. -2012.-Т.85.-№3.-С.138-142.
5. Симованьян Э.Н. Иммуноориентированная те-

рапия при инфекционных заболеваниях в педиатрии/ Э.Н. Симованьян // Поликлиника. -2007.-№1.-С.58-61.

6. Сипачева Н.Б. Эпидемиология и вакцинопрофилактика коклюша/Н.Б. Сипачева, Е.В. Русакова, Т.А. Семенов //Здоровье населения и среда обитания.-2011.-№12.-С.34-36.

7. Таран О.Н. Особенности интерфероновой статуса часто болеющих детей и пути их коррекции в комплексной терапии острых респираторных вирусных инфекций / О.Н. Таран, О.В. Клименко // Здравоохранения Таджикистана. - 2015. - № 1. - С. 126-128.

REFERENCES

1. Epifantseva N. V. Koklyush: polimorfizm genov protivovospalitelnykh tsitokinov [Pertussis: anti-inflammatory cytokine gene polymorphism]. Vrach-aspirant - Postgraduate doctor, 2011, Vol. 47, No. 4, pp. 454-458.
2. Zoidboeva N. Z. Immunologicheskaya kharakteristika patsientov s mikoticheskim porazheniem lyogkikh [Immunological characterization of patients with mycotic lung disease]. Zdravookhraneniya Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan, 2019, No. 4, pp. 27-34.
3. Mayanskiy A. N. Vozbuditel koklyusha [Pertussis causative agent]. Voprosy diagnostiki v pediatrii - Diagnostic issues in pediatrics, 2010, Vol. 2, No. 3, pp. 12-16.
4. Panasenko L. M. Effektivnost i bezopasnost primeneniya immunomodulyatorov v profilaktike oslozhneniy u bolnykh koklyushem [Efficiency and safety of the use of immunomodulators in the prevention of complications in patients with pertussis]. Byulleten VSNTS SO RAMN - Bulletin of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences, 2012, Vol. 85, No. 3, pp. 138-142.
5. Simovanyan E. N. Immunoorientirovannaya terapiya pri infektsionnykh zabolevaniyakh v pediatrii [Immune therapy for infectious diseases in pediatrics]. Poliklinika - Polyclinic, 2007, No. 1, pp. 58-61.
6. Sipacheva N. B. Epidemiologiya i vaksino profilaktika koklyusha [Epidemiology and vaccine prevention of pertussis]. Zdorove naseleniya i sreda obitaniya - Public health and habitat, 2011, No. 12, pp. 34-36.
7. Taran O. N. Osobennosti interferonovogo statusa chasto boleyushchikh detey i puti ikh korrektsii v kompleksnoy terapii ostrykh respiratornykh virusnykh infektsiy [Features of the interferon status of frequently ill children and the ways of their correction in the complex therapy of acute respiratory viral infections]. Zdravookhraneniya Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan, 2015, No. 1, pp. 126-128.
8. Sreenan C. D. Osiovi H. Neonatal pertussis requiring extracorporeal membrane oxygenation Pediatric. Pediatric Surgery International, 2001, Vol. 17, No. 2-3, pp. 201-203.

ХУЛОСА

М.Ч. Мачонова, Н.М. Хочаева,
Г.М. Саидмурадова

РАВИШҲОИ МУОСИР ОИДИ ТАБОБАТИ СУЛФАКАБУТАК ДАР КӮДАКОН

Мақсади таҳқиқот. Баҳодихӣ ба таъсириҳои саририю масъунии доруҳои масъунитбаландкунанда дар табобати кӯдакони гирифтори сулфакабутак.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳти назорати мо 144 бемор ббо ташхиси сулфакабутак дар сини аз таваллуд то 17 сола қарор доштанд, ки вобаста аз хусусияти табобат кӯдакони бемор ба 4 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Гурӯҳи якум танҳо табобати асосиро гирифтанд, гуруҳҳои боқимонда бар илова ба табобати асосӣ маводҳои масъунитбаландкунандаро қабул намуданд.

Натиҷа ва муҳокимаи он. Дар натиҷаи сан-

чиши мукоисавии басомади вохурии аломатҳои асосии бемори дар гуруҳҳое, ки доруҳои масъунитбаландкунандаро қабул намуда чараёни мусбӣ назар ба гуруҳе, ки танҳо табобати асосиро қабул намуда буданд, муайян карда шуд. Дар давраи шадиди бемори (то табобат) нишондиҳандаҳои масъунити ҳуҷайравӣ ва ҳуморалӣ боэътимод байни ҳама гуруҳҳои беморон фарқият надошт.

Дар давраи сихатшаби дар ҳама гуруҳҳои беморон нишондиҳандаҳои масъунити ҳуҷайравӣ ва ҳуморалӣ майл ба баландшаби доштанд, гайр аз IgG, ки дар ҳамаи гуруҳҳои беморон баланд буд.

Хулоса. Ҳамин тавр, истифодабарии доруҳои масъунитбаландкунанда дар табобати беморони гирифтори сулфакабутак имкон дод, ки тезтар аломатҳои асосии сулфакабутак дар кудакон, механизми вайроншудаи масъунитидоркунанда ва инчунин танзими ситакинҳо муътадил гардониданд.

Калимаҳои асосӣ: сулфакабутак, масъунит, доруҳои масъунитбаландкунанда, кудакон.

УДК 616.352-007.253-616.353-002.3-556.16.06

Д.К. Мухаббатова, Ф.Х. Нозимов, Ш.А. Каримов, Д.Д. Давлатов

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЕКТЕНОЗА АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПРИ СЛОЖНЫХ ФОРМАХ ПАРАПРОКТИТА

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино, Таджикистан

Мухаббатов Джиёнхон Курбонович – профессор кафедры общей хирургии №1 ТГМУ им Абуали ибни Сино; 734032, г.Душанбе, пр. Рудаки 139, тел.: +992918612808, E-mail: mukhabbatov67@mail.ru.

Цель исследования. Разработать объективные прогностические факторы риска развития пектеноза анального сфинктера у больных со сложными формами свищей прямой кишки.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ и проспективное исследование 170 пациентов со сложными свищами прямой кишки. Группы формировали с учетом характера течения послеоперационного периода: в первую группу вошли пациенты со сложными свищами прямой кишки с развитием пектеноза анального сфинктера (83) и во вторую – с гладким течением послеоперационного периода (87).

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что у больных со сложными свищами прямой кишки, осложненным пектенозом анального сфинктера в 23,6% случаях развивается различной степени недостаточности анального сфинктера. Объективным прогностическим фактором риска развития пектеноза анального сфинктера у больных со сложными свищами прямой кишки, являются перенесенные формы: (анаэробная клостридиальная, неклостридиальная и рецидивирующая), локализация (задняя стенка прямой кишки), вид вызываемой острой парапроктит инфекции (анаэробная клостридиальная и неклостридиальная).

Заключение. Объективными критериями прогноза развития недостаточности анального сфинктера у больных со сложными свищами прямой кишки, осложненным пектенозом анального сфинктера, являются индекс тяжести пектеноза анального сфинктера и степень дисфункции свища прямой кишки.

Ключевые слова: сложные формы парапроктита, пектеноз анального сфинктера, прогнозирование.

D.K. Mukhabbatov, F.Kh. Nozimov, Sh.A. Karimov, D.D. Davlatov

PREDICTION OF ANAL SPHINCTER PECTENOSIS IN COMPLEX FORMS OF PARAPROCTITIS

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

Mukhabbatov Djiyonhon Kurbonovich - professor of the department; 734032, Dushanbe, Rudaki Ave. 139, tel.: + 992918612808, e-mail: mukhabbatov67@mail.ru.

Aim. To develop objective predictive risk factors for the development of anal sphincter pectenosis in patients with severe forms of rectal fistulas to improve the long-term results of surgical treatment.

Material and methods. We have conducted a retrospective analysis and a prospective study of 170 patients with rectal fistulas. The study groups were formed according to the nature of the course of the postoperative period: the first group consisted of patients with severe rectal fistulas with the development of pectenosis of the anal sphincter (83). The second included patients with a smooth course of the postoperative period (87).

Results and discussion. It was found that 23.6% of patients with severe rectal fistulas complicated by pectenosis of the anal sphincter developed various degrees of anal sphincter insufficiency. An objective prognostic risk factor for the development of the pectenosis of the anal sphincter in patients with severe rectal fistulas is the form of the disease (anaerobic clostridial, non-clostridial and recurrent); localization (posterior rectal wall); type of infection caused by acute paraproctitis (anaerobic clostridial and non-clostridial).

Conclusion. Objective criteria for the prognosis of the development of anal sphincter insufficiency in patients with severe rectal fistulas complicated by anal sphincter pectenosis are the severity index of anal sphincter pectenosis and the degree of rectal fistula dysfunction.

Keywords: complex forms of paraproctitis, anal sphincter pectenosis, prognosis.

Актуальность. Среди доброкачественных заболеваний прямой кишки, хронические парапроктиты-свищи, представляют собой одно из самых распространенных, и их частота колеблется от 15 до 40% случаев. Наиболее значимую и сложную тактическую задачу, представляет хирургическое лечение сложных (высоких транссфинктерных и экстрасфинктерных) свищей, которые встречаются в 30-45% случаев хронического парапроктита и недостаточности анального сфинктера в отдаленном послеоперационном периоде встречается до 33% наблюдений [4, 9, 12].

Основной причиной недостаточности анального сфинктера (НАС) у больных со сложными свищами прямой кишки (ССПК), являются развитие дефекта мышц наружного анального сфинктера и замещение мышц анального сфинктера фиброзной тканью – пектенос анального сфинктера (ПАС). Обобщение литературных данных показывает, что после внедрения технологичных сфинктеросохраняющих операций, достигнуты успехи к уменьшению количества НАС, однако в ближайшие 3 года после операций, наблюдается частота рецидива заболевания до 22-38% случаев [7, 10, 13].

Несмотря на арсенал современных диагностических возможностей современной колопроктологии, ПАС остается нередким последствием СПК, который развивается в 2,3-10,1% случаях

[2]. Отсутствие научных работ, посвященных изучению возможных факторов, способствующих развитию НАС в пред- и послеоперационном периодах, являются причиной повторных операций и ухудшения отдаленных результатов больных со ССПК [1, 6, 11].

Одни ученые ориентируется на лабораторные показатели крови в предоперационном периоде, а другие на трансформацию структурных изменений в слизистой оболочки толстой кишки и тест-системы на основе магносорбентов с иммобилизованным антигеном из патологических рубцов [5, 8].

Вышеизложенные данные указывают на то, что проблема НАС в хирургии СПК еще существует и все новые исследования в данном направлении являются актуальными в колопроктологии.

Цель исследования. Разработать объективные прогностические факторы риска развития пектеноса анального сфинктера у больных со сложными формами свищей прямой кишки.

Материалы и методы исследования. Проведённое исследование в отделение колопроктологии ГУ ГМЦ №2 города Душанбе охватило обследование и лечение 170 больных со ССПК. Первый период охватывает с 2006 по 2013 гг. – ретроспективный анализ (83) и второй - с 2014 по 2020 гг. проспективный (87). Мужчин было

125 (73,5%), женщин – 45 (26,5%). Всем больным проводили общеклинические (СРБ - в сыворотке периферической крови) и специальные методы исследования. Ультразвуковое исследование проведено на аппарате Mindray-7 с помощью датчика частотой 5-7 МГц.

Для выявления прогностических факторов риска развития ПАС, изучены 14 показателей клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования, характер выполненных операций, способ дренирования, течение послеоперационного периода, специфические и неспецифические послеоперационные осложнения у больных со ССПК. С целью достижения цели, группы формировали с учетом характера течения послеоперационного периода: в первую группу вошли пациенты ССПК с развитием ПАС (83 пациента), во вторую – с гладким течением послеоперационного периода (87 пациента).

Результаты исследования и их обсуждение.

Всего обследовано 862 больных со свищами прямой кишки, из них ССПК составили 355 (41,1%) случаев и ПАС выявили у 83 (23,4%) оперированных пациентов. Из 83 больных у 30 (36,2%) больных I степень ПАС установлена только на УЗИ прямой кишки, а у 43,3% со II степенью - патологические рубцовые изменения анального сфинктера были диагностированы на основании УЗИ прямой кишки и с помощью пальцевого исследования. В 20,5% случаях имела место III степень ПАС и диагноз установлен клинически. У всех больных были выражены клинические проявления осложнения, в виде болезненности, затрудненного акта дефекации и НАС на фоне сужения ануса (табл. 1).

Таблица 1

Методы диагностики ПАС

Степень тяжести ПАС	Методы диагностики	Абс. число	В %
I степень	Инструментальная	30	36,2
II степень	Инструментальная и пальцевое исследование	36	43,3
III степень	Клиническая	17	20,5

Примечание: % - от общего количества больных

При I степени ПАС, фиброзный участок охватывает до $\frac{1}{4}$ окружности анального сфинктера, при II степени ПАС - до $\frac{1}{2}$ окружности анального сфинктера. У больных с III степенью ПАС от $\frac{3}{4}$ и более окружности анального сфинктера, имело

место превращение его в рубцовую ткань (рац. предл. № 3362/R577 выданное ТГМУ им Абуали ибни Сино от 14.11.2013г.).

Возможные прогностические факторы риска были подразделены на следующие 3 подгруппы: непосредственно связанные с больным, связанное с заболеванием (свищ прямой кишки) и связанное с проводимым лечением.

Наиболее часто заболевали мужчины и связано это с особенностями распространения заболевания среди мужского пола. Лица трудоспособного возраста также преобладали по сравнению с другими возрастными группами. Однако частота развития ПАС была высока среди больных, у которых индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 (кг/м² и составил 53,1% случаев.

На момент поступления больных с острым парапроктитом в 34,5% случаев имело место наличие сопутствующих заболеваний анального канала (или толстой кишки) и со стороны других органов систем. Наиболее высокая частота развития ПАС выявлена у больных, имеющих хроническую анальную трещину на момент развития острого парапроктита, и составила она 34% случаев. У этих больных, т.е. с острым парапроктитом, имела место сугубо хроническая задняя локализация анальной трещины с гнойной полостью и затеками. При эндоскопическом исследовании у 9% больных со ССПК с ПАС выявлен проктит (проктосигмоидит). У 7,8% больных, имеющих сопутствующий сахарный диабет и метаболический синдром, был выявлен ПАС.

Изучение факторов, связанных с пациентом (пол, возраст, сопутствующие заболевания толстой кишки и со стороны других органов и систем) показало, что индекс массы тела и наличие хронической задней анальной трещины имели весомый характер на частоту развития ПАС у больных со ССПК, а роль остальных показателей - незначительный.

Сравнительный анализ частоты развития ПАС в зависимости от перенесенной клинической формы острого парапроктита показал, что в первой группе больных преобладали ретроректальные (11,4%) и пельвиоректальные (19,9%) формы заболевания, чем во второй группе пациентов (табл.2). Данные показатели таблицы свидетельствуют о том, что перечисленные формы заболевания наиболее отрицательно влияют на частоту развития ПАС у больных со ССПК.

Соотношение частоты развития ПАС от первичного и рецидивирующего характера острого

Таблица 2

**Перенесенные клинические формы
острого парапроктита (n-170)**

Формы ОП	ССПК с ПАС		ССПК без ПАС	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Подкожно-подслизистая	18	22,1	30	34,0
Ишиоректальная	38	46,6	36	41,8
Пельвиоректальная	16	19,9	14	15,7
Ретроректальная	9	11,4	7	8,5
Всего	83	100	87	100

Примечание: % - от общего количества больных

парапроктита составила 1:5. Также на развитие патологического изменения на анальном сфинктере, повлияло запущенность форм острого парапроктита, в частности подковообразного и переход в другие клетчаточные пространства.

При изучении характера микробной флоры вызывающий острый парапроктит, установлено, что в 30,1% случаях больные имели анаэробный клостридиальный парапроктит и анаэробный клостридиальный (гнилостный) парапроктит – в 18,1% наблюдений, что относительно больше по частоте встречаемости по сравнению со второй группой больных (табл.3). Особенно выраженные местные патологические изменения отмечены у 13,1% больных с анаэробным клостридиальным парапроктитом в сочетании с сахарным диабетом.

Таблица 3

**Перенесенные клинические формы острого
парапроктита и частота ПАС(n-170)**

Виды перенесённого парапроктита	ССПК с ПАС		ССПК без ПАС	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Банальный	43	51,8	59	67,8
Гнилостный	25	30,1	20	22,9
Анаэробный	15	18,1	9	10,3
Всего:	83	100,0	87	100,0

Примечание: % - от общего количества больных

Изучены влияние факторов длительности, наличия и локализация гнойной полости и затеков на развитие местных изменений ткани промежности (анальный сфинктер и параректальной области). Проведенный анализ показал, что у больных со ССПК и ПАС гнойные полости и затеки в 84,2% случаев локализовались по задней или же заднебо-

ковой стенках прямой кишки. У 37,7% этих больных, имели место различной по длительности хронического течения с периодическим обострениями плохо дренирующиеся гнойные полости. Оценка местных изменений промежности проводили при помощи УЗИ. Вокруг анального сфинктера выявили различной по форме и размеру воспалительные инфильтраты – неправильной овальной или продольной. Форма и размер воспалительного инфильтрата вокруг анального сфинктера изменялись в зависимости от сроков опорожнения гнойной полости и затеков. У 17,1% больных воспалительный инфильтрат распространялся во все слои мягких тканей пораженной стенки, в 51,8% случае локализовался межмышечно в волокнах анального сфинктера и в 23,7% случаях - у края анального сфинктера. Также при УЗИ определяли утолщения и снижения эхогенности мышечных волокон в области воспалительного инфильтрата (фото 1). Это процесс мы называли реактивный сфинктерит (рац. предл. № 3623/R577, выданное ТГМУ им Абуали ибни Сино от 14.11.2020г.). При пальцевом исследовании определяли болезненность пораженной стенки прямой кишки и снижения эластичности волокна анального сфинктера. В 69,8% случаях удалось установить сообщение гнойной полости с просветом прямой кишки.

Среди факторов связанный с заболеванием отрицательно влияющие на частоту развития ПАС также относятся характер микробной флоры вызывающий острый парапроктит (анаэробная клостридиальная и неклостридиальная инфекция), рецидивирующий подковообразный формы заболевания и локализация гнойной полости по задней стенки прямой

Таблица 4

**Изменение показателей эндотоксикоза в
сравниваемых группах (n-170)**

Показатели эндотоксикоза	ССПК (n-81)	ССПК с ПАС (n-87)	p
СОЭ (мм/час)	21	15	-
ПКТ (нг/мл)-0,3	1,16±0,31	0,35± 0,11	<0,001
СРБ (мг/л)-100	158±6,12	106 ±5,76	<0,001

Примечание: p- статическая значимость различия показателей между группами (по U- критерию Манна-Уитни)

Изученные показатели лабораторных методов исследования показали, что у больных с ПАС наряду с рубцовыми изменениями анального сфинктера наблюдались повышенные показатели эндотокси-

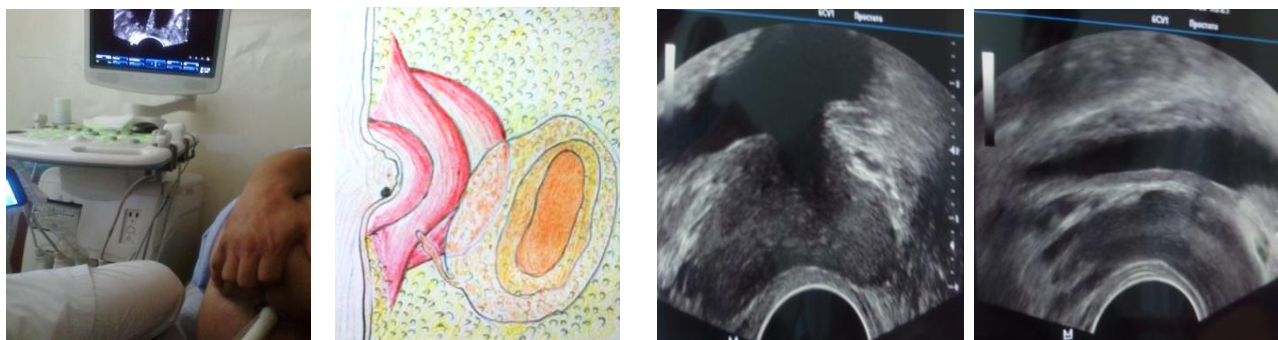


Фото 1. УЗИ картина реактивного сфинктерита

коза, что выражалось в увеличении количества СОЭ, СРБ и ПКТ по сравнению с показателями пациентов с гладким течением послеоперационного периода, т.е. без развития ПАС (таб.4). Однако повышение показателей эндотоксикоза в первой группе больных выявлены у тех, у которых были гнойно-воспалительные полости и затеки в параректальной области.

Результаты функциональных методов исследования показали, что при ПАС I степени функциональное состояние анального сфинктера находится на стадии компенсаций - отмечали полное сохранение функции (тонической) внутреннего сфинктера и координированное взаимодействия с наружным сфинктером (сохранение сократительной функции) прямой кишки. У этой категории больных, признаки НАС не выявлены. При II степени ПАС отмечали признаки дисфункции внутреннего сфинктера и нарушения взаимодействия с наружным сфинктером, и расценивали как стадию субкомпенсации. У 10 (12,1%) больных со II степенью ПАС установлена I(6) и II(4) степени НАС. При III степени ПАС выявили снижения биопотенциалов мышц ЗАПК и дисфункцию внутреннего сфинктера с нарушением синхронного координированного взаимодействия ВС и НС ПК, как критерий неблагоприятного прогностического исхода. Наиболее тяжелой степени НАС наблюдали у больных с III степени тяжести ПАС. У всех 17 больных с III степени ПАС выявили II и III степени НАС. Таким образом, с нарастанием тяжести ПАС отмечали развитие дисфункции внутреннего сфинктера и нарушения синхронной регуляции функции удержания кишечного содержимого. Выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между степенью тяжести ПАС и развитию НАС у больных со ССПК.

Анализ факторов, связанных с заболеванием, показал, что наиболее отрицательно влияют на частоту развития ПАС у больных со ССПК,

следующие:

- ретроректальный, рецидивирующий и ишиоректальный пельвиоректальный острый парапроктит
- анаэробный клостридиальной и неклостридиальной этиологии
- локализация гнойной полости и затеков по задней или же заднебоковых стенках прямой кишки.

Применение лигатурного способа лечения острого парапроктита (43%) оказывал наиболее значимую роль в развитии ПАС, по сравнению с паллиативными методами оперативного вмешательства – вскрытие парапроктита с дренированием гнойной полости.

У 78,9% больных проведено пассивное дренирование гнойной полости и затеков через основную рану резиново-марлевым выпускником и лишь в 21,1% случаев использовали контрапертурные разрезы параректальной клетчатки. У 28 больных в раннем послеоперационном периоде отмечалось развитие рецидивных и резидуальных гнойных полостей и затеков параректальной клетчатки с развитием обострения заболевания.

При анализе факторов, связанных с лечением установлено, что более значимую роль в развитии ПАС у больных с ССПК, играет применение натяжного лигатурного способа лечения острого парапроктита.

Для расчета прогноза ПАС на каждый фактор выбирали адекватное значение и диапазон значений и определяли соответствующий им сумма баллов (табл.5). При оценке тяжести ПАС определяли сумму факторов по 3-х балльной системе. У одного больного может быть несколько прогностических факторов, которые вычисляли по формуле. Если показатель, по каким причинам не определялся, то значение коэффициента считали нуль. Сумма баллов по всем показателям составляла индекс прогноза. Значение ИП рассчитывали

Таблица 5

Структура распределения признаков с учетом развития ПАС

Признаки	Критерии	Баллы
Возраст	<60 лет / ≥60 лет	1/2
Пол	Мужчины/ женщины	1/2
ИМТ (кг/м ²)	≥30 / <30	1/2
Сопутствующие патологии анального канала	ХАТ/проктит/(проктосигмоидит)/ Геморрой	1/2/3
Сопутствующие заболевания других органов	Сахарный диабет / ИБС / Хронический гепатит	1/2/3
Форма ОП	Ишиоректальный /пельвиоректальный /ретро-ректальный	1/2/3
Этиология (вызываемая инфекция) ОП	Банальная /гнилостная / Анаэробная	1/2/3
Наличие гнойных затеков	Да / нет	1/2
Расположение гнойной полости (стенка)	Передняя/боковая/задняя	1/2/3
Характер заболевания	Первичная /рецидивная	1/2
Наличие внутреннего отверстия	Да / нет	1/2
Локализация внутреннего отверстия (крипт)	Передний/боковой/задний	1/2/3
Характер операций (радикальный)	Да / нет	1/2
Способ дренирование	Пассивное /активное	1/2

для точности заключений в 94% и составляли они соответственно – 14+28 у.е. При ИП меньше или равном -14 у.е. с вероятностью более 80% можно ожидать гладкое течение послеоперационного периода. Если ИП больше -28 у.е., то с той же вероятностью можно ожидать развитие ПАС. При величине ИП от -15 до 28 у.е. прогноз остается неопределенным.

Полученный ретроспективный анализ результатов хирургического лечения больных со ССПК показал, что ни один прогностический фактор в отдельности не может быть однозначным критерием по прогнозу развития ПАС. Однако среди прогностических факторов риска развития имеются ряд критериев, которые имеют важное научно- практическое значение.

Применение в клинической практике прогностических факторов риска развития ПАС у больных со ССПК в предоперационном периоде, позволило определить абсолютные показания для проведения профилактических мероприятий, направленных на снижение частоты развитию НАС в отдаленном послеоперационном периоде. Разработанная программа позволяет прогнозировать ПАС у больных со ССПК и уменьшить развитие НАС в отдаленном послеоперационном периоде.

Выводы

1. В 23,4% наблюдений выявили ПАС среди

больных со ССПК, который в 32,5% случаев способствовал развитию НАС.

2. Прогностическими факторами рисками развития ПАС у больных со ССПК являются высокий индекс ИМТ, сложные формы острого парапроктита, локализация гнойной полости по задней стенке прямой кишки и натяжной лигатурный способ лечения острого парапроктита.

3. Реактивный сфинктерит в послеоперационном периоде является одним из этапов (звеньев) развития ПАС у больных со ССПК и развивается у лиц с наличием гнойной полости и затеков по задней стенке прямой кишки и эндотоксикоза.

ЛИТЕРАТУРЫ

(пп. 10-13 см. в REFERENCES)

1. Алиев Ф.Ш. Опыт лечения больных с недостаточностью анального сфинктера / Ф.Ш. Алиев и соавт. // Университетская медицина Урала. -2016, №4. - С.6-8.
2. Иброхимов Ю.Х. Предоперационная подготовка больных с хроническим парапроктитом / Ю.Х. Иброхимов, Б.С. Пиров // Вестник Авиценны. 2010. № 4 (45). С. 57-61.
3. Куляпин А.В. Возможности использования «Стимулятора регенерации» в лечении проктологических заболеваний/ Куляпин А.В. и соавт. // Актуальные проблемы колопроктологии. -2005. - С.96-98.
4. Костарев, И.В. Дренирующая лигатура при сфинктеросохраняющем лечении свищей прямой кишки

/ А.И. Мусин, И.В. Костарев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. – №8. – выпуск 2. – С. – 65-72.

5. Федулова Э.Н. Новые критерии прогнозирования течения и оценки эффективности терапии язвенного колита у детей/ Э.Н. Федулова и соавт. // Клиническая медицина., 2011. – С.66-72.

6. Разин А.Н. Способ оперативного лечения пациентов с экстрасфинктерными параректальными свищами / А.Н. Разин, Б.Н. Жуков, А.А. Чернов, С.Е. Каторкин // Новости хирургии. – 2014. – №1. (22). – С. 83-88.

7. Ривкин В.Л. Вариант радикальной операции при экстрасфинктерных свищах прямой кишки/ В.Л.Ривкин// Актуальные проблемы колопроктологии. – 2005. – С.121-122.

8. Способ пластической операции при экстрасфинктерных свищах прямой кишки / А.В. Муравьев, В.С. Малюгин, Р.В. Журавель, О.В. Лысенко // Колопроктология. 2012. №3 (41). С. 11-14.

9. Фролов, С.А. Выбор метода хирургического лечения свищей, сопряженных с воспалительными и рубцовыми изменениями / С.А. Фролов, И.С. Богористров // Хирург. – 2016. – № 11 – 12. – С. 57 – 63.

REFERENCES

1. Aliev F. Sh. Opyt lecheniya bolnykh s nedostatochnostyu analnogo sfinktera [Experience in the treatment of patients with anal sphincter insufficiency]. *Universitetskaya meditsina Urala - University medicine of the Urals*, 2016, No. 4, pp. 6-8.

2. Ibrokhimov Yu. Kh. Predoperatsionnaya podgotovka bolnykh s khronicheskim paraprokhitom [Preoperative preparation of patients with chronic paraproctitis]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2010, No. 4 (45), pp. 57-61.

3. Kulyapin A. V Vozmozhnosti ispolzovaniya «Stimulyatora regeneratsii» v lechenii proktologicheskikh zabolevaniy [Possibilities of using the “Regeneration Stimulator” in the treatment of proctological diseases]. *Aktualnye problemy koloproktologii - Actual problems of coloproctology*, 2005, pp. 96-98.

4. Kostarev I. V. Dreniruyushchaya ligatura pri sfinkterosokhranyayushchem lechenii svishchey pryamoy kishki [Drainage ligature for sphincter-preserving treatment of rectal fistulas]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2018, No. 8, Issue 2, pp. 65-72.

5. Fedulova E. N. Novye kriterii prognozirovaniya techeniya i otsenki effektivnosti terapii yazvennogo kolita u detey [New criteria for predicting the course and evaluating the effectiveness of therapy for ulcerative colitis in children]. *Klinicheskaya meditsina – Clinical medicine*, 2011, pp. 66-72.

6. Razin A. N. Sposob operativnogo lecheniya patsientov s ekstrasfinkternymi pararektalnymi svishchami [Method of surgical treatment of patients with extrasphincteric pararectal fistulas]. *Novosti khirurgii – News of Surgery*,

2014, No. 1 (22), pp. 83-88.

7. Rivkin V. L. Variant radikalnoy operatsii pri ekstrasfinkternykh svishchakh pryamoy kishki [A variant of radical surgery for extrasphincteric rectal fistulas]. *Aktualnye problemy koloproktologii - Actual problems of coloproctology*, 2005, pp.121-122.

8. Muravyov A.V. Sposob plasticheskoy operatsii pri ekstrasfinkternykh svishchakh pryamoy kishki [Method of plastic surgery for extrasphincteric fistulas of the rectum]. *Koloproktologiya - Coloproctology*, 2012, No. 3 (41), pp. 11-14.

9. Frolov S. A. Vybora metoda khirurgicheskogo lecheniya svishchey, sopryazhennykh s vospalitelnyimi i rubtsovymi izmeneniyami [The choice of the method of surgical treatment of fistulas associated with inflammatory and cicatricial changes]. *Khirurgiya – Surgery*, 2016, No. 11-12, pp. 57- 63.

10. Adegbola S. O. Symptom amelioration in Crohn’s perianal fistulas using video assisted anal fistula treatment (VAAFT). *Journal of Crohn’s and Colitis*, 2018, Vol. 12 (9), pp.1067-1072.

11. Xu Y. Ligation of Intersphincteric Fistula Tract Is Suitable for Recurrent Anal Fistulas from Follow-Up of 16 Months. *BioMed Research International*, 2017, Vol. 2017, pp. 315-2424.

12. Yassin N. A., Hammond T. M., Lunniss P. J. Ligation of the intersphincteric fistula tract in the management of anal fistula. A systematic review. *Colorectal Disease*, 2013, Vol. 15 (5), 527–535.

13. Zheng L. H., Zhang A. Z., Shi Y. Y., Li X., Jia L. S., Zhi C. C., Yu Q. X., Zhang W., Liu Y.J., Wang L., Xiao D., Wang C. Impact of Smoking on Anal Abscess and Anal Fistula Diseases. *Chinese Medical Journal*, 2018, Vol. 131 (9), pp. 1034–1037.

ХУЛОСА

**Ҷ.Қ. Муҳаббатова, Ф.Х. Нозимов,
Ш.А. Каримов, Ҷ.Ҷ. Давлатов**

ПЕШГУИИ ПЕКТЕНОЗИ ҲАЛҚАМУШАК ҲАНГОМИ НАМУДҲОИ МУРАККАБИ ХАНОСИЯ (ПАРАПРОКТИТ)

Мақсади тадқиқот – коркарди омилҳои обективи пешгуи хавфи пайдоиши(рушди) пектенози ҳалқамушак дар беморони намуди мураккаби носурҳои рудаи рост бо мақсади беҳтарсозии натиҷаҳои дарозмуддати табобати ҷарроҳӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Бо мақсади муайян ва коркарди омилҳои обективи пешгуи хавфи пайдоиши(рушди) пектенози ҳалқамушак дар беморони намуди мураккаби носурҳои рудаи рост таҳлили ретроспективӣ ва тадқиқоти проспективӣ 170 беморон дар 2 ғуруҳ: 83 бемор бо носури рудаи рост бо пектенози ҳалқамушак(1

гурух) ва 87 бемор бо носури рудаи рост (2 гурух) гузаронида шуд.

Натиҷаи тадқиқот. Муайян карда шуд, ки дар 23,6% беморони гирифтори SSPK, ки бо PAS мураккаб шудаанд, дараҷаҳои гуногуни NAS инкишоф меёбанд. Омили объективии хавфи пешгӯии рушди PAS дар беморони гирифтори SSPD шаклҳои интиқоли мебошад: (анаэробии клостридиалӣ, ғайриклостридиалӣ ва такроршаванда), локализатсия (девори пушти ректум), на-

муди сироят бо параноктити шадид (анаэробии клостридиалӣ ва ғайриклостридиалӣ).

Хулоса. Меёриҳои объективии пешгӯии NAS дар беморони гирифтори SSPK, ки бо PAS мураккаб шудаанд, нишондиҳандаи вазнинии AS пектинос ва дараҷаи норасоии ISPK мебошанд.

Калимаҳои калидӣ: намуди мураккаби носурҳои рудаи рост, пектенози ҳалқаи мушак, пешгӯӣ, натиҷаҳои дарозмуддати табobati ҷарроҳӣ.

УДК 616.833-089

Ш.К. Полвонов¹, Р. Рахматуллоев¹, Н.Х. Шамсов², Н.М. Мирзоев²

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ РЕЦИДИВА У БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

¹Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино

²Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Шамсов Нодир Хизматуллоевич – старший научный сотрудник отделения эндоскопии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии г. Душанбе, тел.: +992907775999, E-mail: otarion@list.ru.

Цель исследования. Оценка влияния различных факторов на развитие рецидивирования вентральных грыж

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы результаты лечения 64 больных с вентральными грыжами. Все больные, для удобства оценки ближайших и отдалённых результатов, были разделены на клинические группы: в I группу вошли 28 больных, которым выполнялись методы с наложением сетчатого трансплантата; во II группу вошли 36 больных, которым выполнялась операция, с укреплением передней стенки местными тканями.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе изучения анамнеза больных, было установлено, что в обеих клинических группах часто отмечалось допущение ошибок к выбору показаний к использованию способа пластики грыжевых ворот. Во II клинической группе (группа пластики грыжевых ворот собственными тканями) по большей части причиной развития рецидивов было недостаточное изучение свойств местных тканей в интраоперационном периоде.

Заключение. Полученные данные показывают важность индивидуализации выбора метода пластики грыжевых ворот при рецидивах, и даже при первичном обращении. Шаблонное использование одной методики, будь то операция с пластикой грыжевых ворот местными тканями или сетчатым имплантатом, влечёт за собой развитие рецидивов, и неблагоприятных явлений у данной группы больных.

Ключевые слова: рецидив, грыжи передней стенки живота, вентральные грыжи.

Sh.K. Polvonov¹, R. Rakhmatulloyev¹, N.H. Shamsov²

EVALUATION OF DIFFERENT FACTORS ON THE DEVELOPMENT OF RECURRENCE IN PATIENTS WITH VENTRAL HERNIA

¹Avicenna Tajik State Medical University

²Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery

Aim. To conduct an assessment of the influence of various factors on the development of recurrence of ventral hernias.

Material and methods. We have analyzed the results of the treatment of 64 patients with ventral hernias. All patients were divided into two clinical groups: group I included 28 patients who underwent mesh transplant; group II included 36 patients who underwent surgery, with the anterior wall strengthened with local tissues.

Research and discussion. Studying the medical history of patients, it was found that in both clinical groups, the mistakes were often made in the selection of indications for using the hernia gate repair method. In the II clinical group

(the hernia gate repair group with their tissues), the main reason for the development of relapses was an inadequate examination of the local tissue properties in the intraoperative period.

Conclusion The obtained data show the importance of individualizing the choice of hernia gate repair method for the treatment of relapses, and even in the initial treatment. The stereotyped use of one technique, whether it is a hernia gate surgery using local tissues or a mesh implant, entails the development of relapses and adverse events in this group of patients.

Keywords: relapse, hernias of the anterior abdominal wall, ventral hernias.

Актуальность. Несмотря на все достижения последних десятилетий в области герниологии, грыжи передней стенки живота до настоящего времени продолжают оставаться основной причиной обращения за плановой хирургической помощью [1-3]. Долгие годы литературных споров, а также проведения клинических исследований привели к тому, что в современной общей хирургии большинство специалистов отдают предпочтение методам пластики грыжевых ворот с использованием местных тканей [4-6]. Причиной тому является тот факт, что даже сетчатые трансплантаты, выполненные на основе самых современных технологий, не могут гарантировать сто процентной приживляемости, и предотвращения отторжения «сетки» [7-9]. В то же время при больших размерах грыжевых ворот, а также при непригодности местных тканей для формирования прочного остова для удержания содержимого брюшной полости, использовать сетчатые трансплантаты обязательно [10-12].

Однако, несмотря на все споры, относительно того, что лучше для формирования передней брюшной стенки, использование местных тканей или сетчатый трансплантат, рецидивирование встречается как в первом, так и во втором случае [13, 14]. Многочисленные исследования подтверждают данный факт [15]. В связи с этим было бы плодотворно, для снижения частоты рецидивов, изучить факторы, влияющие на развитие повторных обращений, после выполнения оперативного вмешательства.

Цель исследования. Оценка влияния различных факторов на развитие рецидивирования вентральных грыж.

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы результаты лечения 64 больных с вентральными грыжами, обратившихся в отделение общей хирургии Городской клинической больницы скорой помощи, при первично перенесённой операции в других стационарах. Средний возраст больных составлял $52,4 \pm 1,3$ года. По половому признаку отмечалось превалирование лиц женского пола (42 (65,6%)) и 12 (34,4%) лиц мужского пола. Больных с одним рецидивом

в анамнезе было 23, с двумя 19, с тремя и более – 22. Все больные, для удобства оценки ближайших и отдалённых результатов, были разделены на клинические группы: в I группу вошли 28 больных, которым выполнялись методы с наложением сетчатого трансплантата; во II группу вошли 36 больных, которым выполнялась операция, с укреплением передней стенки местными тканями.

Всем больным выполнялись стандартные методы исследования, включавшие клиническое обследование, проведение ультразвукового исследования органов брюшной полости, при необходимости выполнялись рентгенологические методы исследования.

Статистическая обработка полученного материала проводилась согласно правилам вариационной статистики. Статистическую обработку полученных результатов проводили с применением программы статистического анализа Microsoft Excel. Все значения представлены в виде $M \pm m$ (M – среднее значение данных в исследуемой группе; m – ошибка средней). Достоверность различий между группами устанавливалась по t -критерию Стьюдента для малых и неоднородных групп – по U -критерию Манна-Уитни. Для оценки достоверности различий средних показателей использовали t -тест Стьюдента для попарно связанных вариантов с помощью таблиц сопряженности 2×2 . При $p < 0,05$ различия между группами рассматривали как статистически достоверные. При проведении анализа различия считали достоверным при $p < 0,05$.

Взаимосвязь признаков определяли с помощью корреляционного анализа по Пирсону с подсчетом коэффициента линейной корреляции (r). Корреляционную связь считали слабовыраженной при $r = < 0,3$, умеренно выраженной при $0,3 < r < 0,5$, значительной при $0,5 < r < 0,7$, сильно выраженной при $0,7 < r < 0,9$, очень сильно выраженной при $r > 0,9$.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе изучения анамнеза больных, было установлено, что в обеих клинических группах часто отмечалось допущение ошибок к выбору показаний к использованию способа пластики грыжевых ворот. Очень часто, даже при неоднократных случаях

отторжения сетчатых трансплантатов, больным, при повторном обращении, снова выполнялись подобные операции, как правило, с использованием сетки той же разновидности. Между тем, при первом отторжении «сетки» уже существуют показания к замене трансплантата хотя бы на другую разновидность, а по возможности вообще отказа от неё.

Во II клинической группе (группа пластики грыжевых ворот собственными тканями) по большей части причиной развития рецидивов было недостаточное изучение свойств местных тканей в интраоперационном периоде. Так довольно часто много рожавшим женщинам (3 и более беременностей), при практическом отсутствии нормальной апоневротической ткани, с высокой степенью диастаза, выполнялись местно-пластические операции по Сапежко и Мейо. Одной из главных причин этого являлись социально-экономические причины, а также предрассудки некоторой части населения относительно использования сетчатого имплантата, и несогласие на его внедрение пациентам. Стоит также отметить, что именно наличие в анамнезе более трёх беременностей, как правило, являлось предиктором обнаружения в интраоперационном периоде дефицита местных тканей для замещения дефекта. Поэтому у таких больных заранее желательно подготовить сетчатый трансплантат до операции, так как надежды на замещение дефекта местными тканями практически всегда крайне малы.

При повторном вмешательстве нами учитывались все вышеуказанные факторы. Стоит отметить, что во всех 64 случаях отмечалось обильное разрастание спаечных образований, что значительно затрудняло проведение повторных операций и достижение благоприятного результата. Если во второй группе, где в основном использовался сетчатый имплантат, оперативное вмешательство проходило более благоприятно, то в первой дела обстояли иначе. Отторжение «сетки», а также прошлые воспалительные процессы, в том числе и нагноение, затрудняли использование местных тканей, потерявших эластичность и практичность. В то же время, так как ввиду непереносимости сетчатого замена его на другой вид не всегда была приемлема, в некоторых случаях приходилось использовать именно способы местной пластики, даже вопреки их непригодности.

Именно поэтому все три рецидива, отмечавшиеся после проведения нами оперативного вме-

шательства, развивались лишь в I группе, в то время как во II группе рецидивов отмечено не было. Лишь в одном случае при применении сетки во II группе отмечалось скопление жидкости, которое было устранено путём использования адекватного дренирования, а также консервативных способов лечения.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что показания к пластике грыжевых ворот сетчатым трансплантатом должны выставляться с осторожностью, с тщательной проверкой чувствительности организма больного к материалу. Это поможет предотвратить случаи отторжения «сетки» и развития рецидивов. При первичном обращении в стационар для проведения хирургического вмешательства по поводу вентральной грыжи, рекомендуется использовать местные ткани, так как это намного реже вызывает развитие гнойного процесса. В то же время у больных с многочисленными беременностями в анамнезе (более трёх) рекомендуется размещение сетчатого трансплантата на первичном этапе, так как ткани собственной передней стенки (апоневроз) недостаточно надёжны для формирования препятствия содержимому брюшной полости.

Закключение. Полученные данные показывают важность индивидуализации выбора метода пластики грыжевых ворот при рецидивах, и даже при первичном обращении. Шаблонное использование одной методики, будь то операция с пластикой грыжевых ворот местными тканями или сетчатым имплантатом, влечёт за собой развитие рецидивов, и неблагоприятных явлений у данной группы больных. Каждая последующая операция снижает уровень доверия больного к врачу, а также вызывает у него всё большую боязнь по отношению к следующему обращению. Корректная оценка всех сопутствующих факторов, а также данных анамнеза больных до операции помогает выбрать лучший метод проведения оперативного вмешательства, на основе описанных выше критериев.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 10-15 см. в REFERENCES)

1. Ануров М. В. Классификация протезов для пластики грыжевых дефектов передней брюшной стенки (аналитический обзор литературы) / М. В. Ануров, С. М. Титкова, А. П. Эттингер // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2015. – №. 1. – С.5 – 10;
2. Курбонов К.Р. Профилактика послеоперацион-

ных грыж живота / К.Р. Курбонов и др // Здравоохранение Таджикистана. - 2019. - №3. - С.19-23;

3. Лаврешин П.М. Дифференцированный подход к лечению послеоперационных вентральных грыж / П.М. Лаврешин и др. // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2016. - Т. 7, №. 3. - С. 246-251.

4. Ждановский В.В. Протезирующая герниопластика пупочных грыж: амбулаторный опыт / В.В. Ждановский // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2016. - Т. 3, №. 3. - С. 250-255.

5. Мохов Е.М. Применение биологически активного (антимикробного) шовного материала при хирургическом лечении грыж передней брюшной стенки / Е.М. Мохов, Н.Г. Евтушенко, А.Н. Сергеев // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2016. - Т. 5, №. 4. - С. 648-654.

6. Муродов А.И. Применение программы «Fast track surgery» при симультанных лапароскопических операциях / А.И. Муродов, З.О. Алиев, Н.А. Ермаков // Здравоохранение Таджикистана. - 2017. - №. 3. - С. 51-55;

7. Паршиков В.В. Техника разделения компонентов брюшной стенки в лечении пациентов с вентральными и послеоперационными грыжами (обзор) / В.В. Паршиков, В.И. Логинов // Соврем.технол. мед. - 2016. - №1. - С.183-194.

8. Полинский А. А. Качество жизни и отдаленные результаты хирургического лечения пациентов рецидивными паховыми грыжами / А. А. Полинский, А. В. Козловская, А. С. Кречко // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. - 2016. - Т. 52, №. 4. - С. 30-32.

9. Рагимов В.А. Сравнительный анализ результатов аллопластических методов в хирургическом лечении вентральных грыж / В.А. Рагимов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2016. - Т. 5, №. 3. - С. 574-577.

REFERENCES

1. Anurov M. V. Klassifikatsiya protezov dlya plastiki gryzhevykh defektov peredney bryushnoy stenki (analiticheskiy obzor literatury) [Classification of prostheses for plastic hernial defects of the anterior abdominal wall (analytical literature review)]. *Vestnik Rossiyskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta - Herald of the Russian State Medical University*, 2015, No. 1, pp. 5-10;

2. Kurbonov K. R. Profilaktika posleoperatsionnykh gryzh zhivota [Prevention of postoperative abdominal hernias]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2019, No. 3, pp. 19-23;

3. Lavreshin P. M. Differentsirovannyu podkhod k lecheniyu posleoperatsionnykh ventralnykh gryzh [Differentiated approach to the treatment of postoperative ventral hernias]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii - Herald of Experimental and Clinical Surgery*,

2016, Vol. 7, No. 3, pp. 246-251.

4. Zhdanovskiy V. V. Proteziruyushchaya gernioplastika pupochnykh gryzh: ambulatornyy opyt [Umbilical hernia repair: an outpatient experience]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii - Herald of Experimental and Clinical Surgery*, 2016, Vol. 3, No. 3, pp. 250-255.

5. Mokhov E. M. Primenenie biologicheskii aktivnogo (antimikrobnogo) shovnogo materiala pri khirurgicheskom lechenii gryzh peredney bryushnoy stenki [The use of biologically active (antimicrobial) suture material in the surgical treatment of hernias of the anterior abdominal wall]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii - Herald of Experimental and Clinical Surgery*, 2016, Vol. 5, No. 4, pp. 648-654.

6. Murodov A. I. Primenenie programmy «Fast track surgery» pri simultannykh laparoskopicheskikh operatsiyakh [Application of the program “Fast track surgery” in simultaneous laparoscopic operations]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2017, No. 3, pp. 51-55;

7. Parshikov V. V. Tekhnika razdeleniya komponentov bryushnoy stenki v lechenii patsientov s ventralnymi i posleoperatsionnymi gryzhami (obzor) [Technique of separation of abdominal wall components in the treatment of patients with ventral and postoperative hernias (review)]. *Sovremennye tekhnologii meditsiny - Modern technologies of medicine*, 2016, No. 1, pp. 183-194.

8. Polynskiy A. A. Kachestvo zhizni i otdalennyye rezultaty khirurgicheskogo lecheniya patsientov retsidivnymi pakhovymi gryzhami [Quality of life and long-term results of surgical treatment of patients with recurrent inguinal hernias]. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta - Journal of Grodno State Medical University*, 2016, Vol. 52, No. 4, pp. 30-32.

9. Ragimov V. A. Sravnitelnyy analiz rezultatov alloplasticheskikh metodov v khirurgicheskom lechenii ventralnykh gryzh [Comparative analysis of the results of alloplastic methods in the surgical treatment of ventral hernias]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii - Herald of Experimental and Clinical Surgery*, 2016, Vol. 5, No. 3, pp. 574-577.

10. Chung L. Pain and its effects on physical activity and quality of life before operation in patients undergoing elective inguinal and ventral hernia repair. *The American Journal of Surgery*, 2014, Vol. 208, No. 3, pp. 406-411.

11. Pawlak M. Comparison of two different concepts of mesh and fixation technique in laparoscopic ventral hernia repair: a randomized controlled trial. *Surgical endoscopy*, 2016, Vol. 30, No. 3, pp. 1188-1197.

12. Bernal E. Computer vision distance measurement from endoscopic sequences: prospective evaluation in laparoscopic ventral hernia repair. *Surgical endoscopy*, 2014, Vol. 28, No. 12, pp. 3506-3512.

13. Christoudias G. A simplified laparoscopic approach to ventral hernia repair: a new “finned” mesh configuration with defect closure. *Surgical endoscopy*, 2016, No. 3, pp. 1-9;

14. Jensen K. K. Enhanced recovery after giant ventral hernia repair. *Hernia*, 2016, Vol. 20, No. 2, pp. 249-256;

15. Darehzereshki A. Biologic versus nonbiologic mesh in ventral hernia repair: a systematic review and meta-analysis. *World journal of surgery*, 2014, Vol. 38, No. 1, pp. 40-50.

ХУЛОСА

**Ш.К. Полвонов, Р. Рахматуллоев,
Н.Х. Шамсов**

БАҲОДИҲИИ ОМИЛҲОИ ГУНОГУНИ ФАРҚКУНАНДАИ ПАЙДОШУДАИ ЧУРРАҲОИ ТАКРОРИ ДАР БЕМОРИХОЕ, КИ ЧУРРАХОЕ ВЕНТРАЛИ ДОРАНД

Мақсад таҳқиқот. Арзёбии таъсири омилҳои гуногун ба инкишофи такрории hernial ventral

Усулҳои моддӣ ва таҳқиқот. Мо натиҷаи муолиҷаи 64 беморро, ки дар онҳовартаи варидӣ буд, ва дар чарроҳии аввалия дар дигар беморхонаҳо ба шӯъбаи чарроҳии умумии Беморхонаи клиникаи шаҳрӣ муроҷиат кардем, таҳлил кардем. Ҳама беморон барои роҳати баҳогузории натиҷаҳои фаврӣ ва дарозмуддат ба гурӯҳҳои клиникӣ тақсим карда шуданд: ба гурӯҳи I 28 нафар беморон дохил карда шуданд, ки усулҳои трансплантатсияро гузарониданд; гурӯҳи II аз 36 нафар бемороне иборат буд, ки чарроҳӣ карда шуданд ва девори пеши онҳо бо бофтаҳои маҳаллӣ мустаҳкам карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокима. Дар қараёни омӯзиши таърихи тиббии беморон муайян карда шуд, ки дар ҳарду гурӯҳи клиникӣ ҳамаҳо дар интиҳоби нишондодҳо барои усули таъмири дарвоза ба вучуд меоянд. Бисёрвақт, ҳатто ҳангоми ҳодисаҳои такрории рад кардани трансплантатсия, беморон ҳангоми муолиҷаи такрорӣ бори дигарчунин амалиётро, боистифода аз як фикрию ҳамонҳамон, анҷом медиҳанд. Дар айнаи ҳангоми радшавии аввали «тор», нишонаҳо оид ба ивазнамудани трансплантатсия ҳадди аққал навъи дигар мавҷуданд ва агар имкон бошад, онро рокомилан рад мекунам.

Дар гурӯҳи II клиникӣ (гурӯҳи таъмири дарвозаи герни бо бофтаҳои худ), сабаби асосии инкишофи такроршавӣҳо омӯзиши нокифояи хусусиятҳои бофтаҳои маҳаллӣ дар давраи дохили башарӣ буд. Мавҷудияти таърихи зиёда аз се ҳомиладорӣ, чунқоида, як пешгунии муайянқунӣ давраи нарасидани бофтаҳои бофтаи маҳаллӣ барои ивазкардани нуқсон буд.

Хулоса. Маълумотҳои бадастомада аҳамияти ин фироӣ интиҳоби усули таъмири дарвоза барои пайдоиши дубора ва ҳатто дар табобати авалияро нишон медиҳанд. Истифодаи тасаввуроти як усул, ҳоҳ он амалиёт бо таъмири герни бо истифода аз бофтаҳои маҳаллӣ ва ё як чарроҳии фикрию, боиси инкишофи такрорӣ ва ҳодисаҳои номусоид дар ин гурӯҳи беморон мегардад.

Калимаҳои асосӣ: рефлекс, hernias девори пеш аз шикам, hernias ventral.

УДК 616.147-008.64-036.12-072.1

Д.Р. Раджабов¹, Ч.А. Раҳмонов^{1,2}, Д.Д. Султанов^{1,2}, Ф.Ш. Рашидов^{1,2}, С.А. Мирзоев²,
А.Ш. Шохсаворбеков¹

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИСЕКЦИЯ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

¹Кафедра хирургических болезней №2, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Раджабов Дориюш Раджабович - очный аспирант кафедры хирургических болезней №2, ТГМУ им. Абуали ибни Сино. E-mail: doriyush.rachabov.91@gmail.com

Цель исследования. Изучить эффективность методики SEPS в лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей.

Материалы и методы исследования. С 2003 года по настоящее время в «Республиканском научном центре

сердечно-сосудистой хирургии» 27-х больным с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей, обусловленной варикозной болезнью и посттромбофлебитической болезнью, выполнена эндоскопическая диссекция перфорантных вен голени. Мужчин было 17, женщин -10. Средний возраст больных составил 39 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. При выполнении операции Линтона-Фельдера частота послеоперационного осложнения отмечаются в виде гнойно-некротические осложнения ран (до 20% случаев), гематомы, лимфореи, и других видов осложнения увеличивается, тем самым способствует длительному пребыванию пациента в стационаре и ухудшается общее состояние больного. А при применении методики эндоскопической диссекции перфорантных вен (SEPS) при хронической венозной недостаточности осуществляется: полная хирургическая ликвидация патологической вено-венозного рефлюкса, со значительной малой травматизации окружающих тканей, тем самым хороший косметический эффект и улучшает качество жизни больных.

Вывод. При выполнении методики эндоскопической диссекции перфорантных вен (SEPS) как при ВБ так и при посттромбофлебитической болезни устраняется хроническая венозная недостаточность. Основными преимуществами данного метода являются профилактика основного звена патогенеза заболевания, низкая травматичность, хороший косметический эффект, минимальный риск послеоперационных гнойно-некротических осложнений, значительный экономический эффект за счет сокращения сроков реабилитации пациентов

Ключевые слова. Хроническая венозная недостаточность, варикозная болезнь, посттромботическая болезнь, дуплексное сканирование.

D.R. Rajabov¹, D.A. Rahmonov^{1,2}, D.D. Sultanov^{1,2}, F.Sh. Rashidov^{1,2}, S.A. Mirzoev², A.Sh. Shakhshavorbekov¹

ENDOSCOPIC DISSECTION OF PERFORANT VEINS IN TREATMENT OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY OF THE LOWER LIMBS

¹Department of Surgical Diseases №2, Avicenna Tajik State Medical University

²State Institution "Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery"

Rajabov Doriyush Rajabovich - full-time postgraduate student of the Department of Surgical Diseases No. 2, Avicenna Tajik State Medical University; E-mail: doriyush.rachabov.91@gmail.com

Aim. To study the efficacy of SEPS in the treatment of chronic venous insufficiency (CVI) of the lower limbs.

Material and methods. 27 patients with CVI of the lower extremities due to varicose veins and post-thrombotic disease at the Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery from 2003 till present participated in the study. There were 17 men and 10 women. The average age of patients was 39 years.

Results and discussion. After the surgery, according to Linton-Felder, the frequency of such complications like purulent necrotic complications of wounds (up to 20% of cases), hematomas, lymphorrhea increases. It le to prolonged stay of patients in the hospital worsened their general condition. However, applying the method of endoscopic dissection of perforating veins in CVI, the following was achieved: complete surgical elimination of the pathological veno-venous reflux, with significantly minor trauma of the surrounding tissues. It improved the quality of patients' life and had a good cosmetic effect.

Conclusion. Endoscopic dissection of perforating veins, both in case of varicose veins and post-thrombotic disease, eliminated the CVI. The benefits like the prevention of the main link of the disease pathogenesis, low invasiveness, good cosmetic effect, minimal risk of postoperative purulent-necrotic complications, a significant economic effect due to the reduction of patients' rehabilitation period, are the main advantages of this method.

Keywords: chronic venous insufficiency, varicose veins, post-thrombotic disease, duplex scanning.

Актуальность. Хроническая венозная недостаточность (ХВН), несмотря на прогресс в развитии сосудистой хирургии, остаётся одной из актуальных проблем [2, 7]. По различными источникам ХВН чаще всего встречается среди населения трудоспособного возраста от 20 до 50 лет, и около 20% больных становятся инвалидами II-III группы в связи с этим нарушается социальная адаптация пациентов, что создаёт глобальную медико-социальную проблемами и негативно влияет

на глобальную экономику стран [4, 5]. По данным различных источников подтверждается, что расходы лечения при ХВН и его осложнениях в странах Европы в среднем составляют 2-3% от всего бюджета сектора здравоохранения, а в США эти цифры достигают более 2,5 млрд долларов в год. В Англии по данным Negus D. для обследования и лечения одного больного с трофической язвой в течение года тратится от 1200 до 5200 евро. [4].

Хирургическое лечение при данной патологии

считается на сегодняшний день наиболее эффективным методом лечения, и при этом основным моментом оперативного вмешательства является устранение патологического сброса по несостоятельным перфорантным венам голени [1-5]. В течении ХВН одним из разрушительных факторов является венозная гипертензия, которая возникает в результате разрушения клапанов, вследствие чего возникает патологический ретроградный кровоток - вено-венозные рефлюксы (глубокий вертикальный вено-венозный и горизонтальный вено-венозный рефлюкс по коммуникантным венам), и следовательно приводит к застою крови в венозном русле и развивается флебогипертензия, нарушаются функции мышечно-венозной помпы, в худшем случае обструкция глубоких вен.

Цель исследования. Изучить эффективность методики SEPS в лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей.

Материалы и методы исследования. С 2003 года по настоящее время в Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии была выполнена эндоскопическая диссекция перфорантных вен голени 27 больным с ХВН нижних конечностей, варикозной и посттромбофлебитической этиологии. Мужчин было 17, женщин -10. Средний возраст больных составил 39 лет. Причиной ХВН у 17 пациентов была варикозная болезнь, у 10 - посттромбофлебитическая болезнь (ПТФБ) нижних конечностей. Длительность заболевания варьировалось от 3 до 27 лет. Площадь язвенного

дефекта колебалась от 1,0 до 3,0 см².

Показаниями к операции считали ХВН С 4-6 классов по СЕАР с выявленной несостоятельностью перфорантных вен, а при ПТФБ ещё и учитывалась степень реканализации глубоких вен голени [6,7]. Всем больным, кроме данных анамнеза и осмотра, выполнена ультразвуковая доплерография и дуплексное сканирование вен нижних конечностей на ультразвуковом сканере «Mindray DC-7» (China) с маркировкой перфорантных вен голени, а 4 больным, по показаниям, выполнена рентгеноконтрастная флебография. Предоперационная консервативная терапия проводилась с целью улучшения микроциркуляции, трофики тканей, улучшения лимфодренажной функции, повышения тонуса вен, купирования отёка и воспалительного процесса, а также санация мягких тканей для профилактики послеоперационных гнойных осложнений. В основном SEPS выполнялась из медиального доступа (24 больных), лишь в 3 случаях применяли заднелатеральный доступ. Основные технические моменты операции не отличались от общепринятого. Количество клипированных и коагулированных вен колебалось от 3 до 6, диаметр - от 2 мм до 1 см. Средняя продолжительность операции при изолированной эндоскопической диссекции перфорантных вен (SEPS) составила 40 минут. Для устранения наличия вертикального рефлюкса по поверхностным, а также глубоким (заднетибиальная) венам у 17 больных SEPS комбинировалась с другими видами



Рис. 1. Интра-операционно фото мобилизации и клипирования перфорантной вены.

операций. В частности, минифлебэктомия подкожных вен выполнена 9 пациентам, экстравазальная коррекция клапана бедренной вены – 2, перевязка заднетибиальной вены – 6.

На рис. 1 показана этапы операции при эндоскопической диссекции перфорантных вен (SEPS).

На рис. 2 приведено сочетание эндоскопической диссекции перфорантных вен (SEPS) с минифлебэктомией подкожных вен на уровне голени при ВБ.

Результаты исследования и их обсуждение.

Для подтверждения преимуществ методики эндоскопической диссекции перфорантных вен (SEPS) ориентировались на следующие показатели:

- частота послеоперационных осложнений;
- длительность пребывания в стационаре;
- общее состояния и субъективные ощущения больных;

После традиционной операции Линтона-Фельдера до 20% случаев отмечаются гнойно-некротические осложнения ран, чем нередко обусловлен отказ от этой операции. Данная методика имеет ряд недостатков:

– для выполнения вмешательства требуется широкий операционный доступ к перфорантным венам, тем самым увеличивается травматизация мягких тканей, что приводит к увеличению сроков

регенерации ран.

– при выполнении широкого доступа увеличивается риск ятрогенного повреждения лимфатических коллекторов и нервных стволов, что может привести к лимфостазу и гипостезии, парестезии.

– при выполнении разреза вдоль или через измененные участки кожи возможно развитие краевого некроза, расхождение раны, гнойно-некротические осложнения.

Однозначно при выполнении таких видов операции частота послеоперационного осложнения в виде гематомы, лимфореи, гнойно-некротических и других видов осложнения увеличивается, тем самым способствует длительному пребыванию пациента в стационаре. Почти у всех больных после операции Линтона, образуется грубый косметический дефект, что в последующем требует хирургической коррекции. Большинство авторов последнее время отказались от проведения таких видов операции [3].

В ближайшем послеоперационном периоде у двух пациентов на фоне имеющейся обширной трофической язвы отмечалось развитие паратравматической экземы, которая успешно поддавалась консервативной терапии. Других осложнений в виде тромбоза глубоких вен, гематомы, лимфореи, нагноения послеоперационных ран и других



Рис. 2. Состояние через 1 месяц после операции сочетания эндоскопической диссекции перфорантных вен (SEPS) с минифлебэктомией подкожных вен на уровне голени при ВБ.



Рис. 3. Состояние через 5 лет после операции Линтона-Фельдера при ПТБ. Виден длинный грубый послеоперационный рубец

осложнений не было. У больных с открытыми трофическими язвами сроки заживления варьировали от 3 недель до 2 месяцев. Во всех 27 случаях клиника ХВН нижних конечностей регрессировала, что проявлялось в виде уменьшения отека, индурации мягких тканей, гиперпигментации кожного покрова. Больные отмечали уменьшение или исчезновение чувство распирания, болей и ночных судорог в нижних конечностях. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением, они имели размеры 2,0х0,5 см. Все больные выписаны с улучшением и в удовлетворительном состоянии, а среднее пребывание больных в стационаре сократилось и составило 6-7 дней.

Таким образом, при применении методики эндоскопической диссекции перфорантных вен (SEPS) при ХВН достигается: ликвидация патологического горизонтального вено-венозного рефлюкса, малая травматизация мягких тканей, хороший косметический эффект, улучшение качества жизни пациентов.

Выводы: Преимуществами методики SEPS являлись: малотравматичность, хороший косметический эффект, минимальный риск послеоперационных гнойно-некротических осложнений, значительный экономический эффект в результате сокращения койко-дней, сроков реабилитации больных.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 7-9 см. в REFERENCES)

1. Алексеев К.И. Субфасциальная эндоскопическая диссекция перфорантных вен голени в лечении хронической венозной недостаточности / К.И. Алексеев, К.В. Старков [и др.] // Хирургия [Электронный ресурс]. – 2006. – №9. – Режим доступа: . ru /journals/pirogov/ detail/267/4068/

2. Гоилов А.Д. Острый илиофеморальный венозный тромбоз. / А.Д. Гоилов, О.Н. Садриев, Е.Л. Калмыков [и др.] // Кардиология сердечно-сосудистая хирургия. – 2016. Т. 9, № 5. – С. 63-68.

3. Лазаренко В.А. Возможности эндоскопической хирургии в лечении декомпенсированных форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей / Лазаренко В.А. [и др.] // Вестн. хирургии. – 2005. – № 3. – С.10-14.

4. Сушков С.А. Эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен в переднем миофасциальном ложе голени. / С.А.Сушков, А.Г.Павлов, П. А. Кухтенков // Журнал новости хирургия 2009 г.

5. Шарифзода Х. С. Некоторые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. / Х. С. Шарифзода // Здравоохранение Таджикистана. – 2019. - № 2. - С. 98-104.

6. Шишин К.В. Эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен голени в лечении трофических язв венозной этиологии / К.В. Шишин [и др.] // Хирургия. – 2005. – № 5. – С. 9-13.

REFERENCES

1. Alekseev K. I. Subfatsialnaya endoskopicheskaya dissektsiya perforantnykh ven goleni v lechenii khronicheskoy venoznoy nedostatochnosti [Subfascial endoscopic dissection of leg perforating veins in the treatment of chronic venous insufficiency]. *Khirurgiya – Surgery*, 2006, No. 9.

2. Goibov A. D. Ostryy iliofemoralnyy venoznyy tromboz [Acute iliofemoral venous thrombosis]. *Kardiologiya serdechno-sosudistaya khirurgiya - Cardiology cardiovascular surgery*, 2016, Vol. 9, No. 5, pp. 63-68.

3. Lazarenko V. A. Vozmozhnosti endoskopicheskoy khirurgii v lechenii dekom-pensirovannykh form khronicheskoy venoznoy nedostatochnosti nizhnikh konechnostey [Possibilities of endoscopic surgery in the treatment of decompensated forms of chronic venous insufficiency of the lower extremities]. *Vestnik khirurgii – Herald of surgery*, 2005, No. 3, pp. 10-14.

4. Sushkov S. A. Endoskopicheskaya subfatsialnaya dissektsiya perforantnykh ven v perednem miofatsialnom lozhe goleni [Endoscopic subfascial dissection of perforating veins in the anterior myofascial bed of the lower leg]. *Zhurnal novosti khirurgii – Journal News of Surgery*, 2009.

5. Sharifzoda Kh. S. Nekotorye faktory riska serdechno-sosudistyykh zabolevaniy [Some risk factors of cardiovascular disease]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2019, No. 2, pp. 98-104.

6. Shishin K. V. Endoskopicheskaya subfatsialnaya dissektsiya perforantnykh ven goleni v lechenii troficheskikh yazv venoznoy etiologii [Endoscopic subfascial dissection of the leg perforating veins in the treatment of trophic ulcers of venous etiology]. *Khirurgiya – Surgery*, 2005, No. 5, pp. 9-13.

7. Rijckede P. A. Subfascial endoscopic perforating vein surgery as treatment for lateral perforating vein in competence and venous ulceration. *Journal of Vascular Surgery*, 2003, Vol. 38, No. 4, pp. 799-803.

8. Shishin K.V. Endoscopic subfascial dissection of perforating veins of the leg in the treatment of trophic ulcers of venous etiology. *Surgery*, 2005, No. 5, pp. 9-13.

9. Rijcke de P. A. Subfascial endoscopic perforating veinsurgery as treatment for lateral perforating vein incompetence and venous ulceration. *Journal of Vascular Surgery*, 2003, Vol. 38, No. 4, pp. 799-803.

ХУЛОСА

Д.Р. Рачабов

ТАШРЕҲИ ЭНДОСКОПИИ ВАРИДҲОИ ШИ-
КОФАНДА ҲАНГОМИ МУОЛИҶАИ НОКИ-

ФОЯГИИ МУЗМИНИ ВАРИДИИ ПОЙҶОИ ПОЁН

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши самаранокии усули SEPS зимни муолиҷаи НМВ-и андомҳои поёнӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Аз соли 2003 то имрӯз дар «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳо» 27 бемори гирифтӣ ба НМВ-и андомҳои поёнӣ бо сабаби бемории варикозӣ ва пасазтромбофлебозӣ қарор доштанд ва дар мавриди онҳо диссексияи эндоскопии варидҳои нуфузкунандаи соқ ба амал оварда шуд. Аз 27 бемор 17 нафар мард ва 10 нафар зан буданд. Синни миёнаи беморон 39 солро ташкил меод.

Натиҷаҳо ва муҳокима. Ҳангоми иҷрои ҷарроҳии Линтон-Фелдер басомади оризаҳои пасазҷарроҳӣ дар шакли римӣ-некрозӣ (то 20%-и ҳодисаҳо) ҳуномос, лимфорея мушоҳида мегардид. Навъҳои дигари оризаҳо афзуда, ба ҳамин восита барои ба муддати мадид бистарӣ гардидани бе-

мор дар статсионар ва бад шудани ҳолати бемор мусоидат менамуданд. Ҳангоми ба қор бурдани усули ташреҳи эндоскопии варидҳои шиқофанда (SEPS) зимни НМВ ба амал оварда мешавад: ба таври ҷарроҳӣ пурра бартараф кардани рефлюкси патологияи вариду варидӣ ва ба бофтаҳои атроф камтар осеб расонидан. Ба ҳамин восита ноил гардидан ба натиҷаи хуби косметикӣ ва беҳтар сохтани сифати умри бемор.

Ҳулоса: Ҳангоми ба амал овардани усули эндоскопии диссексияи варидҳои нуфузкунанда (SEPS) ҳам зимни БВ ва ҳам зимни БПТФ НМВ бартараф мешавад. Пешгирии зинаи асосии патогенези беморӣ, камосебӣ, натиҷаи хуби косметикӣ, хатари минималии оризаҳои римӣ-некрозии пасазҷарроҳӣ, аз ҳисоби кам кардани муҳлати реабилитатсияи беморон самарائي зиёди иқтисодӣ афзалияти асосии усули мазкур ба шумор меравад.

Калимаҳои калидӣ. Нокифоягии музмини варидӣ, бемории варикозӣ, бемории пасазтромбозӣ, сканиркунии дуплексӣ.

УДК 616.381-002-079

А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, С.Г. Ализаде

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА

Кафедра хирургических болезней №1, ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Сараев Алишер Рахматуллоевич - к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней № 1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139, Тел.: (+992) 918-65-05-40, E-mail: dr.saraev@mail.ru

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с тяжёлыми формами распространённого перитонита за счёт оптимизации хирургической тактики.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 266 больных с тяжёлыми формами распространённого перитонита, которые были разделены на две группы: 1-ю группу составили 140 (61,9%) больных с распространённым перитонитом в стадии абдоминального сепсиса. Во 2-ю группу вошли 86 (38,1%) больных в стадии септического шока. Больные обеих групп были подвергнуты релапаротомии (по требованию или по программе).

Результаты исследования и их обсуждение. Летальность при применении тактики «релапаротомия по требованию» составила 40,5%, а при применении тактики «программированная релапаротомия» – 62,5%. У тяжёлых больных с распространённым перитонитом в стадии септического шока смертность составила 69,2% в группе больных, подвергшихся релапаротомии по требованию против 58,8% в группе, где выполнялась программированная релапаротомия.

Заключение. В стадии абдоминального сепсиса релапаротомия по требованию является более предпочтительным методом. Для тяжёлых больных с распространённым перитонитом в стадии септического шока показано применение тактики программированной релапаротомии с этапными санациями брюшной полости.

Ключевые слова: распространённый перитонит, абдоминальный сепсис, септический шок, релапаротомия по требованию, программированная релапаротомия.

A.R. Saraev, Sh.K. Nazarov, S.G. Alizade

TREATMENT OF SEVERE FORMS OF GENERALIZED PERITONITIS

Department of Surgical Diseases №1, State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University"

Saraev Alisher Rakhmatulloevich - candidate of medical sciences, docent of the department of surgical diseases No.1 of the State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University", 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, 139 Rudaki Ave., Tel.: (+992) 918-65-05-40, E-mail: dr.saraev@mail.ru

Aim. To improve the results of treatment of patients with severe forms of generalized peritonitis by optimization of surgical tactics.

Materials and methods. The results of the treatment of 266 patients with severe forms of generalized peritonitis, which were divided into two groups, were analyzed. The 1st group consisted of 140 (61.9%) patients with generalized peritonitis in the stage of abdominal sepsis. The 2nd group included 86 (38.1%) patients in the stage of septic shock. Patients of both groups underwent relaparotomy (on-demand or programmed).

Results and discussion. The mortality of patient that underwent "relaparotomy on-demand" was 40.5%. For patients who underwent "programmed relaparotomy," it was 62.5%. For patients in the group of relaparotomy on-demand with severe generalized peritonitis in a stage of the septic shock, the mortality was 69.2% versus 58.8% for patients in the group of programmed relaparotomy.

Conclusion. In the stage of abdominal sepsis, relaparotomy on demand is a method of choice. For severe patients with generalized peritonitis in the stage of septic shock, the use of a programmed relaparotomy approach with repeated abdominal sanitation is indicated.

Keywords: generalized peritonitis, abdominal sepsis, septic shock, relaparotomy on-demand, programmed relaparotomy.

Актуальность. Вопросы тактики хирургического лечения запущенных форм распространённого перитонита (РП) в настоящее время являются предметом дискуссии среди хирургов [2, 8]. Несмотря на то, что прогресс в медицинском обслуживании населения очевиден, показатели летальности при данной патологии за последние годы упали лишь незначительно, и варьируют по данным отечественных и зарубежных хирургов, от 30% до 70% [4, 6, 11, 13], хотя по распространённости перитонит составляет от 3 до 13% от числа хирургических заболеваний и до 80% от острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Нередко хирурги вынуждены прибегать к повторным вмешательствам, чтобы справиться с последствиями интраабдоминальной инфекции. В этом аспекте существуют два основных подхода к этой проблеме: релапаротомия по требованию и запрограммированная релапаротомия. В последнюю входят также стратегии «damage control» и «лапаростомия».

Тактика программируемой релапаротомии предусматривает проведение этапных санаций каждые 2–3 дня до тех пор, пока брюшная полость макроскопически не будет свободной от инфекции («чистой»), независимо от клинического состояния пациента [3, 7]. На первый взгляд данная стратегия имеет преимущество раннего выявления и лечения ареактивного персистирующего перитонита или вновь сформированных гнойно-вос-

палительных очагов, но на самом деле это лишь приводит к увеличению количества ненужных релапаротомий [5].

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с распространённым перитонитом путём применения разработанного алгоритма выбора оптимальной хирургической тактики.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 226 больных с тяжёлыми формами РП, которые находились на лечении в хирургических отделениях и отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) крупных лечебных учреждений Республики Таджикистан в течение 10 лет, с февраля 2009 по декабрь 2018 года, и которые подлежали релапаротомии. Из 226 пациентов мужчин было 129 (57,1%) женщин 97 (42,9%), а их возраст составлял от 35 до 76 лет. Средний возраст пациентов составил $53,8 \pm 1,2$ года. Все пациенты были подвергнуты лапаротомии в экстренном порядке, а в дальнейшем «релапаротомии по требованию» или «программированной релапаротомии» с этапными санациями брюшной полости. Всего умерших было 124, летальность составила 54,9%. Тяжесть состояния больных оценивали по шкале АРАСНЕ II. Тяжесть перитонита исходно определяли по Мангеймскому индексу перитонита (МИП) и Индексу перитонита (ИП), разработанной в нашей клинике. Основными причинами РП являлись: перфоративные гастродуоденальные

Таблица 1

**Варианты ведения брюшной полости при РП
в стадии абдоминального сепсиса**

Хир. тактика	Кол-во пациентов	%	Умер-ло	Летальность%
РТ	84	60	34	40,5
ПР	56	40	35	62,5*
всего	140	61,9**	69	49,3

Примечание: * $p < 0,05$ – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2); РТ – релапаротомия по требованию; ПР – программированная релапаротомия; МИП – Мангеймский индекс перитонита; ИП – индекс перитонита.

**% - от общего количества больных (n=226).

Таблица 2

**Варианты ведения брюшной полости при РП
в стадии септического шока**

Хир. тактика	Кол-во пациентов	%	Умер-ло	Летальность%
РТ	52	60,4	36	69,2
ПР	34	39,6	19	55,9*
всего	86	38,1**	55	64,0

Примечание: * $p = 0,21$ – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2); РТ – релапаротомия по требованию; ПР – программированная релапаротомия; МИП – Мангеймский индекс перитонита; ИП – индекс перитонита.

**% - от общего количества больных (n=226).

язвы, острый аппендицит и послеоперационный перитонит. На долю этих причин приходилось половина всех случаев РП. Немалое значение среди причин перитонита имели нарушение целостности (в том числе и перфорации) тонкой и толстой кишки различного генеза, а также опухоли толстой кишки. Больные были разделены на две группы: 1-ю группу составили 140 (61,9%) больных с РП в стадии абдоминального сепсиса (АС). Во 2-ю группу вошли 86 (38,1%) больных с РП в стадии септического шока (СШ). Разделение по стадиям произведено согласно предложенной нашей клиникой классификации. Больные обеих групп были подвергнуты релапаротомии (по требованию или по программе).

Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи электронных таблиц «Excel» и прикладной программы «Statistica 6,0». Проводилась первичная математическая обработка с вычислением средних значений полученных данных; определялись числовые характеристики выборочных переменных (среднее, стандартное отклонение), оценка точности выборочных переменных (стандартная ошибка). Достоверность различий определялась по критериям Стьюдента и Фишера при нормальном распределении сравнительных рядов, и по критериям Манна-Уитни и χ^2 при рядах, отличающихся ненормальным распределением.

Результаты исследования и их обсуждение.

В целях оценки эффективности той или иной хирургической тактики все больные были разделены на две группы: 1-ю группу составили 140 (61,9%) больных с РП в стадии АС (табл. 1). По шкале АРАСНЕ II средний балл больных данной группы составил $17,7 \pm 1,3$, по МИП – $22,6 \pm 2,7$ и по ИП – $18,9 \pm 1,1$, летальность составила при этом 49,3%. У 84 (60%) больных этой группы релапаротомия была применена «по требованию», у 56 (40%) – по программе. Летальность в группе больных с тактикой «релапаротомия по требованию» (РТ) составила 40,5%, а в группе с тактикой «программированная релапаротомия» (ПР) – 62,5%.

Во 2-ю группу вошли 86 (38,1%) больных с РП в стадии СШ (табл. 2). По шкале АРАСНЕ II средний балл больных данной группы составил $20,5 \pm 1,2$, по МИП – $24,1 \pm 3,2$ и по ИП – $20,7 \pm 1,3$. Смертность составила 64%. У 52 (60,4%) больных этой группы релапаротомия была применена «по требованию», у 34 (39,6%) – по программе. Летальность в группе больных с тактикой РТ составила 69,2% (36/52), а в группе с ПР – 55,9%.

Анализ данных хирургического ведения больных с тяжелыми формами распространенного перитонита привёл к следующим результатам.

Для больных с распространенным перитонитом в стадии абдоминального сепсиса (оценка по шкале АРАСНЕ II – $17,7 \pm 1,3$ баллов), неблагоприятный исход больше отмечался у больных, которым выполнялась запрограммированная релапаротомия (табл.1). Летальность составила 40,5% в группе больных, подвергшихся релапаротомии по требованию против 62,5% в группе, где выполнялась программированная релапаротомия ($p < 0,005$). Такой вывод противоречит широко распространенному среди хирургов мнению о преимуществах программированной релапаротомии. Еще одна неподтвержденная догма заключается в том, что планировать релапаротомию неизменно следует лишь в случаях калового перитонита при первичной лапаротомии. Летальность при программированной релапаротомии оказывается выше, чем при релапаротомии по требованию при распространенном гнойном или каловом перитоните.

в стадии абдоминального сепсиса.

Пациентам, подвергавшимся релапаротомии по требованию выполнялось меньшее количество релапаротомий 115 (31х2+53) против 150 (23х2+28х3+5х4) в группе с запланированными релапаротомиями; 63,1% (53/84) пациентов с релапаротомиями по требованию никогда не нуждались в этапных санациях. Более того, процент «напрасных» релапаротомий (нет сохранившегося или вновь сформированного гнойно-воспалительного очага) был ниже в группе «по требованию» 4,3% (3/62+2/53) против 7,3% (4/46+6/84+1/20) в группе больных с релапаротомиями по программе. «Напрасная релапаротомия» считается не только бесполезной, но даже опасной для пациента. Отбор пациентов для вмешательства с помощью компьютерной томографии (КТ) теоретически может способствовать дальнейшему снижению доли «напрасных» релапаротомий при применении тактики по требованию. Кроме того, необходимо всегда помнить о большом значении адекватности дренирования области жидкостных скоплений при первичной лапаротомии, что также может умень-

шить потребность в релапаротомии.

Результаты наших исследований указывают на то, что при отсутствии септического шока при распространённом перитоните релапаротомия по требованию является более предпочтительным методом, нежели запланированная релапаротомия. Несмотря на выявленные преимущества релапаротомии по требованию, запланированные релапаротомии все еще выполняются сегодня хирургами. Однако необходимо определиться с критериями для выполнения данной, не всегда показанной, процедуры.

Для тяжёлых больных с распространённым перитонитом в стадии септического шока (оценка по шкале APACHE II - $20,5 \pm 1,2$ баллов), тактика запрограммированной релапаротомии оказалась востребованной (табл.2).

Смертность составила 69,2% в группе больных, подвергшихся релапаротомии по требованию против 58,8% в группе, где выполнялась запрограммированная релапаротомия ($p=0,21$). Таким образом, больным в стадии септического шока, когда в брюшной полости зачастую обнаруживаются

Таблица 3

Алгоритм выбора тактики лечения тяжёлых форм распространённого перитонита



сочетание гнойного, адгезивного, воспалительно-инфильтративного процесса нередко с формированием абсцессов, показано применение тактики программированной релапаротомии с этапными санациями брюшной полости.

По результатам исследования составлен алгоритм выбора тактики ведения брюшной полости в послеоперационном периоде, основу которого составляет разделение больных по баллам «индекса перитонита» (табл 3).

При отсутствии улучшения в состоянии пациентов в послеоперационном периоде или его ухудшении, при отсутствии грубых фибринозных наложений на петлях кишечника и адгезивных процессов в брюшной полости при первичной операции, решение должно приниматься в пользу релапаротомии по требованию. При наличии фибринозно-адгезивных изменений на фоне гнойного процесса и клинических признаках септического шока при первичной операции целесообразно запланировать этапные санации брюшной полости, количество которых будет зависеть от динамики патоморфологических изменений в брюшной полости. Показаниями ко второй и последующим санационным релапаротомиям будут:

- формирующиеся абсцессы брюшной полости;
- более 500 мл гнойного выпота;
- анаэробный выпот, независимо от его количества.

При технической доступности можно использовать «комбинированный метод» – сочетание полужакрытого (традиционного) способа с программированными видеолaparоскопическими санациями брюшной полости.

Заключение. Для тяжёлых больных с распространённым перитонитом в стадии септического шока, когда в брюшной полости зачастую обнаруживаются сочетание гнойного, адгезивного, воспалительно-инфильтративного процесса нередко с формированием абсцессов, показано применение тактики программированной релапаротомии с этапными санациями брюшной полости. Алгоритм, составленный по результатам исследования, поможет в выборе оптимальной хирургической тактики при тяжёлых формах распространённого перитонита.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 10 см. в REFERENCES)

1. Винник Ю.С. Динамика системного воспаления при этапном лечении распространённого

гнойного перитонита / Ю.С. Винник, Д.Э. Зdzi-to-вецкий // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2011. - №1(4). - С. 40-44.

2. Галимзянов Ф.В. Результаты хирургического лечения больных третичным перитонитом с тяжёлым абдоминальным сепсисом / Ф.В. Галимзянов, М.И. Прудков, Т.М. Богомякова, О.П. Лазарева // Вестник уральской медицинской академической науки. - 2011. - №4 (37). - С. 29-34.

3. Гольбрайх В.А. Сочетанная травма органов брюшной полости: современные подходы к стандартизации, лечебно-диагностические алгоритмы. Московский хирургический журнал / В.А. Гольбрайх, Ю.П. Савченко, А.Г. Арутюнян // - 2019. - № 3 (67). - С. 68-76.

4. Даминова Н.М. Этиопатогенез, классификация, диагностика и лечение послеоперационного перитонита / Н.М. Даминова, З.Х. Газиев, М.Б. Назаров // Здравоохранение Таджикистана. - 2016. - №4. - С.65-74.

5. Жидков С.А. Прогнозирование необходимости повторной санации брюшной полости при лечении распространённого перитонита / С.А. Жидков и др // Новости хирургии. - 2010. - № 2(18).- С. 50-55.

6. Курбонов К.М. Эндовидеохирургические технологии в хирургии повреждений груди и живота / К.М. Курбонов, Ш.Б. Полвонов, Н.М. Даминова // Здравоохранение Таджикистана. - 2020. - №1. - С. 28-33.

7. Маскин С.С. Программные и экстренные релапаротомии в лечении распространённого перитонита / С.С. Маскин, и др // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2012. - № 4 (44). - С. 105-107.

8. Маскин С.С. Основы дифференцированного подхода к лечению перитонита толстокишечного генеза / С.С. Маскин, и др // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2017. - №1. - С.17-23.

9. Черданцев Д.В. Вакуум-ассистированная лапаротомия при лечении распространённого гнойного перитонита / Д.В. Черданцев, О.В. Первова, В.А. Шапкина // В мире научных открытий. - 2015. - №2(72). - С.517-531.

REFERENCES

1. Vinnik Yu. S. Dinamika sistemnogo vospaleniya pri etapnom lechenii rasprostranyonnogo gnoynogo peritonita [The dynamics of systemic inflammation in the treatment of common purulent peritonitis in stages]. *Vestnik eksperimental'noy i klinicheskoy khi-*

rurgii – Bulletin of experimental and clinical surgery, 2011, No. 1 (4), pp. 40-44.

2. Galimzyanov F. V. Rezultaty khirurgicheskogo lecheniya bolnykh tretichnym peritonitom s tyazheym abdominalnym sepsisom [The results of surgical treatment of patients with tertiary peritonitis with severe abdominal sepsis]. *Vestnik uralskoy meditsinskoy akademicheskoy nauki – Bulletin of the Ural medical academic science*, 2011, No. 4 (37), pp. 29-34.

3. Golbraykh V. A. Sochetannaya travma organov bryushnoy polosti: sovremennyye podkhody k standartizatsii, lechenno-diagnosticskiye algoritmy [Combined trauma of abdominal organs: modern approaches to standardization, diagnostic and treatment algorithms]. *Moskovskiy khirurgicheskiy zhurnal – Moscow Surgical Journal*, 2019, No. 3 (67), pp. 68-76.

4. Daminova N. M. Etiopatogenez, klassifikatsiya, diagnostika i lecheniye posleoperatsionnogo peritonita [Etiopathogenesis, classification, diagnosis and treatment of postoperative peritonitis]. *Zdravookhraneniye Tadjikistana - Healthcare of Tajikistan*, 2016, No. 4, pp. 65-74.

5. Zhidkov S. A. Prognozirovaniye neobkhodimosti povtornoy sanatsii bryushnoy polosti pri lechenii rasprostranyonnogo peritonita [Prediction of the need for repeated sanitation of the abdominal cavity in the treatment of common peritonitis]. *Novosti khirurgii – News of surgery*, 2010, № 2(18), pp. 50-55.

6. Kurbonov K.M. Endovideokhirurgicheskiye tekhnologii v khirurgii povrezhdeniy grudi i zhivota [Endovideo surgical technology in surgery for injuries of the chest and abdomen], *Zdravookhraneniye Tadjikistana. Healthcare of Tajikistan*, - 2020. - No. 1. - S. 28-33.

7. Maskin S. S. Programmnyye i ekstrennyye relaparotomii v lechenii rasprostranennogo peritonita [Program and emergency relaparotomy in the treatment of common peritonitis]. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta – Bulletin of the Volgograd State Medical University*, 2012, No. 4 (44), pp. 105-107.

8. Maskin S. S. Osnovy differentsirovannogo podkhoda k lecheniyu peritonita tolstokishechnogo geneza [The basics of a differentiated approach to the treatment of colon peritonitis]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii – Bulletin of surgical gastroenterology*, 2017, No. 1, pp.17-23.

9. Cherdantsev D. V. Vakuu-assistirovannaya laparostoma pri lechenii rasprostranennogo gnoynogo peritonita [Vacuum-assisted laparostomy in the treatment of common purulent peritonitis]. *V mire nauch-*

nykh otkrytiy – In the world of scientific discoveries, 2015, No. 2 (72), pp. 517-531.

10. Scriba M. F., Laing G. L., Bruce J. L., Clarke D. L. Repeat laparotomy in a developing world tertiary level surgical service. *American Journal of Surgery*, 2015, Vol. 210 (4), pp. 755-8.

ХУЛОСА

А.Р. Сараев, Ш.Қ. Назаров, С.Г. Ализода

УСУЛҲОИ ТАБОБАТИ ШАКЛҲОИ ВАЗНИНИ ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА

Мақсади тадқиқот. Бехтаркунии натиҷаҳои табобати беморон бо шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта аз ҳисоби оптимизатсияи тактикаи ҷарроҳӣ.

Мавод ва усули таҳқиқот. Натиҷаҳои табобати 266 бемор бо шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта, ки ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи аввалро 140 (61,9%) бемор, гирифтори перитонити паҳнғашта дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ ташкил доданд. Ба гурӯҳи дуввум 86 (38,1%) бемор дар марҳилаи шоки септикий дохил буданд. Ба беморони ҳар ду гурӯҳ релапаротомия (талаботӣ ва барномавӣ) иҷро карда шудааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Барои гурӯҳи беморон бо перитонити паҳнғашта дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ оқибати нохуш бештар дар бемороне мушоҳида мешуд, ки релапаротомияи барномавӣ гузарондаанд. Ҳангоми истифодабарии тактикаи “релапаротомияи талаботӣ” фавтнокӣ 40,5%-ро ташкил медиҳад, ва ҳангоми истифодабарии тактикаи “релапаротомияи барномавӣ” фавтнокӣ 62,5%-ро ташкил дод. Дар беморони вазнин бо перитонити паҳнғашта дар марҳилаи шоки септикий дар гурӯҳи беморон, ки релапаротомияи талаботӣ гузаронданд, фисати фавтнокӣ то ба 69,2% расид, муқобили 58,8% дар гурӯҳи релапаротомияи барномавӣ. Тактикаи релапаротомияи барномавӣ дар ин гурӯҳ афзалтар аст.

Хулоса. Дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ усули “релапаротомияи талаботӣ” афзалтар мебошад. Барои беморони вазнини мубталои перитонити паҳнғашта дар марҳилаи шоки септикий истифодабарии тактикаи релапаротомияи барномавӣ бо поксозии давравии ковокии шикам бехтар аст.

Калимаҳои калидӣ: перитонити паҳнғашта, сепсиси абдоминалӣ, шоки септикий, релапаротомияи талаботӣ, релапаротомияи барномавӣ.

УДК 616.995.1

З.Г. Хасанов, З. Дж. Фатихова, О.Х. Саидова, Ф.И. Одинаев, Ш.Ф. Одинаев

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АСКАРИДОЗА, ЭНТЕРОБИОЗА И ЛЯМБЛИОЗА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» МЗиСЗН РТ

Хасанов Зафар Гурезович - соискатель ГУ «Таджикского научно-исследовательского института профилактической медицины» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ; тел.: +992937312222

Цель исследования. Изучить частоту заболеваемости аскаридозом, энтеробиозом и лямблиозом за последние 5 лет у населения Республики Таджикистан.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ ежегодных отчетов Республиканского и Региональных центров госсанэпиднадзора за период 2015-2019 годы по распространенности паразитарных заболеваний. Изучена распространенность аскаридоза, энтеробиоза и лямблиоза среди населения Согдийской, Хатлонской, Горно-Бадахшанской областях, районах республиканского подчинения и городе Душанбе.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ ежегодных официальных отчетов о заболеваемости населения, регионов и в целом Республики Таджикистан в период 2015-2019 годов показал высокие цифры заболеваемости в Хатлонской области, районах республиканского подчинения, а в динамике исследуемых лет наблюдается значительный этих показателей. В Согдийской области наблюдается отчетливое снижение заболеваемости аскаридозом, показатели заболеваемости энтеробиоза и лямблиоза стабильные. В г. Душанбе заболеваемость паразитарными заболеваниями сравнительно на низком уровне.

Ключевые слова: аскаридоз, энтеробиоз, лямблиоз, паразитарные заболевания, гельминтозы, кишечные заболевания, инфекция, динамика, профилактика.

Z.G. Hasanov, Z.J. Fatikhova, O.Kh. Saidova, F.I. Odinaev, Sh. Odinaev

PREVALENCE OF ASCARIDOSIS, ENTEROBIOSIS, AND LAMBLIOSIS AMONG THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN IN MODERN SOCIO-ECONOMIC CONDITIONS

State Institution "Tajik Scientific Research Institute of Preventive Medicine" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

Hasanov Zafar Gurezovich - Aspirant of State Institution "Tajik Scientific Research Institute of Preventive Medicine" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, tel+992 93731222

Aim. To study the prevalence of some parasitic diseases (ascariasis, enterobiasis, and giardiasis) among the population of the Republic of Tajikistan according to the official statistical data.

Material and methods. A retrospective analysis of the annual reports of regional and Republican centers of state sanitary and epidemiological surveillance for the period 2015-2019 on the prevalence of parasitic diseases was carried out. The prevalence of ascariasis, enterobiasis, and giardiasis among the population of Sughd, Khatlon, Gorno-Badakhshan regions, Regions of Republican Subordination, and the city of Dushanbe was studied.

Results and discussion. An analysis of the annual official reports on the population morbidity in regions and the Republic of Tajikistan as a whole for the period of 2015-2019 showed a high incidence rate in the Khatlon region, Regions of Republican Subordination, in the dynamics of the studied years, these indicators are significant decrease. In the Sughd region, there is a clear decrease in the incidence of ascariasis while incidence rates of enterobiasis and giardiasis are stable. In Dushanbe, the incidence of parasitic diseases is relatively low.

Keywords: ascariasis, enterobiasis, giardiasis, parasitic diseases, helminthiasis, intestinal diseases, infection, dynamics, prevention.

Актуальность. По официальным данным ВОЗ каждый пятый житель планеты страдает паразитарным заболеванием, а каждый 4-й переболел паразитарным заболеванием. На конец 2019 года официальная статистика ВОЗ утверждает о том, что ежегодно 5 млн. человек заболевают паразитарными болезнями, а более 10 млн. человек страдают различными формами паразитарных заболеваний [5, 8]. Учитывая полиморфность клинических синдромов при паразитозах эксперты ВОЗ внесли к 2020 году в специальные программы Мирового банка развития большинство нематодозов в программы по борьбе с паразитами [3, 4]. В последние годы во многих странах регистрируется высокая частота летальных случаев от паразитарных болезней, и нередко, развития сложных осложнений [1, 2, 9, 11]. Для Республики Таджикистан вышеуказанные аспекты не являются исключением и даже наоборот имеют важное значение, что обусловлено различными патогенетическими аспектами. С позиций циклов и жизнедеятельности геогельминтозов климатические условия Таджикистана, влажность почвы, горные местности, теплые и жаркие температурные режимы можно считать благоприятными для роста и развития инвазивных яиц [6, 10, 12]. Рост импортных продуктов питания увеличивается с каждым днём, зачастую изменяя привычки в питании населения. Популярными становятся полусырые продукты и блюда (особенно мясо), различные виды салатов и экзотических фруктов и овощей. В широком распространении гельминтозов в республике не последнее место отводится факту отсутствия чистой питьевой воды в отдалённых регионах, низкой осведомлённости населения по вопросам профилактики паразитозов [13]. Немаловажной составляющей общей проблемы является низкий социально-экономический уровень жизни населения, зачастую запоздалое лечение, а также неспособность оплатить адекватное лечение [7, 13].

Цель исследования. Изучить частоту заболеваемости аскаридозом, энтеробиозом и лямблиозом за последние 5 лет у населения Республики Таджикистан.

Материалы и методы исследования. Методом сплошного наблюдения и анализа ежегодных официальных статистических данных ГУ «Республиканский центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора РТ» проведён суммарный подсчёт заболеваемости паразитарными болезнями по регионам республики (Согдийская и Хатлонская области, районы республиканского

подчинения (РРП), а также по г. Душанбе. Осуществлен мониторинг суммарной заболеваемости аскаридозом, лямблиозом и энтеробиозом с помощью автоматизированной программы «Мониторинг». Комплекс методов статистической обработки включал: определение относительных показателей, суммарного расчёта показателей удельного веса заболеваемости на 100 тыс. населения, анализа показателей динамики прироста или уменьшения.

Для различий между ежегодными показателями заболеваемости применяли t-критерий Стьюдента, а также U-критерий Вилкоксона-Манна-Уитни. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета анализа MS Excel 2007.

Результаты исследования и их обсуждение.

Анализ официальных годовых отчетных данных за 2015-2019 гг. показал, что заболеваемость населения в Согдийской области аскаридозом составляла в 2015 году 165,0 на 100 тыс. населения (4309 чел.); в 2016 году 162,0 на 100 тыс. населения (4309 чел.); с 2017 года наблюдается снижение заболеваемости населения области аскаридозом - 133 на 100 тыс. населения (3479 чел.); в 2018 году 129,0 на 100 тыс. населения (3384 чел.). То есть, в динамике отмечается снижение заболеваемости аскаридозом населения Согдийской области (табл. 1).

Таблица 1

Показатели заболеваемости населения Согдийской области аскаридозом, энтеробиозом, лямблиозом (2015-2019 годы)

Вид гельминтоза	ГОДЫ				
	2015	2016	2017	2018	2019
Аскаридоз*	165,0	162,0	133,0	129,0	129,0
общее число	4309	4225	3479	3368	3384
Энтеробиоз*	126,0	121,0	116,0	126,0	127,0
общее число	3299	3157	3031	3287	3314
Лямблиоз*	91,0	93,0	105,0	105,0	109,0
общее число	2389	2431	2432	1 2738	2849

Примечание: * - суммарные показатели удельного веса заболеваемости паразитарными болезнями из расчёта на 100 тыс. населения

Заболеваемость энтеробиозом населения Согдийской области, также наиболее часто встречающимся паразитарным заболеванием составляла в 2015 году 126,0 на 100 тыс. населения (3299 чел.); в 2016 году 121,0 на 100 тыс. населения (3157

чел.); в 2017 году 116,0 на 100 тыс. населения (3031 чел.); в 2018 году 126,0 на 100 тыс. населения (3287 чел.); в 2019 году 127,0 на 100 тыс. населения (3314 чел.). Существенной динамики заболеваемости энтеробиозом населения Согдийской области за исследуемые годы не отмечено.

Другим часто встречающимся паразитарным заболеванием является лямблиоз и заболеваемость населения Согдийской области лямблиозом составляла в 2015 году 91,0 на 100 тыс. населения (2389 чел.); в 2016 и 2017 году 93,0 и 105,0 на 100 тыс. населения (соответственно 2431 и 2432 чел.); в 2018 году 105,0 на 100 тыс. населения (2735 чел.); в 2019 году 109,0 на 100 тыс. населения (2849 чел.). В динамике исследуемых лет отмечена, хотя и не выраженная, тенденция роста заболеваемости лямблиозом населения Согдийской области.

Таким образом, заболеваемость населения Согдийской области аскаридозом значительна, но в динамике наблюдается отчетливое снижение заболеваемости аскаридозом. Заболеваемость энтеробиозом и лямблиозом держится на стабильно высоком уровне в исследуемые годы.

В Хатлонской области заболеваемость населения аскаридозом в 2015 году составляла 126,0 на 100 тыс. населения (4212 чел.). В последующие годы заболеваемость населения области аскаридозом не только держится на высоком уровне, но даже наблюдался значительный рост, составляя в 2016 году 129,0 на 100 тыс. населения (4323 чел.), в 2017 году 140,0 на 100 тыс. населения (4671 чел.), в 2018 году 207,0 на 100 тыс. населения (6913 чел.), в 2019 году 209,0 на 100 тыс. населения (6998 чел.) (табл. 2).

Таблица 2

**Показатели заболеваемости населения
Хатлонской области аскаридозом,
энтеробиозом, лямблиозом (2015-2019 гг.)**

Вид гельминтоза	ГОДЫ				
	2015	2016	2017	2018	2019
Аскаридоз*	126,0	129,0	140,0	207,0	209,0
общее число	4212	4225	3479	3368	3384
Энтеробиоз*	177,0	190,0	174,0	260,0	260,0
общее число	5917	6344	5828	8672	8692
Лямблиоз*	128,0	125,0	123,0	184,0	216,0
общее число	4263	4162	4091	6129	7190

Примечание: * - суммарные показатели удельного веса заболеваемости паразитарными болезнями из расчёта на 100 тыс. населения

Подобная динамика наблюдается и со стороны показателей заболеваемости энтеробиозом, также

единичным с аскаридозом путем заражения - фекально-оральным.

Так, заболеваемость энтеробиозом в 2015 году составляла 177,0 на 100 тыс. населения (5917 чел.); в 2016 году 190,0 на 100 тыс. населения (6344 чел.). Некоторое снижение заболеваемости энтеробиозом в 2017 году (174,0 на 100 тыс. населения, 5822 чел.) сменяется значительным ростом заболеваемости энтеробиозом населения региона в 2018 и 2019 годах (соответственно 200,0 и 260,0 на 100 тыс. населения, 8672 и 8692 чел.) (Табл. 2).

Другим наиболее часто встречающимся паразитарным заболеванием является лямблиоз, также имеющим фекально-оральный механизм заражения. Так, заболеваемость населения Хатлонской области составляла в 2015 году 128,0 на 100 тыс. населения (4263 чел.), в 2016 году 125,0 на 100 тыс. населения (4091 чел.), в 2017 году 123,0 на 100 тыс. населения. В 2018 и 2019 годы отмечен резкий подъём показателей заболеваемости 207,0 на 100 тыс. населения (6913 чел.), в 2019 году 209,0 на 100 тыс. населения Хатлонской области лямблиозом. В 2018 году заболеваемость лямблиозом составляла 184,0 на 100 тыс. населения (6129 чел.), в 2019 году 216,0 на 100 тыс. населения (7190 чел.) (табл.2).

Таким образом, анализ показателей заболеваемости населения Хатлонской области аскаридозом, энтеробиозом и лямблиозом показал высокие цифры заболеваемости и в динамике исследуемых лет (2015-2019 гг.) отмечен значительный рост заболеваемости аскаридозом, энтеробиозом и лямблиозом. И это не случайно, они все имеют одинаковый механизм заражения - фекально-оральный, что необходимо учесть лечебно-профилактическим учреждениям региона для усиления профилактической работы по снижению кишечных инфекций.

Представляет интерес анализ заболеваемости аскаридозом жителей Горно-Бадахшанской автономной области (ГБАО) (табл. 3). Заболеваемость населения аскаридозом составляла в 2015 году 122,9 на 100 тыс. населения (2739 чел.), в 2016 году 1484,0 на 100 тыс. населения (3308 чел.), в 2017 году 949,0 на 100 тыс. населения (2116 чел.), в 2018 году 1038,0 на 100 тыс. населения (2314 чел.), в 2019 году 1130,0 на 100 тыс. населения (2518 чел.). Обращает внимание очень высокий уровень заболеваемости населения области аскаридозом. Также высокие показатели заболеваемости населения ГБАО энтеробиозом, который составлял в 2015 году 891,9 на 100 тыс. населения (1985 чел.), в 2016 году 1349,0 на 100 тыс. населения

(3007 чел.), в 2017 году 765,0 на 100 тыс. населения (1704 чел.), в 2018 году 827,0 на 100 тыс. населения (1844 чел.), в 2019 году 700,0 на 100 тыс. населения (1559 чел.). Наблюдается ежегодное снижение заболеваемости энтеробиозом населения Горно-Бадахшанской автономной области.

Анализ среди населения ГБАО диагностируется значительно меньше, составляя в 2015 году 65,0 на 100 тыс. населения (144 чел.), в 2016 году 48,0 на 100 тыс. населения (108 чел.), в 2017 году 30,0 на 100 тыс. населения (67 чел.). В 2018 году отмечен единичный случай лямблиоза, в 2019 году 27,0 на 100 тыс. населения (60 чел.). Такие низкие цифры заболеваемости лямблиозом населения ГБАО скорее всего могут объясняться низким уровнем диагностической возможности.

Таблица 3

Показатели заболеваемости населения ГБАО аскаридозом, энтеробиозом, лямблиозом (2015-2019 гг.)

Вид гельминтоза	ГОДЫ				
	2015	2016	2017	2018	2019
Аскаридоз*	1229,0	1484,0	949,0	1038,0	1130,0
общее число	2739	3308	2116	2314	2518
Энтеробиоз*	891,0	1349,0	765,0	827,0	700,0
общее число	1985	3007	1704	1844	1559
Лямблиоз*	65,0	48,0	30,0	1,0	27,0
общее число	144	108	67	2	60

Примечание: * - суммарные показатели удельного веса заболеваемости паразитарными болезнями из расчёта на 100 тыс. населения

В районах республиканского подчинения заболеваемости аскаридозом на высоком уровне и в динамике за исследуемый период отмечен рост показателя заболеваемости населения аскаридозом (табл. 4).

В 2015 году заболеваемость населения аскаридозом в РРП составила 100,0 на 100 тыс. населения (2184 чел.), в 2016-2017 годы показатель заболеваемости снизился, соответственно 84,0 и 89,0 на 100 тыс. населения (1841 и 1938 чел.), но в последующие годы (2018-2019 гг.) отмечен подъём заболеваемости соответственно 134,0 и 138,0 на

100 тыс. населения (2918 чел. - 3022 чел.).

Подробная динамика отмечена и стороны показателей заболеваемости населения РРП энтеробиозом и лямблиозом (табл.4). Заболеваемость энтеробиозом в РРП в 2015 году была равной 80,0 на 100 тыс. населения (1749 чел.), в 2016 году 83,0 на 100 тыс. населения (1811 чел.), в 2017 году 90,0 на 100 тыс. населения (1973 чел.), а в 2018-2019 гг. наблюдается значительный рост заболеваемости энтеробиозом населения РРП, составляя соответственно 129,0 и 142,0 на 100 тыс. населения (2816 чел. и 3095 чел.). Заболеваемость населения РРП лямблиозом составляла в 2015 году 80,0 на 100 тыс. населения (1739 чел.), в 2016 году 83,0 на 100 тыс. населения (1820 чел.), в 2017 году 85,0 на 100 тыс. населения (1848 чел.). В 2018 и 2019 гг. также, как и заболеваемость населения РРП аскаридозом и энтеробиозом (фекально-оральные паразиты) наблюдался значительный подъём заболеваемости лямблиозом; в 2018 году 144,0 на 100 тыс. населения (3152 чел.), в 2019 году 173,0 на 100 тыс. населения (3767 чел.).

Таким образом, заболеваемость населения РРП аскаридозом, энтеробиозом и лямблиозом держится на высоком уровне, более того, в последние годы отмечается значительный рост заболеваемости этими паразитами, что объясняется идентичными источниками и путями заражения этими гельминтами с одной стороны, с другой - свидетельствует об общих недостатках в профилактической работе лечебно-профилактического звена здравоохранения РРП.

Таблица 4

Показатели заболеваемости населения РРП аскаридозом, энтеробиозом, лямблиозом (2015-2019 гг.)

Вид гельминтоза	ГОДЫ				
	2015	2016	2017	2018	2019
Аскаридоз*	100,0	84,0	89,0	134,0	138,0
общее число	2184	1841	1938	2918	3022
Энтеробиоз*	80,0	83,0	90,0	129,0	142,0
общее число	1749	1811	1973	2816	3095
Лямблиоз*	80,0	83,0	85,0	144,0	173,0
общее число	1739	1820	1848	3152	3767

Примечание: * - суммарные показатели удельного веса заболеваемости паразитарными из расчёта на 100 тыс. населения

Особый интерес вызывает результаты анализа заболеваемости аскаридозом, энтеробиозом и лямблиозом населения г. Душанбе, значительно

отличающимся по социально-культурному уровню, обеспеченностью качественной питьевой водой, централизованной и своевременной уборкой бытовых отходов (табл.5).

Следует ожидать сравнительно более низкий уровень заболеваемости паразитарными заболеваниями с фекально-оральным механизмом передачи (аскаридоз, энтеробиоз и лямблиоз).

Как показали результаты анализа заболеваемости населения аскаридозом в г. Душанбе составила в 2015 году 14,1 на 100 тыс. населения (133 чел.), в 2016 году 12,7 на 100 тыс. населения (120 чел.), в 2017 году 8,7 на 100 тыс. населения (82 чел.).

В 2018 году заболеваемость аскаридозом повысилась и составила 22,7 на 100 тыс. населения (214 чел.), в 2019 году 19,5 на 100 тыс. населения (184 чел.).

Как и следовало ожидать показатели заболеваемости населения г. Душанбе аскаридозом значительно ниже, чем в регионах республики. Заболеваемость энтеробиозом населения г. Душанбе составляла в 2015 году 28,6 на 100 тыс. населения (270 чел.), в 2016 году 25,2 на 100 тыс. населения (238 чел.), в 2017 году 29,8 на 100 тыс. населения (281 чел.), в 2018 году наблюдался значительный рост заболеваемости энтеробиозом - 57,1 на 100 тыс. населения (539 чел.).

В 2019 году заболеваемость населения г. Душанбе составила 35,3 на 100 тыс. населения (333 чел.) (табл.5).

Таблица 5

Показатели заболеваемости населения г. Душанбе аскаридозом, энтеробиозом, лямблиозом (2015-2019 гг.)

Вид гельминтоза	ГОДЫ				
	2015	2016	2017	2018	2019
Аскаридоз*	14,1	12,7	8,7	22,7	19,5
общее число	133	120	82	214	184
Энтеробиоз*	28,6	25,2	29,8	57,1	35,3
общее число	270	238	281	539	333
Лямблиоз*	62,0	49,0	56,0	83,0	71,0
общее число	586	465	531	780	666

Примечание: * - суммарные показатели удельного веса заболеваемости паразитарными из расчёта на 100 тыс. населения

Заболеваемость населения г. Душанбе лямблиозом составила в 2015 году 62,0 на 100 тыс. населения (586 чел.), в 2016 году 49,0 на 100 тыс. населения (465 чел.), в 2017 году 56,0 на 100 тыс.

населения (531 чел.), в 2018 году 83,0 на 100 тыс. населения (780 чел.), в 2019 году 71,0 на 100 тыс. населения (666 чел.).

В динамике исследуемого периода отмечался некоторый рост показателя заболеваемости населения г. Душанбе лямблиозом.

Закключение. Резюмируя результаты исследований заболеваемости некоторыми паразитарными заболеваниями (аскаридоз, энтеробиоз, лямблиоз), для которых общим характерным признаком является фекально-оральный путь передачи, общий источник и пути передачи яиц гельминтов, выявили следующую картину: в Согдийской области высокие цифры заболеваемости аскаридозом, в динамике наблюдается отчетливое снижение, но показатели заболеваемости энтеробиозом и лямблиозом стабильны.

В Хатлонской области и РРП показатели заболеваемости аскаридозом, энтеробиозом и лямблиозом высокие и в динамике исследуемых лет отмечается значительный рост заболеваемости населения паразитарными заболеваниями (аскаридозом, энтеробиозом и лямблиозом). Показатели заболеваемости населения паразитарными болезнями в ГБАО (аскаридозом, энтеробиозом) высокие в то же время заболеваемость лямблиоза на низком уровне. По всей вероятности, речь может идти о несовершенной лабораторной службе.

Как и следовало ожидать, иную картину заболеваемости аскаридозом, энтеробиозом и лямблиозом населения г. Душанбе, отмечающимся социально-экономическим, культурным уровнем населения, лучшими санитарно-гигиеническими условиями, централизованным водоснабжением, качественной питьевой водой, централизованным сбором и вывозом хозяйственно-бытовых отходов. Заболеваемость аскаридозом, энтеробиозом и лямблиозом в исследуемые годы на сравнительно низком уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аничкин В.В. Паразитарные болезни в республике Беларусь и в Республике Йемен (обзор литературы) / В.В. Аничкин // Проблемы здоровья и экологии. 2012. №4 (34).
2. Баранова А.М. Эпидемиологические исследования в практике паразитолога / А.М. Баранов, В.П. Сергиев // Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 2019.-N 4.-С.57-61
3. Белименко В.В. Перспективы использования геоинформационных систем для риск-ориентированного мониторинга природно-очаговых болезней животных и человека / В.В. Белименко, А.М. Гулюкин // RJOAS. -

2016. - № 8 (56). - С. 23-25.

4. Давидянц А.В. Оценка состояния мер борьбы и профилактики геогельминтозов в Армении / А.В. Давидянц, А.М. Минасян // Научно-медицинский журнал (Национальный институт здравоохранения). - 2015. - Vol. 10. - № 1. - С. 32-33.

5. Давидянц В.А. Контроль и профилактика геогельминтозов в странах Европейского Региона ВОЗ / Сборник справочно-методических материалов / Владимир Давидянц, Евгения Черникова, Вера Лунгу - ВОЗ. - 2017. - С. 5669.

6. Казанина М.А. Развитие и выживаемость яиц гельминтов в зависимости от температурно-влажностного режима различных типов почв / М.А. Казанина // Вестник БГАУ. - 2014. - № 4. - С. 35-38.

7. Морозова Л.Ф. Оценка риска возможного возникновения местного заражения аскаридозом на территории Российской Федерации (методологические принципы и подходы) / Л.Ф. Морозова, Н.А. Турбабина, В.П. Сергиев, Е.Н. Морозов, Е.В. Степанова, М.С. Максимова // Мед.паразитол. - 2016. - № 3. - С. 40-41.

8. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2018 году: Государственный доклад. - М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. - 2019. - 258 с.

9. Рафиев Х.К. Распространенность острых кишечных инфекций у детей в Республике Таджикистан /Ж. Вестник педагогического университета.-2012.- №4.-С. 88-91.

10. Супряга В.Г. Современная эпидемиологическая ситуация по аскаридозу в Российской Федерации /В.Г. Супряга //Медицинская паразитология и паразитарные болезни.- 2018.-N 1.-С.8-12.

11. Турбабина Н.А. Современная ситуация и ареал аскаридоза в России /Н.А. Турбабина, Л.Ф. Морозова// Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 2019.-N 1.-С.41-47.

12. Умаров Р.М. Основные факторы, влияющие на развитие эпидемиологического процесса гельминтозов в Чеченской Республике/ Р.М. Умаров, Х.Х. Гадаев // Вестник Академии наук Чеченской Республики. -2013. - № 2 (19). - С. 25-30.

13. Ясинский А.Б. Боярский В.В., Репко И.М., Лукьянов Н.Б. Роль воды реки Варзоба в эпидемиологии некоторых кишечных инфекций. Рациональное использование и охрана вод в Таджикской ССР. И Тезисы докладов семинара, август 1978 г. - Душанбе, 1972. - С. 17-19.

REFERENCES

1. Anichkin V. V. Parazitarnye bolezni v respublike Belarus i v Respublike Yemen (obzor literatury) [Parasitic diseases in the Republic of Belarus and in the Republic of Yemen (literature review)]. *Problemy zdorovya i ekologii - Health and environmental issues*, 2012, No. 4 (34).

2. Baranova A. M. Epidemiologicheskie issledovaniya v praktike parazitologa [Epidemiological examination in the practice of a parasitologist]. *Meditinskaya parazitologiya i parazitarnye bolezni - Medical parasitology and parasitic diseases*, 2019, No. 4, pp. 57-61

3. Belimenko V. V. Perspektivy ispolzovaniya geoinformatsionnykh sistem dlya risk-orientirovannogo monitoringa prirodno-ochagovykh bolezney zhivotnykh i cheloveka [Prospects for the use of geographic information systems for risk-oriented monitoring of natural focal diseases of animals and humans]. *Russian Journal of Agricultural and Socio-Economic Sciences*, 2016, No. 8 (56), pp. 23-25.

4. Davidyants A. V. Otsenka sostoyaniya mer borby i profilaktiki geogelmintozov v Armenii [Assessment of the state of control and prevention of geo-helminthiasis in Armenia]. *Nauchno-meditinskiy zhurnal (Natsionalnyy institut zdavookhraneniya) - Scientific medical journal (National Institute of Health)*, 2015, Vol. 10, No. 1, pp. 32-33.

5. Davidyants V. A. Kontrol i profilaktika geogelmintozov v stranakh Evropeyskogo Regiona VOZ. *Sbornik spravochno-metodicheskikh materialov* [Control and prevention of geohelminthiasis in the countries of the WHO European Region]. VOZ Publ., 2017. 5669 p.

6. Kazanina M. A. Razvitie i vyzhivaemost yaits gelmintov v zavisimosti ot temperaturno-vlazhnostnogo rezhima razlichnykh tipov pochv [Development and survival of helminth eggs depending on the temperature and humidity conditions of various soil types]. *Vestnik BGAU - Herald of the Bashkir State Agrarian University*, 2014, No. 4, pp. 35-38.

7. Morozova L. F. Otsenka riska vozmozhnogo vznikeniya mestnogo zarazheniya askaridozom na territorii Rossiyskoy Federatsii (metodologicheskie printsipy i podkhody) [Assessment of the risk of possible local infection with ascariasis on the territory of the Russian Federation (methodological principles and approaches)]. *Meditinskaya parazitologiya - Medical parasitology*, 2016, No. 3, pp. 40-41.

8. *Federalnaya sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebiteley i blagopoluchiya cheloveka. O sostoyanii sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v Rossiyskoy Federatsii v 2018 godu: Gosudarstvennyy доклад* [On the state of sanitary and epidemiological well-being of the population in the Russian Federation in 2018: State report]. Moscow, 2019. 258 p.

9. Rafiev Kh. K. Rasprostranennost ostrykh kishechnykh infektsiy u detey v Respublike Tadjikistan [Prevalence of acute intestinal infections in children in the Republic of Tajikistan]. *Vestnik pedagogicheskogo universiteta - Herald of Pedagogical University*, 2012, No. 4, pp. 88-91.

10. Supryaga V. G. Sovremennaya epidemiologicheskaya situatsiya po askaridozu v Rossiyskoy federatsii [The current epidemiological situation for ascariasis in the Russian Federation]. *Meditinskaya parazitologiya i parazitarnye bolezni - Medical parasitology and parasitic diseases*, 2018, No. 1, pp. 8-12.

11. Turbabina N. A. Sovremennaya situatsiya i areal askaridoza v Rossii [Current situation and area of ascariasis in Russia]. *Meditinskaya parazitologiya i parazitarnye bolezni - Medical parasitology and parasitic diseases*, 2019, No. 1, pp. 41-47.

12. Umarov R. M. Osnovnye faktory, vliyayushchie na razvitie epidemiologicheskogo protsessa gelmintozev v Chechenskoy Respublike [The main factors influencing the development of the epidemiological process of helminthiasis in the Chechen Republic]. *Vestnik Akademii nauk Chechenskoy Respubliki - Herald of the Academy of Sciences of the Chechen Republic*, 2013, No. 2 (19), pp. 25-30.

13. Yasinskiy A. B., Boyarskiy V. V., Repko I. M., Lukyanov N. B. Rol vody reki Varzoba v epidemiologii nekotorykh kishhechnykh infektsiy. *Ratsionalnoe ispolzovanie i okhrana vod v Tadzhikskoy SSR. I Tezisy dokladov seminar, avgust 1978 g* [The role of the water of the Varzoba river in the epidemiology of some intestinal infections. Rational use and protection of waters in the Tajik SSR. Abstracts of the seminar, August 1978]. Dushanbe, 1972. 17-19 p.

ХУЛОСА

З.Г. Хасанов, З.Ч. Фатимова, О.Х. Сандова, Ф.И. Одинаев, Ш.Ф. Одинаев

ПАХНШАВИИ АСКАРИДОЗ, ЭНТЕРОБИОЗ ВА ЛЯМБЛИОЗ ДАР БАЙНИ АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН ДАР ШАРОИТИ МУОСИРИ ИҚТИМОИЮ ИҚТИСОДИ

УДК-616.917-053.2;615.37

Н.М. Ходжаева, З.Р. Бобоева, М.С. Фузайлова

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ИЗ ГРУППЫ МУРАМИЛДИПЕПТИДНОГО РЯДА В ТЕРАПИИ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских инфекционных болезней, ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Ходжаева Нигина Муродовна – д.м.н., профессор кафедры детских инфекционных болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Цель исследования. Оценка клинико-иммунологической эффективности препарата ликолип в терапии скарлатины у детей.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 78 больных со среднетяжелой и тяжелой формами скарлатины в возрасте от 2 до 14 лет. В зависимости от характера проводимой терапии больные дети были разделены на 2 группы: основная группа в дополнение к базисной терапии получила иммуномодулятор ликолип, а контрольная группа получила только базисную терапию.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты клинических исследований показали, что включение

Мақсади тадқиқот. Мутобиқи ҳуҷҷатҳои расмӣ оморӣ омӯхтани баъзе бемориҳои паразитӣ (аскаридоз, энтеробиоз ва лямблиоз) дар байни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Таҳлили ретроспективи ҳисоботи солонаи марказҳои ҷумҳуриявии назорати давлатии санитарии эпидемиологӣ барои солҳои 2015-2019 оид ба паҳншавии бемориҳои паразитӣ гузаринида шуд. Паҳншавии аскаридоз, энтеробиоз ва лямблиоз миёни аҳолии вилоятҳои Суғд, Хатлон, Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон, ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ ва шаҳри Душанбе омӯхта шудааст.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Таҳлили ҳисоботи ҳарсолаи расмӣ дар бораи сатҳи бемории аҳоли, минтақаҳо ва дар маҷмӯъ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои 2015-2019 нишондиҳандаҳои баландро дар вилояти Хатлон, ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ нишон дод ва дар динамикаи солҳои таҳқиқшуда ин нишондиҳандаҳои назаррас ба назар мерасанд. Дар вилояти Суғд коҳиши возеҳи бемории аскаридоз мушоҳида мешавад, сатҳи беморшавии энтеробиоз ва лямблиоз муътадил аст.

Дар шаҳри Душанбе сатҳи бемориҳои паразитӣ нисбатан кам аст.

Калимаҳои калидӣ: аскаридоз, энтеробиоз, лямблиоз, бемориҳои паразитӣ, гельминтозҳо, бемориҳои рӯда, сироят, динамика, пешгирӣ.

ликопида в комплексную терапию больных основной группы ускоряло клиническое выздоровление. Отмечалось достоверное сокращение сроков исчезновения симптомов интоксикации и местный воспалительный процесс в зеве у больных основной группы по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). Также применение иммуномодулятора в комплексной терапии скарлатины достоверно быстрее привело к нормализации показателей как клеточного, так и гуморального звена иммунитета у больных основной группы.

Заключение. Установлена клинико-иммунологическая эффективность использования иммуномодулятора ликолипид в терапии больных со скарлатиной, что свидетельствует о целесообразности применения препарата в комплексной терапии скарлатины у детей.

Ключевые слова: скарлатина, иммунитет, ликолипид.

N.M. Khodzhaeva, Z.R. Boboeva, M.S. Fuzaylova

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL EFFICIENCY OF MURAMYLDIPEPTIDE GROUP MEDICINE IN A THERAPY OF SCARLET FEVER THERAPY IN CHILDREN

Department of Pediatric Infectious Diseases, SEI Avicenna Tajik State Medical University

Khodjaeva Nigina Murodovna - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Pediatric Infectious Diseases, SEI Avicenna Tajik State Medical University.

Aim. To assess the clinical-immunological effectiveness of Lycopid medicine in the treatment of scarlet fever in children.

Material and methods. 78 patients with moderate and severe forms of scarlet fever aged 2 to 14 years were under the observation. Depending on the nature of the therapy, children have divided into two groups: the main-group, in addition to the basic-therapy, received the immunomodulator Lycopid, and the control group received only the basic-therapy.

Results and discussion. The results of clinical studies have shown that the inclusion of Lycopid to the complex therapy of patients of the main-group, accelerated the clinical recovery. There was a significant reduction of intoxication symptoms duration and a local inflammatory process in the throat of the main-group patients compared to the control group ($p < 0.001$). Also, the use of an immunomodulator in the complex therapy of scarlet fever significantly faster led to the normalization of cellular and humoral immunity indicators in patients of the main-group.

Conclusion. The clinical and immunological efficacy of the use of the Lycopid immunomodulator in the treatment of patients with scarlet fever has been established. It indicates the feasibility of using the drug in the treatment of scarlet fever in children.

Keywords: scarlet fever, immunity, Lycopid.

Актуальность. Стрептококковые инфекции группы А являются одними из наиболее распространённых инфекционных заболеваний в мире. Среди этих инфекций у детей особое место занимает скарлатина.

Несмотря на достижения по лечению больных стрептококковой инфекцией с применением современных этиотропных препаратов, продолжается регистрация среднетяжёлых и тяжёлых форм скарлатины, с риском развития осложнений и летальных исходов.

Скарлатина приводит к развитию гнойно-септических осложнений, такие как лимфаденит, отит, синусит, пневмония, септицемия, септикопиемия, а также и иммунопатологических осложнений – инфекционно-аллергический миокардит, острая ревматическая лихорадка, острый постстрептококковый гломерулонефрит, васкулиты, синдром PANDAS [2-4].

Показано, что исходы и течение инфекционных заболеваний, зависят от адекватности формирующихся иммунных механизмов [1]. Представленные в литературных источниках данные о развитии в патогенезе скарлатины Т- и В-лимфопении, обосновывает применение иммуностропных препаратов направленного действия в лечении данного заболевания.

Ликолипид является синтезированным аналогом активного фрагмента бактериальных клеточных стенок – глюкозаминилмурамилдипептид, представляющий собой N-глюкозаминил-(1–4)-N-ацетилмурамил-D-изоглутамин. Попадая в организм человека, связывается со специфическими центрами в эндоплазме Т-лимфоцитов и фагоцитов, в следствие чего происходит стимуляция активности моноцитов и макрофагов, запускает все звенья антиинфекционной иммунной защиты организма: фагоцитоз, цитотоксическую активность

макрофагов, естественных киллеров и клеточный и гуморальный иммунитет. Для ликопида характерны свойства иммунокорректора: не влияет на исходно нормальные показатели, а измененные доводит до уровня нормальных значений, что чрезвычайно важно в педиатрической практике.

Также следует подчеркнуть, что влияние ликопида на образование внеклеточных активных форм кислорода нейтрофилами сходно по действию с полиоксидонием, что указывает на то, что ликопид также обладает антиоксидантным свойством. Ликопид не обладает тератогенным действием, не вызывает хромосомных aberrаций.

Цель исследования. Оценка клинико-иммунологической эффективности препарата ликопид в терапии скарлатины у детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 78 больных со скарлатиной находившихся на стационарном лечении в детских инфекционных отделениях Городского Медицинского центра г. Душанбе за период 2017-2019 гг. Диагноз был выставлен на основании эпидемиологического анамнеза, клинической картины и лабораторных методов исследования – бактериологического посева мазков из зева на группу стрептококков. В зависимости от характера проводимой терапии больные дети были разделены на 2 группы. Эффективность комплексной иммунной и химиотерапии оценивалась в группах больных со среднетяжелой и тяжелой формами болезни, преимущественно, у детей в возрасте 2-14 лет.

1-ю группу (основную) составили 45 больных детей со среднетяжелой и тяжелой формами болезни, в комплексную терапию которых был включен иммуномодулятор «Ликопид» (РФ). Ликопид 1мг назначали детям в возрасте от 2 до 14 лет для приема внутрь в форме таблеток по 1 таблетке 2 раза в день, в течение 10 дней.

Во 2-ю группу (контрольную) включены 33 детей со среднетяжелой и тяжелой формами скарлатины, получавшие только базисную терапию. Пациенты второй группы были сопоставимы по возрасту и тяжести болезни с больными первой группы.

Оценка клинической эффективности лечения больных скарлатиной, была проведена на основании изучения следующих показателей: продолжительности симптомов интоксикации, сроков исчезновения сыпи, ангины, частоты возникновения осложнений. Для сравнительной оценки эффективности комплексной иммунохимиотерапии и базисной терапии были изучены следующие па-

раметры: показатели клеточного и гуморального иммунитета, а также продуктов ПОЛ. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета анализа MS Excel 2007.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты клинических исследований показали, что включение иммуностропного препарата – ликопида в комплексную терапию больных основной группы ускоряло клиническое выздоровление. Продолжительность основных клинических симптомов у больных сравниваемых групп представлена в табл. 1.

Из приведённой таблицы следует, что включение ликопида в терапию больных первой группы позволило добиться более ранней, чем во второй группе, нормализации температуры тела ($p<0,001$). Также наблюдалось достоверное сокращение сроков исчезновения симптомов интоксикации и местного воспалительного процесса в зеве у больных первой группы. Так, слабость исчезла у больных первой группы на $3,78\pm 0,17$ день от начала терапии во второй группе – на $5,76\pm 0,23$ день лечения ($p<0,001$). Головные боли у больных первой группы исчезли на $2,18\pm 0,22$ день а во второй группе на $4,52\pm 0,37$ день от начала терапии ($p<0,001$). Продолжительность других симптомов интоксикации – тошнота, рвота, нарушение сна и аппетита, также были достоверно короче у больных первой группы ($p<0,001$) по сравнению со второй группой. У больных первой группы по сравнению со второй группой острый тонзиллит также достоверно быстрее подвергался обратному развитию: боли в горле у больных первой группы исчезли на $2,18\pm 0,11$ день ($p<0,001$), а во второй группе на $3,67\pm 0,16$ день терапии, ангина исчезла в среднем на $4,09\pm 0,15$ день ($p<0,001$) терапии у больных первой группы и на $5,76\pm 0,17$ день лечения во второй группе, регионарный лимфаденит также исчезал быстрее у больных первой группы ($p<0,001$).

Сроки исчезновения сыпи были одинаковыми в обеих группах. Зуд кожи исчезал быстрее у больных первой группы. Типичные изменения языка также были одинаковым в обеих группах. Сокращение размеров печени также быстрее происходило у больных первой группы ($p<0,001$). Положительным моментом является тот факт, что в группе больных, находившихся на комплексной иммунохимиотерапии, частота развития осложнений была низкой по сравнению с группой больных, получивших только базисную терапию. Так, у двух больных первой группы были отмечены

Таблица 1.

Продолжительность основных клинических симптомов у больных при различных методах лечения (на день лечения) (M±m)

Клинические проявления	Иммунохимиотерапия (n=45)	Базисная терапия (n=33)	p
Длительность лихорадки	1,96±0,21	3,0±0,25	<0,001
Слабость	3,78±0,17	5,76±0,23	<0,001
Нарушение сна	1,93±0,15	3,27±0,26	<0,001
Тошнота	2,13±0,18	4,03±0,24	<0,001
Рвота	1,03±0,08	2,96±0,12	<0,001
Нарушение аппетита	2,64±0,16	4,42±0,22	<0,001
Головные боли	2,18±0,22	4,52±0,37	<0,001
Боли в конечностях	2,01±0,16	3,92±0,22	<0,001
Мелкоточечная сыпь с типичной локализацией	3,91±0,18	4,21±0,22	>0,05
На фоне гиперемии	2,84±0,17	3,18±0,22	>0,05
Симптом Филатова	3,98±0,19	4,27±0,22	>0,05
Симптом Пастиа	3,91±0,57	4,55±0,62	>0,05
Зуд кожи	1,42±0,16	3,3±0,27	<0,001
Боли в горле	2,18±0,11	3,67±0,16	<0,001
Ангина	4,09±0,15	5,76±0,17	<0,001
Увеличение лимф. узлов	4,51±0,18	6,03±0,16	<0,001
Шелушение кожи	2,09±0,37	3,11±0,39	>0,05
Симпатикус-фаза	2,73±0,16	3,09±0,19	>0,05
Увеличение печени	2,84±0,26	4,09±0,5	<0,01
Диарея	-	2,79±0,78	
Боли в животе	2,03±0,54	3,87±0,16	<0,001
Обложенность языка	1,11±0,16	1,05±0,15	>0,05
Малиновый язык	6,24±0,27	6,24±0,33	>0,05
Систолический шум	2,93±0,31	3,39±0,56	>0,05
боли и отёки в суставах	2,07±0,05	3,87±0,27	<0,01

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между видами терапии (по U-критерию Манна-Уитни)

осложнения в виде пиелонефрита и лимфаденита. Наряду с этим, у восьми больных второй группы наблюдались следующие осложнения: лимфаденит у 3 больных, стоматит у одного больного, пиелонефрит у двух больных, долевая пневмония также в двух случаях.

Таким образом, анализируя основные клинические симптомы скарлатины у детей, установлена высокая клиническая эффективность ликопада в терапии скарлатины, так как у групп больных, получивших комплексную иммунохимиотерапию быстрее наступило выздоровление по сравнению с группой, получивших только базисную терапию, также снизилась частота развития осложнений.

Следует подчеркнуть, что ликопад наряду с высокой эффективностью, также является безопасным и хорошо переносимым средством, удобным в применении, у больных практически не отмеча-

лись побочные эффекты, что позволяет широко использовать их в комплексной терапии скарлатины у детей. Клиническая эффективность ликопада сопровождалась его иммунокорректирующим влиянием на различные звенья иммунной системы. Динамика показателей иммунного статуса у больных среднетяжелой и тяжелой формами скарлатины в зависимости от метода лечения представлена в таблице 2. Анализ сравнительных исследований показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета показал, что в остром периоде болезни (до начала лечения) не было выявлено достоверной разницы у обеих групп, свидетельствующих о сопоставимости сравниваемых групп.

К периоду реконвалесценции на фоне проведения терапии наблюдалось повышение концентрации Т-клеток и их субпопуляций у больных первой группы, что выражалось в достоверном повыше-

Таблица 2.

Показатели иммунного статуса у больных скарлатиной при различных методах лечения

Показатели	Ig M	Ig A	Ig G	CD 3	CD 4	CD 8	CD 20	CD 95
Контрольная группа (n=20)	1,17±0,13	1,11±0,15	9,85±1,51	60,2±5,1	46,8±5,21	20,34±3,09	18,24±1,7	30,13±4,34
I. Иммунохимиотерапия (n=45) Разгар болезни	1,13±0,09	0,98±0,09	6,09±0,57 ^{##}	41,53±0,74 ^{##}	26,04±0,43 ^{##}	15,31±0,48	19,02±0,37	19,69±0,43 [#]
Период реконвалесценции	2,59±0,29 ^{###,***}	1,93±0,29 ^{###,***}	12,58±0,77 ^{###,***}	62,58±0,70 ^{***}	39,0±0,55 ^{***}	20,31±0,31	24,0±0,56 ^{###,***}	28,8±0,61 ^{***}
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
II. Базисная терапия (n=33) Разгар болезни	1,07±0,09	0,88±0,08	5,7±0,34 ^{##}	42,14±0,88 ^{##}	25,67±0,47 ^{##}	15,3±0,58	18,86±0,39	22,26±0,74 ^{*,#}
Период реконвалесценции	1,38±0,1	1,14±0,08	8,97±0,63	49,87±1,17	31,58±0,9 [#]	19,51±0,55	21,56±0,54 [#]	21,91±0,68 [#]
p	<0,01	<0,01	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в период разгара (по Т-критерию Вилкоксона); *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми при иммунотерапии (по U-критерию Манна-Уитни); #p<0,05; ##p<0,01; ###p<0,001 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе (по U-критерию Манна-Уитни)

нии количества Т- лимфоцитов (CD3+) (62,58±0,7 против 49,87±1,17%, p<0,001) и их субпопуляций – CD4+ (39,0±0,55 против 31,58±0,9%, p<0,001), CD20+ (24,0±0,56 против 21,56±0,54%, p<0,01). В периоде реконвалесценции на фоне терапии с включением ликопида, в отличие от базисного лечения, также отмечалось достоверное возрастание концентрации сывороточных иммуноглобулинов А, М, G (1,93±0,29 против 1,14±0,08г/л, p<0,001; 2,59±0,29 против 1,38±0,1г/л, p<0,001; 12,58±0,77 против 8,97±0,63г/л, p<0,001).

Также для сравнительной оценки эффективности комплексной иммунохимиотерапии и базисной терапии были изучены состояние системы перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы (АОЗ) у больных со скарлатиной. Динамика состояния ПОЛ и АОЗ при среднетяжёлой и тяжёлой формах скарлатины у больных, находившихся на различных методах лечения, представлена в таблице 3.

Как видно из таблицы 3, к периоду реконвалесценции концентрация МДА у больных первой группы снижалась до 1,88±0,13 мкмоль/л, наряду с этим во второй группе была снижена до 2,14±0,27 мкмоль/мл.

В сравниваемых группах более раннее увеличение активности СОД отмечено у детей первой группы, находящихся на комплексной иммунохимиотерапии (16,24±0,08 против 12,17±0,14 усл. ед. на фоне базисной терапии, p<0,001).

Также к периоду реконвалесценции у больных первой группы концентрация аскорбиновой кислоты в сыворотке крови достоверно повышалась как по сравнению с предыдущим периодом болезни (p<0,001), так и по сравнению со второй группой больных (p<0,01).

Закключение. Таким образом, применение ликопида в терапии скарлатины у детей позволило добиться более раннего купирования основных симптомов болезни, восстановлению состояния иммунного и свободнорадикального статуса. Наряду с высокой клинической эффективностью ликопида, установлена его безопасность, отсутствие при применении побочных эффектов. Также ликопид положительно влиял на течение болезни, что свидетельствует о целесообразности применения препарата в комплексной терапии скарлатины у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаева Н.А. Клинико-иммунологические особенности течения пневмоний у детей раннего возраста / Н.А. Абдуллаева, Д. С. Додхоев, Н. К. Кузибаева, А.К. Маджидов// Здравоохранение Таджикистана. -2014.-№ 1. - С.37-41.
2. Белов Б. С. А- стрептококковая инфекция на рубеже веков / Б. С. Белов // Научно-практическая ревматология. -2002.- №1.- С. 29-34.
3. Краснова Е. И. Стрептококковая инфекция.

Таблица 3.

Показатели ПОЛ и АОЗ при различных методах лечения

Показатели	МДА (мкмоль/л)	СОД (усл. ед.)	Аскорбиновая кислота (ммоль/л)
Контрольная группа (n=15)	1,21±0,05	17,62±1,13	79,42±4,51
I. Иммунохимио-терапия (n=15) Разгар	4,0±0,14 ^{###,**}	8,6±0,1 ^{###}	39,14±0,35 ^{###}
Выздоровление	1,88±0,13 ^{##}	16,24±0,08 ^{***}	75,02±0,75 ^{**}
p	<0,001	<0,001	<0,001
II. Базисная терапия (n=15) Разгар болезни	3,05±0,34 ^{###}	8,45±0,12 ^{###}	39,23±2,85 ^{###}
Период реконвалесценции	2,14±0,27 ^{##}	12,17±0,14 ^{###}	66,72±1,07 ^{###}
p	<0,001	<0,001	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в период разгара (по Т-критерию Вилкоксона); **p<0,01, ***p<0,001 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми при базисной терапии (по U-критерию Манна-Уитни); #p<0,05, ##p<0,01, ###p<0,001 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе (по U-критерию Манна-Уитни)

Монография / Краснова Е. И. // Новосибирск: Сиб-медиздат. НГМУ. - 2015.- 160 с.

4. Леванович В. В. Эволюция стрептококковой инфекции. Руководство для врачей / В. В. Леванович, В. Н. Тимченко // СПб.: Спецлит. - 2015. - 495 с.

REFERENCES

1. Abdullaeva N. A. Kliniko-immunologicheskie osobennosti techeniya pnevmoniy u detey rannego vozrasta [Clinical and immunological features of the course of pneumonia in young children]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2014, No. 1, pp. 37-41.

2. Belov B. S. A-streptokokkovaya infektsiya na rubezhe vekov [A - streptococcal infection at the turn of the century]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya - Scientific and practical rheumatology*, 2002, No. 1, pp. 29-34.

3. Krasnova E. I. *Streptokokkovaya infektsiya. Monografiya* [Streptococcal infection. Monograph]. Novosibirsk, Sibmedizdatelstvo NGMU Publ., 2015. 160 p.

4. Levanovich V. V. *Evolutsiya streptokokkovoy infektsii. Rukovodstvo dlya vrachey* [Evolution of streptococcal infection. A guide for doctors]. St. Petersburg, Spetslit Publ., 2015. 495 p.

ХУЛОСА

Н.М. Хочаева, З.Р. Бобоева, М.С. Фузайлова

САМАРАНОКИИ САРИРИЮ МАСЪУНИ-ЯТИИ ИСТИФОДАБАРИИ МАВОД АЗ ГУРӢХИ ҚАТОРИ МУРАМИЛДИПЕПТИД

ДАР ТАБОБАТИ КӢДАКONI ГИРИФТОРИ МАХМАЛАК

Максади таҳқиқот. Баҳодиҳӣ ба таъсири саририю масъунии доруи ликопид дар табобати кӯдакони гирифтори махмалак.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳти назорати мо 78 бемор бо шаклҳои миёнавазнин ва вазнини махмалак дар синни аз 2 то 14 сола қарор доштанд. Вобаста аз хусусияти табобат, кӯдакони бемор ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи асосӣ дар илова ба табобати асосӣ маводи масъуни-ятбаландкунанда ликопидро гирифтаанд ва гурӯҳи назоратӣ танҳо табобати асосиро гирифтанд.

Натиҷа ва муҳокимаи он. Натиҷаҳои таҳқиқоти сарири нишон доданд, ки дохил кардани ликопид ба табобати комплекси беморони гурӯҳи асосӣ барқароршавии саририро тезонидааст. Дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ (p < 0.001) дар марҳилаи аз байн рафтани нишонаҳои захро-лудшавӣ ва раванди илтиҳобии мавқеи дар гулӯ коҳишёбии назаррас дар гурӯҳи асосӣ ба назар расид. Инчунин, истифодаи маводи масъуни-ятбаландкунанда дар табобати комплекси мах-малак бозғаймӣ тезтар ба муътадил намудани нишондиҳандаҳои ҳам масунияти ҳуҷайравӣ ва ҳам ҳуморалӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ оварда расонид.

Хулоса. Таъсири сарири ва масъунии истифодаи доруи ликопид дар муолиҷаи беморони махмалак муқаррар карда шуд, ки ин қобиلى истифода будани ин дору дар табобати махмалак дар кӯдакони нишон медиҳад.

Калимаҳои асосӣ: махмалак, масуният, ли-копид.

УДК 616.22.006.52-053.3;616-08

С.С. Шайдоев¹, Р.Р. Рахматуллоев², Ш.Б. Полвонов³, П.Р. Мухтарова¹, А.М. Шарипов²

К ВОПРОСУ О КОМБИНИРОВАННОМ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ

¹*Кафедра оториноларингологии ГОУ «Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»*

²*ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»*

³*ГОУ «Национальный государственный университет»*

Мухтарова Парвина Рахматовна – к.м.н., ассистент кафедры оториноларингологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; Тел.: +(992)907777183; E-mail: parvina.mr30@gmail.com

Цель исследования. Совершенствование методов комбинированного противорецидивного лечения папилломатоза гортани у детей.

Материалы и методы исследования. Проведен сравнительный анализ результатов лечения 42 пациентов с папилломатозом гортани с применением комбинированного противорецидивного лечения препаратами Лаферобион, Иммуномакс и биодобавками с содержанием кальция и цинка и лечение с использованием традиционной терапии.

Результаты исследования и их обсуждение. Клиническую эффективность лечения оценивали по улучшению голосовой функции и уменьшению количества рецидивов. У пациентов I группы рецидив заболевания наблюдался у 5% пациентов через год, почти у 50% пациентов вернулись нормальные Т- и В-клетки и значительно улучшился местный иммунитет, а у пациентов II группы рецидивы составили 18,2%, т.е., почти в 4 раза больше, и их пришлось снова госпитализировать и повторить курсы комбинированного хирургического и комплексного консервативного лечения.

Вывод. Предлагаемый способ комбинированного противорецидивного лечения папилломатоза гортани у детей предусматривает восполнение дефицита иммунного состояния организма пациента, удлиняет периоды рецидивов, а главное, является патогенетически обоснованным методом и позволяет рекомендовать его применение в клинической практике.

Ключевые слова. Папилломатоз гортани, комбинированный способ, рецидив, противорецидивное лечение, межрецидивный период.

S.S. Shaidoev¹, R.R. Rahmatulloev², Sh.B. Polvonov³, P.R. Muhtarova¹, A.M. Sharipov²

ON THE ISSUE OF COMBINED ANTI-RELAPSE TREATMENT OF LARYNGEAL PAPILLOMATOSIS IN CHILDREN

¹*Department of Otorhinolaryngology of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”*

²*State Education Establishment “Avicenna Tajik State Medical University”*

³*State Education Establishment “National State University”*

Muhtarova Parvina Rahmatovna - Assistant of the Department of Otorhinolaryngology, Institute of Postgraduate Education in Healthcare. Candidate of Medical Sciences: Тел.: 907 77 71 83; E-mail: parvina.mr30@gmail.com

Aim. To improve the methods of combined anti-relapse treatment of laryngeal papillomatosis in children.

Materials and methods. A comparative analysis of the results treatment of 42 patients with laryngeal papillomatosis with the use of combined anti-relapse treatment with Laferobion, Immunomax, and bio supplements containing calcium and zinc and a traditional therapy was carried out.

Results. The clinical effectiveness of the treatment was evaluated by improved voice function and reduction of the relapse number. In patients of group-I, relapses were observed in 5% of patients after a year. Almost 50% of patients got back the normal state of T and B-cells and significantly improved local immunity. In patients of group-II, relapses

were observed in 18.2% of cases, almost four times more. They had to be hospitalized again and get repeated courses of combined surgical and complex conservative treatment.

Conclusion. The proposed method of the combined anti-relapse treatment of laryngeal papillomatosis in children fulfills the deficiency of the immune state of the patient's organism, prolongs the recurrence periods, and most importantly, is a pathogenetically justified method. It allows recommending its implementation in clinical practice.

Keywords: laryngeal papillomatosis, combined method, relapse, anti-relapse treatment, inter-relapse period.

Актуальность. Здоровье и благополучие народа является бесценным потенциалом для успешного политического, социально-экономического и культурного развития. Верхние дыхательные пути являются первым физиологическим барьером организма в отношении неблагоприятных природных и искусственных факторов внешней среды. Проблема папилломатоза гортани на сегодня является одной из самых острых проблем в оториноларингологии. Значимость проблемы респираторного папилломатоза гортани связана с тем, что, поражая гортань, папилломатозные разрастания суживают её просвет, что приводит к нарушению голосообразовательной, а затем и дыхательной функции [1-2].

За последние годы во всем мире, в том числе и в Республике Таджикистан, сохраняется тенденция к увеличению числа пациентов с папилломатозом гортани, при этом возрастает количество больных с тяжелой обтурирующей формой заболевания, ухудшается качество жизни больных детей в результате ограничения их физической и социальной активности [2-3].

Несмотря на то, что современная медицина достигла больших успехов в разработке новых способов консервативного и хирургического лечения папилломатоза гортани, результаты их не всегда удовлетворительны [4-5].

Основным методом лечения детей с рецидивирующим респираторным папилломатозом на сегодняшний день остается хирургический, несмотря на то что, по сути, он является паллиативным [5-6].

Установлен факт большей эффективности лечения папилломатоза гортани с использованием комплексного лечения, сочетающего микрохирургическое эндоларингеальное вмешательство с использованием адывантной терапии, по сравнению с общепринятым лечением [5-6].

Однако, несмотря на многообразие лекарственных препаратов, методов и технических оснащений, проблема далека от разрешения, частота рецидивов остается высокой и не имеет тенденции к снижению. В связи с этим возникает необходимость анализа эффективности новых способов лечения, схем применения препаратов, что может способствовать выработке единой тактики ведения

таких пациентов.

Цель исследования. Совершенствование способов комбинированного противорецидивного лечения папилломатоза гортани у детей.

Материалы и методы исследования. Нами в период с 2015 по 2019 гг. в детское оториноларингологическое отделение НМИЦ РТ «Шифобахш» госпитализировано 42 больных детей с папилломатозом гортани. Большинство обследуемых детей было в возрасте от 4 до 6 лет (40,5%) и от 1 года до 3-х лет (30,1%). В старшей возрастной группе (13-15 лет) количество детей, страдающих папилломатозом гортани, было значительно меньше (4,8%). Мальчики болели чаще (24 (57,1%)), чем девочки 18 (42,9%). Городских было 19 (45,2%), сельских - 23 (54,8%).

Детям в условиях стационара проводились следующие методы исследования: полное клиническое исследование; исследование ЛОР-органов; фиброларингоскопия гортани фиброларингоскопом фирмы «OLIMPUS», исследование интерферонного статуса путем измерения циркулирующего в крови сывороточного интерферона, уровня продукции ИФН- γ при его индукции *in vitro* фитогемагглютинином, уровня продукции ИФН- α при его индукции *in vitro* вирусом болезни Ньюкасла, показателей гуморального иммунитета исследовали методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини, цито- и гистологические исследование.

У всех пациентов, страдающих папилломатозом гортани, основным методом лечения был хирургический. В зависимости от применявшегося вида лечения все больные были разделены на 2 группы: I группа - 20 детей, оперированные с помощью эндоларингеальной микрохирургии с высокочастотной искусственной вентиляцией легких через двухпросветный катетер с использованием микроинструментов с применением препаратов Лаферобион, Иммуномакс и биодобавок с содержанием кальция и цинка, II группа – 22 детей, которым проведено лечение с использованием традиционной терапии.

Полученные результаты обработаны разностей, вариационной статистикой (А.И.Ойвин,

1966) с помощью пакета прикладных программ MS Excel с определением критерия Стьюдента с вычислением $M \pm m$ и определением показателя статистической значимости различий (t).

Результаты исследования и их обсуждение.

Всем 42 госпитализированным проводили эндоларингеальное микрохирургическое удаление папиллом гортани под общим наркозом с искусственной вентиляцией легких методом инъекции кислорода под прямой опорной микроларингоскопией (ход операции контролируется под микроскопом фирмы «Carl Zeiss» с фокусным расстоянием 350-400 мм) с помощью атравматических микрощипцов с максимальной сохранностью анатомически и функционально значимых структур гортани. Для гемостаза использовали гибкий наконечник электрокоагулятора, который проводили через инструментальный канал ларингоскопа. Эвакуацию слизи и геморрагического содержимого из гортани осуществляли также через инструментальный канал ларингоскопа с помощью электрического отсоса. После окончания операции и активной санации ротоглотки извлекали операционный ларингоскоп. В дальнейшем респираторную поддержку обеспечивали объёмной вентиляцией через лицевую маску.

С противорецидивной целью лечения в послеоперационном периоде пациентам первой группы назначали препараты Лаферобион, Иммуномакс и биодобавки с содержанием кальция и цинка, которые в сочетании друг с другом оказывает мощное противовирусное и иммуностимулирующее действие и способствует репликации ВПЧ из организма, восполняет иммунный дефицит и тем самым в разы удлиняет межрецидивный период.

Противовирусный Лаферобион в составе комплексной терапии назначали по одной свече 150 тысяч МЕ каждые 12 часов. Иммуномакс, который относится к группе иммуномодуляторов и эффективен при сниженном иммунитете, подавляет выраженность воспалительной реакции, вызванных вирусом папилломы человека назначен внутримышечно, из расчёта 100-200 ЕД 1 раз в день. Лечебный курс – 6 инъекций на протяжении 10 дней (в 1, 2, 3, 8, 9, 10 дни терапии).

Биокальций - детский, препарат содержит больше 20 микроэлементов, в том числе железо, цинк, калий, селен и др., больше 20 витаминов, в том числе витамины группы В, А, Д, С, полноценный набор аминокислот и компенсирует дефицит современного питания для ребенка назначили по 1

пакетику 1 раз в день в течении 1 месяца. Также назначили биоцинк - очень важный микроэлемент для поддержки иммунитета, по 1 капсуле 2 раза в день в течение 1 месяца.

Клиническую эффективность лечения оценивали по улучшению голосовой функции, показателей иммунитета и уменьшению числа рецидивов.

У пациентов I группы, во время лечения отмечена более быстрая динамика улучшения послеоперационной картины, на осмотре через 5 суток послеоперационное поле почти очищалось от фибринозного налета, слизистая гортани приобретала розовую окраску. У детей исчезали кашель и одышка, у 16 пациентов из 20 значительно восстанавливалась голосообразовательная функция. В то же время у пациентов II группы восстановительные процессы протекали очень медленно, и за этот период у 15 пациентов из 22 голос оставался охрипшим и отмечался периодический сухой кашель.

При проведении иммунологического исследования особое внимание уделялось исследованиям интерферонового (ИФН) и иммунного статуса, при выполнении которых выявляли дисбаланс системы интерферона, что выражалось в повышении уровня сывороточного ИФН при ПГ до $8,3 \pm 1,2$ ЕД/мл; понижение продукции ИФН- α до $223,5 \pm 47,8$ ЕД/мл, $P < 0,05$ и ИФН- γ $40,9 \pm 6,9$ ЕД/мл, $P < 0,05$, что свидетельствовало о наличии персистирующей вирусной инфекции. Напряженность гуморального иммунитета выражалась в снижении концентрации иммуноглобулина А, М и G. После проведенного нами лечения почти у 50% пациентов нормализовались показатели иммунного и интерферонового статуса.

При дальнейшем наблюдении в ближайшие 12 месяцев рецидивы отмечались у 4 пациентов II группы, и их пришлось вновь госпитализировать и проводить повторные курсы комбинированного хирургического и комплексного консервативного лечения. В то же время у пациентов I группы за этот период наблюдения рецидив отмечался только у 1 пациента.

Изложенное выше находят своё подтверждение в следующем клиническом наблюдении.

Пример 1. Больной Ш., 7 лет страдал папилломатозом гортани в течение 4,5 лет. Папилломы по всей поверхности обеих голосовых складок с распространением в подскладочный отдел гортани. В течение первых 2х лет перенёс 3 операции под общим эндотрахеальным наркозом традиционным

способом при помощи гортанных микрошпцов. В послеоперационном периоде проведена медикаментозная противорецидивная терапия препаратами различных по механизму действия. Последняя госпитализация и операция были проведены 2 года и 3 месяца тому назад. Проведено лечение по предложенному комбинированному способу, т.е. эндоларингеальное удаление папиллом + Лаферобион + Иммуномакс + биопрепараты с содержанием кальция и цинка и в результате удалось добиться стойкой ремиссии, пациент наблюдался 2 года.

Проведение комбинированного лечения предложенным способом, не связано с какими – либо техническими трудностями. Лекарственные препараты, используемые в процессе лечения, не вызывают каких-либо побочных осложнений, ускоряет сроки реабилитации больного, удлиняет межрецидивный период в 2,5 раза на фоне положительной динамики всех показателей.

Выводы:

1. Для проведения общей анестезии при эндоларингеальных хирургических вмешательствах у пациентов с папилломатозом гортани оптимальным является использование высокочастотной искусственной вентиляции легких.

2. Применение комбинированного лечения папилломатоза гортани у детей снижает риск развития повторных рецидивов, обеспечивает восполнение дефицита иммунного состояния организма больных и удлиняет межрецидивный период.

3. Предлагаемый способ комбинированной противовирусной терапии является патогенетически оправданным методом, не причиняет больному какого-нибудь побочного влияния, имеет хороший экономический эффект, что подтверждает целесообразность его внедрения и применения в клиническую практику.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 5, 6 см. в REFERENCES)

1. Туйдыев Ш.Ш., Современные представления о патогенезе, классификации и хирургическом лечении деформаций носовой перегородки, сочетанных с патологией носовых раковин /Ш.Ш. Туйдыев, М.И. Махмудназаров, М.Д. Шоев, З.Х. Назаров, А.Ш. Юсупов // Здравоохранение Таджикистана. - 2019. - № 1. - С. 83 - 92.

2. Кирасирова Е.А. Комплексный подход к лечению больных с респираторным папилломатозом гортани /Е.А. Кирасирова // Вестн. Каз. НМУ.

- 2015. - № 2. - С. 117 - 119.

3. Мустафаев Д.М. Современные тенденции в лечении респираторного папилломатоза /Д.М. Мустафаев, К.Б. Волкова, П.Г. Евграфов // Рос. оторинолар. - 2015. - № 1 (74). - С. 76 - 83.

4. Харитонов Л.А. Опыт применения Циклоферона в комплексной терапии рекуррентных инфекций респираторного тракта у детей /Л.А. Харитонов, О.Е. Исрафилова // Рос. вестн. перинатол и педиатр. - 2018. - №3 (63).- С. 98-104.

REFERENCES

1. Tuydyev Sh. Sh., Sovremennyye predstavleniya o patogeneze, klassifikatsii i khirurgicheskom lechenii deformatsiy nosovoy peregorodki, sochetannykh s patologiyey nosovykh rakovin [Modern concepts of the pathogenesis, classification and surgical treatment of the nasal septum deformations, combined with the pathology of the turbinates]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2019, No. 1, pp. 83 - 92.

2. Kirasirova E. A. Kompleksnyy podkhod k lecheniyu bolnykh s respiratornym papillomatozom gortani [Complex approach to the treatment of patients with respiratory papillomatosis of the larynx]. *Vestnik Kazakhskogo Natsionalnogo meditsinskogo universiteta - Herald of the Kazakh National Medical University*, 2015, No. 2, pp. 117 - 119.

3. Mustafaev D. M. Sovremennyye tendentsii v lechenii respiratornogo papillomatoza [Current trends in the treatment of respiratory papillomatosis]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya - Russian otorhinolaryngology*, 2015, No. 1 (74), pp. 76 - 83.

4. Kharitonova L. A. Opyt primeneniya TSikloferona v kompleksnoy terapii rekurrentnykh infektsiy respiratornogo trakta u detey [The experience of using Cycloferon in the complex therapy of recurrent respiratory tract infections in children]. *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii - Russian Herald of Perinatology and Pediatrics*, 2018, No. 3 (63), pp. 98-104.

5. Correia S., Dionisio J., da Costa J.D. Recurrent respiratory papillomatosis of the airway: The experience of an endoscopic unit. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 2015, Vol. 21, No. 2, pp. 82 - 89.

6. Goon P.K., Lars U.S., Holder S. Recurrent respiratory papillomatosis (RRP) – time for a reckoning? *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*, 2017, Vol. 2, No. 4, pp. 184 -186.

ХУЛОСА

С.С. Шайдоев, Р.Р. Рахматуллоев,
Ш.Б. Полвонов, П.Р. Мухтарова,
А.М. Шарипов

**ОИДИ МАСЪАЛАИ ТАБОБАТИ
МУШТАРАКИ ЗИДДИРЕТСИДИВИИ
ПАПИЛЛОМАТОЗИ ХАНЧАРА
ДАР КЎДАКОН**

Мақсади кор. Такмили усулҳои муштаракӣ таъбаоти зиддиретсидивии папилломатозии ханҷара дар кӯдакон.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Таҳлили мукоисавии таъбаоти 42 нафар беморони гирифтаи папилломатозии ханҷара бо истифодаи таъбаоти муштаракӣ зиддиретсидивӣ бо Лаферобион, Иммуномакс ва биомаводҳои таркибашон калтсий ва синкдоранда ва таъбаот бо истифодаи усулҳои анъанавӣ гузаронида шудааст.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳими он. Мақола ба усули муштаракӣ зиддиретсидивии таъбаоти папилломатозии ханҷара бо истифодаи маводҳои зиддиретсидивӣ ва тақвиятбахшҳои масуният дар 20 нафар аз 42 нафар таҳқиқшудагон бахшида шудааст.

дааст. Усулҳои таъбаоти анъанавӣ дар 22 нафар беморон анҷом дода шудааст.

Самаранокии клиникӣ таъбаотро аз реи беҳтаршавии вазифаи овозӣ ва камшавии миқдори ретсидивҳо баҳо дода шуд. Дар беморони гурӯҳи I ретсидивӣ беморӣ дар 5% беморон баъди 1 сол ба қайд гирифта шудааст, қариб дар 50 ҳолатҳо Т- ва В-хучайраҳо ба эътидол баргашта, нишондодҳои масунияти ҷузъӣ беҳтар гардид, дар беморони гурӯҳи II бошад, миқдори ретсидивҳо 18,2%-ро ташкил намуд, яъне 4 маротиба бештар ва аз ин ре, лозим омадааст, ки онҳоро тақрибан бистарӣ намуда давраи таъбаоти муштаракӣ ҷарроҳӣ ва маводӣ анҷом дода шавад.

Хулоса. Усули пешниҳоднамудаи муштаракӣ зиддиретсидивии таъбаоти папилломатозии ханҷара дар кӯдакон ба пурра намудани нуқсонҳои масунияти бадани беморон нигаронида шудааст, давраҳои тақриршавиро дароз менамояд, бешак усули асосноки патогенетикӣ махсуб меёбад ва ин имкон медиҳад, ки онро дар амалияи клиникӣ мавриди истифодаи васеъ қарор бидиҳем.

Калимаҳои калидӣ: папилломатозии ханҷара, усули муштаракӣ, ретсидив, таъбаоти зиддиретсидивӣ, давраи байниретсидивӣ.

УДК 613.24-036.17-053.2-085

Б.А. Шамсов¹, З.Н. Набиев², Х.Дж Мирзоев², Ф.А. Файзуллоев¹

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ, ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Республика Таджикистан

²ГУ Комплекс здоровья «Истиклол», г Душанбе, Республика Таджикистан

Шамсов Бахтовар Абдулхафизович – соискатель ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»; e-mail: bakhtovar01@gmail.com. Тел.: 907-58-88-87.

Цель исследования: Клиническое сравнение терапевтического питания для реабилитации детей с недостаточностью питания тяжелой степени.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты обследования и лечения 58 детей с тяжелым нарушением питания. Критерием для включения были дети от 6 до 59 месяцев с тяжелым нарушением питания стандартизованная оценка (Z-SCORE) $Z \leq 3$ и находящиеся на стадии реабилитации стандартного лечения детей с ТНП.

Результаты исследования. Каждые два дня всех обследуемых детей взвесили, оценили отек и осмотрели (чаще, если ребенок предъявлял конкретную жалобу). Каждый ребенок в обеих группах был выбран на 6-й день фазы реабилитации для измерения потребления энергии. Потребление энергии рассчитывалось на основе количества, съеденного ребенком во время каждого приема пищи. Выздоровление оценивали по весу.

Вывод. Высокое потребление энергии, полученное у детей, находящихся на смешанном кормлении, приводит к среднему увеличению веса по сравнению с полученным с одним F100 в первой группе (которые сами по себе превышают минимальное увеличение веса, ожидаемое на этой фазе лечения).

Ключевые слова: дети, БЭН, питания, питательная недостаточность, квашиоркор, нутритивная поддержка, терапевтическое питание, недоедание.

B.A. Shamsov¹, Z.N. Nabiev¹, H.J. Mirzoev², F.A. Fayzulloev¹

NUTRITION REHABILITATION OF CHILDREN WITH SEVERE ACUTE MALNUTRITION

¹State Institution «Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Child Surgery»

²State Institution «Health complex Istiklol»

Shamsov Bakhtovar Abdulkhafizovich - applicant for the State Institution «Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Child Surgery»; e-mail: bakhtovar01@gmail.com

Aim: Clinical comparison of nutritional therapy for the rehabilitation of severely malnourished children.

Materials and methods. We have analyzed the results of examination and treatment of 58 children with severe malnutrition. The criterion for inclusion was children from 6 to 59 months with severe malnutrition, standardized score (Z-SCORE) $Z \leq 3$ and those in the stage of rehabilitation of standard treatment of children with TNP.

Research results. Every two days, all the examined children were weighed, the edema was assessed and examined (more often if the child made a specific complaint). Each child in both groups was selected on the 6th day of the rehabilitation phase to measure energy consumption. Energy intake was calculated based on the amount eaten by the child at each meal. Recovery was assessed by weight.

Conclusions. The high energy intake received in the mixed-fed infants results in an average weight gain compared to that obtained with F100 alone in the first group (which themselves exceed the minimum weight gain expected in this phase of treatment).

Key words: children, PED, nutrition, nutritional deficiency, kwashiorkor, nutritional support, therapeutic nutrition, malnutrition.

Актуальность. Недоедание, особенно у детей, является серьезной проблемой для здоровья не только нынешнего населения, но и следующих поколений людей. Согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), недоедание относится к ряду заболеваний, каждое из которых имеет конкретную причину, связанную с одним или несколькими питательными веществами (например, белком, йодом, кальцием и т.д.), и каждое из них характеризуется клеточным дисбалансом между предложенным питательным веществом и энергии, с одной стороны, и потребность организма в них для обеспечения роста, поддержания и определенных функций, с другой (ВОЗ, 1996) [2, 4, 8, 9, 10]. Таким образом, недоедание складывается из множества различных клинических показателей в зависимости от того, какой питательный элемент ответственен за состояние дисбаланса. Существует четыре основных вида недоедания: задержка внутриутробного развития, белково-энергетическая недостаточность (БЭН) и нарушения, связанные с дефицитом витамина А, йода или железа [5, 9]. БЭН по-прежнему является серьезной проблемой для здоровья во всем мире в целом и в Таджикистане в частности. В 1995 г. из 11,6 млн. смертей среди детей моложе 5 лет во всех развивающихся странах 54% были связаны с недоеданием в той

или иной степени (ВОЗ, 1998) [5, 10].

В настоящее время разрабатываются различные методы лечения БЭН на дому в области питания в чрезвычайных ситуациях. Краеугольным камнем этих новых стратегий является использование готовой к употреблению лечебной пищи (RUTF), основанной на спецификациях терапевтического питания (ТП) F100. Поскольку эти RUTF не содержат воды, они не подвержены бактериальному заражению. Их можно хранить и употреблять в домашних условиях без предварительной подготовки.

В настоящее время производятся и используются в полевых условиях два коммерчески продаваемых RUTF: продукт на основе арахисовой пасты (Plumpy'nut) и твердое печенье (BP100).

Цель исследования: Клиническое сравнение терапевтического питания для реабилитации детей с недостаточностью питания тяжелой степени.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты обследования и лечения 58 детей с тяжелым нарушением питания. Критерием для включения были дети от 6 до 59 месяцев с тяжелым нарушением питания стандартизованная оценка (Z-SCORE) $Z \leq 3$ и находящиеся на стадии реабилитации стандартного лечения детей с БЭН. В исследования исключали детей с отеками (+++),

диареей и рвотой. На момент исследования все дети находились на искусственном вскармливании. Методом случайной выборки все дети были разделены на 2 группы: В 1-группе (29-детей) все дети находились на ТП F-100. Дети 2-группы (29-детей) находились на смешанном вскармливании ТП F-100 и RUTF BP-100 (Compact, Берген, Норвегия).

Таблица 1.
Антропометрические данные детей на момент поступления

	группа (n = 29)	группа (n = 29)
Возраст в мес.	13.34 ± 23.19	10.00 ± 23.36
Вес к росту в Z-баллах	-3.28 ± 1.36	-3.31 ± 1.41
Рост (см.)	72.10 ± 29.11	65.86 ± 24.90
Вес (кг)	6.61 ± 5.16	5.49 ± 4.69

Примечание: Среднее значение ± 3, стандартных отклонения (СО)

ТП F-100 и RUTF BP-100 (Батончик имеет витаминно-минеральный состав, эквивалентный F100, но он основан на вареной пшенице, а не на молоке) было специально разработано для восстановления питания детей, страдающих от тяжелой острой недостаточности питания, во время фазы перехода (F-100) и реабилитации (F-100 и BP-100) протокола лечения, разработанного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

Стандартное лечение начиналось с фазы стабилизации, включающей диетическое лечение всех

детей с ТП F75 (130 мл/кг/день на 8 кормлений), плюс систематические антибиотики и лечение острых состояний (например, гипогликемии, гипотермии, обезвоживания и т.д.) до восстановления аппетита. Эта фаза длилась в среднем 5 дня. Затем пациент оставался в течение трех дней в переходной фазе с той же дозировкой ТП F100. Наконец, во время фазы реабилитации детям первой группы назначали ТП F100 из расчёта 200 мл/кг/день на шесть приемов пищи (100 мл F-100 содержит 100 ккал энергии). А детям второй группы в течение первых 3 дней фазы реабилитации получали стандартную диету (ТП F-100) с заменой одного из приемов пищи эквивалентным количеством (в ккал) BP-100. С 4-го дня лечения дети получала шесть альтернативных приемов пищи F-100 и BP-100. Порядок приема пищи менялся каждый день, чтобы избежать возможной предвзятости, связанной со сроками приема пищи. Как и в первой группе, общее потребление энергии было нацелено на обеспечение минимум 200 ккал/кг/день.

При диагностике и лечении детей с тяжелым нарушением питания мы руководствовались протокола ведения больных «Национальное руководство по лечению больных с тяжелой и средней недостаточностью питания», изданного на основании приказа Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 24 января 2018 г. №57.

Статистическая обработка статистических данных проводилась с помощью программного обеспечения Microsoft office 2019.

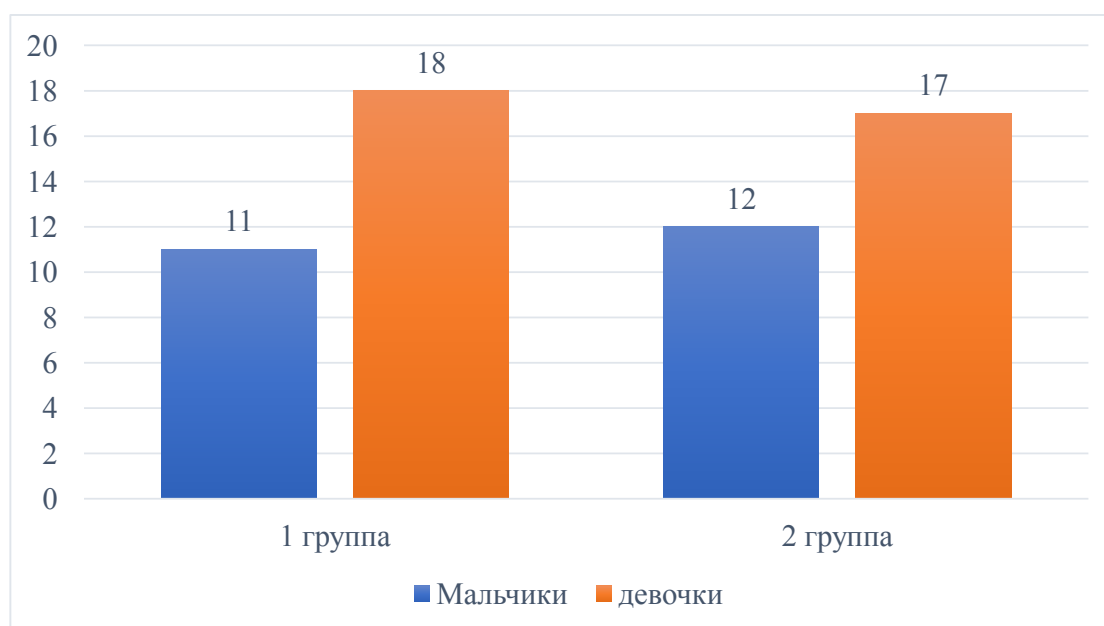


Рисунок 1. Распределение детей по полу

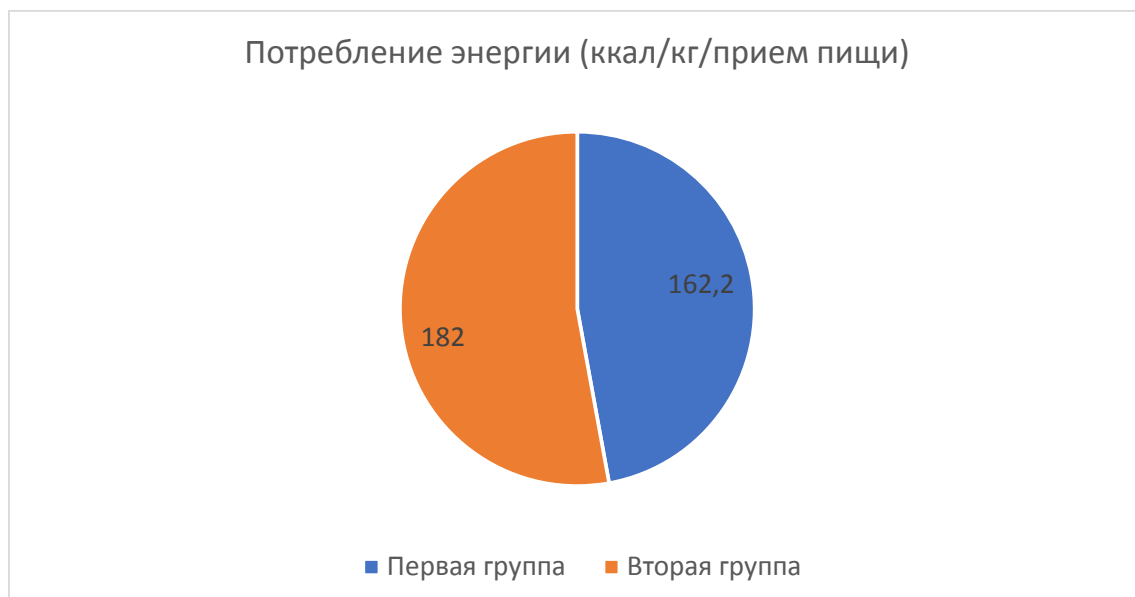


Рисунок 2. Потребление энергии за один прием пищи

Результаты исследования. Каждые два дня всех обследуемых детей взвесили, оценили отек и осмотрели (чаще, если ребенок предъявлял конкретную жалобу). Каждый ребенок в обеих группах был выбран на 6-й день фазы реабилитации для измерения потребления энергии (табл.2). Потребление энергии рассчитывалось на основе количества, съеденного ребенком во время каждого приема пищи. Выздоровление оценивали по весу. Ребенок был выписан, когда соотношение массы тела к росту было выше 85% от медианы TC Z-SCORE.

Среднее значение Z-балла (ср.) отношения

массы тела к росту у детей в день измерения потребления энергии (6-й день фазы реабилитации) составляло -2,86 у детей первой группы и -2,5 у детей второй группы. Средний вес в тот день для первой группы составлял 6,81 кг, а для группы смешанного питания - 5,79 кг.

В таблице 2 представлены потребление энергии до 45 минут после еды у детей. У этих детей среднее потребление энергии при приеме ТП ВР-100 было значительно выше, чем при приеме ТП F100 ($p < 0,0001$). Средняя разница в потреблении энергии между приемами пищи F100 и ВР-100 составляла 16,8 ккал/кг/ прием пищи.

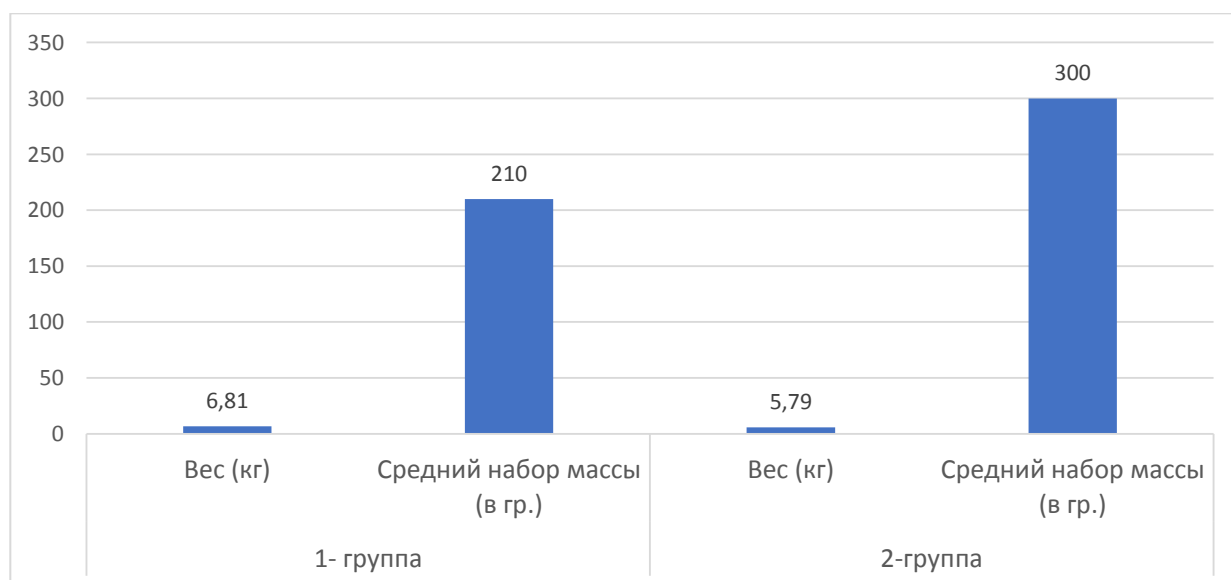


Рисунок 3. Прибавка в весе у детей на 6 день взвешивания

Продолжительность фазы реабилитации до выписки была одинаковой для пациентов, завершивших лечение в группах смешанного питания и группы только F100. В первой группе только заняла в среднем 14,6 дня, а в группе смешанного питания – 11,8 дня.

Выводы.

1. Высокое потребление энергии, полученное у детей, находящихся на смешанном кормлении, приводит к среднему увеличению веса по сравнению с полученным с одним F100 в первой группе.

2. Диапазон энергозатрат у ВР-100 намного шире, чем у F100. Преимуществом F100 может быть относительная стабильность количества, которое дети потребляют при каждом приеме пищи.

3. В дальнейшем необходимо тщательного изучения приема ТП, основанной исключительно на ВР-100 в условиях стационара и дома, чтобы оценить риск неадекватного потребления воды. ВР-100 не содержат воды и должен всегда подаваться с водой, чтобы обеспечить абсорбцию и избежать обезвоживания.

4. Таким образом ВР-100 можно использовать при реабилитации тяжелого недоедания в условиях стационара, амбулатории и дома.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 5-10 см. в REFERENCES)

1. Гафуржанова Х.А. Особенности физического развития детей 1-го года жизни, находящихся на различных видах вскармливания / Л.А.Бабаева, Х.А. Гафуржанова // Здравоохранение Таджикистана. – 2016. - №1. – С.24-31.

2. Завьялова А.Н. Распространенность белково-энергетической недостаточности госпитализированных детей (пилотное исследование) / А.Н. Завьялова, А.Ш. Мусаева, А.А. Спиркова и др. // Медицина: теория и практика. - 2018. - №1. – С. 31-33

3. Муродов М.Д., Хусейнов З.Х. Изучение функции органов пищеварения у детей при остром лимфобластном лейкозе / М.Д. Муродов, З.Х. Хусейнов // Здравоохранение Таджикистана. – 2015. - №1. – С.36-40.

4. Нечаева Г.И. Белково-энергетическая недостаточность в клинической практике / Г.И. Нечаева, И.В. Друк, Е.А. Лялюкова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2013. - №7. – С. 23-26.

REFERENCES

1. Gafurzhanova KH.A. Osobennosti fizicheskogo razvitiya detey 1-go goda zhizni, nakhodyashchikhsya na razlichnykh vidakh vskarmlivaniya [Features of the physical development of children of the 1st year of life, who are on various types of feeding]. Zdravookhraneniye Tadjikistana

- Healthcare of Tajikistan. – 2016. - №1. – P.24-31.

2. Zavyalova A.N. Rasprostranennost belkovo-energeticheskoy nedostatochnosti gosпитализированных детей (pilotnoye issledovaniye) [Prevalence of protein-energy malnutrition in hospitalized children (pilot study)]. Meditsina: teoriya i praktika - Medicine: theory and practice. - 2018. - №1. – С. 31-33

3. Murodov M.D., Khuseynov Z.KH. Izucheniye funktsii organov pishchevareniya u detey pri ostrom limfoblastnom leykoze [Study of the function of the digestive system in children with acute lymphoblastic leukemia]. Zdravookhraneniye Tadjikistana - Healthcare of Tajikistan – 2015. - №1. – P.36-40.

4. Nechayeva G.I. Belkovo-energeticheskaya nedostatochnost' v klinicheskoy praktike [Protein-energy deficiency in clinical practice]. Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya - Experimental and Clinical Gastroenterology. - 2013. - №7. – P. 23-26.

5. Barouaca H., Squali F.Z., Hida M.Effect of Short-Term of Nutrition Rehabilitation on Catch-up Growth in Marasmus and Kwashiorkor. – 2013. - Children. J Food Nutr Disor 2:4. doi:10.4172/2324-9323.1000123

6. Kurpad A. Overview of changing protein and amino acid requirements and application to pregnancy requirements. Food Nutr Bull. 2013;34:234–6.

7. Semba RD. The rise and fall of protein malnutrition in global health. Ann Nutr Metab. 2016;69:79–88.

8. Tierney EP, Sage RJ, Shwayder T. Kwashiorkor from a severe dietary restriction in an 8-month infant in suburban Detroit, Michigan: Case report and review of the literature. Int J Dermatol. 2010;49:500–6.

9. World Health Assembly Resolution WHA57.17. Global strategy on diet, physical activity and health. World Health Organization, Geneva: May 22, 2004.

10. WHO. Guideline: Updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children. Geneva: World Health Organization; 2013.

ХУЛОСА

Шамсов Б.А., Набиев З.Н., Мирзоев Х.Ч., Файзуллоев Ф.А.

БАРҚАРОРСОЗИИ КЎДАКОНИ ГИРИФТОРИ НОРАСОИИ ШАДИДИ ВАЗНИНИ ҒИЗОЙ

Мақсади тадқиқот. Муқоисаи клиникаи ғизои терапевтӣ барои барқарорсозии кӯдакони гирифтори норасоии шадиди вазнини ғизоӣ

Маъвод ва усулҳо. Дар мақола натиҷаҳои таҳлил ва таъбири 58 кӯдаки гирифтори норасоии шадиди вазнини ғизоӣ (НШБҒ) таҳлил кардем. Меъёрҳои дохилшавӣ ин кӯдакони аз 6 то 59 моҳа бо НШБҒ, тамоюли стандартӣ (Z-SCORE) $Z \leq 3$ ва

онҳое мебошанд, ки дар марҳилаи барқарорсозии табобати стандартӣ кӯдакони гирифтори НШВҒ мебошанд.

Натичаҳо. Ҳар ду рӯз ҳамаи кӯдакони барқашиданд, варамиро арзёбӣ карданд ва (аксар вақт, агар кӯдак шиояти мушаххас карда бошад). Ҳар як кӯдак дар ҳарду гурӯҳ дар рӯзи 6-уми марҳилаи барқарорсозӣ барои чен кардани истеъмоли энергия интиҳоб карда шуд. Истеъмоли энергия аз рӯи миқдори хӯрдани кӯдак дар ҳар ҳуҷра ҳисоб карда

шудааст. Барқароршавӣ аз рӯи вазн баҳо дода шуд.

Хулоса. Истеъмоли зиёди энергия, ки дар кӯдакони ширӣ омехта истеъмол мекунанд, ба афзоиши миёнаи вазн оварда мерасонанд дар муқоиса бо танҳо бо F100, ки гурӯҳи аввал истеъмол мекунад (онҳо аз афзоиши ҳадди аққали вазни дар ин марҳилаи табобат пешбинишуда зиёдтаранд).

Калимаҳои асосӣ: кӯдакони НШВҒ, ғизо, норасоии ғизо, квашиоркор, дастгирии ғизоӣ, ғизоӣ терапевтӣ, камғизоӣ.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616-007-053.1

Ш.З. Набиева

АКТУАЛЬНОСТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

ГУ «Республиканский научно клинический центр педиатрии и детской хирургии» Республики Таджикистан

Набиева Шахноза Зоҳировна – соискатель ГУ «Республиканский научно клинический центр педиатрии и детской хирургии». E-mail: shaha.92@mail.ru. Тел.: 907-58-88-87.

В статье приведен обзор современной литературы с целью изучения вопросов этиологии, факторы риска, профилактики, выявлении и современном лечении врожденных пороков развития.

Исследования доказали, что основные профилактические мероприятия по снижению рождения детей с пороками развития и улучшения состояния здоровья беременных женщин должны быть направлены на совершенствование диагностических технологий и решение медико-социальных проблем беременных женщин.

Ключевые слова: дети, врожденные пороки развития, пороки развития, врожденные аномалии, ВПР, ВПС.

Sh.Z. Nabieva

RELEVANCE OF INCIDENTAL DEVELOPMENTAL DISORDERS

State Institution «Republican Scientific Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery»

Nabieva Shahnoza Zohirovna - Applicant for the State Institution «Republican Scientific Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery». E-mail: shaha.92@mail.ru

The article provides a review of modern literature in order to study the issues of etiology, risk factors, prevention, detection and modern treatment of congenital malformations.

Studies have shown that the main preventive measures to reduce the birth of children with developmental defects and improve the health status of pregnant women should be aimed at improving diagnostic technologies and solving medical and social problems of pregnant women.

Key words: children, congenital malformations, malformations, congenital anomalies, congenital malformations, congenital heart disease.

Врожденные пороки развития (ВПР) - это структурные, поведенческие, функциональные и метаболические нарушения, которые возникают во время внутриутробной жизни и могут быть идентифицированы пренатально, при рождении или позже в младенчестве, например, дефект слуха [14, 18, 31]. ВПР также именуются как врожденные

аномалии, врожденные дефекты и врожденные нарушения. ВПР могут быть изолированными аномалиями или частью синдрома и продолжают оставаться важной причиной неонатальной и младенческой заболеваемости и смертности [6].

В то же время, не все наследственные болезни являются врожденными. Значительная часть на-

следственных болезней развивается в более позднем возрасте [10, 13]. Наследственные болезни встречаются в клинической практике любого специалиста. В этом случае их, как правило, классифицируют с клинической точки зрения. Принципы клинической классификации не отличаются от классификации других болезней - органический, системный и др. Хотя в определенной степени эта классификация выступает условным, поскольку большинство генных, а тем более хромосомных и геномных мутаций вызывают поражение нескольких органов [18, 19, 33].

По оценкам, ежегодно рождается 7,9 миллиона детей с серьезными врожденными аномалиями [24]. Доля глобальной неонатальной смертности из-за этих дефектов увеличилась с 3% в 2008 г. до 4,4% в 2013 г. [10, 25]. К сожалению, более 90% врожденных аномалий происходит в странах с низким и средним уровнем доходов (СНСД) [1, 28]. По данным Европейской сети регистров населения для эпидемиологического надзора за врожденными аномалиями EUROCAT, из 5,1 миллиона рождений в Европейском союзе (ЕС) каждый год примерно 127 000 (2,5%) имеют ВПР [19].

Сообщается, что он составляет всего 1,07% в Японии и достигает 4,3% на Тайване [30]. В США зарегистрировано 2-3% случаев врожденных аномалий при рождении. Распространенность при рождении врожденных аномалий в Англии составляет 2%, а в Южной Африке - 1,49% [9].

При наблюдении в течение 1990-1994 годов общая частота пороков среди живорожденных в странах, объединенных системой EUROCAT, колебалась от 8,8 в реестре Белфаста (Великобритания) до 30,2 в Страсбурге (Франция), составляя в целом 19,5 на 1000 живорожденных [19]. В Калифорнии среди 11 местных реестров врожденных пороков частота ВПР равнялась 21,9, при достаточно небольших колебаниях между реестрами от 21,3 до 22,4 ‰ [15].

В 90-х годах 20-го века в Европе с 1000 новорожденных в 30 наблюдались врожденные аномалии; 3,2 имели хромосомные болезни; 7,0 - наследственные заболевания; то есть, общая частота генетической патологии равна около 40 ‰ [31].

Частота хромосомной патологии в реестрах EUROCAT равнялась 36,73, из них синдром Дауна наблюдался в 21,03 случая на 10 тыс. Новорожденных. Частота тератогенных синдромов (алкогольного; в результате употребления препарата или варфарина; в результате материнской инфекции) составляла вместе 1,45 на 10 тыс. Выходов беременностей [13, 19, 32]. Уровни распространенности

синдрома Дауна колебались от <0.25 на 1000 во Франции, Италии и Швейцарии > 1 на 1000 в Ирландии и на Мальте [19, 25]. Изучение распространенности синдрома Дауна и других трисомий в Европе по двадцатилетний период показало увеличение их частоты (среди живого, мертворожденных и плодов, элиминировано при выявлении ВПР). Такое повышение авторы объясняют ростом возраста матерей при рождении ребенка. В живорожденных зафиксированы трехкратные колебания частоты между странами [19].

Частота ВПР у рожденных живыми в Российской Федерации, с незначительными колебаниями по годам, росла от 18, 8 ‰ в 1991 году. До 29,7 ‰ в 2002 г. [4, 6, 7].

Наиболее частыми серьезными врожденными патологиями являются врожденные пороки сердца, дефекты нервной трубки и синдром Дауна [6, 8, 9, 18]. ВПР может быть причиной детской смертности; среди младенцев с пороками развития, которые не выживают, более 70% умирают в первый месяц жизни. Этиология ВПР является генетической (30-40%) и окружающей средой (5-10%). Среди генетической этиологии хромосомные аномалии составляют 6%, моногенные нарушения 25%, многофакторные 20-30% и приблизительно от 40% до 60% ВПР имеют неизвестное происхождение [3, 5, 18, 25, 31]. Кровные браки были описаны как важный фактор, способствующий увеличению ВПР [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13, 33].

По данным различных авторов ВПР системы кровообращения имеют от 0,7% до 1,7% новорожденных [5, 9, 19]. Считают, что в последние десятилетия величина показателя ВПР системы кровообращения возрастает. В России, например, ежегодно рождается 20-22 тысяч младенцев с такими недостатками [7].

Влиятельные материнские факторы включают возраст, образ жизни, болезни во время беременности, дородовое наблюдение, прием лекарств и отказ от фолиевой кислоты в периконцептуальном периоде [14, 16]. Гены играют важную роль во многих врожденных аномалиях. Это может происходить из-за унаследованных генов, кодирующих аномалию, или в результате внезапных изменений в генах, известных как мутации.

Родительское кровное родство, предыдущие выкидыши и мертворождения, а также наследственные врожденные заболевания являются другими важными факторами в этиологии ВПР [29]. Некоторые этнические общины (например, евреи-ашкенази или финны) имеют сравнительно высокую распространенность редких генетических мутаций,

таких как кистозный фиброз и гемофилия С. Возраст матери также является фактором риска аномального внутриутробного развития плода. Возраст матери увеличивает риск хромосомных аномалий, включая синдром Дауна [6, 9, 11, 18].

Воздействие на мать определенных пестицидов и других химикатов, а также определенных лекарств, алкоголя, табака и радиации во время беременности может увеличить риск врожденных аномалий у плода или новорожденного. Работа или проживание рядом или на свалках, плавильных заводах или шахтах также могут быть фактором риска, особенно если мать подвергается воздействию других факторов риска окружающей среды или недостатка питания.

Материнские инфекции, такие как сифилис и краснуха, являются серьезной причиной врожденных аномалий в странах с низким и средним уровнем доходов.

Совсем недавно сообщалось о влиянии внутриутробного воздействия вируса Зика на развивающийся плод. В 2015 году в Бразилии были зарегистрированы случаи заражения вирусом Зика и пространственно-временное усиление микроцефалии. К 2016 году Бразилия сообщила, что из 4180 предполагаемых случаев микроцефалии 270 были подтверждены, 462 были исключены, а расследование 3448 все еще продолжается. Для сравнения: в среднем по стране регистрируется 163 случая микроцефалии в год. В 6 из 270 подтвержденных случаев микроцефалии, свидетельствующих о наличии инфекции Зика, органы здравоохранения и агентства проводят расследование и всесторонние исследования для подтверждения причинно-следственной связи.

Недостаточность фолиевой кислоты у матери увеличивает риск рождения ребенка с дефектом нервной трубки, в то время как чрезмерное потребление витамина А может повлиять на нормальное развитие эмбриона или плода. Так, с 2000-2001 гг. По 2008-2009 гг. На 14% снизилась частота изолированных пороков сердца - от 1,949 до 1,671 ‰ и на 10% пороков развития нервной трубки - от 1,08 до 0,967 ‰. Объясняют такое снижение внедрением фолиевой кислоты в схему прекоцепционной подготовки женщин, но отмечают, что размеры снижения выглядят непропорциональными доле женщин, которые употребляли фолиевую кислоту. Распространенность анэнцефалии не изменилась. Указывают также, что положительную роль в снижении уровней указанной патологии могло сыграть сокращение доли женщин репродуктивного возраста, которые курили [22].

Считают, что среди факторов, формирующих врожденную патологию плода, важное место принадлежит фенилкетонурии матери, которая вызывает у плода микроцефалию, микрогнатию, пороки сердца, умственную отсталость и т.д.

Дефицит фолатов влияет на образование пороков нервной трубки. Указывают на этиологической значимости эпилепсии в возникновении ВПР. В то же время отмечают, что для лечения эпилепсии используются лекарственные препараты (фенитоин), которые имеют тератогенное влияние на эмбрион. Другие антиконвульсанты, например, вальпроевая кислота, вследствие повреждения экспрессии генов транскрипции, вызывают образование спинномозговой грыжи. Потенциальным тератогеном выступает ретиноевая кислота, повреждая Нох-гены, которые контролируют образование в раннем онтогенезе транскрипционных факторов во всех четырех кластерах. Среди физических факторов важными для формирования ВПР выступают радиация и гипертермия. Алкогольный фетальный синдром (умственная отсталость, дефекты сердца, микроцефалия и др.) развивается при избыточном употреблении алкоголя, особенно в критические периоды развития плода [18].

Низкий доход может быть косвенным фактором врожденных аномалий, который чаще встречается в семьях и странах с ограниченными ресурсами. По оценкам, около 94% тяжелых врожденных аномалий происходит в странах с низким и средним уровнем доходов [1, 4]. Более высокий риск связан с возможным отсутствием доступа беременных женщин к достаточному количеству здоровой пищи, повышенным воздействием агентов или факторов, таких как инфекция и алкоголь, или ограниченным доступом к медицинскому обслуживанию и обследованию. Факторы, часто связанные с низким уровнем дохода, могут вызывать или увеличивать частоту аномального пренатального развития.

Можно также отметить, что благодаря средствам массовой информации и интернета самолечение больных стало более распространенным во всем мире. Ежедневно без назначений врача люди применяют фармакологические препараты, пытаясь ликвидировать симптомы различных заболеваний. Так, самостоятельно лечились до 80% пациентов во многих странах мира (в США - 86%, в Великобритании - 90%) [13, 19, 31].

Профилактические меры общественного здравоохранения направлены на снижение частоты определенных врожденных аномалий за счет устранения факторов риска или усиления защит-

ных факторов. Важные вмешательства и усилия включают:

- обеспечение девочек-подростков и матерей здоровым питанием, включающим широкий выбор овощей и фруктов, и поддержанием здорового веса;

- обеспечение адекватного потребления витаминов и минералов, и особенно фолиевой кислоты, с пищей для девочек-подростков и матерей;

- обеспечение того, чтобы матери избегали вредных веществ, особенно алкоголя и табака;

- недопущение поездок беременных женщин (а иногда и женщин детородного возраста) в регионы, где наблюдаются вспышки инфекций, которые, как известно, связаны с врожденными аномалиями;

- снижение или устранение воздействия вредных веществ (таких как тяжелые металлы или пестициды) на окружающую среду во время беременности;

- контроль диабета до и во время беременности посредством консультирования, контроля веса, диеты и введения инсулина при необходимости;

- обеспечение того, чтобы любое облучение беременных женщин лекарствами или медицинским излучением (например, визуализирующими лучами) было оправданным и основывалось на тщательном анализе риска и пользы для здоровья;

- вакцинация детей и женщин, особенно против вируса краснухи;

- повышение и усиление образования медицинского персонала и других лиц, участвующих в действии профилактики врожденных аномалий;

- скрининг на инфекции, особенно краснуху, ветряную оспу и сифилис, и рассмотрение вопроса о лечении.

Медицинское обслуживание до и во время зачатия (до зачатия и до зачатия) включает в себя базовые практики репродуктивного здоровья, а также медико-генетический скрининг и консультирование. Скрининг можно проводить в течение трех перечисленных периодов:

Скрининг до зачатия может быть полезным для выявления тех, кто подвержен риску определенных расстройств или риску передать заболевание своим детям. Скрининг включает в себя сбор семейных историй и выявление носителей и особенно ценен в странах, где кровнородственные браки распространены. Исследования проведенные в Таджикистане свидетельствует о том что доля родственных браков среди ВПР составляет 23-36% от всех случаев ВПР, и каждый четвертый ребенок с ВПР в РТ родился от родственных браков. Также в ходе исследования было выявлено, что в РТ родственный брак явился фактором рождения детей с болезнью Дауна у 26% исследуемой группы, а врожденные пороки сердца

составили 20% из групп женщин с родственным союзом [1, 2, 4, 5, 6, 9, 18, 31].

Скрининг в период зачатия: характеристики матери могут повышать риск, и результаты скрининга следует использовать для предложения соответствующей помощи в зависимости от риска. Это может включать обследование на предмет выявления молодого или преклонного возраста матери, а также на предмет употребления алкоголя, табака или других рисков. Ультразвук можно использовать для выявления синдрома Дауна и серьезных структурных аномалий в течение первого триместра, а также тяжелых аномалий плода во втором триместре. Материнская кровь может быть проверена на наличие плацентарных маркеров, чтобы помочь в прогнозировании риска хромосомных аномалий или дефектов нервной трубки, или на наличие свободной ДНК плода для выявления многих хромосомных аномалий. Диагностические тесты, такие как пробы ворсинок хориона и амниоцентез, могут использоваться для диагностики хромосомных аномалий и инфекций у женщин из группы высокого риска.

Неонатальный скрининг включает клиническое обследование и обследование на нарушения крови, метаболизма и выработки гормонов. Скрининг на глухоту и пороки сердца, а также раннее выявление врожденных аномалий могут облегчить жизненно важные методы лечения и предотвратить прогрессирование некоторых физических, интеллектуальных, зрительных или слуховых нарушений. В некоторых странах перед выпиской из родильного отделения младенцы обычно проходят скрининг на аномалии щитовидной железы или надпочечников.

Исследования доказали, что основные профилактические мероприятия по снижению рождения детей с пороками развития и улучшения состояния здоровья беременных женщин должны быть направлены на совершенствование диагностических технологий и решение медико-социальных проблем беременных женщин. При рождении новорожденного с пороками развития необходимо оптимизировать пути оказания помощи и дальнейшей реабилитации ребенка с целью снижения уровня смертности, заболеваемости и дальнейшей инвалидизации [1, 8, 17].

Несмотря на огромное бремя врожденных аномалий в СНСД, исчерпывающих данных по этим состояниям по-прежнему не хватает, поскольку реестры врожденных дефектов отсутствуют [11, 19, 24].

Таким образом, прогноз у детей с ВПР во многом зависит от тяжести данного патологиче-

ского процесса, сопутствующих заболеваний и осложнений, возможности хирургической коррекции аномалий развития, адаптационных возможностей новорожденного. Следовательно, многие структурные врожденные аномалии можно исправить с хирургической помощью, а детям с функциональными проблемами, такими как талассемия (наследственные рецессивные заболевания крови), серповидно-клеточные заболевания и врожденный гипотиреоз (снижение функции щитовидной железы), можно назначить раннее лечение.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 8-33 см. в REFERENCES)

1. Бузруква Н.Д. Некоторые аспекты врожденных пороков развития новорожденных детей / Н.Д. Бузруква, Р.Х. Саидмуродова, К.К. Махкамов, Ф.К. Олимова // Известия Академии наук Республики Таджикистан. Отделение биологических и медицинских наук. – 2015. – №1(189). – С. 64-68.
2. Додхоева М. Ф. Медико-социальные аспекты врожденных пороков развития новорожденных / М. Ф. Додхоева, В. Ю. Мельникова // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. – 2013. – №1. – С.72-77.
3. Сарсенбаева Г.И. Редкие врожденные заболевания в детской кардиохирургии / Г.И. Сарсенбаева, А.И. Ким, А.К. Тулебаева // Здравоохранение Таджикистана. – 2019. – №2 (341). – С.71-77.
4. Тихомирова Н.А. Роль факторов среды обитания в развитии врожденных пороков / Н.А. Тихомирова, И.Ф. Колпащикова // Вестник РУДН. Серия: Экология и безопасность жизнедеятельности. – 2008. – №3. – С.70-74.
5. Шамсов Б.А. Роль ультразвуковой диагностики при врожденных пороках сердца у детей / Б.А. Шамсов, М.А. Хусейнова // Материалы I-го съезда Ассоциации детских хирургов Центральной Азии и I-го съезда РОО «Казахстанские детские хирурги»: сб. статей. – Алматы, 2019. – С. 182-183.
6. Шипилова Л.М. Анализ структуры врожденных пороков развития у новорожденных за последние 5 лет (2014 - 2018гг.) / Л.М. Шипилова, Старчикова Т.А. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2019. – №4. – С. 230-231.
7. Янковская Н.И. Возможные факторы риска возникновения врожденных пороков развития у новорожденных в современных экологических условиях // Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины. – 2014. – №4. – С. 342-345.

REFERENCES

1. Buzrukova N.D. Nekotorie aspekti vrojdennikh porokov razvitiya novorozhdennykh detey [Some aspects of congenital malformations of newborn children]. Izvestiya Akademii nauk Respubliki Tadjikistan. Otdelenie biolog-

icheskikh i medicinskikh nauk - Bulletin of the Academy of Sciences of the Republic of Tajikistan. Department of Biological and Medical Sciences. - 2015. - №1(189). - P. 64-68.

2. Dodhoeva M.F. Mediko-socialnie aspekti vrojdennikh porokov razvitiya novorozhdennykh [Medical and social aspects of congenital malformations of newborns]. Dokladi Akademii nauk Respubliki Tadjikistan - Reports of the Academy of Sciences of the Republic of Tajikistan – 2013. - №1. - P.72-77.

3. Sarsenbaeva G.I. Redkie vrojdennye zabolevaniya v detskoy kardiokhirurgii [Rare congenital diseases in pediatric cardiac surgery]. Zdravookhraneniya Tadjikistana – Health care of Tajikistan. – 2019. – №2 (341). – P.71-77.

4. Tikhomirova N.A. Rol faktorov sredy obitaniya v razvitii vrozdennykh porokov [The role of environmental factors in the development of congenital malformations]. Vestnik RUDN. Seriya: Ekologiya i bezopasnost zhiznedeyatelnosti - Bulletin of RUDN. Series: Ecology and life safety. - 2008. - №3. - P.70-74

5. Shamsov B.A. Rol ultrazvukovoy diagnostiki pri vrozdennykh porokakh serdtsa u detey [The role of ultrasound diagnostics in congenital heart disease in children]. Materialy I-go syezda Assotsiatsii detskikh khirurgov Tsentralnoy Azii i I-go syezda ROO «Kazakhstanskiye detskiye khirurgi» - Materials of the 1st Congress of the Association of Pediatric Surgeons of Central Asia and the 1st Congress of the Regional Public Organization «Kazakhstani Children's Surgeons»: collection of articles. articles. - Almaty, 2019. - P. 182-183.

6. Shipilova L.M. Analiz struktury vrozdennykh porokov razvitiya u novorozhdennykh za posledniye 5 let (2014 - 2018gg.) [Analysis of the structure of congenital malformations in newborns over the past 5 years (2014 - 2018)]. Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii - Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics. – 2019. – №4. – P. 230-231.

7. Yankovskaya N.I. Vozmozhnyye faktory riska vzniknoveniya vrozdennykh porokov razvitiya u novorozhdennykh v sovremennykh ekologicheskikh usloviyakh [Possible risk factors for the occurrence of congenital malformations in newborns in modern environmental conditions]. Sovremennyye problemy gigiyeny, radiatsionnoy i ekologicheskoy meditsiny - Modern problems of hygiene, radiation and environmental medicine. - 2014. - №4. - P. 342-345.

8. Agha MM et al. Determinants of survival in children with congenital abnormalities: a long-term population-based cohort study. Birth defects research Part A, Clinical and molecular teratology 2006;76:46-54.

9. Aghaz F, Ojagh SZ, Khanjari S, Vaisi-Raygani A, Khazaei M, Bakhtiari M. The Contingent Prenatal Screening Test for Down's Syndrome and Neural Tube Defects in West of Iran. J Reprod Infertil. 2019;20(4):244-251.

10. Anthony S, Kateman H, Brand R, et al. Ethnic differences in congenital malformations in the Netherlands: analyses of a 5-year birth cohort. Paediatr Perinat Epidemiol. 2005;19(2):135-144. doi:10.1111/j.1365-

3016.2005.00632.x

11. Biri A et al. Birth prevalence and distribution of congenital anomalies in a university hospital. *PerinatolD-ergisi* 2005;13:86-90.

12. Boyle B, Addor M-C, Arriola L, et al. Estimating global burden of disease due to congenital anomaly: an analysis of European data. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2018;103:F22–F28. doi:10.1136/archdischild-2016-311845.

13. Brent RL. Environmental causes of human congenital malformations: the pediatrician's role in dealing with these complex clinical problems caused by a multiplicity of environmental and genetic factors. *Pediatrics*. 2004;113(4 Suppl):957-968.

14. Centers for Disease C, Prevention. Improved national prevalence estimates for 18 selected major birth defects--United States, 1999-2001. *MMWR Morbidity and mortality weekly report* 2006;54:1301-5.

15. Chan Margaret. World Health Organization. 2nd rev. ed Geneva, Switzerland: Elsvier; 2015; 267 p.

16. Christianson A, Howson CP, Modell B. March of dimes: global report on birth defects, the hidden toll of dying and disabled children. 1st ed USA: March of Dimes Birth Defects Found; 2005. 84 p.

17. Corsello G, Giuffrè M. Congenital malformations. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012;25 Suppl 1:25-29. doi:10.3109/14767058.2012.664943

18. Diamandopoulos K, Green J. Down syndrome: an integrative review. *J Neonatal Nurs*. 2018;24(5): 235–41.

19. EUROSTAT. Population projections - tables. 2019. [Online] <https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/data/main-tables>. [accessed 29.04.2020.]

20. Goetzinger KR, Shanks AL, Odibo AO, Macones GA, Cahill AG. Advanced maternal age and the risk of major congenital anomalies. *Am J Perinatol*. 2017;34(3):217–22.

21. Goley SM, Sakula-Barry S, Kelly A, Wright N. Investigating the use of ultrasonography for the antenatal diagnosis of structural congenital anomalies in low-income and middle-income countries: systematic review protocol. *BMJ Paediatr Open*. 2019;3(1):e000538. Published 2019 Sep 13. doi:10.1136/bmjpo-2019-000538

22. Kalter H. Teratology in the 20th century: environmental causes of congenital malformations in humans and how they were established. *Neurotoxicol Teratol*. 2003;25(2):131-282.

23. Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I, Lawn JE, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet*. 2015;385:430–40.

24. Ndirabazza J, Lule S, Nampijja M, Mpairwe H, Oduru G, Kiggundu M, et al. A description of congenital anomalies among infants in Entebbe, Uganda. *Birt Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2011;91:857–61.

25. Oestergaard MZ, Inoue M, Yoshida S, Mahanani WR, Gore FM, Cousens S, et al. Neonatal mortality levels for 193 countries in 2009 with trends since 1990: a sys-

tematic analysis of Progress, projections, and priorities. *PLoS Med*. 2011;8:e1001080

26. Pfeifer U, Gubler D, Bergstraesser E, Bassler D. Congenital malformations, palliative care and post-natal redirection to more intensive treatment - a review at a Swiss tertiary center. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2018;31(9):1182-1187. doi:10.1080/14767058.2017.1311317

27. Rajangam S et al. Consanguinity and chromosomal abnormality in mental retardation and or multiple congenital anomaly. *Journal of the Anatomical Society of India* 2007;56:30-3.

28. Sitkin NA, Ozgediz D, Donkor P, Farmer DL. Congenital anomalies in low- and middle-income countries: the unborn child of global surgery. *World J Surg*. 2015;39:36–40.

29. Taksande A, Vilhekar K, Chaturvedi P, Jain M. Congenital malformations at birth in Central India: a rural medical college hospital based data. *Indian J Hum Genet*. 2010;16:159.

30. Temtamy S et al. A genetic epidemiological study of malformations at birth in Egypt. *Eastern Mediterranean Health journal* 1998;4:252-9.

31. WHO. WHO | Congenital anomalies WHO 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/en/>. Accessed 7 May 2017.

32. Wittekindt B, Schloesser R, Doberschuetz N, et al. Epidemiology and Outcome of Major Congenital Malformations in a Large German County. *Eur J Pediatr Surg*. 2019;29(3):282-289. doi:10.1055/s-0038-1642630

33. Wright NJ; Global PaedSurg Research Collaboration. Management and outcomes of gastrointestinal congenital anomalies in low, middle- and high-income countries: protocol for a multicentre, international, prospective cohort study. *BMJ Open*. 2019;9(8):e030452. Published 2019 Sep 3. doi:10.1136/bmjopen-2019-030452.

ХУЛОСА

Ш.З. Набиева

АФЗАЛИЯТНОКИИ БЕМОРШАВИИ БЕМОРИҲОИ НУҚСОНҲОИ МОДАРЗОДӢ

Дар мақола баррасии адабиёти муосир бо мақсади омӯзиши масъалаҳои этиология, омилҳои хавф, пешгирӣ, ошкор ва табобати муосири нуқсонҳои модарзодӣ пешниҳод шудааст.

Тадқиқотҳо нишон доданд, ки чораҳои асосии пешгирикунанда оид ба коҳиш додани таваллуди кӯдакони дорои нуқсонҳои модарзодӣ ва солимии занони ҳомила бояд ба тақмили технологияҳои таҳхис ва ҳалли мушкилоти тиббӣю иҷтимоии занони ҳомила равона карда шаванд.

Калимаҳои асосӣ: кӯдакон, нуқсонҳои модарзодӣ, нуқсонҳо, норасоҳои модарзодӣ, нуқсонҳои модарзодӣ, бемориҳои модарзодии дил.



**ГУЛЬМУРАДОВ ТОШПУЛАТ
ГУЛЬМУРАДОВИЧ**

23 сентября перестало биться сердце член-корреспондента Национальной Академии Наук Таджикистана, д.м.н., профессора, заместителя директора по науке ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, заведующего кафедрой сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и реконструктивно-пластической хирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» **Гульмуродова Тошпулата Гульмуродовича.**

Т.Г. Гульмуродов, родился 3 января 1953 года в селение Джаврот города Турсунзаде Республики Таджикистан в семье государственного слушающего.

В 1968 году поступил в лечебный факультет Таджикского государственного медицинского института имени Абуали ибни Сино, и успешно окончил в 1974 году.

После окончания ТГМИ им. Абуали ибни Сино с 1974 по 1976 году прошел ординатуру в Институте сердечно-сосудистой хирургии АМН СССР города Москвы.

В период 1976-1980 годы работал в качестве больничного ординатора – врача сосудистого хирурга ГКБ №5 г Душанбе, Республики Таджикистан.

В 1980 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Восстановление кровотока к нижним конечностям по глубоким венам бедра при окклюзии улиткового и грудного сегментов»

С 1980 по 2003 г. работал в качестве ассистента

(1980-1986), доцента (1989-1990), профессора (1990-1992) и заведующего кафедрой (1992-2003) факультетской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

В период 1986 по 1989 гг. проходил докторантуру в Институт хирургии имени А.В. Вишневского АМН СССР города Москвы и в 1990 году защитил докторскую диссертацию на тему «Диагностика и хирургическое лечение окклюзионных заболеваний суставов брюшной полости и брахиоцефальных артерий»

С 2003 по 2011 годы работал директором, и с 2011 до дня смерти заместителем директора по науке Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии Республики Таджикистан.

В 1993 году ему было присвоено звание профессора, в 1997 году Т.Г.Гульмуродов был избран член-корреспондентом АН РТ.

С 2012 года заведовал кафедрой сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и реконструктивно-пластической хирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Его научные исследования посвященные проблеме хирургического лечения атеросклеротического поражения аорты и магистральных артерий открыли новое направление в этом разделе медицинской науки. Им впервые были разработаны и внедрены в клиническую практику оригинальные методы остановки кровотечения из брюшной аорты и периферических артерий с применением наружной пневматической компрессии и баллонной обтурации сосудов, разработан способ резекции аневризмы грудной аорты с применением искусственного кровообращения, различные способы аутовенозной пластики поврежденных сосудов опубликованных в хирургических журналах и в монографии (в соавторстве) «Хирургия травм сосудов и их осложнений» (1991).

В результате проведенных фундаментальных исследований им впервые установлены факторы риска и патогенетические механизмы развития ишемических повреждений головного мозга и миокарда сердца при операциях на грудной, брюшной аорте и сосудах питающих головной мозг.

Им впервые разработаны эффективные методы предотвращения систолической перегрузки сердца при операциях на аорте путем нитроглицериновой вазоплегии и баллонной окклюзии нижней полой вены. Он убедительно доказал, что разработанные им операции по коррекции мозгового кровотока у больных с окклюзирующим поражением сосудов питающих головной мозг в 15 раз снижает риск

развития ишемического инсульта, что позволяет существенно улучшить «качество» и продолжительность жизни этой тяжелой категории больных.

Т.Г. Гульмурадовым с применением современных методов исследований (ультразвуковая доплерография, дуплексное сканирование, радиокardiография, исследование центрального кровообращения катетером Сван-Ганца и др.) установлены особенности мозгового, центрального и периферического кровообращения при сочетанных окклюзирующих поражениях аорты и её ветвей питающих жизненно-важные органы; разработаны ультразвуковые критерии степени поражения сонных артерий; способы оценки резервных возможностей сократительной функции миокарда и прогнозирования результатов реваскуляризации нижних конечностей и др. Результаты вышеуказанных исследований им обобщены в монографиях “Диагностика и хирургическое лечение сочетанных окклюзирующих поражений брюшной аорты и брахиоцефальных артерий” (1993) и “Заболевания сердца и сосудов” (1995) которые являются ценными руководствами для широкого круга практических врачей – терапевтов, хирургов, кардиологов и невропатологов.

Им за период 1992 по 2002 годы будучи зав. кафедрой факультетской хирургии ТГМУ проведены исследования по совершенствованию диагностики и повышению эффективности хирургического лечения больных с огнестрельными ранениями и острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости – осложнениями язвенной и желчнокаменной болезни, деструктивного панкреатита и др.

Разработанный Т.Г. Гульмурадовым лечебно-диагностический алгоритм и эндоскопические методы лечения больных с ургентной патологией живота нашли широкое применение в клинической практике. Результаты этих исследований им отражены в монографиях “Осложненный холецистит” (1996) и “Огнестрельные ранения ободочной кишки” (2000).

Т.Г. Гульмурадов являлся эрудированным ученым и одним из основателей эндоскопической хирургии в Республике Таджикистан.

По результатам научных исследований, Т.Г. Гульмурадовым опубликованы более 200 научных статей, из них 46 в зарубежной печати, издано 9 монографий (в соавторстве). Он является автором 4 патентов РТ и более 30 рацпредложений.

Им впервые в нашей стране были выполнены операции коронарного шунтирования, коррекция аномалии Эпштейна, внедрены эффективные способы защиты миокарда и миниинвазивные оперативные вмешательства на органах грудной и брюшной полостей.

Под его руководством успешно защищены 24 кандидатских и 2 докторских диссертаций.

Результаты научных исследований Т.Г. Гульмурадова известны не только у нас в республике, но и далеко за ее пределами. Он неоднократно представлял медицинскую науку за рубежом, участвуя на Всемирных конгрессах по ангиологии (Рим, 1988), сердечно-сосудистой хирургии (Анталия, 2004), Всесоюзных съездах и конгрессах хирургов стран СНГ и Центральной Азии.

Профессор Гульмурадов Т.Г. в качестве председателя общества хирургов Таджикистана, члена правления международной ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова и внештатного главного специалиста по кардиохирургии Министерства здравоохранения вносил весомый вклад в развитие медицинской науки и хирургической службы.

В 2008 году в г. Душанбе под его руководством был организован II съезд сердечно-сосудистых хирургов Центральной Азии, на котором более 30 ученых из стран Центральной Азии и России ознакомились успехами отечественных ученых в области сердечно-сосудистой и микрохирургии.

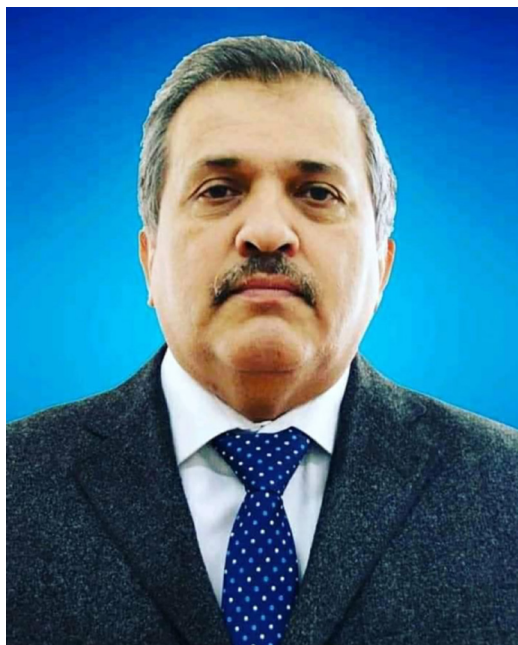
Т.Г. Гульмурадов проводил большую общественную работу. Он будучи заведующим кафедрой факультетской хирургии ТГМУ был председателем Диссертационного Совета по защите докторских диссертаций по хирургии и Республиканской проблемной комиссии по хирургическим дисциплинам, заместителем главного редактора журнала “Здравоохранение Таджикистана” “Центрально-азиатского журнала сердечно-сосудистой хирургии”. За большие заслуги в области здравоохранения и медицинской науки он награжден нагрудным знаком “Отличник здравоохранения” в 2003 году, удостоен Государственной премии имени Абуали ибни Сино.

В 2014 году за цикл работ по актуальным вопросам сердечно-сосудистой хирургии был удостоен премией АН РТ имени академика Е.Н. Павловского.

В качестве депутата Мажилиса г. Душанбе и председателя партийной ячейки “Калби пок” вел большую работу по улучшению экологии г. Душанбе, развитию медицинской науки, а также по обеспечению доступности высокотехнологической медицинской помощи всем слоям населения.

В 2019 году он был удостоен ордена Республики Узбекистан «Шухрат меҳнати» (Герой труда).

Учителя, ученики и редакции журнала Здравоохранения Таджикистана выражают соболезнование родным и близким Гульмурадова Тошпулата Гульмурадовича в связи с его безвременной кончиной.



**КАРИМХОН МУРОДОВИЧ
КУРБОНОВ**

Родился 2 апреля 1958 года. После окончания Таджикского государственного медицинского института им. Абуали ибни Сино в 1982 г. работал в качестве врача-хирурга в Кулябской областной больнице Республики Таджикистан. В 1987 году поступил в целевую клиническую ординатуру на кафедре торакоабдоминальной хирургии Украинского института усовершенствования врачей г. Харькова, где после окончания ординатуры в 1990г. под руководством лауреата Госпремии Украины, заслуженного деятеля науки и техники, профессора Н.Н. Велигоцкого защитил кандидатскую, а в 1997- докторскую диссертации. В 1988г. избран ассистентом, В 2002 году Каримхон Муродович избран по конкурсу на должность заведующего кафедрой хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. В 2001 году К.М. Курбонов избран на должность декана общемедицинского факультета, а в 2003г назначен ректором Таджикского Государственного Медицинского Университета имени Абуали ибни Сино.

К.М. Курбонов – ученый и практик с широким кругом интересов, высококвалифицированный хирург, имеющий большой опыт сложных оперативных вмешательств. К.М. Курбонов является одним из ведущих специалистов РТ в области хирургической гастроэнтерологии и гепатопанкреатобилиарной хирургии. В 2000г Международная

Академия рейтинговой популярности наградила К.М. Курбонова международным дипломом «Golden Fortune» и Георгиевской медалью IV степени «Слава, Гордость и Труд». Его работы заложили основу диагностики и лечебной тактики при очаговых заболеваниях печени, патологии желчных путей, желудка и двенадцатиперстной кишки, а также толстой и прямой кишки во многом определили успехи в лечении этих тяжелых заболеваний. Вклад в решении проблем трудных дуоденальных язв и послеоперационных гнойно-септических осложнений в хирургии эхинококкоза печени, механической желтухи и желчевыводящих путей были отмечены присуждением ему в 2004г. Заслуженного деятеля науки и техники РТ, а в 2010г - «Золотой медалью» имени В.И. Блинникова Евроазиатского общества рационализаторов.

Последние годы под его руководством проводилась исследования, связанные с изучением этиопатогенеза, диагностики и лечения послеоперационного желчного перитонита, острой кишечной непроходимости, заболевания прямой кишки и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни изучением оперативных методов лечения, в том числе и видеолaparоскопических.

К.М. Курбонов – автор более 500 научных работ, 70 патентов РТ, более 150 рационализаторский удостоверений, 9 учебников, 30 монографий и 4 руководств, посвященных наиболее сложным проблемам гепатопанкреатобилиарной хирургии, а также 25 методических рекомендаций и учебных пособий для врачей хирургов, ординаторов. Под его руководством защищено 52 кандидатские и 8 докторских диссертаций. С 2010г К.М. Курбонов является академиком АМН Республики Таджикистан.

Курбонов К.М. является Академиком МАВШ Российской Федерации и Республики Таджикистан с 2004 года.

Вся жизнь К.М. Курбонова отдана хирургии. Весь свой богатый практический опыт поливалентного хирурга, педагогический талант, он отдал важнейшему делу-подготовке врачебных кадров Республики Таджикистан.

*Учителя, ученики и редакции журнала
Здравоохранения Таджикистана выражают
соболезнование родным и близким Курбанова
Каримхона Муродовича в связи с его
безвременной кончиной.*