



НИГАҲДОРИИ ТАНДУРУСТИИ ТОҶИКИСТОН
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ТАДЖИКИСТАНА
HEALTH CARE OF TAJIKISTAN

Научно-практический журнал

Выходит один раз в 3 месяца

Основан в 1933 г.

1 (348) 2021

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

Муовини сармухаррир: 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

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

Мироҷов 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

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

Мироҷов Ғ.Қ. – д.м.н., профессор, академик НАН РТ

Муратов 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 Ч А

Абдуллоева Н.Ш., Винярская И.В. Нишондиҳандаҳои сифати ҳаёти кӯдакони яқсола	5
Артикова Н.К., Турсунова Х.Р., Юсупова З.Х. Таъсири сироятҳои музмини вирусӣ ба ҳолати пардаи луобии ковокии даҳон дар шахсоне, ки протезҳои ғайримуқимири истифода мебаранд	11
Ашуров Г.Г., Гаибов А.Г., Шафозода М.Б. Ҷанбаҳои иҷтимоии ташкил намудани ёрии стоматологӣ дар маҷмуи табobati патологияи пародонт, ки зери таъсири элементҳои супраконструксионии протезҳои гирифтанашиаванда пайдо гаштаанд	17
Базаров Н.И., Имомов Ф.А., Шукуров Ф.И., Кодирӣ А., Косимов М.М., Кобилев Ж.А., Ниязов И.К., Юлчиев Р.И. Баъзе ҷанбаҳои клиникӣ, ташхис ва самаранокии табobati омосҳои ягона ва бисёрравлаи хушсифат ва ҷараёнҳои омосмонанди пӯст ва таркибҳои атрофии мавқеи периорбиталӣ	24
Ганиева М.Т., Рабеева Ш.Р., Исаева М.Б., Исрофилов М.О., Зуурбекова Д.П., Асилова Н. Ташхиси клиникӣ-молекулярӣ атаксияҳои ирсӣ	31
Ибодов Х.И., Икромов Т.Ш., Моёнова Ш.Ш., Бадалов Ш.А., Ибодов Н.С., Сайёдов К.М. Натиҷаҳои амалиёти минӣ перкутанӣ ҳангоми нефролитиази яктарафа дар кӯдакон	36
Икромов Т.Ш., Абдусаматзода З.М., Аҳмадҷонова М.Ш., Аҳмадова М.М., Нозимова М.К. Тавсифи гемодинамикии ихтилолоти дисплазии банди косу рон дар навзодон ва кӯдакони синамак	41
Мирзоева А.Б., Аҳмедов А.А., Мухаммадиева С.М. Ҳолати реалии занҳои дорои бемориҳои дисгормоналии ғадуи ширӣ дар минтақаҳои бисёртаваллуд	45
Носирҷонова Х.Р., Сабурова А.М., Сирочидинова У.Ю., Муродов У.Э. Алоқамандии ҳолати мембранаи биологӣ бо нишондиҳандаҳои системаи про-ва антиоксидантӣ дар беморони сили шуш	50
Раҳмонов Х.Дж., Ризоев И.М., Раҳимов Н.О., Бердиев Р.Н., Раҳмонов У.Х. Мустаҳкамкунии қисми камару чорбанди сутунмуҳра бо усули транспедикулярӣ ҳангоми шикасти деформатсияшуда	57
Сангинов Д.Р., Сатторова М.А., Нуъмонова Б.А. Самараноктарин табобат дар ҳавфи паст ва баланди муқобилияти омосҳои бадсифати трофобластикӣ дар занони Ҷумҳурии Тоҷикистон	62
Шодихон Ҷ., Абдурахмонова З.Х., Набиева Ш.З., Қосимова М.С. Беҳтар намудани ғамхории тиббӣ ба кӯдакон бо талафи системаи перинаталӣ асаб	67
Шокирова У.Г., Пахомов С.П., Лебедева О.П., Устюжина А.С., Матросова А.В. Хусусияти ҷараёни нимаи дуҷуми ҳомиладорӣ ҳангоми занҳои мубтало ба ҳалалёбии ҳамоҳангии фаъолияти зоимонӣ	73

ХАБАРИ МУХТАСАР

Сангинов Ҷ.Р., Ҳусейнзода З.Х. Таҳлили хизматрасонии тиббӣ ба беморони гирифтори саратон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон. Масалаҳои ҳалталаби соҳа ва дурнамо	79
--	----

ҲОДИСА АЗ ТАҶРИБА

Ахпаров Н.Н., Сулейманова С.Б., Ойнарабаева Э.А. Ҳолатҳои клиникии бемории гастрозофагеалии рефлюксӣ дар кӯдакони гирифтор ба ихтилолоти неврологӣ	85
---	----

ТАФСИРҲО

Қараев И.И., Юлдошев Р.З., Умарова М.Н., Раҳимов Н.Г., Раҳимов Б.Р. Ҷанбаҳои муносири оризаҳои уфунӣ дар мавриди кӯдакони гирифтор ба лейкози шади миелобластӣ дар марҳилаҳои кимиёдармонӣ	90
Мухамади Н.З., Умарзода С.Ғ., Аҳмедова З.Б. Махсусияти нишонаҳои клиникӣ, ташхис ва табobati бемории саратони танай бачадон дар маҳали таваллуди (зоиш) зиёд	99
Раҳмонов Х.Ҷ., Бердиев Р.Н., Раҳимов Н.О. Хусусиятҳои ташхис ва табobati ҷарроҳии ҷурраи байнимухравӣ	109

ҶАШН

Аҳмедов Аламхон. Бахшида ба 70-солагӣ	118
Расулов Усмон Расулович. Бахшида ба 80-солагӣ	119

ОГЛАВЛЕНИЕ

Абдуллаева Н.Ш., Винярская И.В. Показатели качества жизни детей первого года жизни
Артыкова Н.К., Турсунова Х.Р., Юсупова З.Х. Влияние хронической вирусной инфекции на состояние слизистой оболочки полости рта у лиц, пользующихся несъемными протезами
Ашуров Г.Г., Гаиров А.Г., Шафозода М.Б. Социологические аспекты организации стоматологической помощи в комплексной терапии патологии пародонта, индуцированными несъемными супраконструкционными элементами
Базаров Н.И., Имомов Ф.А., Шукуров Ф.И., Абдукохир Кодир, Косымов М.М., Кобиллов Ж.А., Ниязов И.К., Юлчиев Р.И. Вопросы клиники, диагностики и эффективности лечения солитарных, первично-множественных доброкачественных опухолей и опухолеподобных процессов кожи и окружающих структур перiorбитальной области
Ганиева М.Т., Рабоева Ш.Р., Исаева М.Б., Исрофилов М.О., Зуурбекова Д.П., Асилова Н. Клинико-молекулярная диагностика наследственных атаксий
Ибодов Х.И., Икромов Т.Ш., Моёнова Ш.Ш., Бадалов Ш.А., Ибодов Н.С., Сайёдов К.М. Результаты мини перкутанных вмешательств при одностороннем нефролитиазе у детей
Икромов Т.Ш., Абдусаматзода З.М., Ахмеджанова М.Ш., Ахмедова М.М., Нозимова М.К. Гемодинамическая характеристика диспластических нарушений тазобедренного сустава у новорожденных и грудных детей
Мирзоева А.Б., Ахмедов А.А., Мухаммадиева С.М. Реальное состояние женщин, страдающих дисгормональными заболеваниями молочных желёз в регионах с высокой рождаемостью
Насырджанова Х.Р., Сабурова А.М., Сироджидинова У.Ю., Муродов У.Э. Взаимосвязь состояния биологических мембран с показателями про- и антиоксидантной системы у больных с туберкулёзом лёгких
Рахмонов Х.Дж., Ризолев И.М., Рахимов Н.О., Бердиев Р.Н., Рахмонов У.Х. Транспедикулярная фиксации поясничного отдела позвоночника при его травматических деформациях
Сангинев Д.Р., Сатторова М.А., Нуёмонова Б.А. Оптимизация лечения при низком и высоком риске резистентности злокачественных трофобластических опухолей у женщин Республики Таджикистан
Шодихон Дж., Абдурахмонова З.Х., Набиева Ш.З., Косимова М.С. Совершенствование медицинской помощи детям с перинатальным поражением нервной системы
Шокирова У.Г., Пахомов С.П., Лебедева О.П., Устюжина А.С., Матросова А.В. Характер течения второй половины беременности у женщин с дискоординацией родовой деятельности

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

Сангинев Дж.Р., Хусейнзода З.Х. Анализ медицинских услуг онкологическим больным в Онкологической службе Республики Таджикистан. Полевые проблемы и перспективы

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Ахпаров Н.Н., Сулейманова С.Б., Ойнарбаева Э.А. Клинический случай гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у ребенка с неврологическими нарушениями

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Караев И.И., Юлдошев Р.З., Умарова М.Н., Рахимов Н.Г., Рахимов Б.Р. Современные аспекты септических осложнений у детей с острым миелобластным лейкозом на этапах химиотерапии
Мухаммади Н.З., Умарзода С.Г., Ахмедова З.Б. Особенности диагностики, клинического течения и лечения рака тела матки в регионе с высокой рождаемостью
Рахмонов Х.Дж., Бердиев Р.Н., Рахимов Н.О. Особенности диагностики и хирургического лечения грыж межпозвоночного диска

ЮБИЛЕЙ

Ахмедов Аламхон. К 70-летию со дня рождения
Расулов Усмон Расулович. К 80-летию со дня рождения

CONTENS

5 Abdullaeva N.Sh., Vinyarskaya I.V. Quality of life indicators of first year children
11 Artykova N.K., Tursunova H.R., Yusupova Z.Kh. Influence of chronic viral infection on the state of the oral mucosa in persons using fixed prostheses
17 Ashurov G.G., Gaibov A.G., Shafozoda M.B. Sociological aspects organization of dentistry help in complex therapy of parodontal pathology, by induced fixed supraconstructional element
24 Bazarov N.I., Imomov F.A., Shukurov F.I., Kodiri A., Kosymov M.M., Kobilov J.A., Niyazov I.K., Yulchiev R.I. Clinic, diagnosis and treatment efficacy of solitary, primary multiple benign tumors and tumor-like processes of the skin and surrounding structures of the periorbital area
31 Ganieva M.T., Raboeva Sh.R., Isaeva M.B., Isrofilov M.O., Zuurbekova D.P., Asilova N. Clinical molecular diagnostics of hereditary ataxias
36 Ibodov Kh.I., Ikromov T.Sh., Moyonova Sh.Sh., Badalov Sh.A., Ibodov N.S., Sayyodov K.M. Results of mini percutaneous interventions in unilateral nephrolithiasis in children
41 Ikromov T.Sh., Abdusamatzoda Z.M., Akhmedova M.Sh., Akhmedova M.M., Nozimova M.K. Hemodynamic characterization of dysplastic hip joint disorders in newborns and infants
45 Mirzoeva A.B., Akhmedov A.A., Mukhammadieva S.M. The condition of women suffering from dysgormonal diseases of the mammary glands in regions with high fertility
50 Nasyrdzhanova H.R., Saburova A.M., Sirodzhidinova U.Yu., Murodov U.E. Relationship of the state of biological membranes with indicators of pro- and antioxidant system in patients with pulmonary tuberculosis
57 Rahmonov H.J., Rizoiev I.M., Rakhimov N.O., Berdiev R.N., Rahmonov U.H. Transpedicular fixation of the lumbar spine in its traumatic deformations.
62 Sanginov D.R., Sattorova M.A., Numonova B.A. Treatment optimization at a low and high risk of resistance of malignant trophoblastic tumors in women of the republic of tajikistan
67 Shodikhon J., Abdurakhmonova Z.Kh., Nabieva Sh.Z., Qosimova M.S. Improvement of medical care for children with perinatal lesion of the nervous system
73 Shokirova U.G., Pakhomov S.P., Lebedeva O.P., Ustyuzhina A.S., Matrosova A.V. Character of the course of the second half of pregnancy in women with labor dystocia

SHORT MESSAGE

79 Sanginov J.R., Huseynzoda Z.H. Analysis of medical services for cancer patients in the Cancer Service of the Republic of Tajikistan. Field problems and prospects

CLINICAL CASE

85 Akhparov N.N., Suleimanova S.B., Oynarbaeva E.A. Clinical case of gastroesophageal reflux disease in a child neurologic pathology

REVIEW OF LITERATURE

90 Karayev I.I., Yuldoshev R.Z., Umarova M.N., Rakhimov N.G., Rakhimov B.R. Modern aspects of septic complications in children with myeloblastic leukaemia at the stages of chemotherapy
99 Muhamadi N.Z., Umarzoda S.G., Akhmedova Z.B. Features of the clinical course, diagnosis and treatment of uterine cancer in a region with a high birth rate
109 Rakhmonov H.J., Berdiev R.N., Rakhimov N.O. Features of diagnostics and surgical treatment of intervertebral disc hernias

ANNIVERSARY

118 Akhmedov Alamkhon. To the 70th birthday
119 Rasulov Usmon Rasulovich. To the 80th birthday

УДК 616-053.2-056.54

Н.Ш. Абдуллаева¹, И.В. Винярская²

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

¹Государственное учреждение Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии, г. Душанбе

²ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» МЗ РФ, г. Москва

Абдуллаева Нодира Шомуратовна – к.м.н., доцент, 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. Изучение влияния уровня физического и нервно-психического развития ребенка на его качество жизни.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование КЖ детей первого года жизни с помощью международного опросника QUALIN у 141 ребенка, из которых 66,2% составили мальчики и 33,8% - девочки. Более половины детей (65,8%) имели среднее (нормальное) физическое развитие, 21,7% - выше среднего, 10% - ниже среднего и 2,5% - низкое. Нервно-психическое развитие соответствовало возрасту у 78,9% детей, в 21,1% случаев диагностирована задержка НПР.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате исследования было установлено, что отставание в физическом развитии и задержка нервно-психического развития являются факторами, значительно снижающие КЖ детей первого года жизни. Результаты анкетирования показали, что по оценке педиатров дети с низким уровнем физического развития и задержкой НПР имеют достоверно более низкие показатели КЖ по всем аспектам. Родители же оценивают КЖ этих детей выше, чем педиатры, и считают, что их дети не отличаются от здоровых сверстников, что свидетельствует о недостаточной ориентированности родителей в основных аспектах функционирования детей данного возраста и, соответственно, происходит недооценка состояния их здоровья.

Выводы. Полученные в исследовании результаты дают основания считать, что существенным резервом повышения КЖ детей первого года жизни является активная работа амбулаторного звена системы здравоохранения по формированию в семьях необходимых знаний об основных аспектах жизнедеятельности детей грудного возраста, согласованность и последовательность взаимодействия родителей и педиатров по обеспечению здоровья ребенка.

Ключевые слова. Ранний возраст, качество жизни, физическое и нервно-психическое развитие.

N.Sh. Abdullaeva¹, I.V. Vinyarskaya²

QUALITY OF LIFE INDICATORS OF FIRST YEAR CHILDREN

¹Public institution Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery, Dushanbe

²FGAU "National Medical Research Center for Children's Health" Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

Abdullaeva Nodira Shomuratovna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Children's Surgery, Ministry of Health of Tajikistan, 734026 Republic of Tajikistan, Dushanbe, 59, Somoni ave. 7, E-mail: nodiraabdullaeva@mail.ru (+992) 918 62 59 09

Aim. To study the influence of the level of physical and neuropsychic development of children on the quality of life.

Material and research methods. The study included 141 children of the first year whose QOL was assessed using the QUALIN questionnaire. 66.2% of them were boys and 33.8% were girls. More than half of children (65.8%) had average (normal) physical development, 21.7% - above average, 10% - below average and 2.5% - low. Neuropsychic development corresponded to age in 78.9% of children, delayed CPD was diagnosed in 21.1% of cases.

Results and its discussion. As a result of the study, it was found that the lag in physical development and delayed neuropsychic development are factors that significantly reduce the QOL of children in the first year of life. The results

of the survey showed that children with a low level of physical development and delayed CPD have significantly lower QOL indicators in all aspects. Parents, on the other hand, evaluate the QOL of these children higher than pediatricians. They believe that their children do not differ from healthy peers. That indicates that parents are not sufficiently informed about the main aspects of the health and development of children of this age and underestimate their health status.

Conclusions. The results obtained in the study show that a significant reserve for improving the QOL of children in the first year of life is the active work of the outpatient element of the healthcare system providing families with the necessary knowledge about the main aspects of the life of infants and the consistency of interaction between parents and pediatricians to ensure the health of the child.

Keywords. Early age, quality of life, physical and neuropsychic development.

Актуальность. Изучение качества жизни является одним из актуальных научных направлений в отечественной медицине, особенно в педиатрии, так как здоровье ребенка является основополагающим фактором здоровья общества в целом [2].

Термин «качество жизни» (КЖ) в педиатрии означает интегральную характеристику физического, психологического и социального функционирования ребенка, которая основывается на его субъективном восприятии и/или субъективном восприятии представителей ребенка [6]. В то же время, ребенок раннего возраста не может дать свою оценку этим трем составляющим. Необходимо уметь правильно получить эту информацию от людей, под наблюдением которых находятся дети раннего возраста. Прежде всего, это касается родителей и врачей, выступающих в качестве доверенных лиц детей [3, 7, 8, 11].

Изучение КЖ в педиатрии представляет несомненный интерес, так как это открывает возможность всестороннего анализа и изучения состояния здоровья ребенка. Использование показателей качества жизни в практике врача может стать дополнительным критерием оценки состояния здоровья и развития ребёнка, влияния болезни на благосостояние ребенка, а также оценки эффективности терапии. Внедрению методологии исследования КЖ в педиатрии послужило понимание того, что для контроля за состоянием здоровья и развития ребенка, недостаточны только данные клинических и лабораторных исследований [5, 9, 10].

Работ, посвященных изучению качества жизни детей младенческого возраста, в РФ не так много, а в отечественной литературе единичны, что можно объяснить недостаточным количеством инструментов оценки КЖ детей этого возраста [1, 4, 7, 8, 12].

Цель исследования. Изучить показатели качества жизни детей с различным уровнем физического и нервно-психического развития.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование КЖ детей первого года жизни

с использованием международного опросника QUALIN у 141 ребенка, проживающих в г. Душанбе, из которых 66,2% составили мальчики и 33,8% - девочки. Более половины детей (65,8%) имели среднее (нормальное) физическое развитие, 21,7% - выше среднего, 10% - ниже среднего и 2,5% - низкое. Нервно-психическое развитие (НПР) соответствовало возрасту у 78,9% детей, в 21,1% случаев диагностирована задержка НПР (на один эпикризный срок). Все дети были сопоставимы по состоянию здоровья, не имели каких-либо хронических и психоневрологических заболеваний в момент исследования. В изучаемую выборку не включали детей, родившихся недоношенными, а также дети с наличием какой-либо соматической или нервно-психической патологией в момент исследования.

Опросник QUALIN используют для оценки КЖ детей в возрасте от 3 месяцев до 1 года (1 блок), включает в себя родительскую и врачебную формы. Данный опросник описывает такие аспекты КЖ, как «Поведение и общение» (ПиО), «Способность оставаться одному» (СОО), «Семейное окружение» (СО), «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (НПРиФЗ), а также общий балл (ОБ). Опросник содержит 33 вопроса и 6 вариантов ответов. Производится перекодировка полученных ответов с вычислением среднего балла по каждой шкале в отдельности и общего балла КЖ. Система оценки проводится по шести бальной системе (от 0 до 5 баллов).

Русская версия опросника и программа по обработке данных была предоставлена лабораторией социальной педиатрии и качества жизни отдела организационно-аналитической работы Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Статистическая обработка полученного материала выполнена на ПК с помощью прикладного пакета «Statistica 10.0». Достоверность различий

Таблица 1

**Показатели КЖ детей первого года жизни в зависимости от уровня физического развития
(Me [25q; 75q])**

Аспекты КЖ	Родители			Педиатры		
	Среднее ФР	Отставание ФР	p	Среднее ФР	Отставание ФР	p
ПиО	4,1 [3,8; 4,7]	3,9 [3,6; 4,6]	=0,231 (>0,05; Z=1,2)	3,8 [3,4; 4,2]	3,3 [3,2; 3,7]	=0,011 (<0,05; Z=2,5)
СОО	3,2 [2,6; 3,8]	3,1 [2,7; 3,9]	=0,930 (>0,05; Z= -0,1)	2,6 [2,4; 2,8]	2,4 [2,2; 2,7]	=0,009 (<0,01; Z=2,6)
СО	3,7 [3,5; 4,2]	3,9 [3,3; 4,5]	=0,973 (>0,05; Z= -0,0)	3,7 [3,2; 3,8]	3,3 [3,0; 3,7]	=0,031 (<0,05; Z=2,2)
НПРиФЗ	3,6 [3,2; 4,2]	3,4 [2,9; 4,4]	=0,671 (>0,05; Z=0,4)	3,2 [3,1; 3,7]	2,7 [2,4; 2,9]	=0,000 (<0,001 Z=5,0)
ОБ	3,7 [3,4; 4,2]	3,7 [3,6; 4,3]	=0,919 (>0,05; Z=0,1)	3,4 [3,2; 3,7]	2,9 [2,8; 3,3]	=0,000 (<0,001 Z=3,7)

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между данными нормального ФР и отставания ФР (по U-критерию Манна-Уитни).

количественных признаков определяли с помощью U-критерия Манна-Уитни для сравнения независимых выборок. Статистически значимым результатом считался при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты изучения КЖ жизни детей со средним (нормальным) уровнем физического развития и его отставанием показало, что вне зависимости от уровня развития, наиболее высокие параметры, как по мнению родителей, так и по мнению педиатров, обследованные дети имели по шкалам «поведение и общение» и «семейное окружение», а наиболее низкие – по шкале «способность оставаться од-

ному» (табл. 1).

При изучении родительского варианта опросника статистически значимых различий между детьми с нормальным физическим развитием и его отставанием не было выявлено. Однако, по мнению педиатров, КЖ детей с нормальными показателями ФР были статистически значимы по всем его аспектам в сравнении с детьми, имеющие низкие значения физического развития.

При сравнении оценки КЖ в группе детей с отставанием физического развития, были выявлены разногласия в ответах родителей и педиатров (рис. 1).

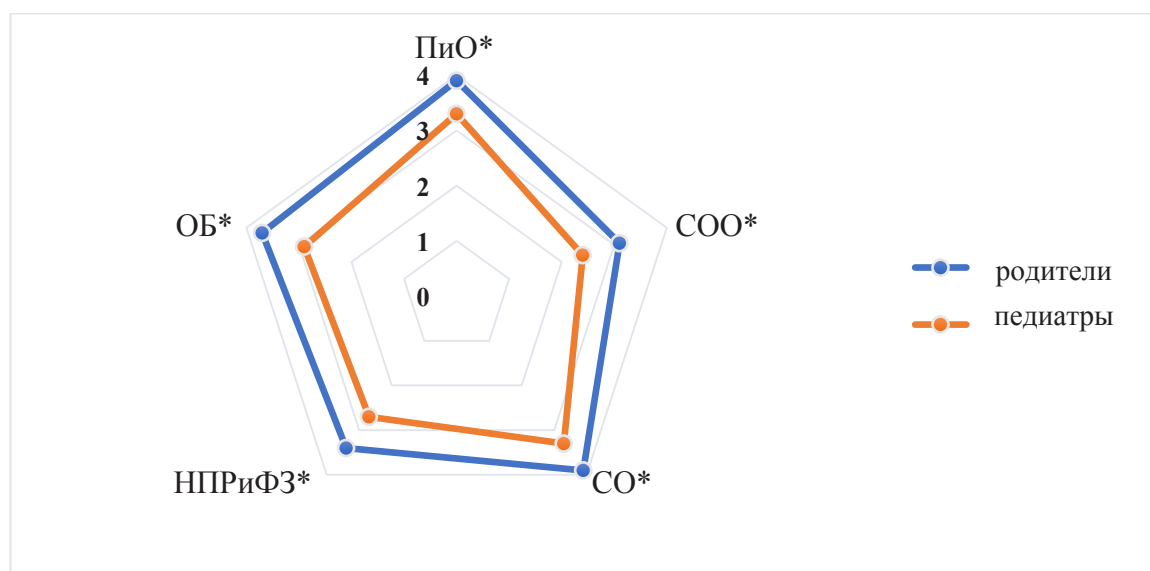


Рисунок 1. Показатели КЖ детей с низкими показателями физического развития по ответам родителей и педиатров

Так, по мнению родителей, оценка КЖ по всем его шкалам была статистически выше в сравнении с таковыми данными педиатров. Наиболее высоко родители оценили шкалы «поведение и общение» (3,9 [3,6; 4,6] - родители и 3,3 [3,2; 3,7] - педиатры, $p<0,01$) и «семейное окружение» (3,9 [3,3; 4,5] и 3,3 [3,0; 3,7], $p<0,05$), несколько ниже были оценены «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (3,4 [2,9; 4,4] и 2,7 [2,4; 2,9], $p<0,001$), а наименьшие параметры были по шкале «способность оставаться одному» (3,1 [2,7; 3,9] и 2,4 [2,2; 2,7], $p<0,01$). Соответственно, и общий бал по оценке родителей был значительно выше в сравнении с оценкой педиатров (3,7 [3,6; 4,3] и

2,9 [2,8; 3,3], $p<0,001$).

Статистических различий в оценке отдельных аспектов и суммарного балла КЖ у детей со средним уровнем физического развития между врачами и родителями практически не было выявлено, за исключением шкалы «способность оставаться одному» (3,2 [2,6; 3,8] и 2,6 [2,4; 2,8], $p<0,01$).

Таким образом, было выявлено, что дети, параметры физического развития которых были ниже уровня средних величин (нормальных), имели более низкие показатели КЖ.

Анализ оценки уровня нервно-психического развития показал, что задержка НПП также приводит к снижению качества жизни ребенка (табл. 2).

Таблица 2

Показатели КЖ детей первого года жизни с отставанием нервно-психического развития (Me [25q; 75q])

Аспекты КЖ	Оценка показателей КЖ		p
	родители	педиатры	
ПиО	3,8 [3,4; 4,2]	3,2 [3,1; 3,5]	=0,003 ($<0,01$; Z =2,9)
СОО	3,0 [2,6; 3,2]	2,2 [2,2; 2,6]	=0,001 ($<0,001$; Z =3,3)
СО	3,5 [3,1; 3,7]	3,1 [2,7; 3,5]	=0,042 ($<0,05$; Z =2,0)
НППиФЗ	3,2 [2,4; 3,6]	2,6 [2,3; 2,7]	=0,002 ($<0,01$; Z =3,0)
ОБ	3,4 [3,1; 3,6]	2,8 [2,8; 2,9]	=0,000 ($<0,001$; Z =3,5)

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между данными родителей и педиатров (по U-критерию Манна-Уитни)

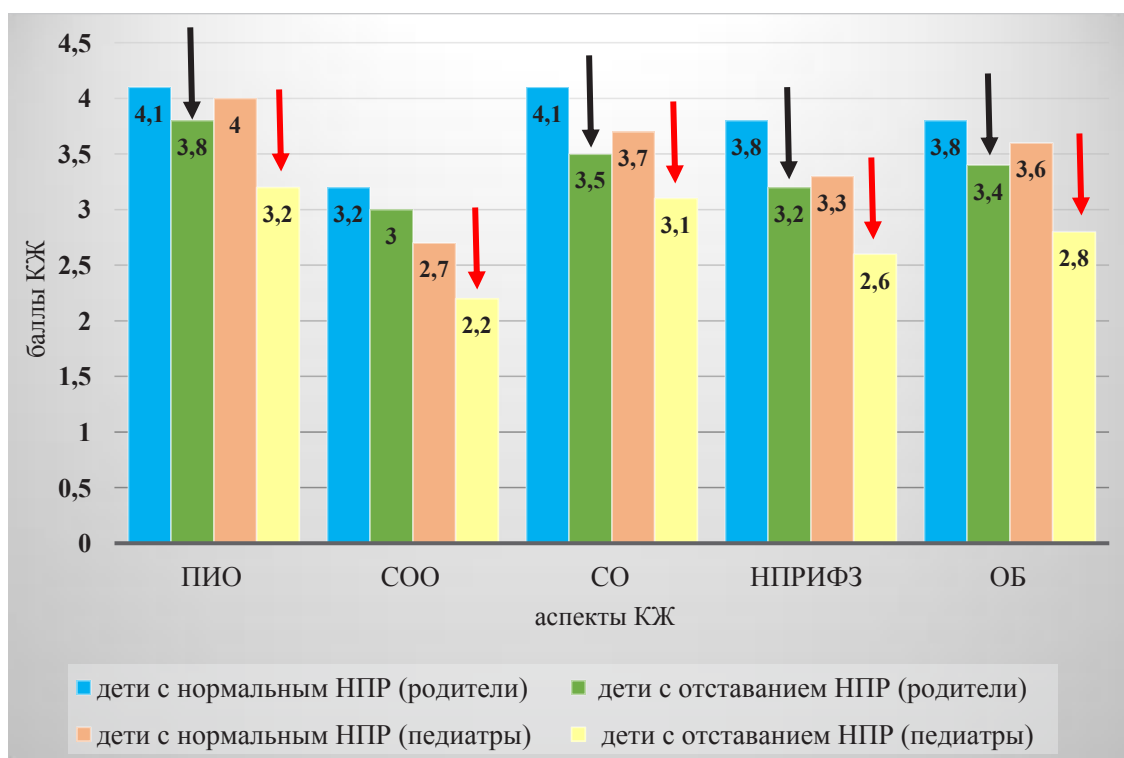


Рисунок 2. Показатели КЖ детей в зависимости от уровня НПП по ответам родителей и педиатров (черными стрелками указаны различия в ответах родителей, красные – в ответах педиатров)

Как видно из таблицы, в группе младенцев с задержкой в НПР практически по всем шкалам КЖ были выявлены статистические различия в ответах респондентов. При этом, по данным родителей показатели КЖ по всем шкалам были значительно выше в сравнении с оценками педиатров.

Изучение родительского варианта опросника показал, что у детей с отставанием НПР показатели КЖ почти по всем его шкалам - «поведение и общение» ($p=0,004$ ($<0,01$; $Z=2,8$)), «семейное окружение» ($p=0,000$ ($<0,001$; $Z=3,4$)), «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» ($p=0,000$ ($<0,001$; $Z=3,5$)), а также по суммарной шкале ($p=0,000$ ($<0,001$; $Z=3,9$)) были значительно ниже в сравнении с младенцами, имеющих нормальное НПР, за исключением шкалы «способности оставаться одному» (рис. 2).

Результаты изучения врачебного варианта опросника выявил аналогичную картину. Так, по мнению педиатров КЖ детей с задержкой НПР имели более низкие параметры по всем его аспектам.

Таким образом, респонденты были едины во мнении, что у детей с задержкой нервно-психического развития КЖ значительно хуже, чем у сверстников с нормальным уровнем НПР, почти по всем его аспектам.

Заключение.

1. Установлено, что отставание в физическом и нервно-психическом развитии значительно снижают показатели КЖ детей младенческого возраста.

2. По оценке педиатров, дети с низким уровнем физического развития имеют достоверно более низкие показатели КЖ по всем аспектам. Родители же оценивают КЖ этих детей выше, чем педиатры, и считают, что их дети не отличаются от здоровых сверстников.

3. При оценке КЖ детей с задержкой НПР респонденты были едины во мнении, что у этих детей КЖ значительно хуже, чем у сверстников с нормальным уровнем НПР, почти по всем его аспектам.

4. Проведённое исследование свидетельствует о недостаточной ориентированности родителей в основных аспектах функционирования детей данного возраста.

5. Активная работа амбулаторного звена системы здравоохранения по формированию у родителей необходимых навыков и знаний в росте и развитии их детей, может служить существенным резервом улучшения качества жизни детей младенческого возраста.

ЛИТЕРАТУРА:

(пп. 12 см. REFERENCES)

1. Альбицкий В.Ю. Социальная педиатрия как область научного знания, сфера практического действия и предмет преподавания / В.Ю. Альбицкий // Российский педиатрический журнал. – 2012. – № 1. – С. 4–9.

2. Амирова В.Р. Показатели качества жизни детей младенческого возраста в зависимости от продолжительности грудного вскармливания / В.Р. Амирова, К.Х. Гиздатуллина // Вопросы детской диетологии. – 2011. – Т.9. – № 6. – С.9–11.

3. Андреева О.В. Исследование качества жизни детей с рецидивирующими респираторными заболеваниями / О.В. Андреева, Ю.А. Алексеева, И.И. Макарова, А.Б. Барашкова // Украинский медицинский альманах. – Луганск – 2013. – № 15(2). – С.76–78.

4. Баранов А.А. Научные исследования в педиатрии: направления, достижение, перспективы / А.А. Баранов, Л.С. Баранова-Намазова, А.Г. Ильин и др. // Российский педиатрический журнал. – 2013. – № 5. – С.4–14.

5. Баранов А.А. Тенденции заболеваемости и состояния здоровья детского населения Российской Федерации / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, А.А. Иванова и др. // Российский педиатрический журнал. – 2012. – 6. – С.4–9.

6. Гафуржанова Х.А. Влияние характера вскармливания на качество жизни детей грудного возраста / Х.А. Гафуржанова, Л.А. Бабаева // Известия академии наук Республики Таджикистан. – 2015. – № 3(191). – С. 69–74.

7. Кулакова Н.И. К вопросу о качестве жизни детей первого года жизни / Н.И. Кулакова, [и др.] // Вопросы практической педиатрии. – 2010. – Т.5. – № 1. – С.89–90.

8. Мамаджанова Г.С. Клинические особенности часто болеющих детей / Г.С. Мамаджанова // Вестник Авиценны. 2011. № 1 (46). С. 70–74.

9. Модестов А.А. Состояние здоровья детского населения как основа разработки региональных программ медицинской профилактики / А.А. Модестов, С.А. Косова, В.И. Бондарь и др. // Российский педиатрический журнал. 2013. – № 4. – С.53–57.

10. Новик А.А. Исследование качества жизни в педиатрии (2-е изд. перераб. и доп.) / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М.: РАЕН. – 2013. – 136 с.

11. Одинаев А.А. Реабилитация и диспансеризация детей, перенесших гемолитико-уремический синдром и острую почечную недостаточность / А.А. Одинаев, Д.С. Саидов // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2017. № 1 (21). С. 65–67.

REFERENCES

1. Albitskiy V. Yu. Sotsialnaya pediatriya kak oblast nauchnogo znaniya, sfera prakticheskogo deystviya i predmet prepodavaniya [Social pediatrics as a field of scientific knowledge, a field of practice, and a subject of teaching]. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal – Russian pediatric journal*, 2012, No. 1, pp. 4-9.
2. Amirova V. R. Pokazateli kachestva zhizni detey mladencheskogo vozrasta v zavisimosti ot prodolzhitel'nosti grudnogo vskarmlivaniya [Indicators of quality of life in infants as a function of duration of breastfeeding]. *Voprosy detskoy dietologii - Pediatric nutritional issues*, 2011, Vol. 9, No. 6, pp. 9-11.
3. Andreeva O. V. Issledovanie kachestva zhizni detey s retsdiviruyushchimi respiratornymi zabolevaniyami [Study of quality of life in children with recurrent respiratory diseases]. *Ukrainskiy meditsinskiy almanakh - Ukrainian medical almanac*, 2013, No. 15 (2), pp. 76-78.
4. Baranov A. A. Nauchnye issledovaniya v pediatrii: napravleniya, dostizheniya, perspektivy [Scientific research in pediatrics: directions, achievements, prospects]. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal – Russian pediatric journal*, 2013, No. 5, pp. 4-14.
5. Baranov A. A. Tendentsii zabolevaemosti i sostoyaniya zdorov'ya detskogo naseleniya Rossiyskoy Federatsii [Trends in morbidity and health status of the child population of the Russian Federation]. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal – Russian pediatric journal*, 2012, No. 6, pp. 4-9.
6. Gafurzhanova Kh. A. Vliyaniye kharaktera vskarmlivaniya na kachestvo zhizni detey grudnogo vozrasta [Influence of the nature of feeding on the quality of life of infants]. *Izvestiya akademii nauk Respubliki Tadzhikistan - Bulletin of the Academy of Sciences of the Republic of Tajikistan*, 2015, No. 3 (191), pp. 69-74.
7. Kulakova N. I. K voprosu o kachestve zhizni detey pervogo goda zhizni [Regarding the quality of life of children in the first year of life]. *Voprosy prakticheskoy pediatrii - Practical Pediatrics*, 2010, Vol. 5, No. 1, pp. 89-90.
8. Mamadzhanova G. S. Clinical features of frequently ill children. *Avicenna Bulletin*. 2011. No. 1 (46). pp. 70-74.
9. Modestov A. A. Sostoyaniye zdorov'ya detskogo naseleniya kak osnova razrabotki regionalnykh programm meditsinskoy profilaktiki [Health status of the child population as a basis for the development of regional medical prevention programs]. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal – Russian pediatric journal*, 2013, No. 4, pp. 53-57.
10. Novik A. A. Issledovanie kachestva zhizni v pediatrii (2-e izd. pererab. i dop.) [Study of Quality of Life in Pediatrics (2nd ed. revised and enlarged)]. Moscow, RAEN Publ., 2013. 136 p.
11. Odinaev A.A., Saidov J.S. Rehabilitation and clinical examination of children suffered from hemolytic uremic syndrome, acute renal failure.
12. Varni J. W., Katz E. R., Seid M., Knight T. S. The PedsQL 4.0 Generic Core Scales: sensitivity, responsiveness, and impact on clinical decision – making. *Journal of Behavioral Medicine*, 2010, No. 25 (2), pp. 175-193.

ХУЛОСА

Н.Ш. Абдуллоева, И.В. Винярская

НИШОНДИХАНДАҲОИ СИФАТИ ҲАЁТИ КЌДАКОНИ ЯҚСОЛА

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши таъсири сатҳи инкишофи ҷисмонӣ ва асабӣ-психикии кўдак ба сифати ҳаёти ӯ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Таҳқиқи СҲ-и 141 кўдаки яқсола тавассути пурсишномаи байналмилалӣ QUALIN ба амал оварда шуд, ки аз ин миён 66,2% писарҳо ва 33,8% духтарҳо ташкил медоданд. Зиёда аз нисфи кўдакон (65,8%) инкишофи муътадил (миёна), 21,7 аз миёна боло, 10% аз миёна камтар ва 2,5% бошад, инкишофи пасти ҷисмонӣ доштанд. Инкишофи ҷисмонӣ ва асабӣ-психикӣ дар мавриди 78,9% тахти тақиқ ба син мувофиқ буда, зимни 21,1%-и муоинашудан таъхири ИАП ташхис шуд.

Натиҷа ва муҳокимаҳо. Дар натиҷаи таҳқиқ муайян шуд, ки инкишофи ҷисмонӣ ва таъхири ИАП омилҳои ба ҳисоб мераванд, ки КЖ-и кўдакони соли авваро хеле коҳиш медиҳад. Натиҷаи анкетакунонӣ нишон дод, ки мувофиқи арзёбии педиатрҳо кўдаконе, ки аз инкишофи сатҳи пасти ҷисмонӣ ва таъхири ИАП ранҷ мебаранд, сахҳан аз рӯйи тамоми ҷанбаҳои нишондиҳандаҳои пасти СҲ доранд. Волидайн СҲ-и ин кўдаконро қиёсан ба педиатрҳо баҳои баландтар медиҳанд ва ҷунин мешумуранд, ки фарзандонашон аз ҳамсолони солими худ қафо намондаанд. Ҷунин натиҷагирӣ аз огоҳии нокифояи волидайн бобати ҷанбаҳои асосии фаъолнокии кўдакон дар ин син дарак медиҳанд ва пайдост, ки аз дуруст эътибор надодан ба ҳолати солимии онҳо ба амал меояд.

Хулоса. Натиҷаҳои таҳқиқот аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки кори фаъолонаи зинаи амбулатории системаи ҳифзи тандурустӣ бобати дар оилаҳо ташаккул додани донишҳои зарурӣ дар бораи ҷанбаҳои асосии фаъолияти ҳаётии кўдакони синамак, мувофиқа ва пайдарпайи робитаи дучонибаи волидайн педиатрҳо барои таъмини солимии кўдак захираи воқеии боло бурдани нишондиҳандаҳои СҲ дар мавриди кўдакони яқсола ба ҳисоб меравад.

Калимаҳои калидӣ. Синни барвақтӣ, сифати умр, инкишофи ҷисмонӣ ва асабӣ-рӯҳӣ.

УДК 616.314-089.23-06:616.31-002

Н.К. Артыкова¹, Х.Р. Турсунова¹, З.Х. Юсупова²

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ НЕСЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

¹*Кафедра стоматологии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»*

²*Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «ИПОСЗРТ», Республика Таджикистан, Душанбе*

Артыкова Нигина Каримджановна – заведующая кафедрой стоматологии Негосударственное образовательное учреждение «Медико-социальный институт Таджикистана», Таджикистан, г. Душанбе, ул. Клара Цеткина, 2. Тел.: +992933377747. E-mail: nigina_artikova@mail.ru

Цель исследования. Оценка патологических изменений слизистой оболочки полости рта у лиц, пользующихся несъемными протезами на фоне хронической вирусной инфекции.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 135 пациентов, пользующихся несъемными зубными протезами на фоне хронической вирусной инфекции.

Результаты исследования и их обсуждение. У лиц, пользующихся несъемными протезами в 66 (48,9%), наблюдается вирус простого герпеса, в 36 (26,7%) – вирус папилломы человека, у 33 (24,4%) – их сочетание. Вирусная инфекция у лиц, пользующихся несъемными протезами, в 110 (81,5%) случаях вызывает патологические состояния слизистых оболочек полости рта и красной каймы губ, которые чаще всего проявляются хейлитами и гиперпластическими процессами.

Заключение. У лиц, пользующихся несъемными протезами, хроническая вирусная инфекция способствует развитию патологических изменений слизистых оболочек полости рта и красной каймы губ.

Ключевые слова: несъемный протез, вирус простого герпеса, вирус папилломы человека, хейлиты, гиперпластические процессы.

N.K. Artykova¹, H.R. Tursunova¹, Z.Kh. Yusupova²

INFLUENCE OF CHRONIC VIRAL INFECTION ON THE STATE OF THE ORAL MUCOSA IN PERSONS USING FIXED PROSTHESES

¹*Department of Dentistry, Non-State Educational Institution “Medical and Social Institute of Tajikistan”*

²*Department of Prosthetic Dentistry GOU “IPOSZRT”, Republic of Tajikistan, Dushanbe*

Artykova Nigina Karimjanovna - Head of the Department of Dentistry Non-State Educational Institution “Medical-Social Institute of Tajikistan”, Tajikistan, Dushanbe, 2, Clara Tsetkina str. Tel: +992 933-37-77-47. E-mail: nigina_artikova@mail.ru

Aim. To assess the pathological changes in the oral mucosa of persons who use fixed prostheses and have a chronic viral infection.

Material and methods. 135 patients using fixed dentures against the background of chronic viral infection were under observation.

Results. The herpes simplex virus was observed in 66 (48.9%) persons using fixed dentures, human papillomavirus in 36 (26.7%), and a combination of the two in 33 (24.4%). Viral infection in persons using fixed prostheses in 110 (81.5%) cases causes pathological conditions of the mucous membranes of the oral cavity and the red border of lips, which are the most frequent manifestations of cheilitis and hyperplastic processes.

Conclusion. In persons using fixed dentures, a chronic viral infection contributes to the development of pathological changes in the mucous membranes of the oral cavity and the red border of the lips.

Keywords: fixed prosthesis, herpes simplex virus, human papillomavirus, cheilitis, hyperplastic processes.

Актуальность. В последние годы, по данным литературы, участились случаи вирусных поражений слизистых оболочек полости рта. По данным зарубежной литературы, около 90% жителей зем-

ного шара, заражены вирусом простого герпеса, но лишь у 30% из них имеют место клинические проявления болезни [7, 8, 12-15]. В литературе приводятся данные, что герпесвирусная инфекция

1-го и 2-го типа выявляется в ротовой полости пациентов с пародонтозом в 15,7% случаях, а при гингивитах этот показатель достигает 55% [3]. Изучение характера течения воспалительного процесса в слизистой оболочке полости рта у больных с вирусной инфекцией показало, что в тканях пародонта чаще всего выделяют вирусы простого герпеса и цитомегаловирус, а вирус Эпштейна-Барр и вирус папилломы человека встречаются реже [3, 12]. По данным некоторых исследований, вирусные поражения выявлены у 10,4% больных с острым и хроническим афтозным стоматитом, а в 17,9% случаев вирусы выявлены у больных с папилломатозными разрастаниями слизистой полости рта [1]. Доказано, что в последние годы в Европе на 50% участилось выявление вируса папилломы человека со слизистых оболочек полости рта среди лиц моложе 45 лет, что связано с высокой сексуальной активностью в данном возрастном периоде [5, 9, 10, 13]. Результаты исследований Успенской О.А. (2015) показали, что у больных с хроническим афтозным стоматитом полости рта в 55,0% случаев выявлена вирусная инфекция, а применение противовирусной терапии уменьшило количество рецидивов в 3 раза [6]. Известно, что инфекционный агент, персистирующий в слизистой полости рта приводит к расстройствам капиллярного кровотока и развитию деструктивных изменений слизистых полости рта, которые ухудшают состояние ортопедических конструкций [4, 11]. По данным Балкарова А.О. (2018) неблагоприятные условия для протезирования у 30-40% пациентов [2]. В свою очередь, зуботехнические конструкции травмируют слизистую оболочку полости рта, нарушают ее целостность и тем самым создают возможность проникновения патогенных микробов, в глуболежащие ткани [1, 2, 11].

Цель исследования. Оценка патологических изменений слизистой оболочки полости рта у лиц,

пользующихся несъемными протезами на фоне хронической вирусной инфекции.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 135 пациентов (основная группа), пользующихся несъемными зубными протезами на фоне хронической вирусной инфекции. Возраст пациентов составил 25-65 лет. Среди обследованных больных, у 37 (27,4%) – металло-керамика, у 35 (26,0%) – металлопластмассовые коронки, у 33 (24,4%) – наблюдались металлические коронки из нержавеющей стали с напылением нитрата титана, у 30 (22,2%) – пресскерамика. Всем больным кроме общеклинического стоматологического обследования применялись специальные методы исследования: ПЦР (Квант-21) и ИФА-диагностика герпесвирусной инфекции с определением специфических антител класса М (IgM), антитела первичного иммунного ответа на ВПГ 1- и 2-го типов. Лабораторные исследования проводились в лаборатории Диамед. Контрольную группу составили 120 здоровых пациентов с несъемными протезами (30 – с металлическими коронками из нержавеющей стали; 30 – с металлопластмассовыми коронками, 30 – с металлокерамикой, 30 – с пресскерамикой).

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы Microsoft Office Excel. Для оценки количественных показателей использован описательный анализ с вычислением относительных величин.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе проведенного исследования были выявлены особенности вирусной инфекции у пациентов с разными видами несъемных протезов. Из 135 пациентов основной группы у 66 (48,9%) – выявлена герпесвирусная инфекция или вирус простого герпеса (ВПГ), у 36 (26,7%) – вирус папилломы человека (ВПЧ), у 33 (24,4%) – сочетание ВПГ и ВПЧ (табл. 1).

Таблица 1

Вирусная инфекция у пациентов с разными видами несъемных протезов

Вид вирусной инфекции	Пациенты, пользующиеся несъемными протезами (n=135)				
	Металлические коронки (n=33)	Металлопластмасса (n=35)	Металло-керамика (n=37)	Прессметалл (n=30)	Всего
ВПГ	13 (39,4%)	15 (42,8%)	19 (51,4%)	19 (63,3%)	66 (48,9%)
ВПЧ	7 (21,2%)	10 (28,6%)	11 (29,7%)	8 (26,7%)	36 (26,7%)
Сочетание ВПГ и ВПЧ	13 (39,4%)	10 (28,6%)	7 (18,9%)	3 (10,0%)	33 (24,4%)

Примечание: % - общее количество больных, в зависимости от пользующихся несъемными протезами

Следует отметить, что сочетание ВПГ и ВПЧ в большинстве случаев наблюдалось у пациентов, пользующихся металлическими коронками по сравнению с пациентами, использующими прессметалл (соответственно 39,4% против 10,0%, в 4 раза больше), то есть чем хуже качество несъемного протеза, тем чаще встречается сочетание ВПГ и ВПЧ.

В то же время, ВПГ наблюдалось у 19 (51,4%) лиц, пользующихся металлокерамическими коронками и 19 (63,3%) – пресскерамикой, то есть, несъемными протезами хорошего качества. ВПЧ чаще встречался у лиц, пользующимися метал-

локерамическими коронками и наблюдался в 11 (29,7%) случаев. Выяснение жалоб больных показало, что в контрольной группе больных жалобы предъявляли 25 (20,8%) пациентов, из которых 14 (42,4%, 33) – использующие металлические коронки с напылением нитрата титана и 11 (31,4%, 35) – металлопластмассовые коронки (рис. 1).

Как видно, в контрольной группе, среди лиц, пользующихся несъемными протезами, не предъявляли жалоб 19 (57,6%) пациентов, пользующихся металлическими коронками и 24 (68,6%) – пользующихся металлопластмассовыми коронками. В этой группе, не предъявляли жалоб 14 (37,8%)

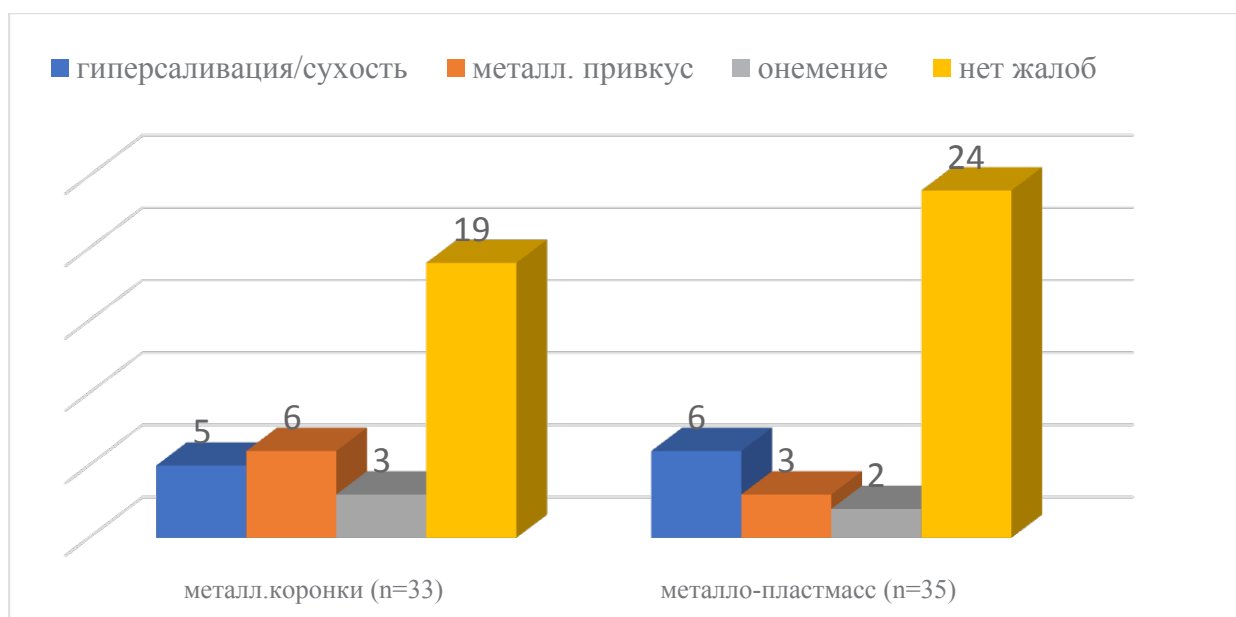


Рисунок 1. Жалобы у лиц, пользующихся несъемными протезами в контрольной группе

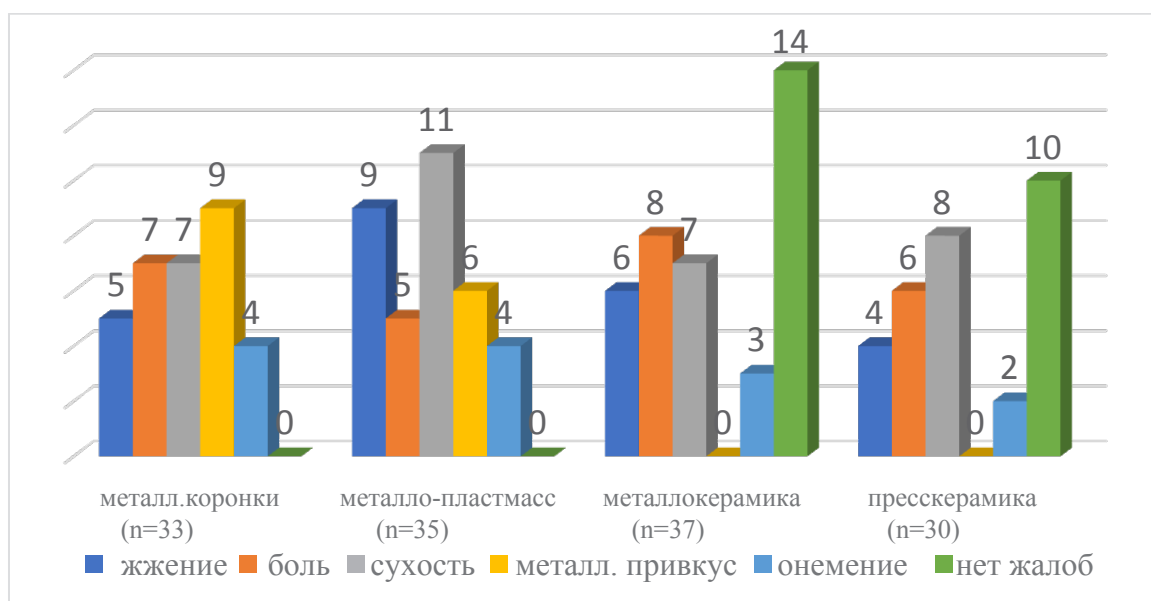


Рисунок 2. Характер жалоб у больных с разными видами несъемных протезов в основной группе

пациентов, использующих металлокерамические коронки и 10 (33,3%) – пресскерамику.

В отличие от контрольной группы, в основной группе пациентов, с выявленной вирусной инфекцией, жалобы наблюдались у 111 (82,2%) пациентов (рис. 2).

Как видно из рисунка 2, среди пациентов, пользующихся металлическими коронками наиболее частой жалобой явился металлический привкус – у 9 (28,1%) пациентов; среди лиц, использующих металлопластмасс и пресскерамику – сухость слизистых оболочек полости рта, соответственно, в 11 (31,4%) и 8 (36,7%) случаях; среди пациентов с металлокерамикой – у 8 (21,6%) боль в области десен.

Необходимо отметить, что боль и жжение явились жалобами пациентов независимо от вида несъемного протеза, что было связано с наличием патологических высыпаний на слизистой оболочке полости рта и красной каймы губ.

При осмотре слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ у пациентов основной группы были выявлены патологические изменения в виде хейлитов у 32 (23,7%), гиперпластических изменений – у 31 (22,9%) больных, эрозивно-язвенных поражений – у 26 (19,3%) и катарального воспаления – у 21 (15,6%) пациента. У 25 (18,5%) больных не выявлено патологических изменений

слизистой оболочки полости рта.

Гиперплазии были представлены безболезненными мелкопапулезными и вегетирующими разрастаниями белесоватого цвета, мягкоэластичной консистенции на фоне бледно-розовой слизистой оболочки полости рта. Одиночные и множественные папилломы представляли собой разрастания слизистой округлой формы на ножке с мелкозернистой, складчатой или бородавчатой поверхностью. Наиболее часто папилломы локализовались на языке, твердом и мягком небе.

Эрозивно-язвенные поражения были представлены единичными и множественными поверхностными и глубокими дефектами слизистой оболочки полости рта, дно которых покрыто белесоватым налетом с незначительной кровоточивостью. Эрозивно-язвенные поражения локализовались в области десен и в тканях пародонта.

Катаральное воспаление было представлено гиперемией слизистой полости рта в области мягкого и твердого неба, щек и десен. Отмечалась незначительная отечность слизистой оболочки полости рта.

Экзофоллиативный хейлит проявлялся сухостью красной каймы губ с крупнопластинчатым шелушением. Метеорологический хейлит характеризовался отеком, гиперемией и мелкопластинчатым шелушением красной каймы губ. Папилломы ло-

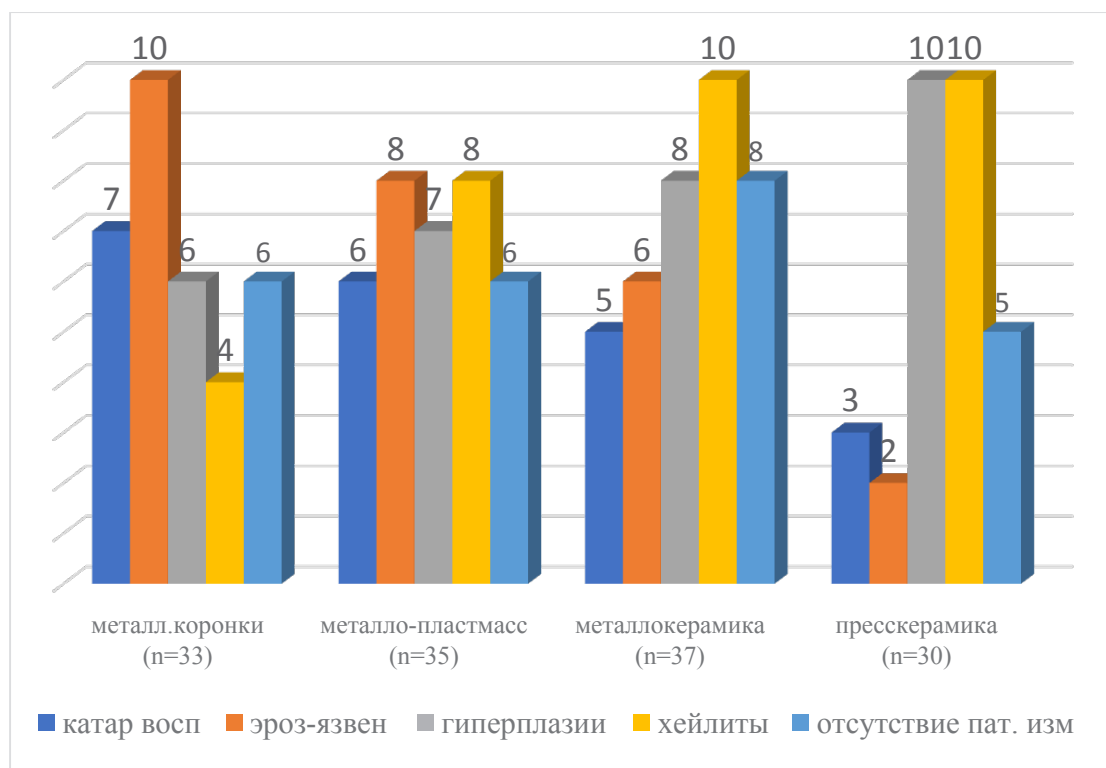


Рисунок 3. Характер патологических изменений слизистой оболочки полости рта у больных основной группы

кализовались на внутренней внешней стороне губ и были представлены округлыми бляшками с ровными краями от телесного до темно-коричневого цвета, диаметром – от 3 до 10 мм.

Признаки катарального воспаления чаще встречались у 7 (21,2%) лиц, использующих металлические коронки и у 6 (17,1%) пациентов с металлопластмассовыми коронками. При металлокерамических коронках и пресскерамике катаральные воспаления встречались соответственно в 5 (13,5%) и 3 (10,0%) (рис. 3).

Как видно на рисунке 3, частота встречаемости эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта уменьшалась в зависимости от качества протеза, то есть при металлических коронках и при металлопластмассах данные явления наблюдались соответственно в 10 (39,4%) и 10 (28,6%) случаях, а при металлокерамических и пресскерамических коронках, соответственно в 7 (18,9%) и 4 (13,3%) случаях. В то же время у лиц, использующих несъемные протезы хорошего качества (металлокерамика и пресскерамика) чаще выявлялись гиперпластические изменения слизистой оболочки полости рта (соответственно у 10 (30,3%) и 8 (22,9%)), по сравнению с пациентами, использующими металлические и металлопластмассовые коронки (соответственно, у 6 (18,1%) и 2 (6,7%) больных).

Из всего количества обследуемых пациентов у 32 (23,7%) были выявлены сопутствующие хейлиты, среди которых: папилломы красной каймы губ – у 13 (40,6%), эксфоллиативный хейлит – у 12 (35,2%), метеорологический – у 7 (21,9%). Следует отметить, что 13 случаев с папилломатозным хейлитом были выявлены в группе больных, использующих металлокерамику, из которых в 8 случаях данная форма хейлита выявлена на фоне мелкопапулезных высыпаний полости рта и в 5 случаях на фоне эрозивно-язвенных высыпаний. Эксфоллиативный хейлит выявлен у 4 (18,8%) больных, использующих металлические коронки и у 8 (22,9%) – с металлопластмассовыми коронками. Метеорологический хейлит выявлен у 7 (26,7%) больных, использующих пресскерамику и у 1 пациента с металлокерамическими коронками.

Заключение. У лиц, пользующихся несъемными протезами, хроническая вирусная инфекция способствует развитию патологических изменений слизистых оболочек полости рта и красной каймы губ. Поэтому при планировании зубопротезирования следует проводить профилактические меры на этапе подготовки к ортопедическому лечению.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 11-15 см. в REFERENCES)

1. Акмалова Г.М. Роль герпесвирусов в этиопатогенезе красного плоского лишая и хронического рецидивирующего афтозного стоматита с локализацией на слизистой оболочке рта / Г.М. Акмалова, Н.Д. Чернышева // Уральский медицинский журнал. - 2013. - № 5 (110). - С.27-29.

2. Балкаров А.О. Состояние слизистой оболочки полости рта у лиц, пользующихся съемными протезами / А.О. Балкаров, С.Ю. Карданова, И.В. Хулаев и др. // Современные проблемы науки и образования. - 2018. - № 5. - С. 41-45.

3. Джураева Ш.Ф. К вопросу об изучении сочетанных эндодонтических поражений опорных зубов при протезировании / Ш.Ф. Джураева, Х.С. Шарипов // Вестник Авиценны. 2011. № 4 (49). С. 173-177.

4. Ибрагимова А.А. Результаты использования международного системного индекса по выявлению кариеса и его активности у детей с анемией / А.А. Ибрагимова, К.И. Исмаилов, М.Р. Гурезов // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2019. Т. 9. № 4 (32). С. 361-366.

5. Ирмухамедова И.Х. Состояние слизистой оболочки полости рта у лиц с гипертонической болезнью / И.Х. Ирмухамедова, М.В. Раджабова, Э.М. Саидшарифова // Вестник Авиценны. 2010. № 4 (45). С. 91-96.

6. Мезгильбаева Д.М. Герпетическая инфекция и ее осложнения / Д.М. Мезгильбаева // Проблемы стоматологии. - 2010. - №1-2. - С. 69-71.

7. Московский А.В. Особенности ортопедического лечения при заболеваниях слизистой оболочки полости рта / А.В. Московский, Ю.А. Вокулова // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 2. - С.20-25.

8. Перламутров Ю.Н. Современные подходы в терапии пациентов с папилломавирусной инфекцией гениталий / Ю.Н. Перламутров, Н.И. Чернова // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. - 2010. - № 1. - С. 46-48.

9. Успенская О.А. Динамика показателей местного иммунитета полости рта у больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом и урогенитальной инфекцией / О.А. Успенская // Стоматология. - 2015. - № 3 (38). - С.196-198.

10. Шевченко Е.А. Оценка вирусного компонента с целью диагностики и лечения воспалительных заболеваний ротовой полости / Е.А. Шевченко, О.А. Успенская, И.М. Кондюров и др. // Краткие сообщения. - Стоматология. - 2012. - С. 96-99.

REFERENCES

1. Akmalova G. M. Rol herpesvirusov v etiopatogeneze krasnogo ploskogo lishaya i khronicheskogo

retsidiviruyushchego aftoznogo stomatita s lokalizatsiey na slizistoy obolochke rta [Role of herpesviruses in the etiopathogenesis of lichen ruber planus and chronic recurrent aphthous stomatitis localized in the oral mucosa]. *Uralskiy meditsinskiy zhurnal - Ural Medical Journal*, 2013, No. 5 (110), pp. 27-29.

2. Balkarov A. O. Sostoyanie slizistoy obolochki polosti rta u lits, polzuyushchikhsya semnymi protezami [Condition of the oral mucosa in individuals who use removable dentures]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya - Modern problems of science and education*, 2018, No. 5, pp. 41-45.

3. Dzhuraeva Sh.F., Sharipov H.S. On the study of combined endoparodontal lesions of the abutment teeth in prosthetics.

4. Ibragimova A.A., Ismailov K.I. Results of international system index using in order to identify caries and its activity beside children with anemia.

5. Irmuhamedova I.H., Rajabova M.V., Saidsharifova E.M. The state of oral mucosa in patients with hypertension

6. Mezgilbaeva D. M. Gerpeticheskaya infektsiya i ee oslozhneniya [Herpes infection and its complications]. *Problemy stomatologii - Dentistry problems*, 2010, No. 1-2, pp. 69-71.

7. Moskovskiy A. V. Osobennosti ortopedicheskogo lecheniya pri zabolevaniyakh slizistoy obolochki polosti rta [Peculiarities of orthopedic treatment of diseases of the oral mucosa]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya - Modern problems of science and education*, 2015, No. 2, pp. 20-25.

8. Perlamutrov Yu. N. Sovremennye podkhody v terapii patsientov s papillomavirusnoy infektsiey genitaliy [Current approaches to therapy of patients with genital papillomavirus infection]. *Effektivnaya farmakoterapiya v akusherstve i ginekologii - Effective pharmacotherapy in obstetrics and gynecology*, 2010, No. 1, pp. 46-48.

9. Uspenskaya O. A. Dinamika pokazateley mestnogo immuniteta polosti rta u bolnykh khronicheskimi retsidiviruyushchim aftoznym stomatitom i urogenitalnoy infektsiey [Dynamics of local oral immunity in patients with chronic recurrent aphthous stomatitis and urogenital infection]. *Stomatologiya - Dentistry*, 2015, No. 3 (38), pp. 196-198.

10. Shevchenko E. A. Otsenka virusnogo komponenta s tselyu diagnostiki i lecheniya vospalitelnykh zabolevaniy rotovoy polosti [Assessment of the viral component for the diagnosis and treatment of inflammatory diseases of the oral cavity]. *Kratkie soobshcheniya. Stomatologiya - Brief messages. Dentistry*, 2012, pp. 96-99.

11. Andrei G., Snoeck R. Herpes simplex virus drug resistance: new mutations and insights. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 2013, Vol. 26, No. 6, pp. 551-560.

12. Bottalico D., Chen Z., Dunne A., Ostolza J., Mc. Kinney S., Sun C. The oral cavity contains abundant

known and novel human papillomaviruses from the Betapapillomavirus and Gammapapillomavirus genera. *Journal of Infectious Diseases*, 2011, No. 204 (5), pp. 787-792.

13. Cubie H.A. Diseases associated with human papillomavirus infection. *Virology*, 2013, No. 3, pp. 221-234.

14. Pithon M.M., Andrede A.C. Primary herpetic gingivostomatitis in an adult patient using an orthodontic appliance. *International journal of odontostomatology*, 2010, No. 4 (2), pp. 157-160.

15. Yildirim B., Senguven B., Demir C. Prevalence of Herpes simplex, Epstein Barr and Human papilloma viruses in oral lichen planus. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 2011, Vol. 16 (2), pp. 170-74.

ХУЛОСА

Н.К. Артикова, Х.Р. Турсунова, З.Х. Юсупова

ТАЪСИРИ СИРОЯТҲОИ МУЗМИНИ ВИРУСӢ БА ҲОЛАТИ ПАРДАИ ЛУОБИИ КОВОКИИ ДАҲОН ДАР ШАХСОНЕ, КИ ПРОТЕЗҲОИ ҒАЙРИМУҚИМИРО ИСТИФОДА МЕБАРАНД

Мақсади тадқиқот. Арзёбии тағйиротҳои патологӣи пардаи луобии ковокии даҳон дар пасманзари сироятҳои музмини вирусӣ дар шахсоне, ки протезҳои ғайримуқимири истифода мебаранд.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқот дар 135 бемороне, ки протезҳои ғайримуқимири дар пасманзари сироятҳои музмини вирусӣ истифода мебаранд, гузаронида шудааст.

Натиҷаҳо. Дар шахсоне, ки протезҳои ғайримуқимири истифода мебаранд, дар 66 (48,9%) нафар вируси ҳерпеси оддӣ, дар 36 (26,7%) бемор – вируси папилломаи одам ва дар 33 (24,4%) нафар гирифторшавии якҷояи онҳо мушоҳида карда шуд. Сирояти вирусӣ дар шахсоне, ки протезҳои ғайримуқимири истифода мебаранд, дар 110 (81,5%) ҳолат тағйиротҳои патологӣи пардаи луобии ковокии даҳон ва сарҳади сурхии лабҳоро ба вучуд меорад, ки бештар бо равандҳои хейлит ва гиперпластикӣ зоҳир мешаванд.

Хулоса. Дар шахсоне, ки протезҳои ғайримуқимири истифода мебаранд, сирояти музмини вирусӣ ба пайдоиши тағйироти патологӣ дар пардаи луобии ковокии даҳон ва сарҳади сурхи лабҳо мусоидат мекунад.

Калимаҳои асосӣ: протезҳои ғайримуқимӣ, вируси ҳерпеси оддӣ, вируси папилломаи одам, хейлит, равандҳои гиперпластикӣ.

УДК 616.314.18-002.4

Г.Г. Ашуров¹, А.Г. Гаиров¹, М.Б. Шафозода²

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАТОЛОГИИ ПАРОДОНТА, ИНДУЦИРОВАННЫМИ НЕСЪЕМНЫМИ СУПРАКОНСТРУКЦИОННЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ

¹Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПО в СЗ РТ

¹Кафедра общественного здоровья, экономики, управления здравоохранения с курсом медицинской статистики ГОУ ИПО в СЗ РТ

²Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Ашуров Гаюр Гафурович – заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ ИПО в СЗ РТ, 734026, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 59, тел.: 988-71-09-92

Цель исследования. Проанализировать социологические аспекты организации стоматологической помощи у лиц с патологией пародонта протетического генеза.

Материалы и методы исследования. Проведено социологическое интервьюирование 250 ортопедических стоматологических пациентов (108 мужчин и 142 женщин) в возрасте от 20 до 60 лет. Все пациенты были с дефектами зубных рядов различной локализации и протяженности.

Результаты исследования и их обсуждение. Никто из опрошенных не оценил состояние своих зубов как отличное, лишь 6,4% опрошенных считают состояние своих зубов хорошим. Более 1/3 опрошенных респондентов (34,8%) полагают, что их зубы находятся в удовлетворительном состоянии, а 61,6% указали, что их зубы находятся в плохом состоянии.

Заключение. Проявленная респондентами активность в высказывании ими тех или иных пожеланий и предложений говорит о большой заинтересованности ортопедических пациентов в улучшении организации работы служб ортопедической стоматологии.

Ключевые слова: дефект зубных рядов, ортопедическая стоматологическая помощь, социологический опрос, патология пародонта, несъемный протез.

G.G. Ashurov¹, A.G. Gaibov¹, M.B. Shafozoda²

SOCIOLOGICAL ASPECTS ORGANIZATION OF DENTISTRY HELP IN COMPLEX THERAPY OF PARODONTAL PATHOLOGY, BY INDUCED FIXED SUPRACONSTRUCTIONAL ELEMENT

¹Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

¹Department of Public health, economy, public health management with course of the medical statistics of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

²Department of Orthopedic Dentistry of the Avicenna State Medical University

Ashurov Gayur Gafurovich – Head of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan», 734026, Dushanbe, I. Somoni st., tel.: 988-71-09-92

Aim. To analyze the sociological aspects organizations of dentistry, help beside persons with prosthetic induced parodontal pathology.

Material and methods. 250 orthopedic dentistry patients (108 men and 142 women) of the age from 20 to 60, participated in the interview. All patients had the teeth defect of different rows, localization, and extent.

Results and discussion. Nobody from polled has valued the condition of their teeth as excellent, only 6.4% polled consider the condition their teeth good. More than 1/3 polled respondents (34.8%) suppose that their teeth are in a satisfactory condition, but 61.6% have indicated that their teeth are in a bad condition.

Conclusion. The activity and utterance in providing wishes and offers by respondents show that there is a big interest of orthopedic patients in the improvement of the orthopedic dentistry service.

Keywords: defect of the teeth rows, orthopedic dentistry help, sociological questioning, parodontal pathology, fixed prosthetic device.

Актуальность. Вопреки превратностям экономической ситуации в Таджикистане развитие ортопедической стоматологии за последние десятилетие продолжалось [2-5, 7]. Вместе с тем, многие проблемы организации этого вида стоматологической помощи населению остаются нерешенными. В этом отношении особую актуальность представляют результаты социологического опроса, проведенного среди пациентов служб ортопедической стоматологии в г. Душанбе. На протяжении последних лет при анализе состояния и тенденций развития стоматологических служб гораздо чаще, чем в прежние времена, используют метод социологического интервьюирования населения [1, 6].

Цель исследования. Проанализировать социологические аспекты организации стоматологической помощи у лиц с патологией пародонта протетического генеза.

Материалы и методы исследования. Среди обследованных лиц проводился социологический опрос по вопросам оказания стоматологической помощи и использования несъемных ортопедических протезов с целью устранения соответствующих дефектов. Проведено анкетирование 250 первичных ортопедических стоматологических пациентов в г. Душанбе.

Интервьюирование пациентов проводили с помощью разработанной нами социологической анкеты. Группа обследованных пациентов состояла из 108 мужчин и 142 женщин в возрасте от 20 до 60 лет. Все пациенты обратились к врачу стоматологу-ортопеду с целью устранения болевых ощущений и кровоточивости десен в области ранее наложенных несъемных протезов. Наиболее репрезентативными являлись возрастные категории от 30 до 40 лет (24,1% от общего числа опрошенных), от 40 до 50 лет (23,2%) и от 50 до 60 лет (21,6%).

Все пациенты были с дефектами зубных рядов различной локализации и протяженности. Для установления диагноза, определения тактики лечения, объема ортопедического вмешательства и конструктивных особенностей зубных протезов, анализа ближайших и отдаленных результатов была разработана карта, по которой всем больным проводили клиническое обследование, включающее сбор жалоб, анамнестических данных, оценку состояния челюстно-лицевой области в целом, зубных рядов, челюстей, слизистой оболочки полости рта.

Статистическую обработку полученных данных проводили в соответствии с методами, принятыми в вариационной статистике, с использованием программы STATISTICA версия 6.0. О достоверности отличий средних величин изучаемых показателей судили по величине t-критерия Стьюдента после проверки распределения на нормальность. Статистически достоверными считали отличия, соответствующие оценке ошибки вероятности $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Социологическое изучение мнения ортопедических пациентов об организации и качестве зубного протезирования было проведено на основании обобщения данных, полученных в ходе анкетирования 250 пациентов. Анкета состояла из 24 вопросов, которые можно сгруппировать в ряд блоков:

- социально-демографическая характеристика респондентов;
- оценка респондентами состояния здоровья своего организма в целом, а также полости рта и зубов;
- отношение респондентов к стоматологической помощи (профилактической и лечебной);
- изучение мнения респондентов о потребности в ортопедической помощи;
- оценка респондентами уровня организации ортопедической помощи в целом и в отношении к последнему конкретному случаю обращения за ней;
- оценка респондентами качества выполненной работы и степени понимания респондентами того, что и как им было сделано при последнем обращении за ортопедической помощью;
- анализ пожеланий и предложений респондентов.

Определенный интерес вызывает самооценка респондентами состояния здоровья зубов и полости рта. Неудивительно, что никто из опрошенных не оценил состояние своих зубов как отличное. Лишь 6,4% опрошенных (16 пациентов) считают состояние своих зубов хорошим. Более 1/3 (34,8%, 87 человек) полагают, что их зубы находятся в удовлетворительном состоянии, а 154 (61,6%) опрошенных указали, что их зубы находятся в плохом состоянии.

Представляется вполне закономерным, что с возрастом опрошенных увеличивается доля лиц, которые считают, что их зубы находятся в плохом

состоянии. Так, если в возрасте 20-29 лет только каждый четвертый респондент (25,6%, 64 человек) оценил состояние своих зубов как плохое, то в возрастной группе 30-39 лет негативных оценок было уже у 93 (37,2%) опрошенных, у лиц 40-49 лет – 66,8%, а среди опрошенных в возрасте 50-59 лет – 76,8% (соответственно 167 и 192 опрошенных).

Анализ структуры ответов в разных социальных группах показал, что состояние здоровья своих зубов и полости рта считают плохим 38,4% предпринимателей, 46,2% служащих и 76,8% пенсионеров.

В современной стоматологии огромную роль играет информированность населения об эффективных методах профилактики стоматологических заболеваний, а также соблюдение на практике научно обоснованных правил гигиены полости рта

и зубов. Среди всех опрошенных пациентов 3,8% считают, что они очень хорошо информированы о современных методах профилактики стоматологических заболеваний, 46,2% - достаточно информированы, 28,2% - имеют недостаточную информацию, а 21,8% - плохо информированы (рис. 1).

Разный уровень информированности о стоматологической профилактике был выявлен у лиц разного возраста. Если лица в возрасте до 40 лет в 65,1% случаев отметили очень хорошую и достаточную информированность, а в 34,9% - указали на недостаточную информированность, то среди респондентов 40-летнего возраста и старше лишь 37,2% отметили достаточную информированность по этому вопросу, а 61,5% указали на недостаточную (24,4%) и плохую (37,1%) информированность (рис. 2).

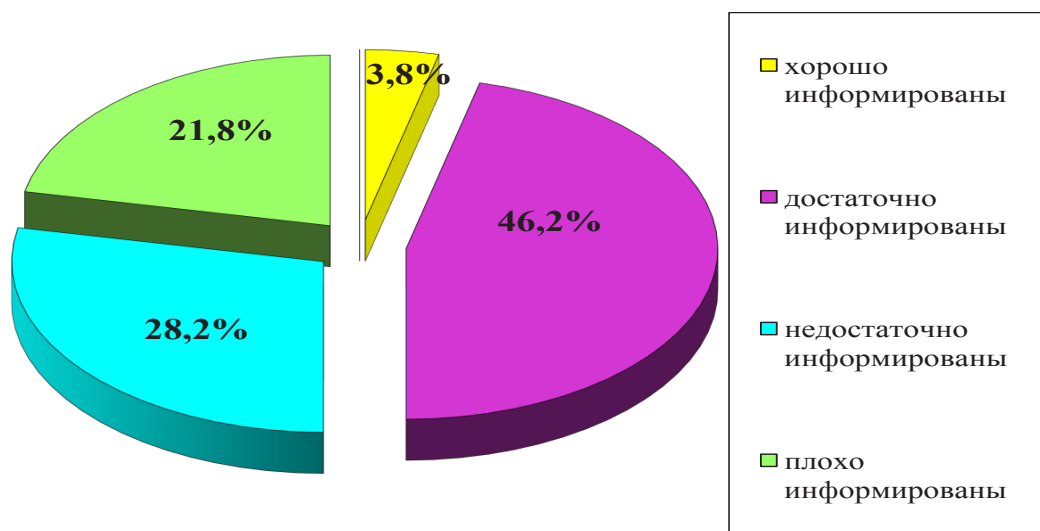


Рисунок 1. Степень информированности респондентов о современных методах профилактики стоматологических заболеваний

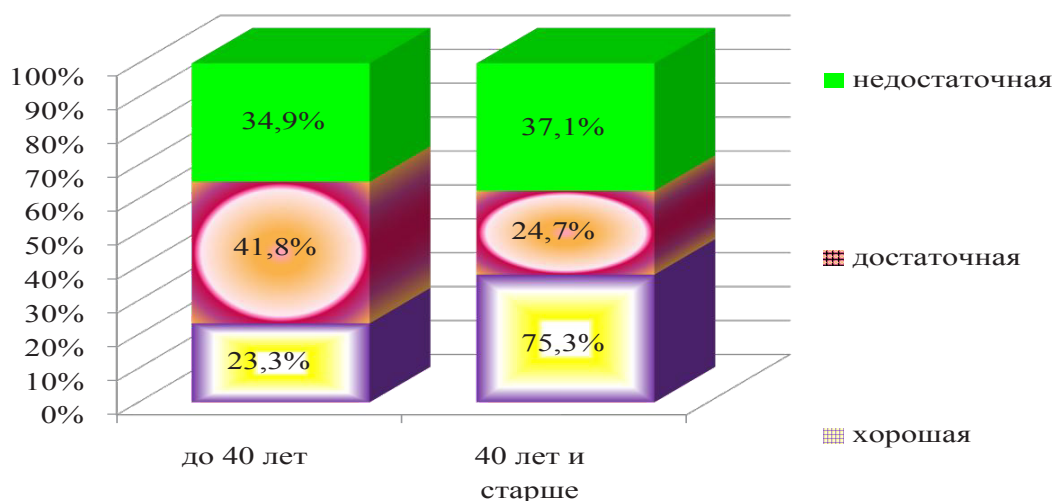


Рисунок 2. Уровень информированности респондентов о стоматологической профилактике у лиц разного возраста

В ходе опроса подтвердился факт, что уровень общего образования респондента играет определенную роль в степени его информированности о профилактике заболеваний органов и тканей полости рта. Так, среди лиц с начальным образованием 64,7% указали на плохую информированность, среди лиц со средним образованием таких ответов было уже только 27,5%, а среди лиц с высшим образованием – лишь 8,1%. Правила гигиены полости рта и зубов соблюдают регулярно 76,9% респондентов, в то время как 12,4% - нерегулярно, 3,2% - по необходимости, а 7,5% вообще не соблюдают эти правила.

Обращает на себя внимание, что удельный вес мужчин регулярно соблюдающих правила гигиены полости рта в 1,3 раза больше аналогичного показателя в группе женщин, нерегулярно соблюдающих правил – в 1,5 раза, не соблюдающих правила гигиены полости рта 2,5 раза больше аналогичного

показателя в группе женщин.

Об уровне стоматологической культуры ортопедических пациентов можно в какой-то степени судить по показателям посещаемости стоматолога. Материалы нашего исследования указывают, что 36,1% респондентов посещают стоматолога регулярно, 19,7% - нерегулярно, а большинство опрошенных (44,2%) – только по необходимости (рис. 3).

Среди предпринимателей 29,7% регулярно посещают стоматолога, а 70,3% - нерегулярно, среди неработающих, соответственно 81,3% и 18,7%. В группе служащих 46,2% опрошенных посещают стоматолога регулярно, 12,7% - нерегулярно, в то время как 41,1% посещают только по необходимости.

Учитывая, что опрашивались пациенты, которым проводилось ортопедическое лечение, 47,5% ответили, что основной причиной обращения к

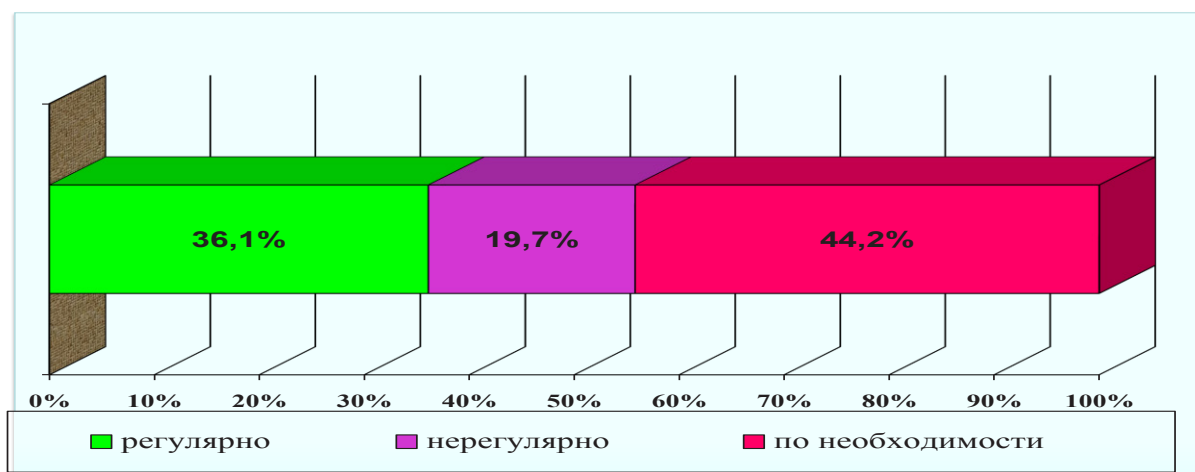


Рисунок 3. Показатель посещаемости стоматолога респондентами

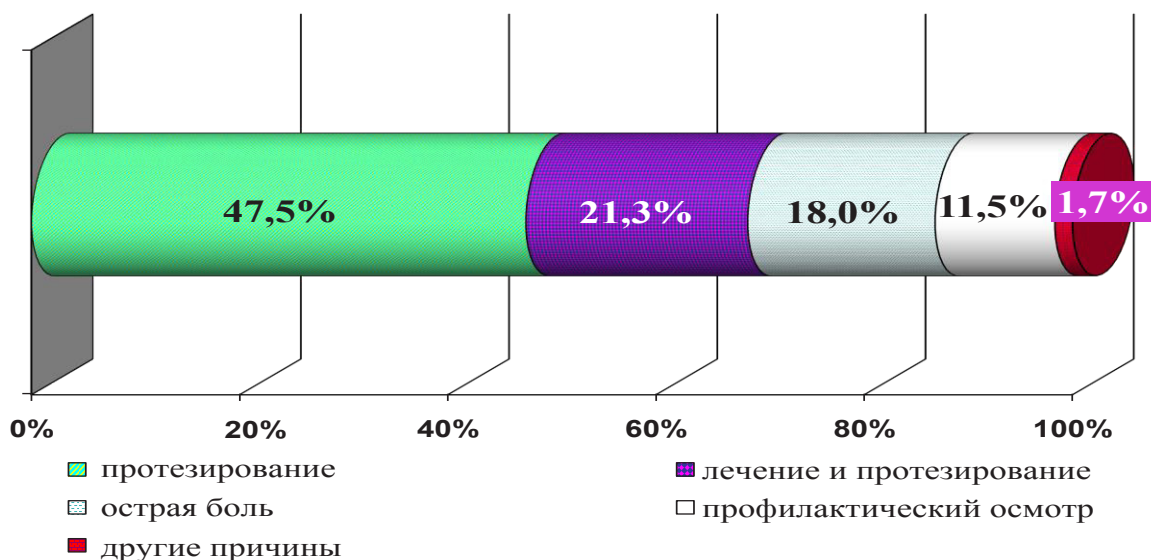


Рисунок 4. Основная причина обращения респондентов к стоматологу

стоматологу явилась необходимость протезирования зубов, 21,3% назвали «лечение и протезирование зубов», еще 18,0% указали, что причиной обращения послужила острая зубная боль под коронкой и только 11,5% посетили стоматолога с целью профилактического осмотра и 1,7% указали другие причины (рис. 4).

На вопрос анкеты «Есть ли у Вас постоянный стоматолог?» лишь 27,4% опрошенных ответили утвердительно, а 72,6% - отрицательно. Заслуживает внимание, что с увеличением возраста респондентов уменьшается доля лиц, имеющих постоянного стоматолога. Если среди наиболее молодых респондентов (20-29 лет) более 2/3 (66,7%) имеют постоянного стоматолога, то среди лиц старше 40 лет ни у кого не было постоянного стоматолога.

Целый блок анкеты был посвящен организации ортопедической помощи. На вопрос «Как давно Вам требуется зубопротезная помощь?» подавляющее большинство респондентов (67,3%) ответили, что более 5 лет. При этом были зафиксированы и такие единичные ответы как: 10 лет и даже 20 лет. В свою очередь, 18,2% считают, что им требуется протезирование зубов от 3 до 5 лет, а 14,5% полагают, что они нуждаются в нем менее 3-х лет, в том числе только 7,2% - менее года.

Интересны данные о заявленных сроках потребности в ортопедической помощи в зависимости от пола респондентов. Если только 47,8% мужчин считает, что им требуется ортопедическая помощь уже давно (6 лет и более), то среди женщин этот показатель составил 68,7%. Это и понятно, ибо женщины, как известно, в основной

своей массе чаще, раньше и больше обращают внимание на свою внешность, лицо и состояние зубов и полости рта.

Изучение возрастной структуры респондентов показало, что с увеличением возраста закономерно увеличивается и доля лиц, которым требуется ортопедическая помощь уже более 5 лет. Опрос также выявил, что среди тех, кто оценивает состояние своих зубов и полости рта как хорошие и удовлетворительные, только 49,6% нуждаются в протезировании длительный срок (6 и более лет), а среди тех, кто считает состояние своих зубов плохим, данный показатель составил 78,8%.

Интересно и важно знать основные мотивы респондентов, которые длительное время, нуждаясь в протезировании зубов, не обращались за этой помощью раньше. В ходе опроса 53,2% ответили, что для этого не было достаточных финансовых средств, 27,7% считали, что это не так важно, то 14,9% отметили, что у них для этого не было времени, лишь 2,1% указали, что они отрицательно относятся к стоматологам, и столько же (2,1%) опасались болезненности стоматологических вмешательств (рис. 5).

Следует отметить, что если первая причина (отсутствие достаточных финансовых средств) имеет чисто социально-экономические корни, то ответы – «считал это не так важно» и «не было для этого свободного времени» (таких ответов в сумме было 42,6%, т.е. почти половина) – свидетельствуют о достаточно низком уровне санитарной культуры в области стоматологии у ортопедических пациентов. Наконец, последние две причины,

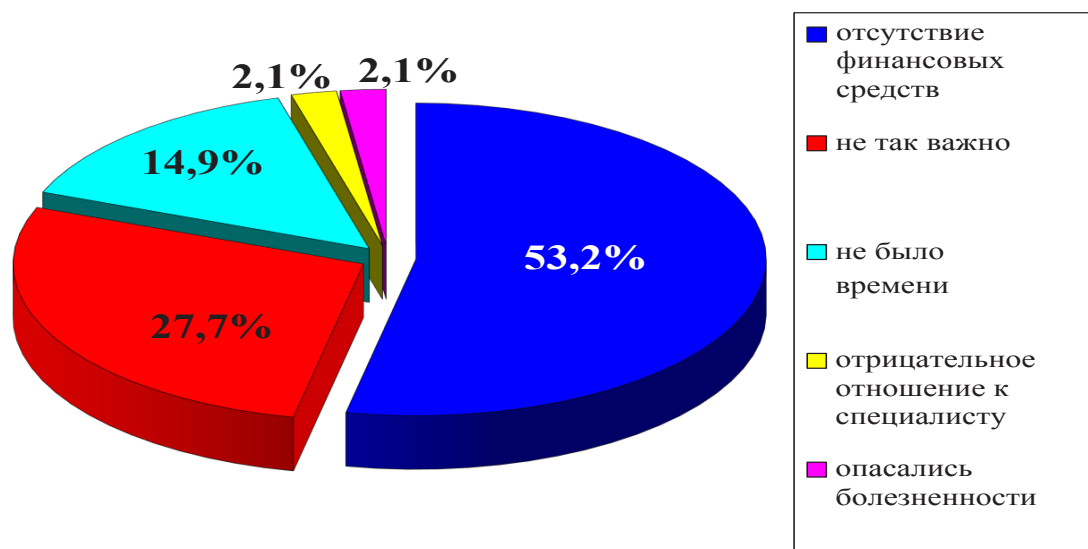


Рисунок 5. Мотивы респондентов, которые длительно нуждаясь в протезировании, не обращались к стоматологу-ортопеду

дающие в сумме всего 4,2%, можно объединить, так как они имеют одно и тоже происхождение, а именно – воспоминания респондентов о пережитых ими ранее, очевидно довольно болезненных или, по крайней мере, не очень приятных посещениях стоматологических кабинетов. Возможно, как мы считаем, значимость этих причин несколько занижена, ибо не секрет, что определенная часть опрошенных не любит признаваться в своих страхах зубной боли.

С увеличение возраста респондентов четко прослеживается уменьшение доли лиц, обратившихся к стоматологам-ортопедам по эстетическим соображениям (со 100% - в возрастной группе 20-29 лет до 12,5% - в возрасте старше 40 лет) и явно возрастает число пациентов, обратившихся в связи с функциональными нарушениями жевания (с 0% - в возрасте 20-29 лет до 57,5% - в возрасте старше 40 лет).

Уровень образования респондентов также определяет причину их обращения за ортопедической помощью. Так, у лиц с начальным образованием в 100% причиной обращения были функциональные нарушения жевания; у опрошенных со средним образованием эта причина отмечена в 61,5% случаев, а 38,5% - эстетические моменты, у лиц с высшим образованием лишь 22,2% обратились в связи с нарушениями жевания, 77,8% - по эстетическим соображениям.

Ряд вопросов анкеты был направлен на то, чтобы получить обобщенное мнение респондентов об уровне организации ортопедической службы в целом, о профессиональных качествах стоматологов-ортопедов, об условиях их работы. Организацию ортопедической службы в целом в городе оценили 48,8% ответов как хорошую, в 22,4% - как удовлетворительную, 17,2% респондентов считают, что уровень организации службы плохой и лишь 11,6% оценивают эту службу на «отлично». Профессиональные качества стоматологов-ортопедов респонденты в основном оценили достаточно высоко: 57,7% поставили оценку «хорошо», 19,2% - «отлично», 13,5% - «удовлетворительно», однако 9,6% оценили профессиональные качества врачей как плохие.

Замечено, что мужчины более позитивно, чем женщины высказываются о профессиональных качествах стоматологов-ортопедов, а также то, что с возрастом пациенты предъявляют более высокие требования к врачам и при этом всегда высоко оценивают их профессиональные качества.

К условиям работы стоматологов-ортопедов

респонденты отнеслись по-разному. Так, в целом на «отлично» эти условия оценили лишь 15,7% опрошенных, на «хорошо» - 43,1%, на «удовлетворительно» - 37,3% и 3,9% - считают, что условия работы врачей плохие.

На вопрос «Как Вы оцениваете качество выполненной для Вас ортопедической работы в целом?» лишь 12,0% дали ответ «отлично», еще 42,5% - «хорошо», а более 1/3 (33,9%) считают, что качество выполненной работы можно оценить только на «удовлетворительно» и 11,6% оценил выполненную работу в целом как плохую.

Важный аспект оказания стоматологической, в том числе ортопедической помощи – это обеспечение безболезненности лечения. Известно, что боязнь болезненности стоматологических процедур является одной из причин позднего обращения пациентов за помощью, следствием чего является запущенность патологических состояния органов полости рта. По данным нашего исследования, лишь 3,4% опрошенных ответили, что проведенные им стоматологические вмешательства были очень болезненными, еще 8,5% респондентов указали на относительную болезненность. Подавляющее большинство считает, что эти вмешательства были почти безболезненными (52,5%) и совершенно безболезненными (35,6%).

Безусловно, что оценки степени выраженности болевых ощущений в процессе стоматологических вмешательств и качества выполненной для пациентов ортопедической работы тесно связаны между собой. Так, прослеживается, как респонденты оценивают качество ортопедической помощи в зависимости от степени болезненности или безболезненности стоматологических вмешательств.

Среди тех респондентов, которые сочли, что стоматологические вмешательства были очень болезненными, практически не было никого, кто бы оценил качество ортопедической стоматологической помощи на «отлично», или даже на «хорошо». Среди пациентов, которые совершенно не чувствовали боли при стоматологических вмешательствах, 71,8% оценили качество ортопедической работы на «отлично» и «хорошо».

Вместе с тем, качество выполненной ортопедической работы определяет отношение ортопедических пациентов к оценке профессиональных качеств стоматолога-ортопеда. Так, среди респондентов, давших самые высокие оценки качеству выполненных ортопедических работ, все 100% оценили и профессионализм врачей также на «отлично» (66,7%) или «хорошо» (33,3%). Среди тех,

кто остался неудовлетворен качеством протезов, большинство (66,7%) указало на плохие профессиональные качества врачей.

Следует сказать, что среди опрошенных пациентов только 84,5% знали, какой вид конструкции зубного протеза был для них изготовлен: в 37,3% случаев это был полный съемный протез; в 11,8% случаев был изготовлен частичный пластиночный съемный протез; бюгельный протез назвали 2,2% опрошенных; на несъемные виды конструкции указало 33,2% респондентов (в том числе на мостовидные протезы – 13,7%, на коронки – 17,7% и штифтовый зуб – 1,8%).

Какую информацию дали ортопедические пациенты относительно удобства и функциональных свойств изготовленных протезов? В ходе опроса 18,4% респондентов оценили изготовленные протезы на «отлично», 44,9% - на «хорошо», 26,5% - на «удовлетворительно» и 10,2% - на «неудовлетворительно».

Эстетические качества изготовленных протезов респонденты оценили приблизительно так же, как и их функциональные свойства. В целом из всех респондентов 18,8% оценили эстетические качества на «отлично», 45,7% - на «хорошо», 27,1% - на «удовлетворительно» и 8,4% - на «неудовлетворительно».

Последний вопрос анкеты касался пожеланий и предложений по улучшению организации ортопедического обслуживания. Такие пожелания, высказали 63,8% респондентов. Более активными оказались женщины, 86,3% которых дали какие-то предложения. Среди мужчин таких было 35,2% опрошенных. Следует отметить, что с возрастом ортопедических пациентов активность пожеланий и предложений нарастает. Так, 95,3% опрошенных старше 40 лет написали в анкете свои пожелания, среди молодых лиц (до 40 лет) этот показатель составил лишь 11,3%.

Заключение. Преимущество метода социологического интервьюирования среди ортопедических пациентов заключается в том, что он позволяет достаточно оперативно получить необходимую информацию, характеризующую многие качественные характеристики стоматологической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулаев Б.А. Особенности клинико-рентгенологической картины эндопародонтального состояния опорных зубов в зависимости от протяженности ортопедических протезов / Б.А. Абдулаев, С.К. Сабуров //

Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2018. Т. 8. № 3 (27). С. 297-301.

2. Джураева Ш.Ф. К вопросу об изучении сочетанных эндопародонтальных поражений опорных зубов при протезировании / Ш.Ф. Джураева, Х.С. Шарипов // Вестник Авиценны. 2011. № 4 (49). С. 173-177.

3. Муллоджанов Г.Э. Социально-психологический статус больных с патологией желудочно-кишечного тракта и особенности оказания им стоматологической помощи / Г.Э. Муллоджанов, М.Р. Гурезов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2017. - № 4. - С. 66-68.

4. Мухамедов Ш.Ш. Результаты изучения гидродинамики краевого пародонта витальных и девитальных опорных зубов в системе металлокерамической конструкции / Ш.Ш. Мухамедов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2016. - № 3. - С. 31-34.

5. Сабуров С.К. Интегральный показатель результатов ортопедического лечения соматических больных в зависимости от расположения края металлокерамическими коронками / С.К. Сабуров, А.Р. Зарипов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2018. - № 3. - С. 59-63.

6. Сабуров С.К. Результаты клинико-микробиологической оценки гигиенического состояния полости рта у больных с сопутствующей патологией после протезирования дефектов зубного ряда несъемными протезами / С.К. Сабуров, С.М. Каримов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2016 г. - № 3. - С. 51- 54.

7. Шарипов Х.С. Оценка регенераторных процессов околоверхушечной деструкции зубов, служащих опорами несъемной ортопедической конструкции / Х.С. Шарипов, А.Р. Зарипов, М.Р. Гурезов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2020. - № 2. - С. 59-65.

REFERENCES

1. Abdulaev B.A., Saburov S.K. Peculiarities of the clinic x-ray pattern of the endoparodontal state of supporting teeth depending on the tension of orthopedic prosthesis

2. Dzhuraeva Sh.F., Sharipov H.S. On the study of combined endoparodontal lesions of the abutment teeth in prosthetics.

3. Mullodzhanov G. E. Sotsialno-psikhologicheskiy status bolnykh s patologiei zheludochno-kishechnogo trakta i osobennosti okazaniya im stomatologicheskoy pomoshchy [Social-psychological status of patients with pathology of the gastrointestinal tract and particularities of the rendering to him dentistry help]. Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya - Herald of the institute of postgraduate education in healthcare sphere, 2017, No. 4, pp. 66-68.

4. Mukhamedov Sh. Sh. Rezultaty izucheniya gidrodinamiki kraevogo parodonta vitalnykh i devitalnykh zubov v sisteme metallokeramicheskoy konstruktсии [Results of the study of hydrodynamics marginal parodont of vital

and devital supporting teeth in system of metal-ceramic designs]. Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya - Herald of the institute of postgraduate education in healthcare sphere, 2016, No. 3, pp. 31-34.

5. Saburov S. K. Integralnyy pokazatel rezultatov ortopedicheskogo lecheniya somaticheskikh bolnykh v zavisimosti ot rasspolozheniya kraya metallokeramicheskimi koronkami [Integral factor results of orthopedic treatment somatic patients in depending of locations of the edge of metal-ceramic crown]. Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya - Herald of the institute of postgraduate education in healthcare sphere, 2018, No. 3, pp. 59-63.

6. Saburov S. K. Rezultaty kliniko-mikrobiologicheskoy otsenki gigienicheskogo sostoyaniya polosti rta u bolnykh s soputstvuyushchey patologiei posle protezirovaniya defektov zubnogo ryada nesyomnymi protezami [Results of the clinical and microbiological estimation of the hygienic condition of oral cavity beside patients with accompanying pathology after prosthesis defect teeth row by fixed prosthetic device]. Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya - Herald of the institute of postgraduate education in healthcare sphere, 2016, No. 3, pp. 51-54.

7. Sharipov Kh. S., Zaripov A. R., Gurezov M. R. Otsenka regeneratsionnykh protsessov okoloverkhushhechnoy destruktivnoy zubov, sluzhashchikh oporami nesyomnoy ortopedicheskoy konstruktivnoy [Estimation of regeneration processes of nearapex destruction of teeth, serving full tilt of fixed orthopedic design]. Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya - Herald of the institute of postgraduate education in healthcare sphere, 2020, No. 2, pp. 59-65.

ХУЛОСА

Г.Г. Ашуров, А.Г. Гаибов, М.Б. Шафозода

ЧАНБАЪҲОИ ИҶТИМОИИ ТАШКИЛ

УДК 616-006; 616-08;616,316-006; 617-53

Н.И. Базаров¹, Ф.А. Имомов², Ф.И. Шукуров³, Абдукохир Кодир², М.М. Косымов²,
Ж.А. Кобилов³, И.К. Ниязов¹, Р.И. Юльчиев²

ВОПРОСЫ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОЛИТАРНЫХ, ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ПРОЦЕССОВ КОЖИ И ОКРУЖАЮЩИХ СТРУКТУР ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

¹Кафедра онкологии и лучевой диагностики ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино";

²Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии;

³Ташкентский городской филиал республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан

НАМУДАНИ ЁРИИ СТОМАТОЛОГӢ ДАР МАЧМУИ ТАБОБАТИ ПАТОЛОГИЯИ ПАРОДОНТ, КИ ЗЕРИ ТАЪСИРИ ЭЛЕМЕНТҲОИ СУПРАКОНСТРУКЦИОННИИ ПРОТЕЗҲОИ ГИРИФТАНАШАВАНДА ПАЙДО ГАШТААНД

Мақсади тадқиқот. Таҳлили чамбаҳои иҷтимоии ташкил намудани ёрии стоматологӣ байни беморони патологияи пародонтдошта, ки зери таъсири протезҳо пайдо гаштаанд.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Пурсиши иҷтимоӣ байни 250 нафар беморони стоматологии протездоштаи синнашон аз 20 то 60 сола гузаронида шуд, ки 108 нафарашон зан ва 142 нафарашон мард мебошанд. Тамоми беморон нуксони қатори дандонҳояшон аз ҷойгиршавӣ ва масофаи гуногундошта иборат буд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он. Ягон нафар аз беморони пурсида ҳолати дандонҳои худро ҳамчун аъло баҳодихӣ накард, танҳо сеяки беморони пурсида (34,8%) тахмин доштанд, ки дандонҳои онҳо ҳолати қаноатбахш дошта, 61,6% онҳо бошад, ҳолати дандонҳои худро ҳамчун ҳолати баддошта ҳисобиданд.

Хулоса. Назардошти фаъолият аз тарафи пурсидагон оиди ин ё он хоҳиш ва пешниҳоди пурсидагон аз ҳавасмандии баланди онҳо нисбати бехтаргардонии ёрии стоматологии ортопедӣ шабоҳат медиҳад.

Калимаҳои калидӣ: нуксони қатори дандонҳо, ёрии стоматологии ортопедӣ, пурсиши иҷтимоӣ, патологияи пародонт, протези гирифтаниашаванда.

Базаров Негмат Исмаилович - д.м.н., профессор кафедры онкологии и лучевой диагностики ТГМУ им. Абуали ибни Сино; bazarovnegmat@mail.ru

Цель исследования. Изучение особенностей клиники, диагностики и оценка эффективности лечения солитарных, первично-множественных доброкачественных опухолей и опухолеподобных процессов кожи и окружающих структур периорбитальной области.

Материалы и методы исследования. Произведен ретроспективный анализ клинических данных историй болезни 25 больных с различными солитарными, первично-множественными доброкачественными опухолями и опухолеподобными процессами кожи и окружающих структур периорбитальной области и оценена эффективность лечения в условиях Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ с 2015 по 2016 годы.

Результаты исследования и их обсуждение. Оценка эффективности терапии среди 25 (100%) больных с СПМДООПКПО показала у 15 (60%) отменный результаты, у 7 (28%) - хорошие результаты, у 2 (8%) - удовлетворительный результат, у 1 (4%) больного получен неудовлетворительный результат. Качество жизни пациентов с солитарными, первично-множественными доброкачественными опухолями и опухолеподобных процессов кожи головы и лица по шкале Карновского улучшилось от минимальных 70% до 100%.

Заключение. Хирургическое лечение позволило добиться излечения у 22 (88%) больных.

Ключевые слова: доброкачественные новообразования, опухолеподобные процессы кожи и окружающих структур периорбитальной области, офтальмология, стоматология, онкология.

N.I. Bazarov¹, F.A. Imomov¹, F.I. Shukurov³, A. Kodiri², M.M.Kosymov³, J.A. Kobilov³, I.K. Niyazov¹, R.I.Yulchiev².

CLINIC, DIAGNOSIS AND TREATMENT EFFICACY OF SOLITARY, PRIMARY MULTIPLE BENIGN TUMORS AND TUMOR-LIKE PROCESSES OF THE SKIN AND SURROUNDING STRUCTURES OF THE PERIORBITAL AREA

¹*Department of Oncology and Diagnostic Imaging, SIE Avicenna Tajik State Medical University;*

²*Scientific-Clinical Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery;*

³*Tashkent City Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan*

Bazarov Negmat Ismailovich – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Oncology and Diagnostic Imaging, SEI Avicenna Tajik State Medical University; bazarovnegmat@mail.ru

Aim. To study the features of the clinic, diagnostics and evaluate the effectiveness of the treatment of benign solitary and primarily multiple and tumor-like processes of the skin and surrounding structures of the periorbital region (SPMTLPSSSPR).

Materials and methods. A retrospective analysis of clinical data of case histories of 25 patients with various solitary, primarily multiple tumors and tumors-like processes of the skin and surrounding structures of the periorbital region was performed and the effectiveness of treatment was evaluated in the conditions of the State Institution “Republican Oncological Scientific Center” of the MOH and SPP of the RT 2015 to 2016.

Results and discussion. Evaluation of the effectiveness of treatment in 25 (100%) patients with SPMTLPSSSPR showed that in 15 (60%) - excellent results, in 7 (28%) - good results and in 2 (8%) patients received satisfactory result, and 1 (4%) patient had an unsatisfactory result. The quality of life of patients with SPMTLPSSSPR assessment by Karnowsky scale was improved from a minimal of 70% to 100%.

Conclusion. Surgical treatment of SPMTLPSSSPR made it possible to achieve treatment in 88% of patients.

Keywords: benign and malignant tumors of the skin and surrounding structures of the periorbital region, oncology.

Актуальность. Научные сведения о частоте солитарных, первично-множественных доброкачественных опухолей и опухолеподобных процессах кожи головы и лица (СПМДООПКГЛ) противоречивы и составляют они от 88% до 96% [1, 2, 4-6, 11]. На сегодняшний день в качестве золотого стандарта, в целях дифференциальной диагностики

опухолеподобных процессов, доброкачественных солитарных новообразований, полинеоплазии применяют комплексный подход, который включает в себя целый ряд клинических, лабораторных, инструментальных, иммуно-гистохимических и молекулярно-генетических методов исследования. Однако до настоящего времени не установлены

частота, последовательность появления вторичных, третичных опухолей у больных с первично-множественными доброкачественными опухолями кожи периорбитальной области. Кроме того, окончательно не разработана тактика диагностического алгоритма, профилактики и хирургического лечения, не оценено качество жизни больных с солитарными и первично-множественными доброкачественными, опухолеподобными процессами кожи периорбитальной области [3-10]. В связи с мало изученностью клиники, диагностики, эффективности лечения, качества жизни пациентов с солитарными и первично-множественными доброкачественными, опухолеподобными процессами кожи периорбитальной области в Республике Таджикистан, эти аспекты представляют значительный интерес с точки зрения их первичной, вторичной и третичной профилактики.

Цель исследования. Изучение особенности клиники, диагностики и оценка эффективности лечения солитарных, первично-множественных доброкачественных опухолей и опухолеподобных процессов кожи и окружающих структур периорбитальной области.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный клинико-статистический анализ частоты, клинических данных, морфологического строения историй болезни 64 больных с различными солитарными, первично-множественными опухолями и опухолеподобными процессами кожи и окружающих структур периорбитальной области (СПМОПКОСПО) и оценена эффективность лечения в условиях Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ с 2015 по 2016 годы. Среди СПМОПКОСПО у 39 (61%) пациентов были диагностированы злокачественные опухоли солитарные и первично-множественные на коже и в окружающих структурах периорбитальной области (ЗОСПМКОСПО), а у 25 (39%) больных были диагностированы доброкачественные опухоли, опухолеподобные процессы солитарные и первично-множественные на коже и в окружающих структурах периорбитальной области (ДОСПМКОСПО).

Эффективность реабилитации у 25 (100%) больных с солитарными и первично-множественными доброкачественными опухолями (СПМДО), локализованными на коже и в окружающих структурах периорбитальной области мы оценивали по субъективным и объективным показателям. Субъективный эффект (СЭ) выражался в течении суток после хирургического лечения, когда паци-

ент начинал ощущать прекращение боли, снижение отёка, припухлости в области послеоперационной раны. Кроме того, больные СПМДООПКОСПО отмечали восстановление таких функций, как: а) зрение, б) смыкание век в) носовое дыхание, г) обоняние, д) слух и т.д. Субъективный эффект у пациентов с СПМДОКОСПО варьировал от 2 до 10 дней.

Объективный эффект (ОЭ) оценивался по следующим критериям:

1) *отменный результат*, когда СПМДОКОСПО после хирургического, комбинированного лечения исчезали полностью (то есть происходила полная регрессия). Кроме того, удалось получить положительные результаты без нарушения восстановления функций органов головы и шеи спустя шесть месяцев и год, кроме того, отсутствовали признаки рецидива СПМДОКОСПО в течение 3-5 лет;

2) *хороший результат*, когда СПМДОКОСПО после лечения исчезали наполовину (то есть частичная регрессия). Когда пациенты были, подвергнуты повторному лечению и при этом удалось получить положительные результаты восстановления функций органов головы и шеи через шесть месяцев и год. Кроме того, отсутствовали признаки рецидива, СПМДОКОСПО в течение 3-5 лет;

3) *удовлетворительный результат*, когда СПМДОКОСПО после лечения оставались в прежних размерах (то есть наступала стабилизация процесса). При этом больные были подвергнуты повторному хирургическому, комбинированному лечению, после чего удалось получить положительные результаты по восстановлению функций органов головы и шеи спустя шесть месяцев и год. Кроме того, отсутствовали признаки рецидива, СПМДООПКОСПО в течение 3-5 лет;

4) *неудовлетворительный результат*, когда не удалось добиться положительных результатов лечения СПМДООПКОСПО, даже при применении комбинированных, комплексных методов и даже, несмотря на проведённую гормонотерапию и назначение бета блокаторов не позволили получить положительные результаты восстановления функций органов головы и шеи в течение 3-5 лет. Кроме того, наблюдались ранний и поздние рецидивы или появлялись новые очаги СПМДООПКОСПО в течение одного года.

Для оценки качества жизни больных СПМДО-ОПКОСПО применялся американский вопросник FACT-G и европейский - EORTC QLQ-C30,45, последняя анкета содержит 30-45 вопросов, сгруп-

пированных в функциональные шкалы, 3 шкалы симптоматики, шкалу общего качества жизни и одиночных пунктов. Качество жизни пациентов с СПМДООПКОСПО оценивали на основе опросников EORTC QLQ-C30 (version 3,0) и EORTC

QLQ - H& полученные результаты оценивали в процентах и индекса Карновского

Обработка статистических данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 6.0» (StatSoftInc., USA).

Индекс Карновского

Нормальная физическая активность, больной не нуждается в специальном уходе	100%	Состояние нормальное, нет жалоб и симптомов заболевания
	90%	Нормальная активность сохранена, но имеются незначительные симптомы заболевания
	80%	Нормальная активность возможна при дополнительных усилиях, при умеренно выраженных симптомах заболевания
Ограничение нормальной активности при сохранении полной независимости больного	70%	Больной обслуживает себя самостоятельно, но не способен к нормальной деятельности или работе
	60%	Больной иногда нуждается в помощи, но в основном обслуживает себя сам
	50%	Больному часто требуется помощь и медицинское обслуживание
Больной не может обслуживать себя самостоятельно, необходим уход или госпитализация	40%	Большую часть времени больной проводит в постели, необходим специальный уход и посторонняя помощь
	30%	Больной прикован к постели, показана госпитализация, хотя терминальное состояние не обязательно
	20%	Сильные проявления болезни, необходима госпитализация и поддерживающая терапия
	10%	Умиравший больной, быстрое прогрессирование заболевания
	0%	Смерть

Результаты исследования и их обсуждение.

В ГУ «Республиканский онкологический научный центр» за прошедшие 2 года находились 6750 (100%) пациентов с различными опухолями и опухолеподобными процессами челюстно-лицевой области и шеи (ООПЧЛОШ). При анализе 6750 (100%) пациентов с ООПЧЛОШ у 64 (0,94%) больных были установлены солитарные и первично-множественные опухоли, опухолеподобные процессы (СПМООП), которые локализовались в основном на коже и в окружающих структурах периорбитальной области, других частях лица и тела человека.

Одним из важных вопросов клинической онкологии является изучение клинических особенностей доброкачественных опухолей, опухолеподобных процессов солитарных и первично-множественных процессов на коже и окружающих структурах периорбитальной области (ДООПСПМПКОСПО) с точки зрения первичной, вторичной профилактики ЗОКОСПО.

Возраст пациентов с ДООПСПМПКОСПО варьировал от 3 месяцев до 75 лет. Среди ДООПСПМПКОСПО, женщин было 16 (64%), мужчин – 9 (36%), а сроки их обращения за лечебной помощью составили от 3 месяцев до 6 лет и при

этом 17 (68%) больных были жителями сельской местности, 8 (32%) пациентов были жителями городов РТ. Согласно диаграмме 1, анализ локализации опухолей среди 25 (100%) больных с ДООПСПМПКОСПО распределились следующим образом: а) в орбите у 9 (36%) пациентов; б) на коже нижнего века у 7 (28%) больных; в) на коже верхнего века у 5 (20%) пациентов; г) на коже обеих верхних и нижних век у 2 (8%) больных; д) на коже внутреннего угла глаза у 1 (4%) пациента; е) на коже межбровной области у 1 (4%).

Таким образом, анализ локализации показал, что среди 25 (100%) больных с ДООПСПМПКОСПО в большинстве располагались у 60% больных на коже век, у 36% - в орбите и у 4% пациентов - на коже межбровной области. Кроме того, у 2 (8%) больных с ДООПСПМПКОСПО имелись первично-множественные очаги на коже обеих верхних и нижних век, что необходимо учитывать при планировании профилактики (первичной, вторичной и третичной) и хирургической деятельности клиники. Для разработки рациональной тактики лечения больных с ДООПСПМПКОСПО необходимы сведения о гистологической структуре этих процессов, которые представлены на рис. 2, согласно чему у 9 (36%) больных были установлены

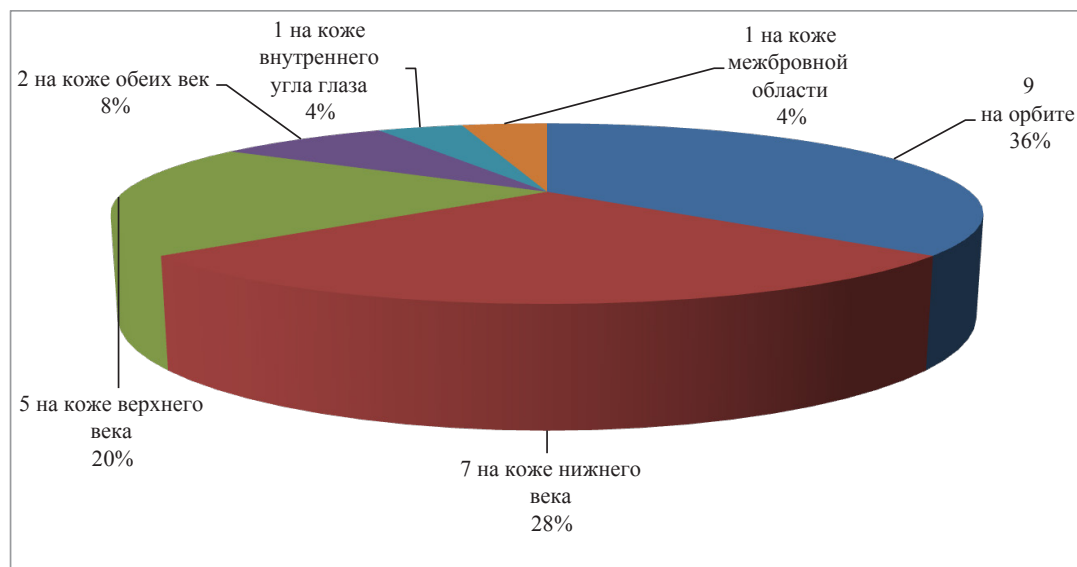


Рис. 1. Локализация доброкачественных опухолей, опухолеподобных процессов солитарных и первично-множественных процессов на коже и окружающих структурах периорбитальной области (ДООПСМПКОСПО)

сосудистые опухоли морфологический среди них: а) смешанная гемангиома - 6, б) капиллярная гемангиома - 2, в) кавернозная гемангиома - 1, б) у 8 (32%) пациентов – мягкотканые опухоли, опухоли кожи и опухоль слезной железы, гистологически среди них установлены: фибромы - 3, папилломы кожи - 2, пигментный невус кожи - 1, ксантома кожи - 1, полиморфная аденома слёзной железы -

1, в) у 8 (32%) больных были установлены кисты и болезнь Рекленгаузена, а гистологически среди них установлены: дермоидная киста - 6, серозная киста - 1, нейрофиброма - 1.

Подводя итог к морфологической структуре ДООПСМПКОСПО следует, заключить, что среди них преобладали сосудистые, мягкотканые и эпителиальные опухоли кожи, опухолеподобные

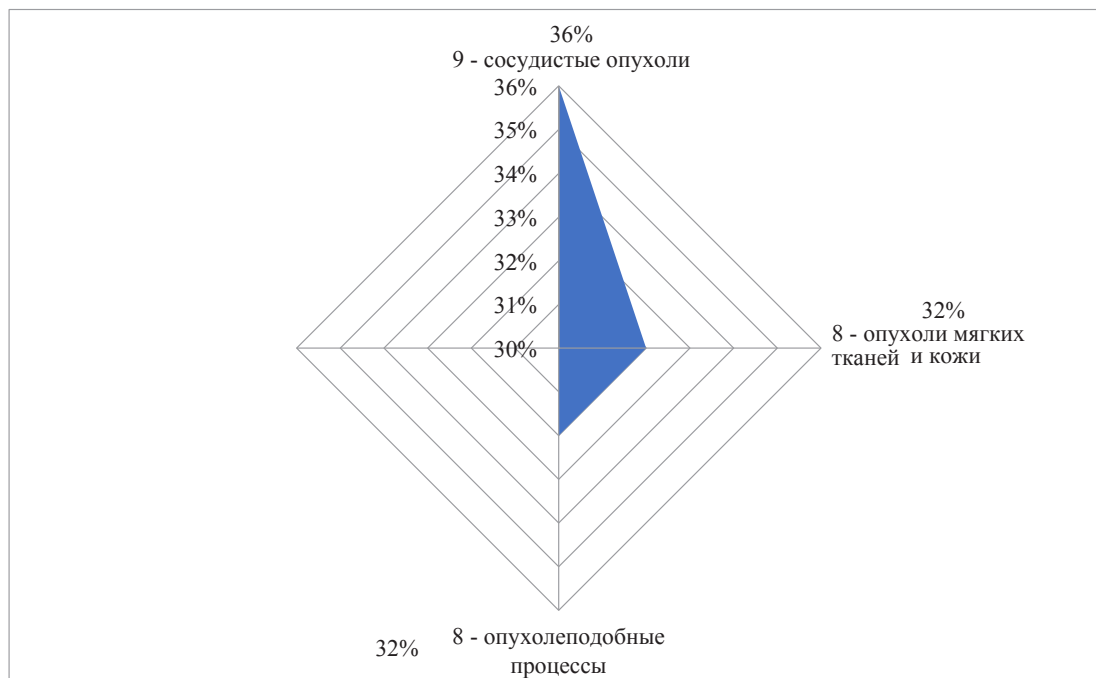


Рис. 2. Морфологическая структура доброкачественных опухолей, опухолеподобных процессов солитарных и первично-множественных процессов кожи и окружающих структур периорбитальной области (ДООПСМПКОСПО)

процессы, на которые необходимо обратить внимание во время проведения первичной и вторичной профилактики среди организованной и неорганизованной части населения и пациентов.

При анализе значимости морфологических методов, а именно цитологического способа в диагностике ДООПСМПКОСПО среди 25 (100%) пациентов было установлено, что операционный диагноз картины доброкачественной опухоли у 17 (68%) больных совпал с послеоперационным морфологическим заключением (положительным диагнозом), а при опухолеподобных процессах среди 8 (100%) пациентов они совпали лишь у 2 (25%) больных. В целом патоморфологический диагноз о наличии ДООПСМПКОСПО был верифицирован у всех 25 (100%) пациентов. Таким образом, при ДООПСМПКОСПО для улучшения цитологической диагностики необходимо производить не только обычные пункции, но и под контролем УЗИ (эхографии).

Рентгенография лёгких проведена у всех 25 (100%) пациентов с ДООПСМПКОСПО со стороны лёгких, сердца, аорты, её ветвей, однако патология не установлена. Компьютерная томография орбиты проведена у 4 (16%) больных, при этом у 3 пациентов диагноз совпал с операционной находкой.

Для улучшения результатов лечения больных с ДООПСМПКОСП в клинической практике применяются сочетанные, комбинированные, комплексные подходы.

При лечении 25 (100%) больных с ДООП-

СПМПКОСП были применены следующие методы: А) 14 (56%) больным было проведено хирургическое лечение в объёме типичного иссечения (с пластикой местных тканей и свободными трансплантатами с медиальной поверхности плеча) до комбинированного иссечения с использованием для пластики как ротационных, так с применением сложных трансплантатов с периорбитальной, лобной областей; Б) У 9 (36%) пациентов – вскрытие орбиты (орбитотомия); В) У 2 (8%) пациентов – комбинированное лечение (прошивание и склерозирующая терапия), затем были выполнены оперативные вмешательства.

Результаты эффективности лечения среди 25 (100%) больных со СПМДОКОСПО представлены на рис. 3, согласно которой у 15 (60%) пациентов были получены отменные результаты лечения; у 7 (28%) – хорошие результаты лечения; у 2 (8%) – удовлетворительные результаты лечения; у 1 (4%) больного были получены неудовлетворительные результаты лечения. Таким образом, удовлетворительные и отменные результаты лечения получены у 96% больных со СПМДОКОСПО, что показывает адекватность лечения этих процессов.

Оценка качества жизни пациентов СПМДО-ОПКОСПО по шкале Карновского у 25 (100%) больных, показало, что она у 22 (88%) пациентов улучшилась от минимальных 70% до максимального 100%. А у остальных 3 (12%) больных СПМДО-ОПКОСПО по шкале Карновского качества жизни улучшилась от минимальных 70% до максимального 90%, что показывает относительную успешность

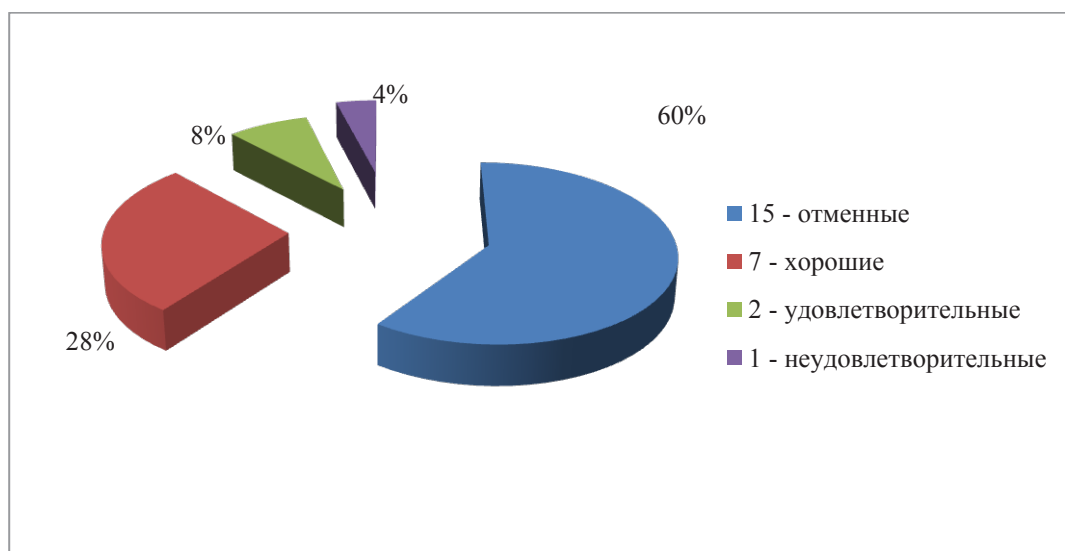


Рис. 3. Результаты анализа эффективности лечения доброкачественных опухолей, опухолеподобных процессов солитарных и первично-множественных процессов кожи и в окружающих структурах периорбитальной области (ДООПСМПКОСПО)

терапии у этого контингента больных.

Заключение. Таким образом, при ретроспективном анализе 6750 (100%) пациентов с ООПП-ЧЛОШ у 64 (0,94%) были диагностированы солитарные, первично-множественные опухоли и опухолеподобные процессы (СПМООП). Среди 64 (100%) больных СПМООП у 25 (39%) больных были диагностированы доброкачественные опухоли, опухолеподобные процессы, солитарные и первично-множественные опухоли на коже и в окружающих структурах периорбитальной области (СПМДООПКОСПО). Среди 25 (39%) больных с СПМДООПКОСПО у 2(8%) пациентов имелись первично-множественный очаги на коже обеих верхних и нижних век. Оценка эффективности терапии 25 (100%) больных со СПМДООПКОСПО показало у 15 (60%) отменный результаты, у 7 (28%) - хорошие результат, у 2 (8%) - удовлетворительные результат, 1 (4%) больного получен неудовлетворительный результат. Качество жизни пациентов СПМДООПКОСПО по шкале Карновского улучшилось минимальных 70% до 100%.

ЛИТЕРАТУРА:

(см. пп. 10-11 в References)

1. Базаров Д. В. Результаты реконструктивно-пластических операций пациентов с опухолевыми поражениями верхних дыхательных путей. Евразийский онкологический журнал – 2016, № 2, с. 126.
2. Бернадский Ю. И. Гемангиомы лица и органов полости рта / Ю. И. Бернадский // Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. М Медицина, Минск, 2003., -С. 243-252.
3. Дан В.Н. Современные классификации врожденных пороков развития сосудов (ангиодисплазий)/ В.Н. Дан, А.И. Щеголев, С.В. Сапелкин // Ангиология и сосудистая хирургия. 2006. - Т. 12, № 4. -С. 28-33.
4. Зикирходжаев А.Д. Клинико-морфологические особенности и лечение рака кожи, развившегося из рубцов / А.Д. Зикирходжаев, Б.М. Орифов, Д.З. Зикирходжаев, З.Х. Хусейнов, Р.З.Юлдошев // Вестник Авиценны. 2014. № 1 (58). С. 38-42.
5. Кармазановский Г.Г. Роль компьютерной томографии в выборе тактики хирургического лечения ангиодисплазий / Г.Г. Кармазановский и др. // Ангиология и сосудистая хирургия. — 1997. № 4. - С. 51-62.
6. Куликов Е.П. Результаты и качество жизни больных после пилоросохранной резекции желудка при раке / Е.П. Куликов, С.А. Мерцалов // -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 144с.
7. Курбанов У.А. Реконструктивно-пластические операции при врождённых дефектах и деформациях периорбитальной области / У.А. Курбанов, З.И. Юнусова, А.А. Давлатов, С.М. Джанобилова // Вестник Авиценны. 2014. № 4 (61). С. 13-21.
8. Ситников А.В. Эндоваскулярные методы в диагностике и лечении ангиодисплазий и параганглиом головы и шеи: / А.В. Ситников. М. // 2002. — 24 с.
9. Тимофеев А.А. Опухоли из кровеносных и лимфатических сосудов / А.А. Тимофеев //Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев, 2002.,-С.824-883.

REFERENCES

1. Bazarov D. V. Rezultaty rekonstruktivno-plasticheskikh operatsiy u patsientov s opukholevymi porazheniyami verkhnikh dykhatelnykh putey [The results of plastic and reconstructive operations of patients with tumor lesions of upper respiratory tract]. *Evrasiyskiy onkologicheskiy zhurnal – Eurasian journal of oncology*, 2016, No. 2, pp. 126.
2. Bernadskiy Yu. I. *Gemangiomy litsa i organov polosti rta* [Haemangiomas of face and oral cavity organs]. Minsk, Meditsina Publ., 2003. 243-252 p.
3. Dan V. N., Shchegolov A. I., Sapelkin S. V. Sovremennye klassifikatsii vrozhdennykh porokov razvitiya sosudov (angiodisplazii) [Modern classification of congenital vascular malformations (angiodysplasia)]. *Angiologiya i sosudistaya khirurgiya – Angiology and vascular surgery*, 2006, Vol. 12, No. 4, pp. 28-33.
4. Zikiryakhojaev A.D., Orifov B.M., Zikiryakhojaev D.Z., Huseynov Z.H., Yuldoshev R.Z. Clinical-morphologic features and treatment of skin cancers matured from scars.
5. Karmazanovskiy G. G. Rol kompyuternoy tomografii v vybere taktiki khirurgicheskogo lecheniya angiodisplazii [The role of computed tomography in choosing the surgical tactic of treatment of angiodysplasias]. *Angiologiya i sosudistaya khirurgiya – Angiology and vascular surgery*, 1997, No. 4, pp. 51-62.
6. Kulikov E. P., Mertsalov S. A. *Rezultaty i kachestvo zhizni posle pilorosokhrannoy rezeksii zheludka pri rake* [The results and quality of life after pyloric sphincter sparing resection in gastric cancer]. Moscow, GEOTAR-Media, 2018. 144 p.
7. Kurbanov U.A., Yunusova Z.I., Davlatov A.A., Janobilova S.M. Reconstructive plastic surgery in congenital defects and deformities of periorbital area.
8. Sitnikov A.V. Endovascular methods in the diagnosis and treatment of angiodysplasia and paragangliomas of the head and neck: / A.V. Sitnikov. M. // 2002. - 24 p.
9. Timofeyev A. A. *Opukholi iz krovenosnykh i limfaticeskikh sosudov. Rukovodstvo po chelyustno-litsevoy khirurgii i khirurgicheskoy stomatologii* [Tumors of blood and lymphatic vessels. A guide of maxillofacial surgery and surgical stomatology]. Kiev, 2002. 824-883 p.
10. Aaronson N. K. Measuring quality of life in every oncological patient. *Nederland's Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2011, Vol. 155, No. 45, pp. 37-49.
11. Buckmiller L. M., Richter G. T., Suen J. Y. Diagnosis and management of hemangiomas and vascular malformations of the head and neck. *Oral Diseases*, 2010, No. 15, pp. 405-418.

ХУЛОСА

Н.И. Базаров, Ф.А. Имомов, Ф.И. Шукуров,
А. Кодирин, М.М. Косимов, Ж.А. Кобиров,
И.К. Ниязов, Р.И. Юлчиев

БАЪЗЕ ЧАНБАЪҲОИ КЛИНИКӢ, ТАШХИС ВА САМАРАНОКИИ ТАБОБАТИ ОМОСҲОИ ЯГОНА ВА БИСЁРАВВАЛАИ ХУШСИФАТ ВА ЧАРАЁНҲОИ ОМОСМОНАНДИ ПӢСТ ВА ТАРКИБҲОИ АТРОФИИ МАВКЕИ ПЕРИОРБИТАЛӢ

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ, ташхис ва баҳодиҳии самаранокии табобати омосҳои ягона ва бисёраввала ва чараёнҳои омосмонанди пӯст ва таркибҳои атрофии мавкеи периорбиталӣ.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Таҳлили ретроспективии маводҳои клиникӣ - таърихи бемории 25-бемор бо омосҳои гуногуни ягона ва

бисёраввала ва чараёнҳои омосмонанди пӯст ва таркибҳои атрофии мавкеи периорбиталӣ гузаронида шуда, самаранокии табобати онҳо дар шароити Муассисаи давлатии “Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ”-и ВТ ҲИА ҚТ аз 2015 то 2016 баҳодиҳӣ карда шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи он. Баҳодиҳии самаранокии табобат дар 25 (100%) бемор бо ОЯБҚОПТАМП нишон дод, ки дар 15 (60%) ҳолатҳо натиҷаи аъло, дар 7 (28%) беморон натиҷаи хуб, дар 2 (8%) беморон натиҷаи қаноатбахш ва дар 1 (4%) бемор натиҷаҳои ғайриқаноатбахш дида шуд. Сифати ҳаётии беморон ОЯБҚОПТАМП аз рӯи чадвали Карновски аз нишондиҳандаҳои минималии 70% то 100% буд.

Хулоса. Усулҳои мувофиқи табобати ОЯБҚОПТАМП имкон доданд, ки натиҷаҳои қаноатбахш ва аълоро дар маҷмӯъ 88% беморон ноил гардиданд.

Калимаҳои калидӣ. омосҳои хушсифати пӯст ва таркибҳои атрофии мавкеи периорбиталӣ, офтальмология, стоматология, онкология.

УДК 616 009

М.Т. Ганиева, Ш.Р. Рабоева, М.Б. Исаева, М.О. Исрофилов, Д. П. Зуурбекова, Н. Асилова

КЛИНИКО-МОЛЕКУЛЯРНАЯ ДИАГНОСТИКА НАСЛЕДСТВЕННЫХ АТАКСИЙ

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Ганиева Манижа Тимуровна - к.м.н., заведующая кафедрой неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования. Изучить клинико-молекулярную диагностику мозжечковых атаксий.

Материалы и методы исследования. В ходе экспедиционных работ и медико-генетического мониторинга, проведенного на кафедре неврологии и основ медицинской генетики ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с участием врачей нейрогенетиков (из Лондона), осуществлялись исследования не только на основании клинического обследования, но и подтверждение диагноза на молекулярно-генетическом уровне, что учитывало выраженную генетическую гетерогенность наследственных заболеваний.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 12 семей с различной формой мозжечковых атаксий наибольший процент выпадал на долю Атаксии Фридрейха, Пьера-Мари, реже Вит Е-дефицитная атаксии. В 37,5% случаев мозжечковая атаксия была симптомом спастической параплегии Шарлевуа-Сагене, болезни Вильсона Коновалова, Адренолейкодистрофии. Фенотипическое проявление мозжечковой атаксией Фридрейха и Пьера-Мари был подтвержден генетически.

Выводы. 1. Приведенные данные иллюстрируют важность клинического скрининга пациентов с предполагаемыми наследственными атаксиями. 2. Молекулярный, биохимический и патоморфологические анализы взаимно комбинируются и дополняют друг друга, позволяя выставить правильный нозологический диагноз. 3. Новые знания о патогенезе наследственных атаксий позволяют у ряда больных проводить достаточно эффективное поддерживающее патогенетическое лечение.

Ключевые слова: наследственная атаксия, параплегии, клинико-молекулярная диагностика, полиморфизм.

M.T. Ganieva, Sh.R. Raboeva, M.B. Isaeva, M.O. Isrofilov, D.P. Zuurbekova, N. Asilova

CLINICAL MOLECULAR DIAGNOSTICS OF HEREDITARY ATTAXIAS

Department of neurology and bases of medical genetics, SEI Avicenna Tajik State Medical University

Ganieva Manija Timurovna - Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Neurology and Bases of Medical Genetics of SEI Avicenna Tajik State Medical University

Aim. Learn clinical and molecular diagnostics of cerebellar ataxias.

Material and methods. In the course of expeditionary work and medical genetic monitoring, carried at the Department of Neurology and Fundamentals of Medical Genetics of ATSMU with the participation of neurogenetic (from London), studies based on a clinical examination and confirmation of the diagnosis at the molecular genetic level were conducted. It allowed taking into account the pronounced genetic heterogeneity of hereditary diseases.

Research results. Of the 12 families with various forms of cerebellar ataxia, the greatest percentage fell on the Ataxia of Friedreich, Pierre-Marie, and less often Vit E - deficient ataxia. In 37.5% of cases, cerebellar ataxia was a symptom of spastic paraplegia of Charlevoix-Saguenay, Wilson Kononov's disease and adrenoleukodystrophy. The phenotypic manifestation of Friedreich and Pierre-Marie's cerebellar ataxia was genetically confirmed.

Conclusions. 1. These data illustrate the importance of clinical screening of patients with suspected hereditary ataxia. 2. Molecular, biochemical and pathomorphological analyzes complement each other, allowing to set the correct nosological diagnosis. 3. New knowledge about the pathogenesis of hereditary ataxias allows some patients to carry out the quite effective supportive pathogenetic treatment.

Keywords: hereditary ataxia, paraplegia, clinical molecular diagnostics, polymorphism.

Актуальность. Наследственные заболевания нервной системы являются одной из наиболее многочисленных групп моногенных болезней человека [2, 4, 6]. Для данных заболеваний характерно более частое поражение лиц молодого возраста, неуклонное прогрессирующее течение, тяжелая инвалидизация и отсутствие эффективных методов лечения. Все это определяет высокую медицинскую и социальную значимость изучаемой проблемы [3-4], в связи с чем, наиболее актуальным считается проведение профилактических мероприятий в отягощенных семьях.

Наследственные атаксии относятся к одному из сложнейших разделов клинической неврологии и нейрогенетики и привлекают пристальное внимание неврологов вот уже более полутора столетий [2, 5, 7-11]. Группа нейродегенеративных атаксий, как генетических, так и спорадических, является редким поводом для обращения в клинику (1,9%). Эта группа заболеваний представляет собой важную диагностическую проблему по нескольким причинам: совпадение симптомов и признаков, которые обычно не ограничиваются поражением мозжечка, отсутствие специфичности обследований, а в нашей стране также отсутствует доступ к генетическому исследованию [7].

Распространенность всех форм наследственных мозжечковых атаксий в Гиссарском районе Таджикистана равна 5,7 на 100 000 населения. Распространенность доминантных форм соответствует

1,5 на 100 000 населения. Результат проведенного молекулярно-генетического анализа больным с аутосомно-доминантной формой НМА показал, что в таджикской популяции диагностирована спиноцеребеллярная атаксия типа 2 [4]. Средняя распространенность аутосомно-рецессивных НМА в мире составила 3,3 на 100 000 населения. Среди них наиболее распространенной является атаксия Фридрейха, затем атаксия-телеангиэктазия [2]. Распространенность аутосомно-рецессивных НМА в Республике Таджикистан составляет 4,2 на 100 000 населения, что в 1,3 раза выше полученных мировых данных. Все случаи заболевания представлены атаксией Фридрейха. Другие формы аутосомно-рецессивных НМА не выявлены [4].

Установлено, что указанные заболевания могут быть связаны с мутациями нескольких десятков различных генов, что и определяет чрезвычайный фенотипический полиморфизм наследственных атаксий. Нынешний "постгеномный" этап изучения этих заболеваний характеризуется тонким анализом структуры и функции белковых продуктов соответствующих мутантных генов [7-11].

Цель исследования. Изучить клинико-молекулярную диагностику мозжечковых атаксий.

Материалы и методы исследования. В ходе экспедиционных работ и медико-генетического мониторинга, проведенного на кафедре неврологии и основ медицинской генетики ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино» с участием врачей ней-

рогенетиков (из Лондона), осуществлялись исследования не только на основании клинического обследования, но и подтверждение диагноза на молекулярно-генетическом уровне, что учитывало выраженную генетическую гетерогенность наследственных заболеваний. Данное исследование облегчало планирование профилактических мероприятий в отягощенных семьях. Среди обследованных (138) семей было выявлено 276 больных с различной наследственной нозологией нервной системы: прогрессирующие миодистрофии (ПМД) - 37 семей, амиотрофии - 11 семей, спастическая параплегия - 19 семей, болезнь Паркинсона - 16 семей, наследственные нейропатии - 13 семей, торсионно-дистонические гиперкинезы - 19 семей, миодистрофии - 11 семей, мозжечковая атаксия - 12 семей (женщин 11, мужчин 5). Средний возраст был равен $20,2 \pm 4,6$ года.

Были исследованы образцы ДНК группы пациентов с различными формами мозжечковой атаксии, проживающих на территории Таджикистана. Клиническая картина в изученных случаях соответствовала мозжечковым атаксиям (с ауто-сомно-доминантным или ауто-сомно-рецессивным наследованием).

В молекулярно-генетическое исследование входили, в зависимости от характера клинического фенотипа и особенности наследования заболевания, поиск мутаций в генах ауто-сомно-доминантных СЦА1, СЦА2, СЦА3 и СЦА6 (ATXN1, ATXN2, ATXN3, CACNL1A4 соответственно), ауто-сомно-рецессивных – болезни Фридрейха (FXN), наиболее частой формы наследственной СПП – СПП 4-го типа (СПП4; ген SPAST). А также некоторых дегенеративных заболеваний нервной системы.

Мутационный скрининг включал: 1) фрагментный анализ ампликонов – для заболеваний, характеризующихся экспансией tandemных тринуклеотидных повторов; 2) прямое секвенирование кодирующей области гена SPAST.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов математической статистики, теории проверки статистических гипотез. Данные представлены в виде: среднее $\pm$ стандартная ошибка для количественных признаков; в виде процентов от суммарной выборки (для качественных признаков).

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенное клинико-генетическое исследование выявило 12 семей с различной формой мозжечковых атаксий. Наибольший процент выпадал на

долю Атаксии Фридрейха (4 семьи 4 пациентов – 25,0%), Пьера-Мари (3 семьи 3 пациентов – 18,8%), Вит Е - дефицитная атаксия (одна семья двое пациентов – 12,5%), спастическая параплегия Шарлевуа-Сагене (одна семья двое пациентов – 12,5%), Вильсона Коновалова (одна семья двое пациентов – 12,5%), Аденолейкодистрофия (одна семья двое больных – 12,5%). В ходе экспедиционных работ и клинико-генетического исследования у семей с мозжечковой атаксией Фридрейха и Пьера-Мари заблуждений не было, неврологический статус совпадал с клиникой данного заболевания и был подтвержден генетически. Чего нельзя было говорить об остальных формах мозжечковой атаксии, полиморфность клинических симптомов придавала болезни неясность (таб. 1).

Таблица 1

Виды наследственных атаксий

№	Виды	Кол-во семей	Больные в семьях	Кол-во больных N (%)
1	Атаксия Фридрейха	4	1	4 (25,0%)
2	Пьера-Мари	3	1	3 (18,8%)
3	Вит. Е дефицитная атаксия	1	2	2 (12,5%)
4	Спастическая параплегия Шарлевуа-Сагене	1	2	2 (12,5%)
5	Аденолейкодистрофия	1	2	2 (12,5%)
6	Вильсона Коновалова (мозжечковая форма)	1	2	2 (12,5%)
7	Спинаocerebellarная атаксия	1	1	1 (6,3%)
	Итого	12		16 (100%)

Примечание: % от общего количество больных

В ходе экспедиционных работ и клинико-генетического исследования, у семей с мозжечковой атаксией Фридрейха и Пьера-Мари заблуждений не было, неврологический статус совпадал с клиникой данного заболевания и был подтвержден генетически. Молекулярно-генетический анализ атаксии Фридрейха (FRDA) выявил гомозиготный тип мутации в гене, кодирующем фратаксин (FXN; 606829) на хромосоме 9q21. Х-сцепленная рецессивная болезнь Шарко-Мари-Тута-4 с или без мозжечковой атаксии (CMTX4), также известная как синдром Каучока (COWCK), вызвана гомозиготной мутацией в гене AIFM1 (300169) на хромосоме Xq26. Чего нельзя было говорить об

остальных семьях. При атаксии Шарлевуа-Сагене типа SACS особенностью случая явилось то, что позднее наступление мозжечковой атаксии (14 лет) с недостаточностью пирамидного тракта и сохранностью когнитивной функции. Молекулярно-генетическое обследование наших пациентов выявило гомозиготный тип мутации в гене, кодирующем белок саксин (SACS; 604490) на хромосоме 13q12, что проявилось спастической атаксией типа Шарлевуа-Сагене (SACS или ARSACS). В семье с витамин Е - дефицитной атаксией было выявлено мозжечковую атаксию, арефлексию и потерю проприоцептивной чувствительности, повышенные концентрации холестерина, триглицеридов и бета-липопротеинов в сыворотке крови. Молекулярно-генетический анализ витаминно Е дефицитной атаксии (AVED) выявил гомозиготный тип мутацией в гене TTPA (600415) на хромосоме 8q12.

Особый интерес проявил Х-сцепленный рецессивный тип мутации (Адренолейкодистрофия) в гене ABCD1 (300371) на хромосоме Xq21, которая приводит к дефекту в пероксисомном бета-окислении и накоплению насыщенных жирных кислот с очень длинной цепью (VLCFA) во всех тканях организма. В семье Р. двое больных (1985 г.р. и 1983 г.р.) с данной патологией, у которых проявлялось в клинической картине: желудочно-кишечным расстройством, частым недержанием мочи, снижением зрения и слуха, снижение когнитивных способностей вплоть до деменции, грубая дизартрия, бульбарный паралич, деменция, судороги, спастический паралич больше в нижних конечностях, атаксия.

Приведенные примеры иллюстрируют важность клинического скрининга в построении правильной стратегии диагностического поиска при обследовании пациентов с предполагаемыми наследственными атаксиями. Несомненно, молекулярный, биохимический и патоморфологический скрининги взаимно комбинируются и дополняют друг друга, позволяя выставить правильный нозологический диагноз.

Несмотря на существенные успехи молекулярной биологии и нейрогенетики за последние годы, подавляющее большинство наследственных атаксий, являясь прогрессирующими нейродегенеративными заболеваниями, остаются некурабельными. Однако расшифровка молекулярно-биохимических механизмов развития нейродегенеративных заболеваний уже дает возможность проводить точную диагностику большинства наследствен-

ных атактических синдромов, что позволяет осуществлять медикогенетическое консультирование отягощенных семей с проведением прогностической и перинатальной ДНК-диагностики и биохимического скрининга, предотвращая появление вторичных случаев заболевания в последующих поколениях.

Выводы.

1. Приведенные данные иллюстрируют важность клинического скрининга пациентов с предполагаемыми наследственными атаксиями.
2. Молекулярный, биохимический и патоморфологический анализы взаимно комбинируются и дополняют друг друга, позволяя выставить правильный нозологический диагноз.
3. Новые знания о патогенезе наследственных атаксий позволяют у ряда больных проводить достаточно эффективное поддерживающее патогенетическое лечение.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 7-11 см. в REFERENCES)

1. Ганиева М.Т. Частота и структура наследственных заболеваний нервной системы в районе Турсунзаде /М.Т. Ганиева [и др.] // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – №1. – С. 2019. – 5-8.
2. Ключников С.А. Алгоритм диагностики наследственных атаксий /С.А. Ключников, С.Н. Иллариошкин. – М.: Нервные болезни Т.1, 2012. – 613с.
3. Наследственные атаксии и параличи /С.Н. Иллариошкин [и др]. - М.: «МЕДпресс-информ», 2006. - 416с.
4. Руденская Г.Е. Наследственные нейрометаболические болезни юношеского и взрослого возраста / Руденская Г.Е. Захарова Е.Ю. М.: Гэотар-Медиа. 2018. 388 с.
5. Рахмонов Р.А. Эпидемиология наследственных заболеваний нервной системы в Республике Таджикистан (на примере Гиссарского района) /Р.А. Рахмонов, Т.В. Мадаминава // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. - № 4. – 2014. – С. 15-18.
6. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению Х-сцепленной адренолейкодистрофии. – М.: - 2013. – 20 с.

REFERENCES

1. Ganieva M. T. Chastota i struktura nasledstvennykh zabolevaniy nervnoy sistemy v rayone

Tursunzade [Frequency and structure of hereditary diseases of the nervous system in the region of Tursunzade]. Vestnik posle diplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya - Herald of postgraduate education in healthcare sphere, 2019, No. 1, pp. 5-8.

2. Klyushnikov S.A. Algoritm diagnostiki nasledstvennykh ataksiy. Nervnye bolezni tom 1 [Diagnostic algorithm for hereditary ataxias. Nervous Diseases Volume 1]. Moscow, 2012. 613 p.

3. Illarionov S.N. Nasledstvennye ataksii i paraplegii [Hereditary ataxia and paraplegia]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2006. 416 p.

4. Rudenskaya G. E. Nasledstvennye neyrometabolicheskie bolezni yunosheskogo i vzroslogo vozrasta [Hereditary neurometabolic diseases of the adolescents and adults]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2018. 388 p.

5. Rakhmonov R. A. Epidemiologiya nasledstvennykh zabolevaniy nervnoy sistemy v Respublike Tadjikistan (na primere Gissarskogo rayona) [Epidemiology of hereditary diseases of the nervous system in the Republic of Tajikistan (by the example of Gissar district)]. Annaly klinicheskoy i eksperimentalnoy neurologii - Annals of Clinical and Experimental Neurology, No. 4, 2014, pp. 15-18.

6. Federalnoe klinicheskoe rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu KH-stseplennoy adrenoleukodistrofii [Federal clinical guidelines for the diagnosis and treatment of X-linked adrenoleukodystrophy]. Moscow, 2013. 20 p.

7. Cellini E. A family with spinocerebellar ataxia type 8 expansion and vitamin E deficiency ataxia. Archives of neurology, 2002, No. 59, pp. 1952-1953.

8. Bouhlal Y. Autosomal recessive ataxia caused by three distinct gene defects in a single consanguineous family. Journal of Neurogenetics, 2008, No. 22, pp. 139-148.

9. El Euch-Fayache G. Molecular, clinical and peripheral neuropathy study of Tunisian patients with ataxia with vitamin E deficiency. Brain, 2014, No. 137.

10. Pilliod J. New practical definitions for the diagnosis of autosomal recessive spastic ataxia of Charlevoix-Saguenay. Annals of Neurology, 2015, Vol. 78, pp. 871-886.

11. Paucar M. Expanding the ataxia with oculomotor apraxia type 4 phenotype. Neurology Genetics,

2016, Vol. 2, No. 11, pp. 49.

ХУЛОСА

**М.Т. Ганиева, Ш.Р. Рабоева, М.Б.Исаева,
М.О. Исрофилов, Д.П. Зуурбекова,
Н. Асилова**

ТАШХИСИ КЛИНИКӢ-МОЛЕКУЛЯРИИ АТАКСИЯӢОИ ИРСӢ

Мақсади тадқиқот. Омӯзишии ташхисоти клиникӣ-молекулярӣ атаксияҳои мағзҷавӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Корҳои экспедитсионӣ ва мониторинги тиббӣ генетикӣ, дар кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббӣ МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” бо иштироки табибони нейрогенетик (аз Лондон) гузаронида шудаанд. Тадқиқот на танҳо дар асоси ташхиси клиникӣ, балки тасдиқи ташхис дар сатҳи молекулярӣ-генетикӣ гузаронида шудаанд, ки бо назардошти гетерогенӣ генетикии бемориҳои ирсӣ ба назар гирифта шудаанд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Аз 12 оилаи бо шаклҳои гуногуни атаксияи мағзҷавӣ дучор буда, ғоизӣ аз ҳама калон ба ҳиссаи атаксияи Фридрейха, Пиера-Мари рост меояд, ва камтар атаксия аз норасоии витамини Е дида мешавад. Дар 37,5% ҳолатҳо атаксияи мағзҷавӣ аломати парализагии спастикӣ Шарлевуа Сагене, Вилсон-Коновалов, Аденолейкодистрофия буд. Нишонаҳои фенотипии атаксияи мағзҷавӣ Фридрейх ва Пиера Марӣ аз ҷиҳати генетикӣ тасдиқ карда шуданд.

Хулоса. 1. Маълумотҳои овардашуда муҳимияти санҷиши клиникии беморони гирифтори гумони атаксияи ирсиро нишон медиҳад. 2. Таҳлилҳои молекулярӣ, биохимиявӣ ва потоморфологӣ бо ҳам мутаххид шуда, яқдигарро мукаммал мекунад ва имкон медиҳад, ки ташхиси нозологиро дуруст гузошта шавад. 3. Дониши нав дар бораи патогенези атаксияи ирсӣ ба як қатор беморон имкон медиҳад, ки табобати патогенетикӣ самарабахш истифода намоям.

Калимаҳои калидӣ: атаксияи ирсӣ, парализа, ташхиси молекулярӣ-клиникӣ, полиморфизм.

УДК 616.613-003.7-089-053.2

Х.И. Ибодов^{1,3}, Т.Ш. Икромов^{2,3}, Ш.Ш. Моёнова^{1,4}, Ш.А. Бадалов^{1,2}, Н.С. Ибодов¹, К.М. Сайёдов⁴

РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИ ПЕРКУТАННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ НЕФРОЛИТИАЗЕ У ДЕТЕЙ

¹ГОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ СЗН РТ

³ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

⁴ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

Ибодов Хабибулло - д.м.н., профессор кафедры детской хирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ». Тел.: 900-99-11-77. E-mail: ibodov49@mail.ru

Цель исследования. Изучить эффективность перкутанной мини инвазивной литотрипсии у детей с односторонними камнями почек.

Материалы и методы исследования. За период 2017-2020 гг. в отделении детской урологии ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» находились на обследовании и лечении 156 детей с камнями почек. Перкутанная нефролитотрипсия выполнена у 118 (75,6%) детей с множественными, коралловидными и солитарными камнями почек.

Результаты исследования и их обсуждение. Об эффективности перкутанной нефролитотрипсии судят по степени очищения почки от фрагментов раздробленных и мелких камней, также по осложнениям во время выполнения нефролитотрипсии и в послеоперационном периоде. Полное избавление от фрагментов камней и мелких камней удалось у 89 (88,1%) пациентов.

Вывод. Внедрение новых технологий – мини перкутанные вмешательства, мультидоступ, использование различных энергий для дезинтеграции конкремента делают данную процедуру наиболее эффективной и безопасной в детском возрасте.

Ключевые слова: дети, перкутанная нефролитотрипсия, нефролитиаз, множественные и солитарные, камни.

Kh.I. Ibodov^{1,3}, T.Sh. Ikromov^{2,3}, Sh.Sh. Moyonova^{1,4}, Sh.A. Badalov^{1,2}, N.S. Ibodov, K.M. Sayyodov⁴

RESULTS OF MINI PERCUTANEOUS INTERVENTIONS IN UNILATERAL NEPHROLITHIASIS IN CHILDREN

¹SEI “Medical and Social Institute of Tajikistan”

²SI “Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery” MoHSP of the RT

³SEI “Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan”

⁴SI “Istiklol Health Complex”

Ibodov Habibullo - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Pediatric Surgery of the State Educational Institution «Institute of Postgraduate Education in the Field of Healthcare of the Republic of Tajikistan». Tel.: 900-99-11-77. E-mail: ibodov49@mail.ru

Aim. To study the efficacy of percutaneous mini-invasive lithotripsy in children with unilateral nephrolithiasis.

Materials and methods. During the period 2017-2020, 156 children with kidney stones were examined and treated at the Department of Pediatric Urology of the State Institution “Istiklol Health Complex”. Percutaneous nephrolithotripsy (PNLT) was performed in 118 (75.6%) children with multiple, solitary, and coralloid kidney stones.

Results of the study. The efficiency of percutaneous nephrolithotripsy is considered according to the degree of kidney clearing fragmented small stones as well as complications during nephrolithotripsy and in the postoperative period. Complete removal of fragment stones and small stones has been achieved in 89 (88,1%) patients.

Conclusion. Introduction of new technologies - mini-percutaneous interventions, multiaccess, use of various energies for the disintegration of the concrement make this procedure the most effective and safe in children.

Keywords: children, percutaneous nephrolithotripsy, nephrolithiasis, multiple and solitary stones.

Актуальность. На сегодняшний день нефролитиаз объединяет большую группу, по этиологии и патогенезу, синдромов и болезней, клинико-морфологическим проявлением которых является об-

разование камней в чашечно-лоханочную систему почек. Нефролитиаз в Республике Таджикистан имеет характер краевой патологии. [3, 4, 6].

Образование камней в почках – явление чрезвычайно сложное, полиэтиологический процесс, в развитие которого большую роль отводится эндогенным и экзогенным факторам. Нефролитиаз на сегодняшний день имеет широкую распространенность не только среды взрослого населения, но и у детей. От общего количества урологических больных нефролитиаз составляет от 30 до 50%. Количество больных с каждым годом имеет тенденцию к росту [1-3, 6, 11].

Распространенность нефролитиаза среди детского населения по данным Центра статистики Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан составляет на 2019 год 31,2 на 100 тысяч детского населения по сравнению с 2015 году – 21,2 на 100 тысяч. Таджикистан является аритмной зоной по распространенности мочекаменной болезни, где чаще всего выполняются оперативные вмешательства открытым доступом. В связи с этим отмечается высокий процент послеоперационных осложнений - до 25,8%. Несмотря на достигнутые успехи в лечении нефролитиаза у детей, проблема все еще далека от своего решения, особенно проблема рецидивных и резидуальных камней – от 6 до 20% [4, 6, 9].

С внедрением новых технологий (дистанционная литотрипсия, экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия, контактная лазерная литотрипсия, перкутанная нефролитотрипсия) в лечении нефролитиаза многие проблемы в лечении мочекаменной болезни нашли своё решение. При выполнении перкутанной литотрипсии полное освобождение почки от камней составляет 85% [1-3, 5, 12].

По данным авторов [3, 5, 7, 8] в отдаленном сроке, после операции, образование рецидивных камней, можно сказать, понятие мнимое. Чаще всего это связано с резидуальными камнями, вокруг которых накапливаются соли и увеличиваются в размере. На сегодня единого мнения о полном избавлении почек от конкрементов нет, даже после перкутанной литотрипсии [2, 3, 5, 7]. Перкутанная нефролитотрипсия у больных с одиночными, коралловидными и множественными камнями почек является альтернативным методом максимального очищения почек от конкрементов. Исход лечения зависит от вида и размеров камней в почке. Частой причиной возникновения резидуальных камней

является недоступность чашечек нефроскопом и опасность кровотечения [4, 6, 9-11].

Цель исследования. Изучить эффективность перкутанной мини инвазивной литотрипсии у детей с односторонними камнями почек.

Материалы и методы исследования. За период 2017-2020 гг. в отделении детской урологии ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» находились на обследовании и лечении 156 детей с камнями почек. Из них перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛТ) выполнена у 118 (75,6%) детей с множественными, коралловидными и солитарными камнями почек. Камни в одной почке были у 101 (85,6%) ребёнка. У 30 (29,7%) пациентов были коралловидные камни, у 33 (32,7%) множественные, у 38 (37,6%) одиночные камни чашечно-лоханочной системы. В среднем размер камней в почках были в пределах $1,87 \pm 0,23$ мм. Хронический калькулезный пиелонефрит выявлен у 101 (100%) больного, а калькулезный гидронефроз (КГ) - у 46 (45,5%) детей, из них инфицированный гидронефроз у 12 (11,8%) детей, гидрокаликс - у 51 (50,5%), пиелонефроз у 4 (3,9%). Калькулезный пиелонефрит (КП) I степени диагностирован - у 45 (44,5%), II степени - у 39 (38,6%), III степени - у 17 (16,8%) пациентов. Пиелонефрит в фазе активного воспалительного процесса у 58 (57,6%) детей. Калькулезный гидронефроз I степень - у 18 (17,8%), II степень - у 13 (12,8%), III степень - у 10 (9,9%), IV степень - у 5 (4,9%) больных. Из 101 больных детей хроническая болезнь почек (ХБП) наблюдалась у 87 (86,1%) пациентов: I степень - у 49 (56,3%), II степень - у 28 (32,2%), III степень - у 10 (11,5%) детей. Дети были в возрасте от 1 до 2 лет - 9 (8,9%), 3-5 лет - 27 (26,7%), 6-9 лет - 35 (34,6%), 10-13 лет - 15 (14,8%) и 14-17 лет - 15 (14,8%). Из них 43 (42,5%) мальчика и 58 (57,5%) девочек.

Исследованием выявлено внутривидовое расположение лоханки у 57 (56,4%) детей, внепочечная - 26 (25,7%) случаев, и смешанная лоханка - 18 (17,9%) случаев.

По степени тяжести состояние при поступлении больные были: в относительно удовлетворительном состоянии - 35 (34,6%), в состоянии средней тяжести - 37 (36,6%) и тяжелое состояние - 29 (28,7%). Всем больным ПНЛТ проведено в плановом порядке.

Больным проведено клинико-биохимические анализы крови и рентген-лучевая. Проведены все соответствующие инструментальные методы исследования (ультразвуковое исследование почек,

мочевого пузыря, доплерография сосудов почек, рентгенологические исследования – обзорная и контрастная внутривенная урография, по показаниям компьютерная томография), определены гормоны щитовидной железы и витамин D. Все дети, перед операцией, проконсультированы врачом эндокринологом. С целью проведения предоперационной деконтаминации и послеоперационной антибиотикотерапии выполнено бактериологическое исследование мочи.

Техника перкутанной нефролитотрипсии заключается в следующем: в начале выполняется цистоскопия, катетеризация соответствующего мочеточника с последующей ретроградной пиелографией. Затем больной укладывается на живот, под контролем ультразвукового наведения выполняется пункция чашечно-лоханочной системы почки иглой 18G. Контроль осуществляется при помощи рентген аппарата С-дуга. С помощью бузжей Амплатц (Amplatz) и кожуха Амплатц 22-28 Ch расширяется пункционный ход. Использован нефроскоп 12 и 16 Ch. Дробление камней проведено пневматическим литотриптером VIBROLITH с волоконным диаметром 3,5-6,0 мкм.

Статистическая обработка материала проведена с помощью программы Microsoft Statistica 6.1 SPSS v.17.0. О связи рассматриваемых параметров судили по коэффициенту ранговой корреляции Спирмена. Анализ разницы частотных данных выполнен с помощью критерия χ^2 . Статистическая разница показателей считалась при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Об эффективности ПНЛТ судят по степени очищения почки от фрагментов раздробленных и мелких камней, осложнений во время выполнения нефролитотрипсии и в послеоперационном периоде. После дробления фрагменты камней удаляли при помощи щипцов, а мелкие частички камня удаляли ирригацией жидкости. Полное избавление от фрагментов камней и мелких камней удалось у 89 (88,1%) пациентов. Степень очищения от фрагментов камней оценивали эндоскопически и с помощью рентген аппарата С-дуга. После фрагментации камней у 12 (11,8%) детей, мелкие фрагменты, которые находились в верхней (5) и средней (7) чашечках размером от 3 до 4 мм, из-за жесткости аппарата удалить не удалось. В этой связи в послеоперационном периоде назначено камнеизгоняющая терапия в течение 1-3 месяца. Мелкие резидуальные фрагменты камней самостоятельно отошли. По завершении операции в зависимости от состояния паренхимы почек, опасности кровотечения устанавливали не-

фростому катетером 10-12Ch тип Фолеи (Foley), баллончик заполняли 2,0-3,0 мл жидкости с гемостатической и фиксирующей целью 73 (72,2%). На вторые и третьи сутки при отсутствии кровотечения катетер удалялся, на 1-3 сутки после операции удалены мочеточниковые и уретральные катетеры. На 3 сутки послеоперационного периода через нефростому проведена антеградная пиелоуретероскопия с помощью контрастного вещества под контролем С-образной дуги флюороскопа. При отсутствии резидуальных камней и нарушении пассажа мочи нефростомический дренаж удалялся. У 15 детей с обструктивной уropатией, гидронефрозом III-IV степени и истончением паренхимы до 3 мм выполнена пункционная нефростомия с ультразвуковым наведением. У 4 детей, с пионефрозом, с целью промывания почки и подготовки к ПНЛТ произведена пункционная нефростомия. Через месяц после нефростомии и проведения противовоспалительной терапии и терапии направленной на улучшение микроциркуляции в почке (латрен внутривенно, эуфилин в/в, озонированный раствор натрия хлорида 0,9%), антибактериальная терапия и применение уросептиков (нитрофураны) выполнена ПНЛТ. У этих детей на контрольном УЗ доплеровском исследовании отмечалось улучшение микроциркуляции почки: индекс резистентности на 5,8%, пульсовой индекс на 12,3% и соотношение систолического и диастолического кровотока S/D на 11,4%. Также отмечалось улучшение концентрации и плотности мочи из стомированной почки - 1012. Этим детям, после улучшения функционального состояния почек, выполнена нефролитотрипсия посредством разбужирования хода нефростомической трубки. После удаления камней всем детям с нефростомией (24) произведено стентирование мочеточника. У 8 девочек стенты были фиксированы капроновыми нитями и выведены через уретру, и зафиксированы на кожу в области лобка. Стенты держались до закрытия хода нефростомической трубки (свищ), затем удалялись путем потягивания за нить. У 16 детей стенты удалялись после цистоскопии. Длительность оперативного вмешательства составила в среднем 120 ± 30 минут.

Осложнения после ПНЛТ в виде продолжающейся макрогематурии (более 3-х суток) и снижения уровня гемоглобина до 78 г/л, наблюдались у 5 (4,9%) детей, которым проведена плазмотрансфузия, переливание эритроцитарной массы. После проводимой терапии кровотечение прекратилось. После ПНЛТ наблюдалась гипертермия, тошнота,

рвота и боли в области операционной раны, связанные с обострением хронического пиелонефрита у 7 (6,9%) больных, которым проведено консервативное лечение.

Обсуждение. Перкутанная нефролитотрипсия на сегодняшний день используется в лечении множественных и коралловидных камней почки. Осложнения, при выполнении ПНЛТ, доведены к минимуму. Эффективность ПНЛТ и полное очищение почек от камней составляет 88,1%, что намного больше, чем открытое удаление камней из почек (73,6%). Рецидив камнеобразование после ПНЛТ составляет 11,8%. Наблюдение больных после ПНЛТ показало более раннее восстановление функции почек. Клубочковая фильтрация составляла $86,3 \pm 2,3$, $68,1 \pm 5,3$ и $53,8 \pm 6,7$ мл/мин соответственно, канальцевая реабсорбция $97,3 \pm 2,1$, $83,4 \pm 4,3$ и $72,8 \pm 6,7$ соответственно. Воздействие литотриптора иногда приводит к миграции мелких частей камней в чашечки, что затрудняет их экстракцию. Миграция камней связана с их физическими свойствами и силой потока ирригационной жидкости, которая воздействуют на конкремент. В этой связи для самостоятельного отхождения резидуальных камней проводится литолитическая терапия в комплексе лечения хронического калькулезного пиелонефрита. Надо отметить, что проведение ПНЛТ у детей с гидронефрозом III-IV степени в силу того, что при ирригации повышается внутривисцеральное давление и это может привести к ряду осложнений и в этой связи проведение пункционной нефростомии считается целесообразным. Для предотвращения осложнений нами предварительно проведена пункционная нефростомия у детей с гидронефрозом III-IV степени и пионефрозом [6, 7]. Это тактика снизила количество осложнений. Кроме того, бездренажное ведение больных после операции при отсутствии кровотечения и резидуальных камней вполне оправдана. Все это приведено в исследованиях [10, 16]. Средняя продолжительность госпитализации составила $4,5 \pm 1,2$ суток. Повреждения окружающих органов и конверсия не зафиксированы.

Заключение. Перкутанная нефролитотрипсия у детей является мини инвазивным методом удаления камней почек у детей. С целью профилактики развития мочевой инфекции необходимо перед перкутанной нефролитотрипсией провести деконтаминация антибиотиками. Внедрение новых технологий – мини перкутанные вмешательства, мультимодальность, использование различных энергий для дезинтеграции конкремента делают данную

процедуру наиболее эффективной и безопасной в детском возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

(см пп. 11-12 в References)

1. Азизов А.А. Пути прогнозирования и профилактики осложнений, обусловленных почечным положением детей на операционном столе / Ф.Х. Сафедов, Б.А. Азизов, И.К. Атоев, С.С. Джабборов // Вестник Авиценны. 2010. № 4 (45). С. 17-22.
2. Гулиев Б.Г. Перкутанная нефролитотрипсия под ультразвуковым контролем /Б.Г. Гулиев // Урология, 2014, №5. С. 111 – 116.
3. Давидов М.И. Результаты дистанционной литотрипсии и их влияние на лечение больных мочекаменной болезнью в эндемическом районе /М.И. Давидов, А.М. Игошев, Д.И. Дремин //Урология, 2015, №1. С. 8 -14
4. Дутов В.В. Особенности черескожной нефролитотрипсии у пациентов с мочекаменной болезнью единственной почки /В.В. Дутов, С.Б. Уренков, И.Г. Паршенкова и др. //Урология. 2015, №2. С. 52 – 56.
5. Икромов Т.Ш. Состояние почечной гемодинамики у детей с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек /Т.Ш. Икромов, А.М. Мурадов, Х. Ибодов // Медико-биологическое журнал Ульяновск. 2017. №1. – С 16-22.
6. Мансурова Д.М. Возможности электрокондуктивной литотрипсии у взрослых и детей //Современная медицина. 2017. №4(8). С. 25 – 27
7. Мурадов А.М., Ибодов Х., Икромов Т.Ш. и др. Рено-пульмонально-кардиальные патогенетические механизмы при хронической болезни почек у детей с уролитиазом. Душанбе. «Имерил-Групп», 2020г. 280с.
8. Насиров Ф.Р. Отценка эффективности применения стандартной перкутанной нефролитотрипсии при караловидном и множественном нефролитиазе /Ф.Р. Насиров, Д.Х. Мухамидов, Ш.И. Гиясов // Урология №1, 2015. С. 66 – 69
9. Румянцев А.А. Черескожная пункционная цистолитотрипсия /Румянцев А.А., Дутов В.В., Саакян и др //Урология, 2015, №1. С. 112 – 116.,
10. Сальников В.Ю. Оптимизация тактики хирургического лечения обструктивного мегауретера у детей первых лет жизни /В.Ю. Сальников, С.Н. Зоркин // Детская хирургия. 2019 Т. 23, №3. - С128-133

REFERENCES

1. Azizov A.A. The ways of prediction and prevention of complications caused by renal status of children on the operating table.

2. Guliev B. G. Perkutannaya nefrolitotripsiya pod ultrazvukovym kontrolem [Percutaneous nephrolithotripsy under ultrasound guidance]. *Urologiya - Urology*, 2014, No. 5, pp. 111-116.

3. Davidov M. I. Rezultaty distantsionnoy litotripsii i ikh vliyanie na lechenie bol-nykh mochekamennoy boleznyu v endemicheskom rayone [Results of remote lithotripsy and their impact on the treatment of patients with urolithiasis in an endemic area]. *Urologiya - Urology*, 2015, No. 1, pp. 8-14.

4. Dutov V. V. Osobennosti chereskozhnoy nefrolitotripsii u patsientov s mochekamennoy boleznyu edinstvennoy pochki [Peculiarities of cranial nephrolithotripsy in patients with urolithiasis of the solitary kidney]. *Urologiya - Urology*, 2015, No. 2, pp. 52-56.

5. Ikromov T. Sh. Sostoyanie pochechnoy gemodinamiki u detey s urolitiazom, oslozhnen-nym khronicheskoy boleznii pochk [Renal hemodynamics in children with urolithiasis complicated by chronic kidney disease]. *Mediko-biologicheskoe zhurnal Ulyanovsk - Biomedical journal Ulyanovsk*, 2017, No. 1, pp. 16-22.

6. Mansurova D. M. Vozmozhnosti elektrokonduktivnoy litotripsii u vzroslykh i detey [Possibilities of electroconductive lithotripsy in adults and children]. *Soremennaya meditsina - Modern medicine*, 2017, No. 4 (8), pp. 25-27.

7. Muradov A. M., Ibodov Kh., Ikromov T. Sh. *Renopulmonalnokardialnye patogeneticheskie mekhanizmy pri khronicheskoy boleznii pochk u detey s urolitiazom* [Reno-pulmonary-cardiac pathogenetic mechanisms in chronic kidney disease in children with urolithiasis]. Dushanbe, Imerial-Grupp Publ., 2020, 280 p.

8. Nasirov F. R. Otsenka effektivnosti primeneniya standartnoy perkutannoy nefrolitotripsii pri karalovidnom i mnozhestvennom nefrolitiazе [Evaluation of the effectiveness of standard percutaneous nephrolithotripsy for caraliform and multiple nephrolithiasis]. *Urologiya - Urology*, No. 1, 2015, pp. 66 – 69

9. Rumyantsev A. A. Cherezkozhnaya punkt-sionnaya tsistolitotripsiya [Optimization of Surgical Treatment of Obstructive Megoureter in First-Year-Old Children]. *Urologiya - Urology*, 2015, No. 1, pp. 112 – 116.

10. Salnikov V. Yu. Optimizatsiya taktiki khirurgicheskogo lecheniya obstruktivnogo me-gauretera u detey pervykh let zhizni [Optimization of Surgical Treatment of Obstructive Megoureter in First-Year-Old Children]. *Detskaya khirurgiya - Pediatric surgery*, 2019, Vol. 23, No. 3, pp. 128-133.

11. Morris D. S., Taub D., Wei J. T. Regionalization of percutaneous nephrolithotomy evi-dence for the

increasing burden of care on tertiary centers. *Journal of Urology*, 2006, No. 176 (1), pp. 242-246;

12. Segura J. W., Meng M., Paterson D. E. Combined percutaneous ultrasonic lithotripsy and extracorporeal shock wave lithotripsy for struvitestaghorn calculi. *World Journal of Urology*, 2007, No. 5, pp. 245 c.

ХУЛОСА

Х.И. Ибодов, Т.Ш. Икромов, Ш.Ш. Моёнова, Ш.А. Бадалов, Н.С. Ибодов, К.М. Сайёдов

НАТИҶАҶОИ АМАЛИЁТИ МИНИ ПЕРКУТАНӢ ҲАНГОМИ НЕФРОЛИТИАЗИ ЯКТАРАФА ДАР КӢДАКОН

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши самаранокии литотрипсиҳои минӣ перкутанӣ дар мавриди кӯдакони мубтало ба бемории санги гурда

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар давраи аз солҳои 2017-2020 дар шуъбаи урологияи кӯдаконаи МД «Маҷмаи тандурустии Истиқлол» барои муоинаву муолиҷа 156 кӯдакон қарор дошт, ки гирифтори санги гурда буданд. Нефролитотрипсиya перкутанӣ (ЛТПН) дар мавриди 118 (75,6%) кӯдакони гирифтор ба сангҳои бешумори, марҷонмонанду алоҳидаи гурда буданд. Таҳқиқот ҷойгиршавии дохилигурдаи ҳавзакро зимни 57 (56,4%) кӯдак, хориҷигурда 26 (25,7%) ва омехтаи ҳавзакро дар 18 (17,9%) ҳодиса муайян намуд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаҳо. Дар бораи самаранокии ЛТПН мувофиқи дараҷаи покшавии гурда аз порчаҳои сангҳои майдашуда ва хурд, оризаҳо ҳангоми иҷрои нефролитотрипсиya дар марҳилаи пасазчарроҳӣ ҳукм мекунанд. Баъди майдакунӣ порчаҳои санг тавассути анбӯр ва चुзьҳои хурди сангро бо шустани тавассути моеъ гирифта шуданд. Ҳангоми 89 (88,1%) -и паcиентҳо пурра аз порчаҳои санг ва сангҳои хурд озод шудан имконпазир гардид. Арзёбии покшавӣ аз сангпораҳо ба воситаи эндоскопия ва дастгоҳи рентгении С - дуга ба амал оварда шуд.

Хулоса. Татбиқи технологияи ҷадид – амалиёти минӣ перкутанӣ, мултидастрасӣ, истифодаи энергияҳои мухталифро барои дезинтеграcиияи сангҳо илочиияи мазкурро нисбатан натиҷабаш ва дар синни кӯдакона бехатар мегардонад.

Калимаҳои калидӣ: кӯдакон, нефролитотрипсиya перкуторӣ, нефролитиаз, сангҳои бисёру алоҳида.

УДК 616.728.2-001.6-072-053.3

Т.Ш. Икромов^{1,2}, З.М. Абдусаматзода¹, М.Ш. Ахмеджанова¹, М.М. Ахмедова¹, М.К. Нозимова¹

ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

²ГООУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», Кафедра анестезиологии, реаниматологии и детоксикации детского возраста

Икромов Турахон Шарбатович - д.м.н. - Директор ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии МЗ СЗН РТ, тел-919000260 – ikromov0368@mail.ru

Цель исследования: Улучшение результатов диагностики дисплазий тазобедренных суставов новорожденных и детей грудного возраста.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились на базе Республиканского научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии за период 2019-2020 гг. у 82 детей в возрасте от 1 до 6 месяцев. Мы использовали в наших исследованиях методику проведения и классификацию типов строения тазобедренного сустава у детей, разработанную австрийским врачом – ортопедом Р. Графом в 1980 году.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведение ультразвукового исследования тазобедренного сустава у новорожденных и детей грудного возраста, помогает определить гемодинамические нарушения в тазобедренном суставе, а также степень зрелости сустава и диспластических нарушений.

Вывод. УЗИ тазобедренных суставов позволяет оценить степень нарушение формирования тазобедренного сустава и эффективность проведенной терапии.

Ключевые слова: новорожденный, дети грудного возраста, тазобедренный сустав, доплерография, лечение.

T.Sh. Ikromov^{1,2}, Z.M. Abdusamatzoda¹, M.Sh. Akhmedova¹, M.M. Akhmedova¹, M.K. Nozimova¹

HEMODYNAMIC CHARACTERIZATION OF DYSPLASTIC HIP JOINT DISORDERS IN NEWBORNS AND INFANTS

¹State Institution “Republican Scientific and Clinical Center for Pediatrics and Children’s Surgery

²State Educational Institution of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan, Department of Anesthesiology, Resuscitation and Detoxification of Children

Ikromov Turahon Sharbatovich – Doctor of Medical Sciences, Director of the SI Republican Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery; tel-919000260; email: ikromov0368@mail.ru

Aim. To improve the results of hip dysplasia diagnosis in newborns and infants.

Materials and Methods. The study was conducted based on the Republican Scientific Clinical Center of Pediatrics and Children’s Surgery in the period of 2019-2020. 82 children aged from 1 month to 6 months participated in the study. Methodology and classification of types of hip joint structure in children, developed by the Austrian orthopedic physician P. Graf in 1980 were used.

Results and discussion. The results confirm that ultrasound examination of the hip joint in newborns and infants, allows to find the hemodynamic disturbances in the hip joint, as well as the degree of joint maturity and dysplastic disorders.

Conclusion. Ultrasound examination of hip joints makes it possible to assess the degree of hip joint formation disorder and the effectiveness of the therapy performed.

Keywords: newborn, infant, infants, hip joint, pre-pleurography, treatment

Актуальность: Актуальной проблемой современной ортопедии детского возраста остается врожденный вывих бедра. Частота данной патологии, по данным различных авторов, колеблет-

ся от 3.8% до 20% [1, 4, 6]. Несвоевременная диагностика и отсутствие эффективного лечения могут приводить к целому ряду осложнений: нарушений функций тазобедренного сустава, укороч-

чению травмированной конечности, деформации суставной впадины, развитию асимметрии таза и искривления позвоночного столба, образованию сгибательно-приводящей контрактуры, многоплосткостным деформациям, развитию артроза бедра, диспластического коксартроза [2, 4, 7].

При отсутствии или неэффективности лечения прогноз определяется степенью дисплазии тазобедренного сустава и существует риск раннего развития артроза, компенсаторного сколиоза и диспластического коксартроза, приводящего к инвалидизации пациента. По статистике, более 86% случаев подобного заболевания – результат дисплазии [3, 5, 8].

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики дисплазий тазобедренных суставов новорожденных и детей грудного возраста.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились на базе Республиканского научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии за период 2019-2020 гг. у 82 детей в возрасте от 1 мес. до 6 месяцев. Было обследовано 46 (56,0%) девочек и 36 (44,0%) мальчиков. Нормальное формирование тазобедренных суставов было выявлено у 23 детей (28,0%). В наших исследованиях мы использовали методику проведения и классификацию типов строения тазобедренного сустава у детей, разработанную австрийским врачом-ортопедом Р. Графом в 1980 году.

Обследование детей проводилось при помощи современного ультразвукового аппарата TOSHIBA XARIO. Для сканирования был использован линейный датчик 5-7,5 МГц. Предварительной подготовки для проведения исследования тазобедренного сустава не требуется. Исследование тазобедренных суставов проводилось при положении ребёнка на боку, с небольшим сгибанием в тазобедренном суставе на 20°-30°. Датчик устанавливался фронтально в проекции большого вертела. Оценивался хрящевой компонент головки бедренной кости, хрящевая часть крыши вертлужной впадины, суставная капсула, связочный аппарат и структуры, окружающие головку.

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

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ изменений гемодинамики в тазобедренном суставе у новорожденных и детей грудного возраста зависит от типов формирования тазобедренного сустава. При УЗИ новорожденных и

детей грудного возраста нами было выявлено у 13 (15,8%) детей нормальные, полностью зрелые тазобедренные суставы, которые относятся к типу IA. Признаками являются глубокая вертлужная впадина, хорошо сформированный наружный костный выступ. Хрящевая часть крыши вертлужной впадины охватывала головку бедренной кости. Лимбус покрывал головку бедра. Головка бедра стабильно фиксировалась во впадине. Угол костного выступа составляет $\alpha < 60^\circ$ и угол хрящевой части $\beta < 55^\circ$ соответственно.

Однако, при ультразвуковом исследовании тип IB был выявлен у 10 (12,2%) детей, при этом имела транзитная форма строения тазобедренного сустава. Углы составляют $\alpha < 60^\circ$ и $\beta > 55^\circ$ соответственно.

У 26 (31,7%) детей были диагностированы тазобедренные суставы с различными вариантами физиологической и патологической задержкой окостенения в области эркера, которые относятся к типу II дисплазии тазобедренного сустава.

Физиологически незрелый сустав (тип IIA) был выявлен у 5 (6,0%) детей до 3-месячного возраста. Этот тип характеризуется замедленным формированием тазобедренного сустава. Углы составляют $\alpha < 59^\circ$ и $\beta > 60^\circ$ соответственно.

Тип IIB был выявлен у 13 (15,1%) детей в возрасте от 3-х до 6 месяцев. При этом типе угловые показатели, рассматривались как проявление дисплазии тазобедренного сустава. Угол костного выступа $\alpha < 59^\circ$ и хрящевой часть $\beta > 60^\circ$.

В ходе исследования у 8 (9,7%) детей был выявлен критически неблагоприятный тазобедренный сустав, который относится к типу IIC. Угол костного выступа $\alpha < 49^\circ$, но $> 43^\circ$. Угол хрящевой части $\beta > 65^\circ$, но $< 72^\circ$.

У 19 (23,1%) детей с III типом дисплазией тазобедренного сустава выявлено, что головка бедра децентрирована и оценена тяжелая задержка развития тазобедренного сустава с выраженным уплощением крыши вертлужной впадины. Визуализировалась децентрация головки бедра с оттеснением лимбуса наружу. Углы составляют $\alpha < 43^\circ$; $\beta > 77^\circ$.

Из 19 детей тип IIIA был выявлен у 10 (12,1%) ребенка, где структурных изменений крыши наружной впадины не отмечалось. Углы составляют $\alpha < 43^\circ$; $\beta > 75^\circ$, у 9 (10,9%) детей с IIIB типом дисплазии тазобедренного сустава был обнаружен подвывих. Отмечалось повышение экзогенности крыши вертлужной впадины.

У 14 (17,0%) детей был выявлен вывих тип

IV, который характеризуется тяжелой задержкой развития сустава. Головка бедренной кости находилась вне полости сустава, и располагалась над ацетабулярной частью. Отмечался симптом «пустой» ацетабулярной ямки. Костный край крыши вертлужной впадины был резко уплощён. Лимбус не визуализировался или был резко деформирован. Углы $\alpha < 37^\circ$, β не определяется.

У 12 (19,3%) детей при обследовании отмечалась задержка ядра оссификации, связанный с проявлениями рахита, обменными нарушениями, нехваткой кальция в организме ребенка.

В режимах цветного доплерографического картирования (ЦДК) и импульсной доплерометрии проводилась количественная и качественная оценка огибающих сосудов бедра, сосудов питающих головку бедренной кости. Оценивалось наличие и интенсивность кровотока в проекции хрящевой части вертлужной впадины, лимбуса, в проксимальной зоне роста бедренной кости, капсуле сустава и мышечной ткани. В режиме энергетического доплера (ЭД) определялась микроциркуляция сосудистого русла, измерялись диаметры огибающих сосудов тазобедренного сустава.

У больных в состоянии предвывиха в огибающих артериях по сравнению с контрольной группой отмечается статистическая достоверность повышения показатели скоростной кровотока на 14,3% ($p < 0,05$), в состоянии подвывиха и вывиха в огибающих артериях отмечается статистически достоверное снижение на 16,8% ($p < 0,05$) и 42,0% ($p < 0,001$) соответственно.

В остальных случаях в шейных артериях и артериях роста зон имеется тенденция к снижению скорости кровотока, а в состоянии подвывиха также имеется статистически достоверное снижению на 45,8% ($p < 0,05$).

При вывихе в огибающих, шейных артериях и артериях зоны роста, скоростные показатели, индекс сопротивления (IR) и скорость венозного оттока были снижены. При вывихе кровотоков в головке тазобедренного сустава был ослабленный, диаметр огибающих сосудов был меньше нормативных значений.

Проведенные нами исследования подтверждаются, что проведение ультразвуковое исследование тазобедренного сустава у новорожденных и детей грудного возраста, гемодинамических нарушение

Таблица 1

Допплерометрическая оценка состояния скоростных показателей сосудов тазобедренных суставов у детей первого полугодия

Группа	Параметры	Vs max	Vd min	СДО	RI	PI	Vcp
Норма, n=23	Огибающая артерия	11,9±0,7	3,5±0,1	3,3±0,2	0,70±0,05	1,05±0,05	7,7±0,4
	Шеечная артерия	9,3±2,1	2,8±0,6	3,3±0,1	0,69±0,01	1,05±0,05	6,0±1,3
	Артерия зоны роста	8,0±2,3	2,5±0,6	3,2±0,1	0,69±0,05	1,05±0,05	5,2±1,5
Предвывих, n=26	Огибающая артерия	13,6±0,4*	3,6±0,2	3,7±0,2 ***	0,70±0,03	1,1±0,02	8,6±0,4 ***
	Шеечная артерия	12,0±0,5	4,5±0,3	2,6±0,2	0,60±0,02	0,9±0,01*	8,2±0,4 **
	Артерия зоны роста	9,5±0,4	4,4±0,3*	2,1±0,2 ***	0,5±0,03	0,7±0,01	6,9±0,3*
Подвывих, n=19	Огибающая артерия	9,8±0,3*	3,8±0,2	2,5±0,2 ***	0,6±0,01	0,8±0,01*	6,8±0,3 **
	Шеечная артерия	6,0±0,4	2,0±0,3	3,0±0,1**	0,6±0,02	1,0±0,05*	4,0±0,2 **
	Артерия зоны роста	5,9±0,2	2,1±0,2	2,8±0,2*	0,6±0,02*	0,9±0,05*	4,0±0,2 **
Вывих, n=14	Огибающая артерия	6,5±0,2 ***	2,6±0,2 ***	2,5±0,1***	0,6±0,01*	0,8±0,05*	4,5±0,2 **
	Шеечная артерия	4,9±0,3*	2,0±0,2	2,4±0,2***	0,6±0,01*	0,8±0,02*	3,4±0,1 ***
	Артерия зоны роста	3,6±0,3	1,5±0,2	2,4±0,2***	0,6±0,01*	0,8±0,1*	2,5±0,1 ***

Примечание: значение * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

тазобедренного сустава, а также степени зрелости сустава и диспластических нарушений.

Выводы:

1. При подозрении на диспластические нарушения у новорожденных и детей грудного возраста необходимо проведения ультразвуковой доплерографии сосудистого кровотока тазобедренных суставов.

2. Раннее выявление гемодинамических нарушений в тазобедренных суставах позволяет провести своевременную целенаправленную корректирующую терапии.

3. УЗИ тазобедренных суставов позволяет оценить степень нарушение формирования тазобедренного сустава и эффективность проведенной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бек Эрик, Рик Р. Ван Рейн. Ультразвуковая диагностика у детей. Издательство Медпресс-информ, Россия. 2020 год.

2. Блют Э.И. Ультразвуковая диагностика. Практическое решение клинических проблем. УЗИ в педиатрии. Издательство Медлит., Россия

3. Васильев А.Ю. Основы ультразвуковой диагностики в педиатрии детской хирургии. ОООП «Фирма» СТРОМ», 2019. – С. 173-174

4. Ермак Е.М. Ультразвуковая диагностика патологии опорно-двигательного аппарата. Издательство: Стром Россия, 2015 год.

5. Пыков М.И. Детская ультразвуковая диагностика. Издательство Видар., 2016 год., 315-340 стр.

6. Рейнгарт Граф. Сонография тазобедренных суставов новорожденных: Руководство 5 изд, 2005 год., - С. 108-118.

7. Сафаров Д.М. Особенности лечения врожденного вывиха бедра у детей младшего возраста / Д.М. Сафаров // Вестник Авиценны. 2016. № 2 (67). С. 145-149.

8. Сенча А.Н., Беляев Д.В. Ультразвуковая диагностика. Тазобедренный сустав. Издательство Видар, Россия, 2016 год.

REFERENCES

1. Bek Erik, Rik R. Van Reyn. Ultrazvukovaya diagnostika u detey [Ultrasound diagnostics in children]. Medpress-inform Publ., 2020.

2. Blyut E. I. Ultrazvukovaya diagnostika. Prakticheskoe reshenie klinicheskikh problem. UZI v pediatrii [Ultrasound diagnostics. Practical solutions to clinical problems. Ultrasound in pediatrics.]. Medlit Publ.

3. Vasilev A. Yu. Osnovy ultrazvukovoy diagnostiki v pediatrii detskoy khirurgii [Basics of Ultrasound in

Pediatrics and Pediatric Surgery]. Strom Rossiya Publ., 2019. 173-174 p.

4. Ermak E. M. Ultrazvukovaya diagnostika patologii oporno-dvigatel'nogo apparata [Ultrasound diagnosis of musculoskeletal pathology]. Strom Rossiya Publ., 2015.

5. Pykov M. I. Detskaya ultrazvukovaya diagnostika [Pediatric ultrasonography]. Vidar Publ., 2016. 315-340 p.

6. Reyngard Graf. Sonografiya tazobedrennykh sustavov novorozhdennykh: Rukovodstvo 5 izdanie [Sonography of the hip joints of newborns: Handbook 5 ed.]. 2005. 108-118 p.

7. Safarov D.M. Peculiarities of treatment of congenital HIP dislocation in infants. Avicenna Bulletin. 2016. No. 2 (67). pp. 145-149.

8. Sencha A. N., Belyaev D. V. Ultrazvukovaya diagnostika. Tazobedrennyy sustav [Ultrasound diagnostics. Pelvic joint]. Vidar Publ., 2016.

ХУЛОСА

Т.Ш. Икромов, З.М. Абдусаматзода, М.Ш. Ахмадҷонова, М.М. Аҳмадова, М.К. Нозимова

ТАВСИФИ ГЕМОДИНАМИКИИ ИХТИЛОЛОТИ ДИСПЛАЗИИ БАНДИ КОСУ РОН ДАР МАВРИДИ НАВЗОДОН ВА КЎДАКОНИ СИНАМАК

Мақсади таҳқиқот: Беҳбудии натиҷаҳои таҳқиқи дисплазии банди косу рон дар мавриди кӯдакони синамак ва навзодон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот: Таҳқиқот дар пойгоҳи Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-клиникии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакон дар давраи аз солҳои 2019 то 2020 зимни 82 кӯдаки синни аз 1 моҳа то 6 моҳа гузаронида шуд. Зимни таҳқиқот мо усули иҷро ва таснифоти навъҳои сохтори банди косу ронро дар кӯдакон ба қор бурдем, ки аз ҷониби табиб-ортопедӣ австриягӣ Р. Граф соли 1980 таҳия шудааст.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаҳо: Таҳқиқотҳои гузаронидаи мо амалинамоии таҳқиқоти ултрасадоиро дар мавриди кӯдакони синамак ва навзодон, ҳалалёбии гемодинамикии банди косу рон, инчунин дараҷаи инкишофёбии банду ихтилолоти дисплазияро тасдиқ мекунад.

Хулоса: ТУС-и банди косу рон арзёбии дараҷаи ҳалалёбии ташаккулёбии бугум ва самаранокии муолиҷаи табиқшударо имконпазир мегардонад.

Калимаҳои калидӣ: навзод, кӯдакони синамак, банди косу рон, доплерография, муолиҷа.

УДК 614.2-372;616.155.194

А.Б. Мирзоева¹, А.А. Ахмедов², С.М. Мухаммадиева³

РЕАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ДИСГОРМОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ В РЕГИОНАХ С ВЫСОКОЙ РОЖДАЕМОСТЬЮ

¹ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

²ГУ «Академия медицинских наук при Министерстве здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан»

³Кафедра акушерства гинекологии №1 ГОУ ИПО в СЗ РТ

Мирзоева Адиба Бозоровна - к.м.н, доцент, заместитель директора по научной работе ГУ «Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии Таджикистана», г.Душанбе, ул. Мирзо Турсун-заде 31, Тел: 900009412; e-mail: mirzoeva.adiba1983@mail.ru.

Цель исследования. Изучить медико-социальные аспекты здоровья женщин с дисгормональными заболеваниями молочных желез.

Материалы и методы исследования. Проанализировано ретроспективно - амбулаторные карты 341 пациенток с дисгормональными заболеваниями молочных желез: Основная группа (I) – пациентки активного репродуктивного возраста ($n=183$), средний возраст составил $29,7\pm0,01$ лет. Группа сравнения (II) - ($n=129$) женщины позднего репродуктивного возраста, средний возраст составил $40,5\pm0,4$ лет. Группа сравнения (III) - женщины менопаузального возраста ($n=29$), средний возраст составил $54,5\pm1,0$ года. Критерии исключения - подтвержденный рак органов репродуктивной системы.

Результаты исследования и их обсуждение. Установлена поздняя обращаемость пациенток с дисгормональными заболеваниями молочных желез к специалистам. Основной контингент женщин с дисгормональными заболеваниями молочных желез: жительницы села ($60,1\pm6,2\%$); домохозяйки ($81,5\pm6,2\%$); страдающие йоддефицитными состояниями ($84,7\pm2,3\%$); заболевания мочевыделительных путей ($80,0\pm2,4\%$); заболевания желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей ($93,1\pm4,7$). Факторами, провоцирующими мастопатию, является стресс: депрессивный синдром установлен у $56,8\pm4,8\%$ женщин, тревожные состояние – $76,8\pm5,6\%$, канцерфобия – у $7,4\%$.

Заключение. У женщин с дисгормональными заболеваниями молочных желез установлена особая медико-социальная и психологическая отягощенность. В регионе высокой рождаемости они представлены контингентом различной возрастной группы с выраженным психоэмоциональным дискомфортом, низким социальным статусом и низкой информированностью.

Ключевые слова: заболевания молочных желез, медико- социальная характеристика, репродуктивный возраст, менопаузальный возраст, поздняя беременность.

A.B. Mirzoeva¹, A.A. Akhmedov², S.M. Mukhammadieva³

THE CONDITION OF WOMEN SUFFERING FROM DYSHORMONAL DISEASES OF THE MAMMARY GLANDS IN REGIONS WITH HIGH FERTILITY

¹State Institution “Scientific and Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology”

²State Institution «Academy of Medical Sciences of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan»

³Department of Obstetrics and Gynecology №1 of State Educational Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan

Mirzoeva Adiba Bozorovna - Deputy Director for Scientific Work of the State Institution “Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of Tajikistan, Ph.D., Associate Professor, Dushanbe, st. Mirzo Tursunzade 31, Tel: 900009412; e-mail: mirzoeva.adiba1983@mail.ru.

Aim. To study the medical and social health aspects of women with breast dishormonal disease

Material and methods. The clinical and laboratory study and observation of 341 patients with breast dishormonal diseases included: the main group (I) – patients of an activate fertile age ($n=183$), comparison group (II) – women of late fertile age ($n=129$), comparison group (III) – women in menopause age ($n=29$).

Results. It was found that patients with dishormonal breast diseases (DBD) approach specialists late. The main contingent of women with breast dishormonal diseases are village inhabitants ($60,1\pm6,2\%$), housewives ($81,5\pm6,2\%$), patients suffering from iodine-deficiency conditions ($84,7\pm2,3\%$), urinary tract diseases; ($80,0\pm2,4\%$): gastrointestinal tract, liver and biliary tract ($93,1\pm4,7$). The main mastopathy-provoking factor is the stress; depressing syndrome was found in $56,8\pm4,8\%$, anxious condition in $76,85,6\%$, cancerphobia in $7,4\%$.

Conclusion: Women with breast diseases have a particular medical, social, and psychological burden. In the region of high fertility, they are represented by a contingent of various age groups with pronounced psychoemotional discomfort, low social status, and low awareness.

Keywords: breast disease, medical and social characteristics, reproductive age, menopausal age, late pregnancy.

Актуальность. Проблема заболеваний молочных желез в современной медицине является одной из приоритетных. В последние годы во всем мире доброкачественные заболевания молочных желез (ДЗМЖ) являются наиболее частой патологией у женщин различных возрастных групп, они наблюдаются у 20-25% женщин в возрасте до 30 лет и у 60% и более - в возрасте старше 40 лет [9]. С одной стороны, актуальность данной проблемы обусловлена сообщениями о возможной связи между дисгормональной патологией и злокачественными опухолями, так как известно, что рак молочных желез возникает в 3-5 раз чаще на фоне мастопатии женщин [6, 10]. Мастопатия (по определению ВОЗ, 1984) – это фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся нарушением соотношения эпителиального и соединительнотканного компонентов, широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы [5]. Результаты многочисленных исследований доказывают, что пролиферативные изменения в молочных железах очень часто возникают на фоне гинекологических заболеваний. Если в популяции доброкачественная дисплазия молочных желез (ДДМЖ) встречается у 30-70% женщин, то на фоне гинекологических заболеваний показатель возрастает до 76-97,8% [1, 9-12]. Исследованиями установлено, что важной задачей является организация взаимодействий врачей гинекологов и онкологов-маммологов [3, 10]. Актуальность современных проблем лечения заболеваний молочной железы определяется их масштабностью, социальной значимостью, сложностью выявления и лечения [2, 6]. Несмотря на проведенные в Таджикистане единичные исследования по указанной проблеме, до сих пор отсутствует статистический учет - больных с доброкачественными заболеваниями молочных желез, остается не изученным медико-социальные аспекты и факторы риска развития этих состояний [8]. Вследствие чего возник-

ла необходимость проведения изучения в данном направлении, поскольку установление и своевременное лечение предопухолевых заболеваний открывает широкие возможности для профилактики раковых заболеваний.

Цель исследования. Изучить медико-социальные характеристики женщин с дисгормональными заболеваниями молочных желез.

Материалы и методы исследования. В работе обобщен клинический материал, касающийся 341 женщины с подтвержденным, рентгенологическим и ультразвуковым методами, диагнозом дисфункциональные заболевания молочных желез (согласно классификации МКБ-10 пересмотра). Пациентки обратились в консультативную поликлинику НИИ «Акушерства, гинекологии и перинатологии» и Республиканский научный центр онкологии. Основную группу составили 183 пациентки активного репродуктивного возраста (I), а группы сравнения составили 129 женщин позднего репродуктивного возраста (II) и 29 женщин менопаузального возраста (III). Критерии исключения - подтвержденный рак органов репродуктивной системы.

В соответствии разработанной анкеты проведено анкетирование и интервьюирование обследованных пациенток. Разделы анкеты включают социально-демографическую характеристику, данные акушерско-гинекологического анамнеза, показатели репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения женщин. Клиническое обследование проводилось всем пациентам и включало в себя сбор анамнеза, осмотр, пальпацию, наличие или отсутствие в них патологических образований, выделений из молочных протоков. Проводилось комплексное маммографическое и ультразвуковое исследование для исключения не пальпируемых опухолевых новообразований молочных желез УЗИ органов малого таза, щитовидной железы, почек и желчевыводящих путей, маммография.

Статистическая обработка проведена с использованием программы Microsoft Excel ($M \pm m$, t -критерий Стьюдента; U -критерий Манна-Уитни). Значимость различий определялась при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Из общего количества обследованных, продолжительность заболевания от 3-х месяцев до 1 года в I-ой группе составляло $52,4 \pm 3,7\%$ случаев, $58,1 \pm 4,3\%$ во II-ой, $44,8 \pm 9,2\%$ – в III-ей ($p > 0,05$). От 1 до 2 лет – $39,3 \pm 3,6\%$, $30,2 \pm 4,0\%$, $6,9 \pm 4,7\%$ соответственно ($p > 0,05$). Позднее обращение (стаж заболевания более 3-х лет) имело место достоверно больше среди женщин менопаузального возраста ($48,3 \pm 9,3\%$), по сравнению с пациентками активного ($8,2 \pm 2,0\%$) и позднего ($11,6 \pm 2,8\%$) репродуктивного возраста ($p < 0,05$).

Основной причиной обращения к акушеру-гинекологу являлась болезненность различного характера одной или обеих молочных желез ($67,0 \pm 6,0\%$): $72,4 \pm 5,9\%$ в I-ой группе пациенток, $70,4 \pm 4,9\%$ – во II-ой и $58,3 \pm 4,9\%$ – в III-ей. ($p > 0,05$). Ощущение нагрубания в молочных железах отметила каждая десятая пациентка каждой группы ($10,0 \pm 5,6\%$), отечность и увеличение объема груди – $9 \pm 5,9\%$ пациенток. Не испытывали никаких неприятных ощущений в молочных железах – $14 \pm 6,2\%$. Они обратились к врачу, нащупав в молочных железах какие-либо уплотнения или обращались просто для профилактического осмотра.

Одним из факторов, провоцирующих мастопатию, является стресс, который присутствует в жизни каждой женщины (неудовлетворенность семейным положением, а также своим положением в обществе, бытовые конфликты, конфликтные ситуации на работе, психические стрессы и др.) и сопровождается функциональными нарушениями нейроэндокринной системы [2, 3]. При интервьюировании пациенток депрессивный синдром установлен у $56,8 \pm 4,8\%$ женщин, тревожное состояние – у $76,8 \pm 5,6\%$, канцерофобия – у $7,4\%$. Российскими исследователями установлено, что среди женщин с ДЗМЖ преобладали лица с истерическим личностным типом ($55,7\%$), с повышенной ранимостью и подозрительностью (35%), и склонные к ипохондрическим реакциям ($27,8\%$) [10,11]. По данным других авторов, у данной категории пациенток преобладают негативные эмоции тревожно-депрессивного спектра: тревога – 96% , неудовлетворенность – 94% , обида – 93% , недовольство собой – 92% , огорчение – 84% , досада – 83% , грусть – 76% и жалость к себе – 72% . Психологические проблемы таких пациенток могут

быть вызваны как течением самой болезни, так и ятрогенными факторами [6, 11].

Среди обследованных женщин с дисгормональными заболеваниями молочных желез преобладали жительницы села ($60,1 \pm 6,2\%$), при этом их количество достоверно не отличалось: в I-ой группе их было $59,0 \pm 3,6\%$, во II-ой группе – $65,1 \pm 4,2\%$ и в III-ей – $44,8 \pm 9,2\%$. ($p > 0,05$). При изучении социального статуса пациенток было выявлено, что большинство из них являлись домохозяйками ($81,5 \pm 6,2\%$): $86,3 \pm 2,5\%$ – в I-ой группе, $76 \pm 3,8\%$ – во II-ой, $75,9 \pm 7,9\%$ – в III-ей ($p > 0,05$). В браке состояли $95,7 \pm 1,6\%$ респонденток. Следует указать, что практически здоровых женщин не было, имело место сочетание 2-х, 3-х соматических заболеваний. В структуре экстрагенитальной патологии преобладали йододефицитные состояния ($84,7 \pm 2,3\%$), их было больше в I-ой группе женщин ($87,4 \pm 2,4\%$), чем в сравнении со II-ой и III-ей группами ($82,2 \pm 3,4\%$ и $79,3 \pm 7,5\%$ соответственно) ($p > 0,05$). Во всех обследованных группах преобладали заболевания мочевыделительных путей ($80,0 \pm 2,4\%$): $84,1 \pm 2,7\%$ в I-ой группе, $74,4 \pm 3,8\%$ – во II-ой и $79,3 \pm 7,5\%$ – в III-ей ($p > 0,05$). Заболевания желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей установлены чаще у женщин менопаузального возраста ($93,1 \pm 4,7$ и $62,1 \pm 9,0\%$ соответственно) по сравнению с группами сравнения: $48,6 \pm 3,7\%$ и $41,5 \pm 3,6\%$ соответственно в I-ой группе, $53,5 \pm 4,4\%$ и $55,8 \pm 4,4\%$ – во II-ой ($p < 0,05$). Анемия различной степени тяжести выявлена у более половины ($65,6 \pm 5,9\%$) пациенток I-й группы и в $46,4 \pm 6\%$ женщин II-ой группы ($p < 0,05$). Полученные нами данные значительно отличаются от других исследований, результаты которых указывают, что заболевания щитовидной железы у женщин с ДЗМЖ имеют место в $18,5\%$ случаев, сахарный диабет – у $16,7\%$ женщин, около 40% женщин указывают на наличие опухолевой патологии у близких родственников [2]. Высокая частота сочетания указанных заболеваний свидетельствует о едином генезе и синхронном развитии патологических процессов в молочной железе и половых органах [4, 8].

При анализе гинекологического анамнеза, обращает внимание большой удельный вес воспалительных заболеваний органов гениталий у пациенток активного и позднего репродуктивного возраста. У каждой второй пациентки I-ой и II-ой групп диагностирован бактериальный вагиноз ($51,4 \pm 3,7\%$ и $57,4 \pm 4,3\%$ соответственно), что почти в восемь раз чаще, по сравнению с женщинами

III-ей группы ($6,9 \pm 4,7\%$) ($p < 0,05$). Хроническим метеоэндометритом страдали $92,3 \pm 2,0\%$ обследованных женщин I-ой группы, во II-ой их было $86,0 \pm 3,0\%$ ($p > 0,05$) и $10,3 \pm 5,6\%$ - в III-ей группе ($p > 0,05$). Цервициты выявлены больше у женщин II-ой группы ($69,0 \pm 4,1\%$). Эктопии обнаружены у $37,1 \pm 3,6\%$ женщин I-ой группы, $26,3 \pm 3,9\%$ - во II-ой, и $3,4 \pm 3,4\%$ - в III-ей ($p < 0,05$). Аднекситы имели место у $24,0 \pm 3,1\%$ обследованных пациенток I-ой группы, $17,8 \pm 3,4\%$ - во II-ой и $6,9 \pm 4,7\%$ - в III-ей ($p < 0,05$). Миома матки диагностирована у $36,4\%$ женщин позднего репродуктивного возраста, $22,4 \pm 3,1\%$ у женщин активного возраста и $13,8 \pm 6,4\%$ у женщин менопаузального возраста ($p < 0,05$). Полип эндометрия диагностирован у $12,0 \pm 2,4\%$ пациенток I-ой группы и $14,7 \pm 3,1\%$ - II-ой, что в полтора раза больше по сравнению с III-ей группой ($6,9 \pm 4,7\%$) ($p < 0,05$). Аденомиозом страдали $18,0\%$ женщин I-ой группы, $22,5 \pm 3,7\%$ - II-ой ($p > 0,05$) и $6,9 \pm 4,7\%$ - III-ей ($p < 0,05$).

Исследование показало, что больше половины женщин с ДЗМЖ ($63,0 \pm 3,2\%$) страдают патологией репродуктивной сферы. Альгоменорея имела место у каждой второй пациентки позднего репродуктивного возраста ($50,4 \pm 4,4\%$) и каждой третьей женщины менопаузального ($31,0 \pm 8,0\%$) ($p > 0,05$). На гиперполименорею указали $28,4 \pm 3,3\%$ женщин активного репродуктивного возраста, $27,1 \pm 3,9\%$ позднего и $37,9 \pm \%$ - менопаузального ($p > 0,05$); у каждой пятой пациентки менструации протекали в виде ациклических кровотечений ($19,6 \pm 9,0$, $19,3 \pm 3,2$ и $20,7 \pm 7,5\%$ соответственно), каждой десятой – по типу опсоолигоменореи ($9,8 \pm 2,2$, $10,1 \pm 2,6$ и $10,3 \pm 2,6\%$ соответственно). Первичное и вторичное бесплодие диагностировано в основном у женщин - III-ей возрастной группы ($13,8 \pm 2,4$ и $20,7 \pm 7,5\%$ в I-ой и во II-ой группе соответственно).

При анализе репродуктивной функции было выявлено, что во всех исследуемых группах преобладали повторнородящие (2-3 родов) женщины ($89,6 \pm 3,6$, $77,5 \pm 3,7$ и $69,0 \pm 5,6\%$ соответственно) ($p > 0,05$). Многогрозавших (4 и более родов) было больше среди женщин менопаузального возраста ($27,5 \pm 9,1\%$), что в полтора раза больше по сравнению со II-ой ($17,8 \pm 6,6\%$) ($p > 0,05$) и почти в восемь раз по сравнению с I-ой ($3,2 \pm 4,4\%$) группами ($p > 0,05$). Среди обследованных отягощенный акушерский анамнез имели 289 женщин ($84,7 \pm 5,1\%$): в I-ой группе – у 145 ($79,2 \pm 5,4\%$), во II-ой - 119 ($79,2 \pm 6,3\%$), в III-ей - 25 ($86,2 \pm 5,1\%$). Установлена, высокая частота прерывания беременности. Каждая третья пациентка в прошлом прибегла к искусственному аборту ($54,9 \pm 5,5\%$), у каждой третьей ($33,5 \pm 5,6\%$) произошел самопроизвольный выки-

дыш, что не отличаются от данных исследований других авторов ($55,0\%$ и $24,0\%$) [1-4]. Доказано, что искусственное прерывание беременности прерывает пролиферативные процессы в молочных железах, что может явиться пусковым моментом для формирования диффузных и узловых мастопатий [11]. Во всех обследованных группах, пациентки не использовали в прошлом методы предохранения от нежелательной беременности ($20,1 \pm 4,4\%$). Общее количество использовавших ВМС составило $75,4 \pm 4,4\%$, гормональные контрацептивы - $24,5 \pm 4,2\%$. Обращает на себя внимание время первой явки в женскую консультацию пациенток с образованиями в молочных железах, которая достоверно была раньше у женщин основной группы – $8,5 \pm 0,3\%$.

Закключение. Проведенный анализ позволил представить картину женщин с дисгормональными заболеваниями молочных желез. Женщины с ДЗМЖ имеют особую медико-социальную и психологическую отягощенность. В регионе высокой рождаемости они представлены контингентом различной возрастной группы с выраженным психоэмоциональным дискомфортом, низким социальным статусом и низкой информированностью. Ими являются домохозяйки, повторнородящие с высокой частотой экстрагенитальной и гинекологической патологии, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, недостаточным использованием контрацептивных средств. Проведенный анализ совокупности причинных факторов диктует необходимость обязательного взаимодействия врачей гинекологов и онкологов, регулярного проведения комплексного обследования (самоосмотр молочных желез, маммография, консультация маммолога) практически для каждой женщины.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Беспалов В.Г. Фиброзно-кистозная болезнь и риск рака молочной железы /В.Г. Беспалов //Опухоли женской репродуктивной системы- 2015. - №11.-С.58-70
2. Высоцкая И.В. Практические рекомендации по лекарственной коррекции диффузной дис-гормональной дисплазии молочных желез /И. В.Высоцкая В.П. Летягин, Е.А. Ким, Н.В. Левкина // Опухоли женской репродуктивной системы.- 2014. -№2. С. 45-52.
3. Давыдова М.И. Рациональная фармакотерапия в онкологии /М.И. Давыдова В.А. Горбунова // Руководство для практикующих врачей. - 2015. -С. 844.
4. Каприн А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность) /А.Д. Каприн // ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздрава России. -2015. -С. 250.
5. Малыгин С.Е. Профилактика рака молочной железы и лечение мастопатии /С.Е. Малыгин // Новые перспективы решения старых проблем [Электронный ресурс]. -2014.

6. Мирзоев О.А. Современные тенденции развития полинеоплазии репродуктивной системы у женщин / О.А. Мирзоев, Н.И. Базаров, К.М. Джурабекова // Вестник Авиценны. 2008. № 4 (37). С. 9-17.

7. Моисеенко В.М. Практические рекомендации по лекарственному лечению злокачественных опухолей (RUSSCO)/В.М. Моисеенко // -2014. - С.404.

8. Мурадова Д.Б. Оптимизация методов диагностики и лечения нарушения менструальной функции у девочек-подростков с заболеваниями молочных желёз / Д.Б. Мурадова, М.Х. Курбанова // Вестник Авиценны. 2012. № 1 (50). С. 79-83.

9. Национальная Программа по профилактике, диагностике и лечению злокачественных новообразований в Республике Таджикистан на 2010-2015 годы // Постановление Правительства Республики Таджикистан, -№ 582

10. Радзинский В.Е. Нераковые заболевания молочных желёз и гинекологические заболевания. /Радзинский В.Е. Ордянец И.М., Зубкин В.И. и др. //Журнал Российского общества акушер-гинекологов. – 2006. №2.-С.32-42

11. Серов В.Н. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии /В.Н. Серов, Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепская, В.Е. Радзинский // ГЭОТАР -Медиа. -2016. -С.136.

REFERENCES

1. Bepalov V. G. Fibrozno-kistoznaya bolezni i risk raka molochnoy zhelezy [Cystic Fibrosis and Breast Cancer Risk]. Opuholi zhenskoy reproduktivnoy sistemy - Tumors of the female reproductive system, 2015, No. 11, pp. 58-70.

2. Vysotskaya I. V. Prakticheskie rekomendatsii po lekarstvennoy korrektsii diffuznoy dis-gormonalnoy displazii molochnykh zhelez [Practical recommendations for drug correction of diffuse dyshormonal dysplasia of the mammary glands]. Opuholi zhenskoy reproduktivnoy sistemy - Tumors of the female reproductive system, 2014, No. 2, pp. 45-52.

3. Davydova M. I. Ratsionalnaya farmakoterapiya v onkologii. Rukovodstvo dlya praktikuyushchikh vrachev [Rational Pharmacotherapy in Oncology. A Guide for Practitioners]. 2015. 844 p.

4. Kaprin A. D. Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2013 godu (zabolevaemost i smertnost) [Malignant neoplasms in Russia in 2013 (morbidity and mortality)]. FGBU «MNIIO im. P. A. Gertsena» Minzdrava Rossii Publ., 2015. 250 p.

5. Malygin S. E. Profilaktika raka molochnoy zhelezy i lechenie mastopatii. Novye perspektivy resheniya starykh problem [Breast cancer prevention and treatment of mastopathy]. 2014.

6. Mirzoev O.A., Bazarov N.I., Jurabekova K.M. Contemporary tendency of the initiation of poly-neoplasia of reproductive system in women.

7. Moiseenko V. M. Prakticheskie rekomendatsii po lekarstvennomu lecheniyu zlokachestvennykh opukholey (RUSSCO) [Practical Recommendations for the Drug Treatment of Malignant Tumors (RUSSCO)]. 2014. 404 p.

8. Muradova D.B., Kurbanova M.H. Optimization of diagnosis and treatment of menstrual function in adolescent girls with breast diseases.

9. Postanovlenie Pravitelstva Respubliki Tadjikistan № 582 «Natsionalnaya Programma po profilaktike, diagnostike i lecheniyu zlokachestvennykh novoobrazovaniy v Respublike Tadjikistan na 2010-2015 gody» [Decree of the Government of the Republic of Tajikistan, No. 582 National Program for Prevention, Diagnosis and Treatment of Malignancies in the Republic of Tajikistan for 2010-2015].

10. Radzinskiy V. E. Nerakovyte zabollevaniya molochnykh zhelez i ginekologicheskie zabollevaniya [Non-cancerous breast diseases and gynecological diseases]. Zhurnal Rossiyskogo obshchestva akusher-ginekologov - Journal of the Russian Society of Obstetrician-Gynecologists, 2006, No. 2, pp. 32-42.

11. Serov V. N. Rukovodstvo po ambulatorno-poliklinicheskoy pomoshchi v akusherstve i ginekologii [Guidelines for Outpatient Care in Obstetrics and Gynecology]. GEOTAR-Media Publ., 2016. 136 p.

12. Petterson A. Mammographic density phenoty-pes and risk of breast. Cancer Institute Publ., 2014. 106 p.

ХУЛОСА

А.Б. Мирзоева, А. А. Ахмедов,
С.М. Мухаммадиева

ҲОЛАТИ РЕАЛИИ ЗАНҲОИ ДОРОИ БЕМОРИҲОИ ДИСГОРМОНАЛИИ ҒАДУДИ ШИРӢ ДАР МИНТАҚАҲОИ БИСӢРТАВАЛЛУД

Мақсади тадқиқот: таъсири тиббӣ- иҷтимоии занҳо бо бемориҳои дисгормоналии ғадудҳои ширӣ

Мавод ва усулҳо: Таҳлили ретроспективии картаҳои амбулатории 341 зан бо бемориҳои дисгормоналии ғадуди ширӣ мавриди омӯзиш қарор доштанд. Гурӯҳи асосӣ (I): (n=183) –занони сини соли ҷаъоли репродуктивӣ. Сини соли миёна-29,7±0,01. Гурӯҳи муқоиса (II): n=129- занони сини соли дари на репродуктивӣ. Сини соли миёна: 40,5±0,4. Гурӯҳи муқоиса (III) – занони сини менопаузалӣ (n=29). Сини соли миёна-54,5±1,0

Натиҷаҳо: Миқдори мурочиати дери занон бо бемориҳои дисгормоналии ғадудҳои ширӣ ба мутахассисон маълум қарда шуд. Фоизи бесьёри занони дорои бемориҳои дисгормоналии ғадуди шириро, занони аз деҳот омада ташкил меоданд (60,1±6,2), хонашинон (81,5±6,2), бо ҳолатҳои норасоғии ёд (84,7±2,3), бо бемориҳои пешоббурор (80,0±2,4), бо бемориҳои рудаю меъда, чигар ва талхадон (93,1±4,7). Омилҳои, ки ба хуруҷи мастопатия оварда мерасонад: руҳафтадагӣ дар 56,8±4,8%, ҳолати изтиробӣ – 76,8±5,6%, канцерофобия – 7,4%.

Хулоса: Дар занҳои бо бемориҳои дисгормоналии ғадудҳои ширӣ, хусусиятҳои аворизноки тиббӣ-иҷтимоӣ ва рӯҳӣ муайян қарда шудааст. Дар

минтакаи бо зиёдшавии сатҳи баланди таваллуд онҳо дар гуногунии контингенти ғуруҳи синусолӣ бо дискомфорти руҳӣ – эмотсионалии баланд, статуси пасти иҷтимоӣ ва сатҳи пасти маълумотнокӣ

нишон дода шудааст.

Калимаҳои калидӣ: бемориҳои ғадуди ширӣ, тавсифи моддӣ-иҷтимоӣ, сину соли репродуктивӣ, сину соли менопаузаль, ҳомиладории дерина.

УДК 577.2:616.24-2.5-092

Х.Р. Насырджанова¹, А.М. Сабурова¹, У.Ю. Сиродждинова², У.Э. Муродов¹

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТОЯНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ МЕМБРАН С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПРО- И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ

¹*Кафедра биохимии ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуалиибни Сино», Душанбе, Республика Таджикистан*

²*Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино», Душанбе, Республика Таджикистан*

Насырджанова Хурсанд Рахимовна – старший преподаватель кафедры биохимии ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино», Тел. 919-69-05-79; E-mail: n_hursand@mail.ru

Цель исследования. Изучение взаимосвязи состояния биологических мембран с показателями про- и антиоксидантной системы у больных с туберкулёзом лёгких.

Материалы и методы исследования. Приведены результаты обследования 60 больных туберкулёзом лёгких, в возрасте 19-63 лет, находившихся на лечении в Национальном центре туберкулёза РТ. Больные были разделены на две группы: лекарственно-устойчивая форма (МЛУ/ТБ) - 28 (46,7%) человек и лекарственно-чувствительной формы (МЛЧ/ТБ) - 32 (53,3%) человека. Контрольную группу составили 30 здоровых людей, сопоставимых по возрасту и полу.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализы результатов показали, что при МЛУ/ТБ наблюдаются более значительные повышения АФК на 33,5%, МДА в 2,7 раза, и снижение СОД на 46,4% - соответственно группе контроля. Менее выраженные сдвиги отмечены у больных с МЛЧ/ТБ. В сыворотке крови больных МЛЧ/ТБ, содержание АФК повышено на 17,1%, МДА - в 2,0 раза, и активность СОД снижалась на 29,0% по сравнению с показателями контрольной группы.

Заключение. Особенностью течения и прогрессирования туберкулёза лёгких является совокупность таких факторов, как гипоксия, окислительный стресс, воспаление, сопровождающиеся выраженной интоксикацией, характеризующие повреждение биологических мембран, более выраженные у больных МЛУ/ТБ.

Ключевые слова: туберкулёз лёгких, окислительный стресс, ПОЛ, АОС, биомембраны

H.R. Nasyrdzhanova¹, A.M. Saburova¹, U.Yu. Sirodzhidina², U.E. Murodov¹

RELATIONSHIP OF THE STATE OF BIOLOGICAL MEMBRANES WITH INDICATORS OF PRO - AND ANTIOXIDANT SYSTEM IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

¹*Department of Biochemistry SEI "Avicenna Tajik State Medical University", Dushanbe, Republic of Tajikistan*

²*Department of Phthisiopulmonology, State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University", Dushanbe, Republic of Tajikistan*

Nasyrdzhanova Hursand Rakhimovna - Senior lecturer of the Biochemistry Department, SEI Avicenna Tajik State Medical University, Tel: 919-69-05-79; E-mail: n_hursand@mail.ru

Aim. To study the relationship between the state of biological membranes and indicators of pro - and antioxidant systems in patients with pulmonary tuberculosis.

Material and methods. The results of the examination of 60 patients with pulmonary tuberculosis, aged 19-63,

who were treated at the National Tuberculosis Center of the Republic of Tajikistan, are presented. The patients were divided into two groups: drug-resistant form (MDR/TB) -28 (46.7%) and drug-sensitive form (MDR/TB) -32 (53.3%).

The control group consisted of 30 healthy people, matched by age and sex.

Results. Analysis of the results showed that in MDR/TB, there was a more significant increase in ROS by 33.5%, MDA by 2.7 times, and a decrease in SOD by almost 2.0 times, respectively, in the control group.

Less pronounced changes were observed in patients with MPH/TB. In the blood serum of patients with MLC/TB, the content of ROS (Reactive oxygen species) increased by 17.1%, MDA by 2.0 times, and the SOD (Superoxide dismutase) activity decreased by 29% compared with the control group.

Conclusion. A characteristic of the course and progression of pulmonary tuberculosis is a combination of factors like hypoxia, oxidative stress, inflammation, accompanied by severe intoxication, characterizing damage to biological membranes, which are more pronounced in MDR/TB patients.

Keywords: pulmonary tuberculosis, oxidative stress, LPO, AOS, biomembranes.

Актуальность. В связи с тем, что Таджикистан входит в число стран с высокой выявляемостью туберкулёзу лёгких, как и других Централь-но-Азиатских государствах, эпидемиологическая ситуация остается напряженной. Об этом свидетельствует выявление тяжелых распространённых форм туберкулёза, как среди впервые выявленных больных (13,5-20,0%), так и ранее леченных (53-43%), а также запущенных случаев туберкулёза среди детей и взрослых [1].

Кроме лекарственно-чувствительной формы туберкулёза (МЛЧ/ТБ), на фоне длительного приема противотуберкулёзных препаратов, их побочных действий, нередко формируются лекарственно-устойчивые формы туберкулёза (МЛУ/ТБ) с увеличением резервуара туберкулёзной инфекции [2, 15] и течение которых сопровождается развитием синдрома системного воспалительного ответа.

При туберкулёзе лёгких гипоксия и гипоксемия являются характерными факторами его развития, а при деструкции легких наблюдается более выраженная гипоксия, что усугубляет общее состояние организма.

Биохимические нарушения при развитии воспаления любого генеза по своей природе являются неспецифичными.

Началом обострения воспалительного процесса дыхательных путей является активная генерация АФК макрофагами, в том числе и экологически неблагоприятные факторы, инфекционные агенты и различные поллютанты, которые стимулируют выработку эластазы, разрушающий эластин, коллаген, протеогликаны и бронхиальный эпителий [3].

Развитие и прогрессирование воспалительного процесса в легких коррелируется с усилением процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и одновременно истощением антиоксидантной системы (АОС) организма. Это способствует более тяжелому течению заболевания в результате накопления токсических недоокисленных продуктов

ПОЛ, которые являются причиной повреждения клеточных мембран легочной ткани и его функции с образованием биологически активных веществ со свойствами медиаторов воспаления (гистамины, серотонины, простагландины, лейкотриены) [4-6].

Следующий механизм нарушения мембранной проницаемости связан с активацией эндогенной фосфолипазы A_2 , который приводит к избыточному гидролизу фосфолипидов мембран и накоплению продуктов его распада - свободных жирных кислот и токсичных лизофосфолипидов. Эти факторы приводят к повышению проницаемости клеточных мембран и их сорбционной способности [7, 8].

При нарушении проницаемости мембран активируются ферменты и накапливаются различные продукты распада. Накапливаются водородные ионы, содержимое клетки закисляется, что еще в большой степени нарушает водно-электролитный обмен и мембранную проницаемость. Снижение резистентности эритроцитов, в таких условиях, ведет к усилению гемолиза и нарушению его транспортно-сорбционной функции. При этом эритроциты обеспечивают такие основные функции систем крови, как трофическая, дезинтоксикационная, буферная и обменные [9].

Для исследования общих характеристик, и проницаемости всех биологических мембран, используют эритроциты, так как существует корреляция между изменениями свойств эритроцитов и клеточных мембран внутренних органов.

Цель исследования. Изучение взаимосвязи состояния биологических мембран с показателями про- и антиоксидантной системы у больных с туберкулёзом лёгких.

Материалы и методы исследования. В основу данной работы положены результаты обследования 60 больных туберкулёзом лёгких в возрасте 19-63 года, находившихся на лечении в Национальном центре туберкулёза РТ.

Больные были разделены на две группы:

лекарственно-устойчивая форма (МЛУ/ТБ) - 28 (46,7%) человек, и лекарственно-чувствительная форма (МЛЧ/ТБ) - 32 (53,3%) человека. Мужчин было 33 (55%), а женщин - 27 (45%). Контрольную группу составили 30 здоровых людей, сопоставимых по возрасту и полу.

Показатели свободнорадикального окисления, активные формы кислорода (АФК), определяли по методу Като Т.С. (1973г.), малоновый диальдегид (МДА) по методу Стальной И.Д. (Орехович В.Н., 2007) и активность антиоксидантного фермента-супероксиддисмутазы (СОД) по методу Fried R. (1975г.).

Функциональное состояние мембран клеток оценивали по показателям проницаемости мембран эритроцитов (ПЭМ), с использованием метода мочевиного гемолиза, и сорбционную способность эритроцитов (ССЭ) по отношению к метиленовому синему.

Метод сорбционной способности разработан для диагностики эндогенной интоксикации и исследования степени повреждения клеточных мембран при различных патологиях.

Сорбционную способность эритроцитов (ССЭ) определяли по степени поглощения красителя (метиленовой сини). Метод ССЭ основан на измерении оптической плотности, не связавшейся с эритроцитами метиленовой сини в надосадочной жидкости (Тогайбаев А.А., 1988).

Проницаемость мембран эритроцитов определяли по методу Колмакова В.Н. и Белозеровой Л.Н. (1987).

При повреждении мембраны, мочевина проникает в клетку и формирует внутриклеточную гиперосмолярную концентрацию с последующим перемещением воды внутрь эритроцита и его раз-

рушению.

Статистическая обработка проведена с использованием прикладного пакета «Statistica 10.0» (Stat SoftInc, 1984-2011, USA). Средняя тенденция данных представлены в виде среднего значения и его ошибки ($M \pm m$). Дисперсионный анализ проводили для абсолютных независимых версий U-критерием Манна-Уитни для выборки с отсутствием нормального распределения. Корреляционный анализ данных проводили непараметрическими примерами Спирмена. Выявленные различия были статистически значимыми при $p < 0.05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Проведенные исследования показали существенное повышение в сыворотке крови больных МЛУ/ТБ АФК на 33,5%, МДА в 2,7 раза и снижение активности ферментного антиоксиданта СОД на 46,4% по сравнению с контрольными данными.

В сыворотке крови больных МЛЧ/ТБ содержание АФК повышалось на 17,1%, МДА - в 2,0 раза, при снижении активности СОД на 29,0% по сравнению с группой контроля.

Установлено, что содержание АФК и МДА в крови пациентов с МЛЧ/ТБ значимо ниже, а СОД значимо выше при сравнении с группой МЛУ/ТБ ($p < 0,05$). Эти данные свидетельствуют о том, что у больных с ТБ лёгких происходит окислительный стресс, сопровождающийся, интенсификацией свободно радикального окисления и истощением антиоксидантной системы и зависит от одних и тех же факторов, то есть гипоксемии и гипоксии. Такая направленность сдвигов (таблица 1) более выражена у больных с лекарственно-устойчивой формой туберкулёза [10].

При МЛУ/ТБ наблюдается хроническое течение заболевания и выраженная туберкулезная

Таблица 1.

Биохимические показатели крови у больных с туберкулёзом лёгких

№	Показатели	Контрольная группа, n=30	МЛУ/ТБ, n=28	МЛЧ/ТБ, n=32	P_{2-3}
1.	АФК ммоль/л	84,64±0,7	113,02±1,66 $p_{1,2} < 0,05$	99,1±0,7 $p_{1,3} < 0,05$	<0,001
2.	МДА мкмоль/л	1,2±0,04	3,2±0,10 $p_{1,2} < 0,001$	2,55±0,08 $p_{1,3} < 0,01$	<0,01
3.	СОД ед./мл	14,4±0,39	7,72±0,07 $p_{1,2} < 0,001$	10,22±0,12 $p_{1,3} < 0,01$	<0,0001
4.	ССЭ%	39,5±0,5	51,1±0,5 $p_{1,2} < 0,001$	42,1±0,7 $p_{1,3} > 0,05$	<0,001

Примечание: p_1 – статистическая значимость различия показателей с группой здоровых; p_2 – группой больных с МЛУ/ТБ; p_3 – группой больных с МЛЧ/ТБ. p_{2-3} - различие между МЛУ и МЛЧ ТБ (по U-критерии Манна-Уитни).

интоксикация. Степень проявления воспалительного процесса при туберкулезе зависит от тяжести заболевания и количества МБТ, что приводит к поражениям сосудов, сдвигу в системе гемостаза и нарушениям метаболизма веществ в целом организме [6].

Скорость образования АФК зависит от воздействия патогенных факторов на организм, которая регулируется антиоксидантной системой.

Оксидативный стресс способствует развитию иммуновоспалительного процесса в дыхательном тракте, активирует клетки, вызывающие экспрессию генов-цитокинов, которые в свою очередь способствуют нарушению баланса оксидантов/антиоксидантов, активирующих клетки воспаления [3, 5, 12].

Увеличение количества фагоцитирующих клеток в легких способствуют инфекции дыхательных путей и приводят к оксидативному стрессу с образованием и выделением АФК, так как АФК диффундирует в окружающую среду и может вызывать некроз тканей в очаге воспаления с образованием полостей [3].

Освобождение большого количества бактериальных, лейкоцитарных и макрофагальных протеолитических ферментов обуславливает деструктивные изменения в очаге туберкулёзного воспаления [12].

Так, Сиренко И.А. и соавторы (2004) определили, что в сыворотке крови у детей и подростков, больных активным туберкулёзом лёгких, независимо от течения заболевания и возраста, нарастание активности свободно радикальных процессов

сопровождалось повышением уровней продуктов ПОЛ - МДА и ДК, значимым нарастанием активности АОС - СОД и уровня церулоплазмينا. Авторы отметили, что у детей-подростков с тяжелым течением активного туберкулёза лёгких, показатели МДА и ДК были выше, чем при легком и средне-тяжелом течении [13].

Развитие гипоксии не только влияет на метаболизм веществ в тканях, но также действует на строение и функции эритроцитов и других форменных элементов крови.

Нами показано, что сорбция красителя метиленовой сини у больных с заболеваниями туберкулёза лёгких увеличилась в пределах от 7% (МЛЧ/ТБ) до 29,4% (МЛУ/ТБ) по сравнению с контрольной группой. Полученные результаты совпадают с данными литературы, где поглощение метиленовой сини зависит от количества мембранных антигенов и коррелируется с повреждением структуры эритроцитов, нарушений его функции и степени эндогенной интоксикации.

Увеличение сорбционной способности эритроцитов, у исследованных пациентов с разным характером воспалительного процесса, можно рассматривать как индикатор повреждения мембран, появления дефектов их целостности и клеточной дезорганизации, и нередко рассматривается как показатель, характеризующий выраженность эндогенной интоксикации [8].

При изучении взаимосвязи состояния биомембран, показателей про- и антиоксидантной системы в группах больных с МЛЧ/ТБ и МЛУ/ТБ установлено, что сорбционная способность

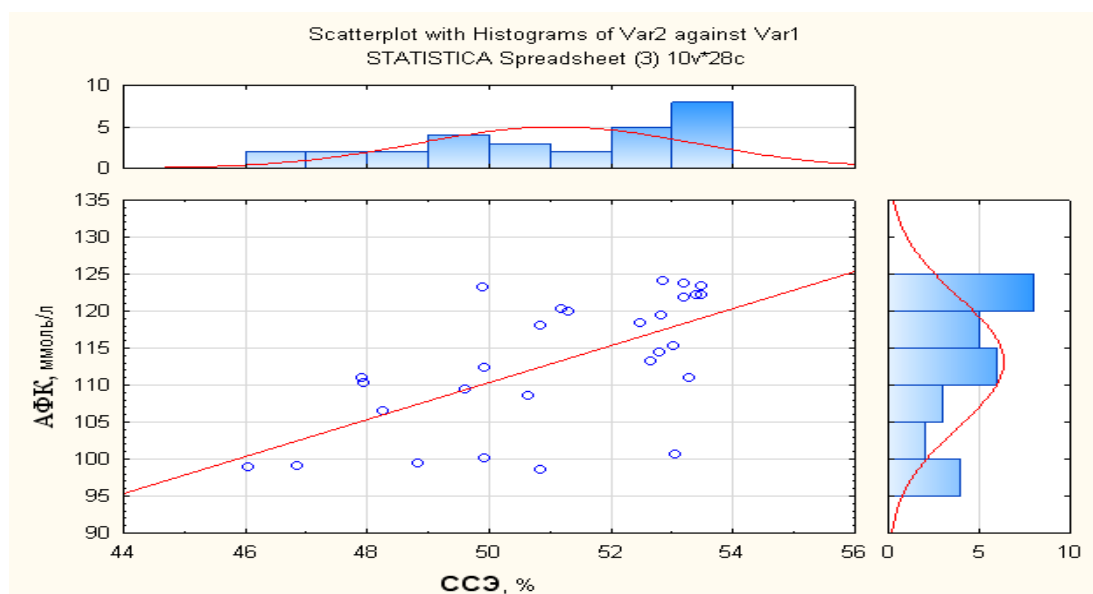


Рисунок 1. Взаимосвязь между ССЭ и АФК у больных с МЛУ/ТБ ($r=0,650$; по Спирмену)

эритроцитов взаимосвязана с уровнем АФК, как у пациентов с МЛУ/ТБ ($r=0,650$; $p<0,05$), так и МЛЧ/ТБ ($r=0,589$; $p<0,05$).

Однако наиболее тесная (близка к сильной), односторонняя взаимосвязь ССЭ и АФК отмечена у больных с МЛУ/ТБ ($r=0,650$; $p<0,05$) (рис.1).

Анализ результатов исследования сорбционной способности эритроцитов (ССЭ) показал, что у больных с МЛУ/ТБ выявляется значительное поглощение красителя метиленовой сини ($p<0,001$), а при МЛЧ/ТБ отмечается незначительное повышение, ($p<0,05$) при сравнении с данными контрольной группы.

Анализ результатов исследования проницаемости эритроцитарных мембран (ПЭМ) у сравниваемых групп с показателями контрольной группы выявило значительное повышение с 1 по 6 пробы во всех группах.

Установлено, что такая последовательность гемолиза нарастала с контрольной группы к группе больных с МЛЧ/ТБ, затем МЛУ/ТБ.

Максимальное значение отмечалось при соотношении мочевины/NaCl 65/35 во всех группах: в контрольной группе гемолиз эритроцитов составил 38,2%, у больных МЛЧ/ТБ - 52%, и у больных МЛУ/ТБ - 80,5%.

Наиболее высокий процент поврежденных мембран эритроцитов отмечено у больных с МЛУ/ТБ. Мишиной Н.А. (2010) и Montoya-Estrada A. (2013) было отмечено, что гипоксия влияет на устойчивость эритроцитов к окислительному

стрессу, изменяется его реологические свойства, снижается активность мембраносвязывающих ферментов опосредованного перекисной деструкцией как липидных, так и белковых молекул, в зависимости от тяжести заболевания. Повреждение мембран эритроцитов, приводит к нарушению его транспортной функции, способствуя нарастанию гипоксии [14, 15].

Боровской М.К. (2010) отмечено, что окислительный стресс при различных заболеваниях вызывает нарушение реологических свойств эритроцитов и формирование перекисно-модифицированной мембраны эритроцитов, что приводит к снижению активности мембраносвязанных ферментов и нарушению барьерной функции мембран [16].

На структуру мембран оказывают влияние различные эндо- и экзотоксины, которые опосредованно, через реакции ПОЛ, нарушают гомеостаз клетки. Также используемые бактериальные антибиотики белковой и пептидной природы, так называемые «каналоформеры» (грамидин А, полимиксин В, неомицин), встраиваются в мембраны, увеличивая их проницаемость, что приводит в итоге к «пробою» мембраны.

Заключение. Особенностью течения и прогрессирования туберкулёза лёгких является совокупность таких факторов как гипоксия, окислительный стресс, воспаление, а также изменение состояния биологических мембран эритроцитов, с увеличением их сорбционной способности, наиболее выраженные у больных с МЛУ/ТБ.

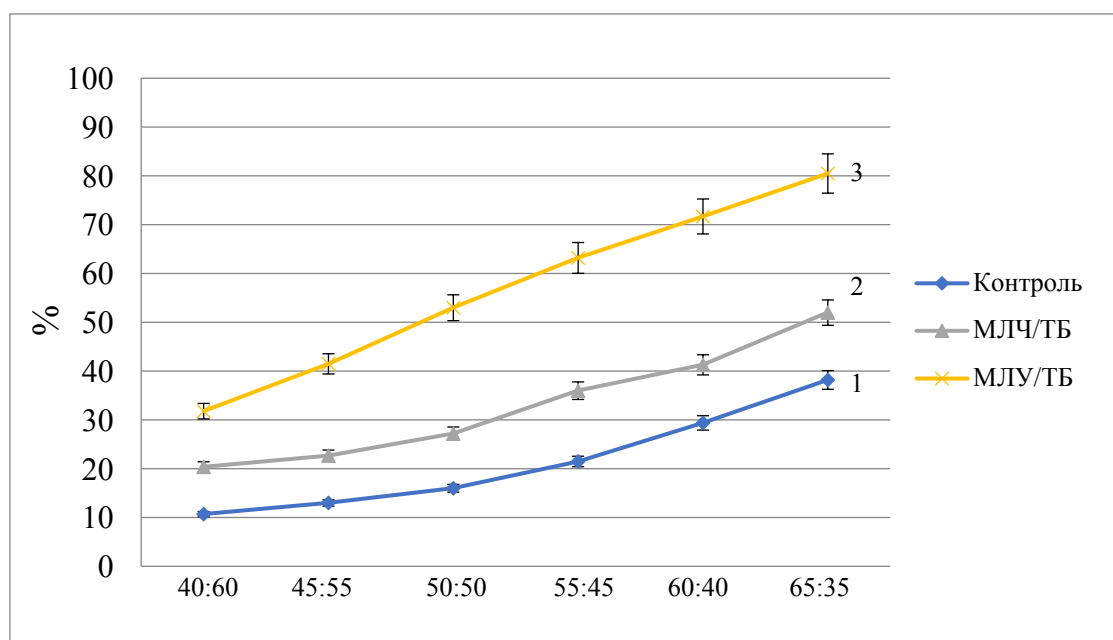


Рисунок 2. Изменение проницаемости эритроцитарных мембран у больных с туберкулёзом лёгких. По оси ординат: величина гемолиза,%; по оси абсцисс: концентрация среды инкубации – мочевина/NaCl

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 14-15 см. в REFERENCES)

1. Алачева Л.В. Оценка морфофункциональных особенностей периферического отдела эритронов у детей с патологией органов дыхания /Л.В Алачева, С.Л Сашенков, Д.К Волосников, И.Ю. Мельников // *Вестник Южно-Уральского государственного университета*, 2010;195(19):38-42.
2. Бобоходжаев О.И. Факторы риска развития туберкулёза в Республике Таджикистан / О.И. Бобоходжаев, И.С. Махмудзода, А.Г. Гаиров // *Вестник Академии медицинских наук Таджикистана*. 2016. № 2. С. 30-35.
3. Борукаев А.М. Интервальная гипокситерапия в реабилитации больных туберкулёзом лёгких после хирургического лечения /А.М Борукаев, И.Х Борукаева // *Эл.ж. Современные проблемы науки и образования*, 2016; №1.
4. Боровская М.К. Структурно-функциональная характеристика мембраны эритроцита и ее изменения при патологиях разного генеза /М.К. Боровская, Э.Э Кузнецова., В.Г. Горохова // *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*, 2010; 3 (73): 334-351
5. Бойбородов Б.Д. Влияние гипербарической оксигенации на проницаемость эритроцитарных мембран и сорбционную способность эритроцитов у новорожденных, перенесших гипоксию при рождении / Б.Д Бойбородов, Б.Д. Додхоев // *Анестезиология и реаниматология*, 2003;2: 55-57.
6. Гельберг В.Н. Нарушение резистентности метаболизма при туберкулёзе и методы патогенетического воздействия в его комплексном лечении / В.Н Гельберг // *Журнал ГГМУ*, 2009;1:123-128.
7. Каминская Г.О. Участие системы гемостаза в формировании синдрома системного воспалительного ответа у больных туберкулёзом лёгких /Г.О Каминская, Е.В Мартынова, Б.А Серебряная и др. // *Туберкулёз и болезни лёгких*, 2011; 2:52-58.
8. Муравлёва Л.Е. Характеристика эритроцитов при ХОБЛ /Л.Е Муравлёва, В.Б Молотов-Лучанский и др. // *Современные проблемы науки и образования*.-2014: 5-38.
9. Мишина Н.А. Оксидантно-антиоксидантный статус эритроцитов при хронической обструктивной болезни лёгких /Н.А Мишина. И.Л Давыдкин, В.И Кушаев. // *Вестник Российского университета дружбы народов*, 2010; 4: 354-357
10. Самойлова АГ. Эффективность стандартных режимов химиотерапии туберкулеза в зависимости от лекарственной чувствительности возбудителя /А.Г. Самойлова, И.А Васильева, А.К. Иванов, В.Б.Галкин, А.О. Марьяндышев // *Туберкулёз и болезни легких*, 2012; 8: 23–25.
11. Сангинов А.Б. Частота выявления туберкулеза у детей и подростков в Республике Таджикистан / А.Б. Сангинов, М.Д. Латифов, С.Г. Али-заде, Х.Х. Киевмидинов // *Вестник Академии медицинских наук Таджикистана*. 2017. № 1 (21). С. 88-91.
12. Соодаева С.К. Механизмы развития оксидатив-

ного стресса под воздействием аэрополлютантов окружающей среды: потенциал средства антиоксидантной защиты / С.К Соодаева, Л.Ю Никитина, И.А. Климанов // *Пульмонология*, 2015; 6:736-742.

13. Сиренко И.А. Состояние перекисного окисления липидов у детей и подростков с активным туберкулезом органов дыхания /И.А Сиренко, И.А. Шматько // *Укр. пульмонол. журнал*, 2004;1: 40-41

REFERENCES

1. Alacheva L. V. Otsenka morfofunktsionalnykh osobennostey perifericheskogo otdela eritrona u detey s patologiyey organov dykhaniya [Evaluation of morphofunctional features of the peripheral erythrocytes in children with respiratory pathology]. *Vestnik Yuzhno-Uralskogo gosudarstvennogo universiteta - Bulletin of the South Ural State University*, 2010, No. 195 (19), pp. 38-42.
2. Bobokhojaev O.I., Mahmudzoda I.S., Gaibov A.G. Risk factors for tuberculosis in the Republic of Tajikistan
3. Borukaev A. M. Intervalnaya gipoksiterapiya v reabilitatsii bolnykh tuberkulyozom lyogkikh posle khirurgicheskogo lecheniya [Interval hypoxotherapy in the rehabilitation of pulmonary tuberculosis patients after surgical treatment]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya - Modern problems of science and education*, 2016, No. 1.
4. Borovskaya M. K. Strukturno-funktsionalnaya kharakteristika membrany eritrotsita i ee izmeneniya pri patologiyakh raznogo geneza [Structural and functional characteristics of the erythrocyte membrane and its changes in pathologies of different genesis]. *Byulleten VSNTS SO RAMN - Bulletin of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences*, 2010, No. 3 (73), pp. 334-351.
5. Boyborodov B. D. Vliyanie giperbaricheskoy oksigenatsii na pronitsaemost eritrotsitarnykh membran i sorbsionnuyu sposobnost eritrotsitov u novorozhdennykh, perenessikh gipoksiyu pri rozhdenii [Effect of hyperbaric oxygenation on erythrocyte membrane permeability and erythrocyte sorption capacity in newborns undergoing hypoxia at birth]. *Anesteziologiya i reanimatologiya - Anesthesiology and Reanimatology*, 2003, No. 2, pp. 55-57.
6. Gelberg V. N. Narushenie rezistentnosti metabolizma pri tuberkulyoze i metody patogeneticheskogo vozdeystviya v ego kompleksnom lechenii [Disruption of metabolic resistance in tuberculosis and methods of pathogenetic action in its complex treatment]. *Zhurnal GGMU - Gomel State Medical University Journal*, 2009, No. 1, pp. 123-128.
7. Kaminskaya G. O. Uchastie sistemy gemostaza v formirovaniy sindroma sistemnogo vospalitelnogo otveta u bolnykh tuberkulyozom lyogkikh [Participation of the hemostasis system in the formation of systemic inflammatory response syndrome in pulmonary tuberculosis patients]. *Tuberkulyoz i bolezni lyogkikh - Tuberculosis and lung disease*, 2011, No. 2, pp. 52-58.
8. Muravlyova L. E. Kharakteristika eritrotsitov pri KHOBL [Characteristics of erythrocytes in COPD]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya - Modern problems*

of science and education, 2014, No.5

9. Mishina N. A. Oksidantno-antioksidantnyy status eritrotsitov pri khronicheskoy obstruktivnoy bolezni lyogkikh [Oxidant-antioxidant status of erythrocytes in chronic obstructive pulmonary disease]. *Vestnik Rossiyskogo universiteta družby narodov - Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia*, 2010, No. 4, pp. 354-357.

10. Samoylova A. G. Effektivnost standartnykh rezhimov khimioterapii tuberkuleza v zavisimosti ot lekarstvennoy chuvstvitelnosti vozbuditelya [Efficacy of standard regimens of tuberculosis chemotherapy depending on the drug sensitivity of the pathogen]. *Tuberkulez i bolezni legkikh - Tuberculosis and lung disease*, 2012, No. 8, pp. 23-25.

11. Sanginov A.B., Latipov M.J., Ali-zade S.G., Kivmidinov Kh.Kh. Prevalence of tuberculosis in children and adolescents in the Republic of Tajikistan.

12. Soodaeva S. K. Mekhanizmy razvitiya oksidativnogo stressa pod vozdeystviem aeropollutantov okruzhayushchey sredy: potentsial sredstva antioksidantnoy zashchity [Mechanisms of oxidative stress under the influence of environmental aero-pollutants: the potential of antioxidant protection agents]. *Pulmonologiya - Pulmonology*, 2015, No. 6, pp. 736-742.

13. Sirenko I. A. Sostoyanie perekisnogo okisleniya lipidov u detey i podrostkov s aktivnym tuberkulezom organov dykhaniya [Status of lipid peroxidation in children and adolescents with active respiratory tuberculosis]. *Ukrainskiy pulmonologicheskii zhurnal - Ukrainian pulmonological journal*, 2004, No. 1, pp. 40-41

14. Nadeen A. Airway and systemic oxidant-antioxidant dysregulation in asthma a possible scenario of oxidant spill over from lung into blood. *Pulmonary Pharmacology and Therapeutics*, 2014, No. 29 (1), pp. 31-40

15. Montoya-Estrada A, Torres-Ramos YD, Flores-Pliego A. Urban PM 2.5 activates GAPDH and induces RBC damage in COPD patients. *Frontiers in bioscience (Scholar edition)*, 2013, No. 5, pp. 638-649.

ХУЛОСА

**Х.Р. Носирҷонова, А.М. Сабурова,
У.Ю. Сирочи́динова, У.Э. Муродов**

АЛОҚАМАНДИИ ҲОЛАТИ МЕМБРАНАИ БИОЛОҒ БО НИШОНДИХАНДАҲОИ СИСТЕМАИ ПРО-ВА АНТИОКСИДАНТӢ ДАР БЕМОРОНИ СИЛИ ШУШ

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши алоқамандии ҳолати мембранаи биолоғ бо нишондиҳандаҳои системаи оксидант-ва антиоксидантӣ дар беморон и сирояти сили шуш.

Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот. Натиҷаҳои таҳлили 60 нафар беморони сили шуш, ки синну солшон аз 19-63 мебошанд, ки онҳо дар Маркази миллии бемориҳои сили шуш ҚТ таъбаат ёфтаанд, пешниҳод карда шуданд.

Беморон ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи якум- беморони сили шакли микобактериҳои ба дору устувордошта-28 (46,7%) ва гурӯҳи дуюм- беморони сили шакли микобактериҳои нисбат ба дору ҳассосдошта-32 (53,3%).

Гурӯҳи назоратӣ аз 30 нафар одамони солим, ки аз рӯи синну сол ва ҷинс мувофиқат мекунанд.

Нишондиҳандаи оксидшавии радикалии озод- аз рӯи намудҳои шакли фаъоли оксиген (ШФО) дар зардоби хун бо усули Като Т.С. (1973), диалдегиди малонатро (МДА) бо усули И.Д.Стальной (Орехович В.Н., 2007) ва фаъолияти антиоксидантиро аз рӯи нишондиҳандаҳои фаъолияти ферменти супероксиддисмутаза (СОД) бо истифода аз усули R.Fried (1975). муайян карда шуданд.

Ба ҳолати функционалии мембранаи ҳуҷайраҳо аз рӯи қобилияти гузаронандагии мембранаи эритроцитҳо (ГМЭ) дар массаи эритроцитҳо бо истифодаи усули гемолизи мочевиноӣ ва қобилияти сорбсии моддаҳои рангин (метилени кабуд) дар эритроцитҳо (ҚСЭ) баҳо дода шуд.

Натиҷа ва баррасии он. Натиҷаҳои таҳлил нишон доданд, ки дар беморони гурӯҳи якум баландшавии назарраси ШФО - 33,5%, МДА 2,7 маротиба ва 46,4%, пастшавии фаъолияти СОД нисбати гурӯҳи назоратӣ ба амал омаданд.

Дар беморони гурӯҳи дуюм тағйиротҳо камтар ба назар расиданд. Дар зардоби хуни ин беморон, миқдори ШФО- 17%, МДА 2,0 маротиба афзуда, пастшавии фаъолияти СОД дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ 29% кам шудааст.

Дар беморони сили шуш, номутаносибӣ дар системаи оксидантӣ/антиоксидантӣ муқаррар карда шуд.

Дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ, баландшавии назарраси ГМЭ ва баландшавии ҚСЭ дар беморони сили шуши гурӯҳи якум ба 29,4% ва беморони гурӯҳи дуюм ба 7,0% ба қайд гирифта шуд, ки ин нишондиҳандаи зарарёбии эритроцитҳо аз таъсири моддаҳои захрнокӣ ҳосилшуда шаҳодат медиҳанд.

Хулоса. Хусусияти ҷараён ва пешрафти бемории сили шуш дар натиҷаи омезиши як қатор омилҳо, аз қабили гипоксия, изтиробӣ оксидӣ, илтиҳоб дар якҷоягӣ бо захролудии шадид, мебошад. Чунин тағйиротҳо сабаби вайроншавии мембранаи ҳуҷайраҳо низ мегардад, ки он нисбатан дар беморони сили шуши шакли микобактериҳои ба дору устувордошта бештар ба назар мерасанд.

Калимаҳои калидӣ: сили шуш, изтиробӣ оксидӣ, системаҳои оксидантӣ ва антиоксидантӣ, мембранаҳои биолоғӣ.

УДК 616.333-072.1

Х.Дж. Рахмонов¹, И. М. Ризоев², Н.О. Рахимов¹, Р.Н. Бердиев¹, У.Х. Рахмонов¹

ТРАНСПЕДИКУЛЯРНАЯ ФИКСАЦИИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ЕГО ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЯХ

¹ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

²ГУ Национальный медицинский центр «Шифобахи»

Рахмонов Хуршед Джамshedович – к.м.н. доцент кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ТГМУ им. Абуали ибни Сино; doc-rahmonov@mail.ru

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения при повреждении поясничного отдела позвоночника

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе 79 больных находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении №2 национального медицинского центра «Шифобахи» на базе кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» с 2014 по 2020г. Возраст пациентов варьировал от 21 года до 66 лет. Оценка неврологического статуса при травме позвоночника проводилась по шкале ASSIA IMSOR

Результаты исследования и их обсуждение. Основным механизмом травмы больных были: падение с высоты - 59 (75%) случаев, ДТП - 20 (25%). На серии КТ позвоночника у всех больных были выявлены переломы тела позвонков, перелом-вывихи позвонков со сдавлением позвоночного канала. Мы использовали **транспедикулярную конструкцию** (OSVEH a s I a «Medical Instrument», Республики Иран) с винтами диаметром: 4,0/5,5/6,0/6,5/7,5 мм.

Заключение. Стабилизирующая транспедикулярная фиксация - наиболее эффективный метод фиксации позвоночника при его травматическом повреждении.

Ключевые слова: травматические деформации поясничного отдела позвоночника, транспедикулярная фиксация

H.J. Rahmonov¹, I.M. Rizoev², N.O. Rakhimov¹, R.N. Berdiev¹, U.H. Rahmonov¹

TRANSPEDICULAR FIXATION OF THE LUMBAR SPINE IN ITS TRAUMATIC DEFORMATIONS

¹Department of Neurosurgery and Concomitant Traum, SEI Avicenna Tajik State Medical University

²State institution National Medical Center Republic of Tajikistan "Shifobakhsh"

Rakhmonov Khurshed Jamshedovich – Ph.D., Associate Professor of the Department of Neurosurgery and Sequential Injury, SEI Avicenna Tajik State Medical University; +992 918 51 07 07; doc-Rahmonov @ mail.ru

Aim. To improve the results of surgical treatment of injuries of the lumbar spine

Materials and methods. The work is based on the analysis of 79 patients who were treated in the neurosurgery department No. 2 of the State Institution of the National Medical Center of the Republic of Tajikistan - "Shifobakhsh" based on the Department of Neurosurgery and Concomitant Trauma of the ATSMU from 2014-2020. The age of the patients varied from 21 to 66 years. The assessment of the neurological status in spinal injury was assessed using the ASSIA IMSOR

Results. The main mechanism of injury in patients was: falling from a height of 59 (75%), road traffic accidents 20 (25%). On a series of CT scans of the spine, all patients had fractures of the vertebral body, fractures-dislocations of the vertebrae with compression of the spinal canal. We use a transpedicular construction (OSVEH a s I a "Medical Instrument", Republic of Iran) with screws with a diameter of 4.0/5.5/6.0/6.5/7.5 mm.

Conclusion. Stabilizing transpedicular fixation (TPF) is the most effective method of fixing the spine when it is traumatically injured.

Keywords: Traumatic deformities of the lumbar spine, transpedicular fixation.

Актуальность. Травмы и заболевания позвоночника и спинного мозга являются большой социальной и медико-экономической проблемой современной медицины. Количество пострадавших

с позвоночно-спинномозговыми травмами (ПСМТ) в период с 2014 по 2020 г. в России и в странах Европы возросло в 3,5 раза, причем увеличилась и тяжесть травмы. Так пациенты с сочетанными повреждениями позвоночника и спинного мозга составляют 50–60%, в то время как в 60-е годы прошлого столетия их было не более 25–28% [1, 3]. Социальное значение ПСМТ определяется высокой летальностью (17-23% в остром периоде), тяжелыми и стойкими последствиями, резким изменением социального статуса пострадавших. 70-80% из них становятся инвалидами, при этом преобладают I и II группа инвалидности. В структуре всей первичной неврологической инвалидности на спинальную травму приходится 5,7-5,9% [1, 6, 8].

До внедрения транспедикулярной фиксации (ТПФ) пострадавшим с позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ) проводились различные традиционные операции фиксации позвоночника пластиной ЦИТО и ХНИТО. При этом отмечалась высокая частота послеоперационных осложнений в виде нагноения раны, реоперации с удалением установлений пластины.

В настоящее время при позвоночно-спинномозговой травме (ПСМТ) активно применяется транспедикулярная фиксация, данный способ способствует сокращению койко-дней в стационаре, за счет раннего формирования костного сращения и высокий уровень реабилитации. Несмотря на постоянное расширение её использования, остается высоким уровень осложнений. Это может быть связано с ошибками, которые могут встречаться на всех этапах хирургического лечения: при планировании, в процессе самой операции, во время установки винтов, монтажа конструкции, в послеоперационном периоде. В зарубежных изданиях опубликовано много работ на эту тему. В медицинских литературах Таджикистана отсутствуют публикации, описывающие ТПФ при травматических и нетравматических патологиях поясничного отдела. В связи с этим мы считаем целесообразным осветить основные особенности ТПФ при повреждении поясничного отдела позвоночника. Существенными моментами в размещении винтов являются: прочность на границе кость–металл, избежание повреждения нервных и сосудистых структур, прилежащих к корню дуги и лежащих вентральной части тела позвонка, избежание повреждения прилежащих дугаотростчатых суставов, легкость и удобство в имплантации [8].

За последние 20 лет в хирургии позвоночника произошел качественный прорыв на смену

малоинформативным методам обследования, общехирургической технике и инструментам пришли современные совершенные диагностические технологии, микрохирургическая техника и инструментов, разработаны и внедрены новые минимально инвазивные операции [1, 4, 5, 9].

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения при повреждении поясничного отдела позвоночника

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе 79 больных, находившихся на лечение в нейрохирургическом отделении №2 национального медицинского центра «Шифобахш» на базе кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» с 2014 по 2020г. Возраст пациентов варьировал от 21 года до 66 лет. Мужчин было 51 (64,5%) человек, а женщин – 28 (35,5%). Средний возраст больных составил $30,0 \pm 5,0$ года. Всем больным проводилась клинично-неврологический осмотр, КТ позвоночника, МРТ позвоночника и спинного мозга. Оценка неврологического статуса при травме позвоночника проводилась по шкале ASSIA IMSOR.

Результаты исследования и их обсуждение. Основным механизмом травмы больных были: падение с высоты - 59 (75%) случаев, ДТП - 20 (25%) случаев. Среди пострадавших наиболее часто наблюдается переломы тела L1 позвонка - 60 (76%) случаев, L2-L3 – 16 (20%) случаев, наиболее редко встречался перелом тела L4 позвонка - всего 3 (4%) случая. На серии КТ позвоночника у всех больных были выявлены переломы тела позвонков, перелом-вывихи позвонков со сдавлением позвоночного канала. Мы использовали **транспедикулярную конструкцию** (OSVEN a s I a «Medical Instrument», Республика Иран) с винтами диаметром: 4,0/5,5/6,0/6,5/7,5 мм. Такой винт может быть моноаксиальным или полиаксиальным

Для установки винтов сначала удаляется кортикальный слой позвонков с помощью кусачек. Затем подготавливается отверстие, для этого используется метчик который должен иметь диаметр на 1 мм меньше диаметра винта. Перед установкой винта необходимо проверить целостность стенок корня дуги пуговчатым зондом. После этого устанавливается транспедикулярный винт.

Наиболее частым осложнением установки винта является растрескивание кортикального слоя корня дуги. Для предотвращения этого вида осложнений необходимо:

Перед операцией определить, с помощью КТ, расстояние между наружным и внутренним кор-

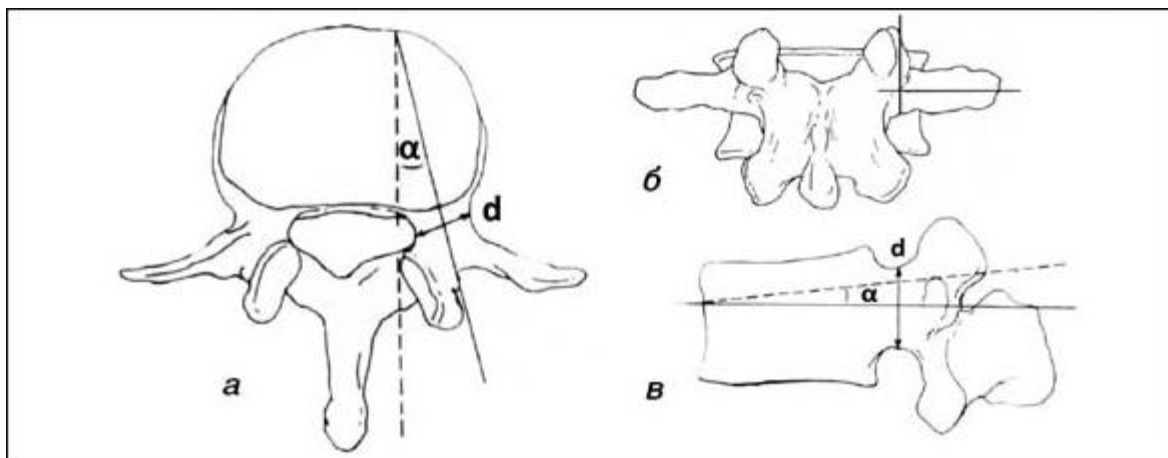


Рис. 1А. а - траектория установки винта; в - аксиальной плоскости; б - проекция точки введения винта на задние отделы позвонка; в - траектория установки винта в сагиттальной плоскости.

тикальным слоями корня дуги.

Диаметр винта не должен превышать 70-80% перпендикулярного диаметра корня дуги.

Необходимо постепенно увеличивать угол введения винта от L1-L5 в аксиальной плоскости, углом от 10 до 30%.

Винт устанавливают в глубину тела позвонка на 70-80%

Всем больным оперативное вмешательство было произведено в первые 3-е суток. На операционном столе больной должен быть на животе с сохранением лордоза, для уменьшения давления в венах позвоночного канала. Для уменьшения объема кровопотери необходимо установить специальные валики для опоры и исключения давления на органы грудной и брюшной полости. Для более

точной установки винтов на уровне повреждения используется ЭОП.

Для верификации состояния спинного мозга и прогнозирования, больным проводилось КТ и МРТ исследования поврежденного отдела позвоночника и спинного мозга.

При МРТ исследовании у 15 (18,9%) больных выявлен полный анатомический разрыв спинного мозга (группа «А»), у 30 (37,9%) - диагностировали гематомиелию различной степени выраженности, в 34 (43,1%) случаях на серии МРТ структурных изменений в спинном мозге не выявлено.

Оперативное вмешательство при травмах спинного мозга и позвоночника стараются выполнять в наиболее ранних сроках. При переломах позвоночника оперативное вмешательство на-

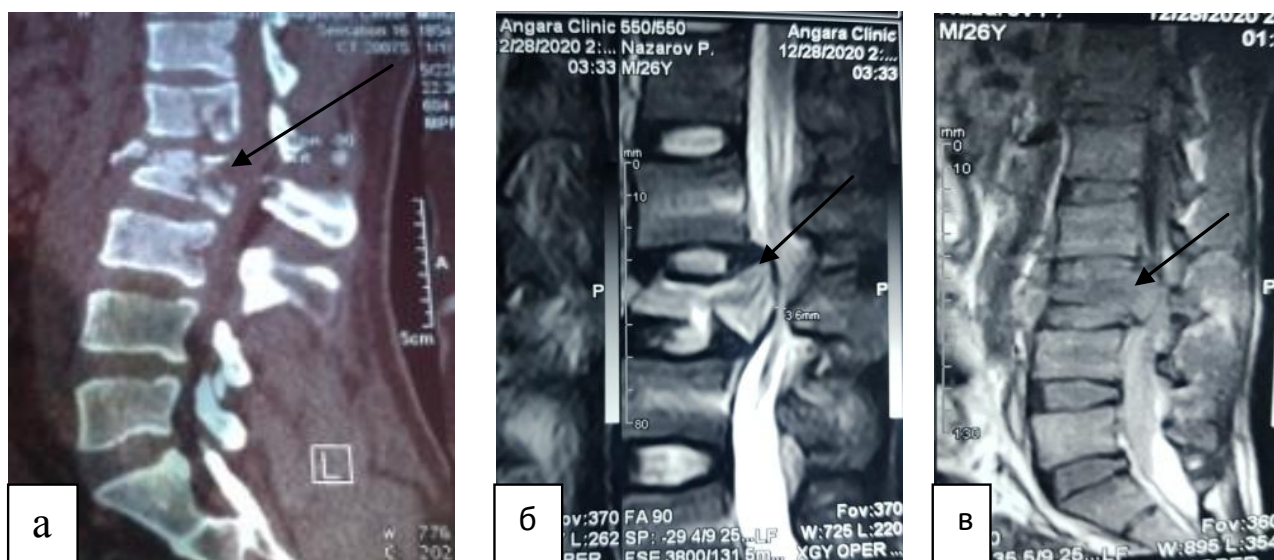


Рис 3. а – КТ в сагиттальной проекции больного с осложненным нестабильным переломом позвонка L2 со смещением костных отломков кзади; б и в – МРТ в сагиттальной проекции, T2: компрессионный перелом тела позвонка L3 с компрессией спинного мозга.

правлено на стабилизацию поврежденного отдела, а при травмах спинного мозга направленно на наиболее раннее устранение сдавления спинного мозга, ревизию спинного мозга и восстановления ликвороциркуляции.

Клинический случай. Пациент М., 32 года, доставлен с машиной скорой помощи в приемное отделение. Из анамнеза, и со слов сопровождающих, упал с высоты около 15 метров во время производственной работы.

В неврологическом статусе: сознание ясное, адекватен. Движения в руках в полном объеме, в ногах слабые. Гипостезия с уровня L4 по проводниковому типу. Нижний грубый парапарез. Нарушение функций тазовых органов по типу частичной задержки мочи и стула. (группа «В»).

При КТ и МРТ обследовании выявлен компрессионный оскольчатый перелом L2 позвоноч-

ника со сдавлением спинного мозга, кровоизлияние и отек корешка спинного мозга. В результате спинномозговой пункции обнаруживается кровь в ликворе.

После соответствующей подготовки пациента, проводится оперативное вмешательство: Декомпрессионная ламинэктомия с ревизией спинного мозга и стабилизация позвоночника посредством ТПФ, с микрохирургическими вмешательствами на спинном мозге и оболочках. Послеоперационный период прошёл гладко. Неврологическом статусе пациента из группы «В» при выписке перешел в группу «С».

Из 79 пострадавших с позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ) по шкале ASSIA IMSOR группа «А» наблюдалось у 21 (27%) больных, группа «В» - у 39 (49%), группа «С» - у 16 (20%), и группа «D» - у 3 (4%). Хорошее восстано-

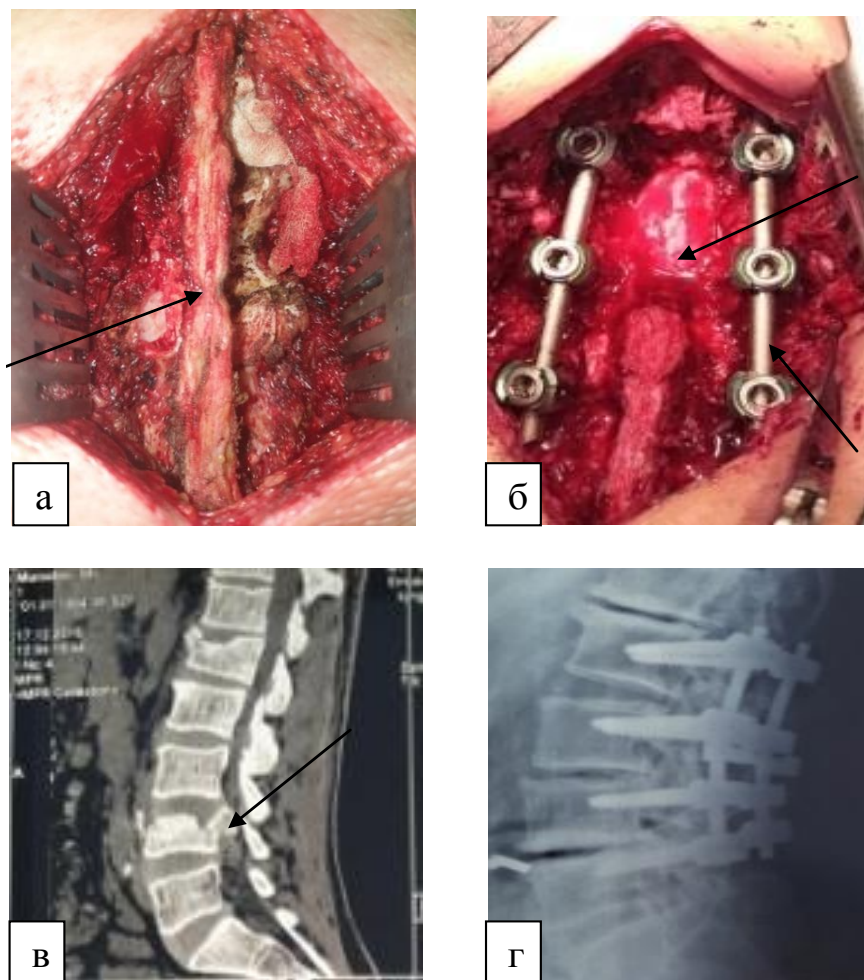


Рис. 4. а – перелом остистого отростка позвонка L4; б – после выполнения заднего спондилодеза транспедикулярной фиксацией; в – КТ в сагиттальной проекции больного с осложненным нестабильным переломом позвонка L4 со смещением костных отломков кзади; г – боковая рентгенограмма поясничного отдела позвоночника после операции, видны фиксирующие системы и восстановленная ось позвоночника в поясничном отделе.

ние было у 34 (43,1%) больных, умеренная - у 30 (37,9%), грубая инвалидность отмечается у 15 (18,9%) больных.

Выводы.

1. Травматическое повреждение поясничного отдела позвоночника наиболее осложняются в виде полного нарушения функции спинного мозга.

2. Ранняя декомпрессионная ламинэктомия с ревизией спинномозгового канала и установка ТПФ является эффективным методом лечения при ПСМТ.

3. Для выбора эффективного хирургического метода лечения при ПСМТ, МРТ и КТ является золотым стандартом.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 5-9 см. в REFERENCES)

1. Гринь А.А. Малоинвазивная хирургия тяжелых моносегментарных и множественных переломов позвоночника /Гринь А.А., Ощепков С.К., Некрасов М.А., Кайков А.К. // Сибирский международный нейро-хирургический форум: сборник науч. материалов, г. Новосибирск, 2012г./под ред. А.Л. Кривошапкина. – Новосибирск: Дизайн науки, 2012. – С. 105.

2. Макаревич С.В. Комплексное обследование больных и тактика внутренней стабилизации при стенозах и деформациях поясничного отдела позвоночника /Макаревич С.В. Воронович И.Р., Мазуренко А.Н. и др. // Материалы науч.-практ. конф. – Минск, 2014. – С. 75–76.

3. Крылов В.В. Видеоэндоскопическая хирургия повреждений и заболеваний грудного и поясничного отделов позвоночника /под ред. В.В. Крылова. – М.: Принт – Студио, 2012. – 152 с.

4. Чориев Ш.Б. Новое в хирургическом лечении врожденных спинномозговых грыж у детей / Ш.Б. Чориев, А.Ч. Чобулов, Р.Г. Ашуров // Вестник Авиценны. 2012. № 3 (52). С. 57-61.

REFERENCES.

1. Grin A. A. [Minimally Invasive Surgery of Severe Monosegmental and Multiple Fractures of the Spine]. Sibirskiy mezhdunarodnyy neyro-khirurgicheskiy forum: sbornik nauchnykh materialov [Siberian International Neurosurgical Forum: collection of scientific materials.]. Novosibirsk, Dizayn nauki Publ., 2012, pp. 105. (In Russ.)

2. Makarevich S. V. [Comprehensive examination of patients and internal stabilization tactics for stenosis and deformities of the lumbar spine]. Materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii [Materials of the Scientific and Practical Conference.]. Minsk, 2014, pp. 75–76. (In Russ.)

3. Krylov V. V., Grin A. A., Oshchepkov S. K. Videoendoskopicheskaya khirurgiya povrezhdeniy i zabolevaniy grudnogo i poynichnogo otdelov

pozvonochnika [Video endoscopic surgery of injuries and diseases of the thoracic and lumbar spine]. Moscow, Print-Studio Publ., 2012. 152 p.

4. Choriev S.B., Chobulov A.C., Berdiev R.N., Ashurov R.G. New in the surgical treatment of spinal congenital hernia in children.

5. Dohrmann G. J. Epidemiology of neurotrauma. Neurotrauma: epidemiology, prevention, new technologies, guidelines, pathophysiology, surgery, neurorehabilitation. Moscow, N.N. Burdenko Neurosurgery Institute Publ., 2012. 43–47 p.

6. Foley K. T. Pedicle screw fixation of the lumbar spine. Moscow, Neurosurgery Focus Publ., 2010. 10 p.

7. Garfin S. R. Minimally invasive treatment of osteoporotic vertebral body compression fractures. Spine Journal, 2012, No. 2, pp. 76-80.

8. Hubbe U. Image guided percutaneous transpedicular screw fixation of the thoracic spine A clinical evaluation. Acta Neurochirurgica, 2011, No. 151, pp. 545-549.

9. Kim D. Y. Comparison of multifidus muscle strength percutaneous versus open pedicle screw fixation. Spine Journal, 2015, No. 30, pp.123-129.

ХУЛОСА

Х.Ч. Раҳмонов, И.М. Ризоев, Н.О. Раҳимов, Р.Н. Бердиев, У.Х. Раҳмонов

МУСТАҲКАМКУНИ ҚИСМИ КАМАРУ ЧОРБАНДИ СУТУНМҶҲРА БО УСУЛИ ТРАНСПЕДИКУЛЯРИ ҲАНГОМИ ШИКАСТИ ДЕФОРМАТСИЯШУДА

Мақсади тадқиқот. Беҳтар намудани натиҷаҳои табобати ҷарроҳии беморони гирифтори осеби сутунмӯҳра ва ҳароммағзи қисми камару чорбанди сутунмӯҳра

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Самаранокии табобати нейрочарроҳии 79 нафар беморони осеб-гирифтаи қисми камару чорбанди сутунмӯҳраро таҳлил кардем, ки дар шӯъбаи нейрохирургии №2 Муассисаи давлатии Маркази миллии тиббӣ “Шифобахш” дар базаи кафедраи ҷарроҳии асаб ва садамаҳои омехта дар солҳои 2014-2020 табобат гирифтанд. Синну соли миёнаи беморон аз 21 сола до 66 сола буд, аз он ҷумла 28 (35,50) занон ва 51 (64,5%) мардон буда, 75,5%-ро шахсони синни қобили меҳнат 30+5-ро ташкил медиҳанд

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Натиҷаҳои таҳқиқот. Механизми асосии осеби беморон инҳо буданд: афтидан аз баланди 59 (75%), садамаҳои нақлиётӣ дар роҳ (20%). Дар як силсила КТ-и сутунмӯҳра, ҳамаи беморон шикастани бада-

ни вертелебӣ, шикастагӣ-чудо шудани вертелеҳо бо фишурдани канали сутунмӯҳра муайян карда шуданд. Мо конструкцияи транспедикулярро (OSVEN а s I а «Instrument», Ҷумҳурии Эрон) бо винтҳои диаметрашон 4.0/5.5/6.0/6.5/7.5 мм истифода мебарем.

Хулоса. Мустаҳкамкунӣ бо усули транспедикулярӣ (TPF) усули самараноки мустаҳкам кардани сутунмӯҳра дар ҳолати осеби осеб аст.

Калимаҳои калиди: Деформатсияҳои осеби сутунмӯҳра, мустаҳкамкунӣ бо усули транспедикулярӣ

УДК 618.1-006.882.04-07-08

Д.Р. Сангинов¹, М.А. Сатторова², Б.А. Нуъмонова²

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НИЗКОМ И ВЫСОКОМ РИСКЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ У ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

¹ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

Сатторова Мохинисо Абдултобобовна - ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ РОНЦ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. А. Навои, 45/1, кв. 10; тел: +(992)936028884; E-mail: sattorova_2018@bk.ru

Цель исследования. Оптимизации лечения больных женщин со злокачественными трофобластическими опухолями в Республике Таджикистан.

Материалы и методы исследования. Клиническим материалом для настоящего исследования послужили данные о 118 больных со злокачественными трофобластическими опухолями, находившихся на лечении в отделении онкогинекологии и химиотерапии ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ за период 2016-2019 гг.

Результаты исследования и их обсуждение. Лечение всех пациенток начато стандартной химиотерапией первой линии, с низким риском развития резистентности опухоли в режиме метотрексат/лейковорин (Мtx/FA), при высоком риске развития резистентности опухоли в режиме ЕМА-СО, МАС и MAP. Таким образом, эффективность химиотерапии первой линии у больных со злокачественными трофобластическими опухолями составила 94%.

Выводы. Крайне важным является определение степени риска резистентности злокачественных трофобластических опухолей с целью выбора оптимального режима химиотерапии. Стандартный режим химиотерапии I линии (MTX/FA – при низком риске резистентности и ЕМА-СО, МАС и MAP при высоком риске) является высокоэффективной схемой лечения злокачественных трофобластических опухолей и может считаться режимом оптимального выбора.

Ключевые слова: злокачественные трофобластические опухоли, факторы риска, риск резистентности, оптимизация лечения, эффективность лечения.

D.R. Sanginov¹, M.A. Sattorova², B.A. Numonova²

TREATMENT OPTIMIZATION AT A LOW AND HIGH RISK OF RESISTANCE OF MALIGNANT TROPHOBLASTIC TUMORS IN WOMEN OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

¹Department of Oncology of the SEI Avicenna Tajik State Medical University

²SL «Republic Oncology scientific center» of the MHSP RT ROSC

Sattorova Mokhiniso Abdultabobovna - State Institution «Republican Cancer Research Center» of the Ministry of Health and the SZN RT RONTs; Tajikistan, Dushanbe, st. A. Navoi, 45/1, apt. ten; tel: + (992) 936028884; e-mail: sattorova_2018@bk.ru.

Aim. To optimize the treatment of patients with malignant trophoblastic tumors (MTT) in the Republic of Tajikistan.

Material and methods. The clinical material for this study was data on 118 patients with MTT treated in the

Department of Oncogynecology and Chemotherapy of the State Institution "Republican Cancer Research Center" of the MoHSP RT from 2016 to 2019.

Results discussion. Treatment of all patients started with standard first-line chemotherapy, with a low risk of developing tumor resistance in the methotrexate/leucovorin (Mtx/FA) regimen, with a high risk of developing tumor resistance in the EMA-CO, MAC, and MAP regimen. Thus, the effectiveness of first-line chemotherapy in MTT patients was 94%.

Conclusion. It is extremely important to determine the degree of risk of MTT resistance to select the optimal chemotherapy regimen. The standard line I chemotherapy regimen (MTX/FA - for low risk of resistance and EMA-CO, MAC and MAP for high risk) are highly effective MTT treatment regimens and can be considered the optimal choice regimens.

Keywords: malignant trophoblastic tumors, risk factors, risk of resistance, treatment optimization, treatment efficacy.

Актуальность. Злокачественные трофобластические опухоли (ЗТО) занимают особое место в структуре гинекологических и онкологических заболеваний. Под этим термином по классификации FIGO 2000г. объединены различные формы патологических состояний трофобласта: инвазивный пузырный занос (ИПЗ), хориокарцинома (ХК), опухоль плацентарного ложа (ОПЛ) и эпителиоидная трофобластическая опухоль (ЭТО) [1, 2]. Современная концепция трофобластических опухолей позволяет рассматривать их как два различных биологических процесса: персистенция в организме матери трофобластических клеток после завершения беременности (наблюдается после частичного или полного пузырного заноса) и трофобластическая малигнизация (инвазивный пузырный занос, хориокарцинома, опухоль плацентарного ложа, эпителиоидная трофобластическая опухоль) [4, 6-9]. Злокачественные трофобластические опухоли (ЗТО), характеризующиеся чрезвычайной

злокачественностью и способностью к быстрому отдаленному метастазированию, обладают высокой чувствительностью к противоопухолевым лекарственным препаратам, являясь моделью для химиотерапии [3, 5]. Среди онкогинекологических новообразований частота их варьируется от 0,01% до 3,6%. Республика Таджикистан является регионом высокой рождаемости и характеризуется высокой заболеваемостью ЗТО. В структуре онкогинекологических заболеваний ЗТО, в нашей стране составляет 3,6%. Несмотря на значительное улучшение ранней диагностики и лечения ЗТО за последние десятилетия в РТ системно не внедрена оптимизация лечения в зависимости от степени риска резистентности ЗТО.

Цель исследования. Оптимизации лечения больных женщин со злокачественными трофобластическими опухолями в Республике Таджикистан.

Материалы и методы исследования. Клиническим материалом для настоящего исследования

Таблица 1

Общая характеристика больных со ЗТО с низким и высоким риском развития резистентности

Характеристика больных		Число больных, n=118
Средний возраст		26 ± 1,2
Интервал между эвакуацией ПЗ и началом стандартной ХТ, нед.		9 ± 0,5
Исход предшествующей беременности	Пузырный занос	19 – 16%
	Самопроизвольный аборт	28 – 23,7%
	Искусственный аборт	36 – 30,5%
	Роды	23 – 19,4%
	Неразвивающаяся беременность	12 – 10,1%
Гистологическая верификация	Инвазивный пузырный занос	99 – 83,9%
	Хориокарцинома	19 – 16,1%
Уровень β-ХГЧ к моменту начала стандартной ХТ, мМЕ/мл		30 – 900 000
Группа риска резистентности	Низкий риск	100 – 84,7%
	Высокий риск	18 – 15,3%
Хирургическое вмешательство до обращения в РОНЦ (гистерэктомия)		5 больных

Примечание: % - от общего количество больных

послужили данные о 118 больных со злокачественными трофобластическими опухолями, находившихся на лечении в отделении онкогинекологии и химиотерапии ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ РОНЦ за период 2016-2019 гг. Проведенное исследование основано на анамнестических, клинико-лабораторных и инструментальных исследованиях больных за указанный период, с установленной степенью риска резистентности ЗТО. Возраст больных варьировал от 19 до 50 лет, составляя в среднем $26 \pm 1,2$ лет. Длительность анамнеза болезни составляла от 1 до 19 месяцев.

Общая характеристика пациенток с низким и высоким риском развития резистентности пред-

ставлена в (табл 1)

Оценивая факторы риска у больных ЗТО, мы сочли необходимым разделить их на «объективные» (возраст, предшествующая беременность, группа крови), не зависящие от уровня современных знаний и возможностей клиницистов, и «субъективные», формирование которых основано на данных клинико-диагностических исследований (интервал от последней нормальной менструации до начала специализированного лечения, максимальный размер первичной опухоли, локализация и количество метастазов, предшествующая ХТ, исходный уровень хорионического гормона (ХГ)). Зависимость степени риска резистентности от факторов риска развития опухоли приведены в табл. 2.

Таблица 2

Факторы риска развития резистентности

Факторы риска		Критерии риска резистентности			
		Низкий риск резистентности		Высокий риск резистентности	
		100		18	
		п	%	п	%
Возраст	до 39 лет	91	91	14	77,8
	>39 лет	9	9	7	38,9
Предшествующая беременность	пузырный занос	17	17	2	11,1
	аборт	70	70	6	33,3
	роды	13	13	13	72,2
Интервал*	< 4 мес.	75	75	4	22,2
	4-6 мес.	24	24	5	27,8
	7-12 мес.	1	1	6	33,3
	> 12 мес.	-	-	3	16,7
Исходный уровень β -ХГЧ	< 1000**	5	5	3	16,7
	1000-10000	12	12	2	11,1
	10000 -100000	50	50	4	22,2
	>100000	33	33	9	50
Группа крови	O(I)	27	27	4	22,2
	A(II)	37	37	7	38,9
	B(III)	22	22	5	27,8
	AB(IV)	14	14	2	11,1
Максимальный размер опухоли	<3 см	4	4	3	16,7
	3 - 5 см	81	81	2	11,1
	> 5 см	15	15	13	72,2
Локализация метастазов	влагалище	-	-	3	16,7
Количество метастазов	1 -4	-	-	4	22,2
	4-8	-	-	-	-
	>8	-	-	-	-
Предшествующая химиотерапия	моноХТ	3	3	2	11,1
	полиХТ	-	-	1	5,5

Примечание: * интервал между окончанием предыдущей беременности и началом химиотерапии; ** низкий уровень β -ХГЧ может быть при трофобластической опухоли на месте плаценты.

В соответствии с этой шкалой оценки, мы выделили 2 группы больных: 1 группа - пациентки с низким риском (до 7 баллов); 2 группа - пациентки с высоким риском резистентности (7 и более баллов).

Исследование сывороточного уровня ХГ проводилось с помощью диагностической тест-системы «β-ХГЧ ИФА II COBAS CORE» для количественного определения *in vitro* хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в сыворотке и плазме крови. За весь период лечения и мониторинга в РОНЦ 118 больным выполнено более 400 исследований сывороточного уровня ХГ.

Ультразвуковая КТ проводилась на аппарате Aplio фирмы Toshiba. За весь период лечения в РОНЦ 118 больным выполнено и проанализировано более 480 ультразвуковых исследований.

Лечение всех больных проводилось в соответствии с группой риска развития резистентности, определяемой по шкале факторов риска развития резистентности объединенной классификацией ВОЗ и ФИГО 2002 г. Оптимизация лечения предусматривала выбор схем химиотерапии первой и второй линии в зависимости от степени риска резистентности у пациенток.

Наиболее многочисленную группу больных ЗТО представляют пациентки с низким риском резистентности к химиотерапии (84,7%). При регулярном мониторинге сывороточного уровня β-ХГЧ после эвакуации ПЗ и своевременной диагностики ЗТО вероятность попадания больной в группу с высоким риском резистентности минимальна.

Из 118 больных со ЗТО, двум пациенткам с низким риском и трём с высоким риском резистентности в других лечебных учреждениях ранее выполнена гистерэктомия по поводу маточного кровотечения и с перфорацией опухолей стенки матки. При морфологическом исследовании уста-

новлен диагноз инвазивный пузырный занос и хориокарцинома. Пяти пациенткам проведены 3 профилактических курса химиотерапии, двум по схеме с Мtx/FA и троим больным с МАР (Метотрексат + Доксарубин+ Цисплатин). Лечение остальных 113 больных начато стандартной химиотерапией первой линии для ЗТО низкого риска по схеме Мtx/FA и высокого риска по схеме ЕМА-СО, МАС и МАР.

При статистической обработке полученных данных была использована компьютерная программа Statistica 5.0. Достоверность полученных результатов оценивалась с помощью доверительного коэффициента *t* (критерий Стьюдента). Различия считались достоверными при $t \geq 2$, т.е. с уровнем значимости $p < 0,05$: вероятность ошибки менее 5% или точность исследования 95%.

Результаты исследования и их обсуждение.

Лечение всех пациенток начато стандартной химиотерапией первой линии, с низким риском развития резистентности опухоли в режиме метотрексат/лейковорин (Мtx/FA), при высоком риске развития резистентности опухоли в режиме ЕМА-СО, МАС и МАР.

Полная ремиссия после первой линии химиотерапии достигнута у 111 больных (с низким у 2-ух и высоким риском – у 5 пациенток). Таким образом, эффективность химиотерапии первой линии у больных ЗТО составила 94%.

При этом для достижения маркерной ремиссии пациенткам потребовалось проведение от 1 до 4 курсов химиотерапии, в среднем 3,8 курса. Общее количество курсов (включая профилактические) варьировало от 4 до 7, составляя в среднем 5,5 курса. Таким образом, уровень β-ХГЧ нормализовался в среднем через 7,5 недели, а весь период лечения занял от 8 до 20 недель – в среднем 3,5 месяца (табл. 3).

Таблица 3

Эффективность химиотерапии у больных с ЗТО в зависимости от стадии заболевания и степени риска (FIGO)

Стадия FIGO	Количество пациенток	Низкий риск		Высокий риск	
		Излечены с помощью ХТ I линии	Излечены с помощью ХТ I и II линии	Излечены с помощью ХТ I линии	Излечены с помощью ХТ I и II
Всего	118	99-83,9%	2-1,7	9-7,6%	6-5%
I	106-89,8%	99-93,4%	2-1,9%	4-3,8%	1-0,9%
II	7-5,9%	-	2-28,6%	4-57,1%	1-14,3%
III	3-2,54%	-	-	1-33,3%	2-66,7%
IV	2-1,7%	-	-	-	2-100%

Примечание: % - от общего количество больных

Наблюдение за больными с низким риском резистентности после получения двух курсов химиотерапии первой линии выявило у семерых больных появление резистентности к химиотерапии, выражающееся в том, что показатели β -ХГЧ незначительно снизились или оставались высокими. После идентификации резистентности согласно алгоритму диагностики, вновь определяли риск резистентности с целью выбора режима химиотерапии II линии. Установлено, что у двух пациенток риск резистентности оставался низким, в связи с чем проведена химиотерапия II линии по схеме метатрексат + лейковорин (MTX +FA) + цисплатин, а пятерым пациенткам с высоким риском резистентности проведена химиотерапия II линии по схеме ЕМА-ЕР, КАМ и КАС, вследствие чего были получены хорошие результаты.

Две больные, в связи с высокими показателями β -ХГЧ после проведенной химиотерапии (I и II линии) с профилактической и лечебной целью, подверглись оперативному вмешательству – экстирпации матки с придатками, одной из них одновременно произведена атипичная резекция VII–VIII сегментов печени (метастазэктомия).

Длительность наблюдения после окончания лечения составляет от 5 месяцев до 3 лет. Все пациентки живы и здоровы. У 30 (25%) женщин родились здоровые дети через 1,5–2 года после окончания лечения, т.е. проведенное лечение не повлияло на репродуктивную функцию женщин.

Заключение. Крайне важным является определение степени риска резистентности ЗТО с целью выбора оптимального режима химиотерапии. Стандартный режим химиотерапии I линии (MTX/FA – при низком риске резистентности и ЕМА-СО, МАС и МАР при высоком риске) являются высокоэффективными схемами лечения ЗТО и могут считаться режимами оптимального выбора. Данный подход технически легко выполним, экономически выгоден и, не снижая качества жизни больных, дает быстрый клинический эффект. Знание основных клинических проявлений и современные методы лечения ЗТО должны быть известны акушер-гинекологами и семейным врачам.

ЛИТЕРАТУРА

(см. пп. 6–10 в References)

1. Аль-Шукри С.Х. Доброкачественные новообразования уретры у женщин / С.Х. Аль-Шукри, М.Н. Слесаревская, И.В. Кузьмин // Вестник Авиценны. 2020. Т. 22. № 3. С. 459–468.
2. Козаченко В.П. Клиническая онкогинекология/В.П.

Козаченко // руководство для врачей. М.: Бином; -2016. -С. 424

3. Мещерякова Л.А. Трофобластическая болезнь/Л.А. Мещерякова, А.Д. Каприн, Л.А. Ашрафян, И.С. Стилиди // Онкогинекология. Национальное руководство. М.: ГЭ-ОТАР-Медиа; -2019: -С. 273–93.

4. Невожай Д.В. Современные представления о механизме противоопухолевого действия метотрексата и устойчивости к нему/Д.В. Невожай, Р. Будзыньская, У. Каньская, М. Ягелло, Я. Боратынский // Pacific Med. J. - 2006. - №4. – С.12–16;

5. Цип Н.П. Химиотерапия при трофобластических опухолях, развивающихся после эвакуации пузырного заноса/Н.П. Цип // Онкология. -Т.-2015.\-№3.-С. 252–254.

REFERENCES

1. Al-shukri S. Kh. Benign urethral neoplasms in women.
2. Kozachenko V. P. Klinicheskaya onkoginekologiya. Rukovodstvo dlya vrachey [Clinical Oncogynecology. A Guide for Physicians]. Moscow, Binom Publ., 2016. 424 p.
3. Meshcheryakova L. A. Trofoblasticheskaya bolezni. Onkoginekologiya. Natsionalnoe rukovodstvo [Trophoblastic disease. Oncogynecology]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2019. 273–293 p.
4. Nevozhay D. V. Sovremennyye predstavleniya o mekhanizme protivopukholevogo deystviya metotreksata i ustoyчивosti k nemu [Current understanding of the mechanism of antitumor action and resistance to methotrexate]. Pacific journal of medical sciences, 2006, No. 4, pp. 12–16;
5. Tsip N. P. Khimioterapiya pri trofoblasticheskikh opukholyakh, razvivayushchikhsya posle evakuatsii puzynnogo zanosa [Chemotherapy for trophoblastic tumors developing after evacuation of the bulla]. Onkologiya - Oncology, 2015, No. 3, pp. 252–254.
6. Chapman-Davis E., Hoekstra A. V., Rademaker A.W., Schink J.C., Lurain J.R. Treatment of nonmetastatic and metastatic low-risk gestational trophoblastic neoplasia: factors associated with resistance to single agent methotrexate chemotherapy. Gynecologic Oncology, 2012, No. 125 (3), pp. 572–575.
7. Goldstein D. P., Berkowitz R. S. Current management of gestational trophoblastic neoplasia. Hematology/Oncology Clinics of North America, 2012, No. 26 (1), pp. 111–131.
8. Lybol C., Sweep F.C.G.J., Harvey R., Mitchell H., Short D., Thomas C.M.G. et al. Relapse rates after two versus three consolidation courses of methotrexate in the treatment of low-risk gestational trophoblastic neoplasia. Gynecologic Oncology, 2012, No. 125 (3), pp. 576–579.
9. Salerno A. The incidence of gestational trophoblastic disease in Italy: a multicenter study. Journal of Reproductive Medicine, 2012, No. 57 (5–6), pp. 204–206.
10. Seckl M. J., Sebire N. J., Fisher R. A. et al. Gestational trophoblastic disease: ESMO clinical practice guidelines. Annals of Oncology, 2015, Vol. 24, Suppl. 6, pp. vi39–vi50.

ХУЛОСА

Д.Р. Сангинов, М.А. Сатторова,
Б.А. Нуъмонова

**САМАРАНОКТАРИН ТАБОБАТ
ДАР ХАВФИ ПАСТ ВА БАЛАНДИ
МУҚОБИЛИЯТИ ОМОСҲОИ БАДСИФАТИ
ТРОФОБЛАСТИКӢ ДАР ЗАНОНИ
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

Мақсади тадқиқот. Таҳлили арзёбии хавфи муқовимат бо мақсади оптимизатсияи табобати беморони гирифтори хавфи паст ва баланди муқовимати омосҳои бадсифати трофобластикӣ дар занони Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Маводи клиникӣ барои ин тадқиқот маълумот дар бораи 118 нафар беморони гирифтори омосҳои бадсифати трофобластикӣ буд, ки дар шуъбаи онкогинекология ва химиотерапияи Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ» ВТ ҲИА МҶИС дар давраи солҳои 2016-2019-ум табобат гирифтанд.

Натиҷаи тадқиқот. Табобати ҳамаи беморон бо химиотерапияи стандартӣ ҳатти якӯм, бо хавфи пасти пайдоиши муқовимати омос дар

нақшаи метотрексат/лейковорин (Mtx/FA), бо хавфи баланди пайдоиши муқовимати омос бошад, дар нақшаи ЕМА-СО, МАС ва МАР оғоз ёфт. Ҳамин тариқ, самаранокии химиотерапияи дараҷаи аввал дар беморони ОБТ 94%-ро ташкил дод. Пас аз муайян кардани муқовимат аз рӯи алгоритми ташхис, хавфи муқовимат барои интиҳоби речаи химиотерапияи ҳатти II дубора муайян карда шуд. Муайян карда шуд, ки дар ду бемор хавфҳои муқовимат паст боқӣ мондаанд ва аз ин рӯ тибқи нақшаи метотрексат + лейковорин (MTX + FA) + цисплатин химиотерапияи ҳатти II гирифтанд ва се нафар беморони дорои ҳатари муқовимат баланд дошта аз рӯи нақшаи ЕМА-ЕР, КАМ ва КАС гирифтанд, ки дар ҳулоса натиҷаҳои хуб ба даст оварда шуд.

Ҳулоса. Барои интиҳоби нақшаи самараноктарин кимиёдармонӣ ба беморони ОБТ, муайян кардани дараҷаи ҳатарӣ муқовимати ниҳоят муҳим аст. Режими стандартӣ химиотерапияи ҳатти I (MTX/FA - ҳангоми хавфи пасти муқовимат ва ЕМА-СО, МАС ва МАР дар хавфи баланд) речаҳои табобати ОБТ мебошанд ва метавонанд речаи интиҳоби самараноктарин ҳисобида шаванд.

Калимаҳои калидӣ: омосҳои бадсифати трофобластикӣ, омилҳои хавф, хавфи муқовимат, самараноктарин табобат, самаранокии табобат.

УДК 614.61.616-01/099

Шодихон Джамшед¹, З.Х. Абдурахмонова², Ш.З. Набиева¹, М.С. Косимова¹

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С
ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

²ГУ «Республиканский детский реабилитационный центр»

Шодихон Джамшед - зам министра здравоохранения и социальной защиты населения РТ; Тел.: (+992)936006821, E-mail: daryolav-0791@mail.ru.

Цель исследования. Совершенствование медицинской помощи детям с перинатальным поражением нервной системы.

Материалы и методы исследования. Была проведена оценка индивидуальных карт реабилитации 298 детей с центра ранней медико-социальной реабилитации детей с поражением нервной системы.

Результаты исследования и их обсуждение. Оценка основных параметров ЭЭГ проводилась в соответствии с возрастом ребенка и с учетом основных этапов формирования биоэлектрической активности мозга детей с ДЦП. Биоэлектрическая активность головного мозга не соответствовала возрастной норме, имела нарушения разной степени и те или иные патологические признаки.

Заключение. Комплексный подход врача функциональной диагностики, психолога, педагога-дефектолога и логопеда, как составная часть комплексного реабилитационного процесса, дает возможность улучшить эффективность медицинской помощи детям с перинатальным поражением нервной системы.

Ключевые слова: дети, лечение, перинатальная патология, медико-социальное реабилитация.

Shodikhon Jamshed¹, Z.Kh. Abdurakhmonova², Sh.Z. Nabieva¹, M.S. Qosimova¹

IMPROVEMENT OF MEDICAL CARE FOR CHILDREN WITH PERINATAL LESION OF THE NERVOUS SYSTEM

¹SI “Republican Scientific Clinical Center of Pediatrics and Children’s Surgery”

²SI “Republican Children’s Rehabilitation Center”

Shodikhon Jamshed - Deputy Minister of Healthcare and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, Tel: 93 600 68 21, daryolav-0791@mail.ru.

Aim. To improve the medical care for children with a perinatal lesion of the nervous system.

Materials and methods. The assessment of individual rehabilitation cards of 298 children with lesions of the nervous system in the center for early medico-social rehabilitation.

Results and its discussions. Evaluation of the main EEG parameters was performed following the age of a child, taking into account the main stages of formation of bioelectrical activity of the brain of children with cerebral palsy. The bioelectrical activity of the brain did not correspond to the age norm, had disorders of varying degrees and some or other pathological signs.

Conclusion. An integrated approach in a work of a functional diagnostics doctor, psychologist, defectologist, and speech therapist, is an integral part of a comprehensive rehabilitation process. It improves the effectiveness of medical care for children with perinatal pathology and helps to improve the quality of life not only for the patients themselves but also for their families.

Keywords: children, treatment, perinatal pathology, modern aspects.

Актуальность. Проблема реабилитации детей с органическим перинатальным поражением нервной системы (ППНС) является актуальной и социально значимой. Целью реабилитации является улучшение качества жизни и максимальная социальная адаптация детей-инвалидов в обществе [2, 4]. При разработке индивидуальной программы реабилитации необходимо учитывать наличие сопутствующей соматической патологии, ассоциированных синдромов в виде сенсорных нарушений, эпилептического синдрома, когнитивной недостаточности, ортопедических осложнений [3].

Основные причины ограничивающие возможности детей это: патологии центральной нервной системы - 32,2%; психические расстройства - 11,9%; болезни органов чувств - 13,9%; заболевания опорно-двигательного аппарата - 14,6% [1, 2, 4].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 140 миллионов детей во всем мире являются детьми-инвалидами, у 5% новорожденных имеются врожденные аномалии развития [6].

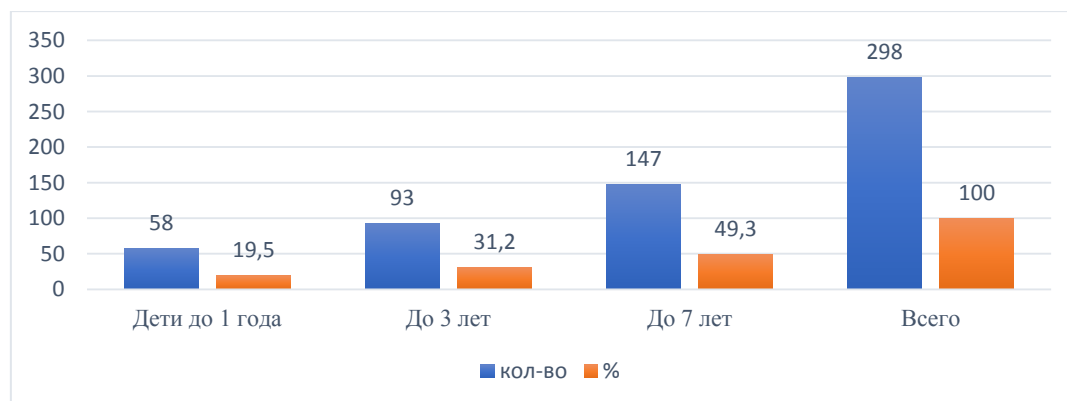
В детском возрасте двигательные нарушения чаще всего встречаются при ДЦП. ДЦП является одной из наиболее частых причин детской инвалидности и его распространенность в Европе составляет 2-3 ребенка на 1000 живых новорожденных. Создание европейского реестра детей с ЦП

в 1998 году (SCPE - The Surveillance of Cerebral Palsy in Europe) подтверждает актуальность данной проблемы и необходимость развития различных исследований в этой области с целью улучшения реабилитации детей с ДЦП. Кроме того, двигательные нарушения у детей часто возникают вследствие инфекционного поражения головного мозга (менингиты, энцефалиты), острого нарушения мозгового кровообращения, врожденных пороков развития головного мозга, травм головного мозга.

В структуре инвалидности детей Таджикистана в настоящее время являются: психические расстройства - 23,7%; болезни нервной системы - 21%; врожденные аномалии развития - 18,5% [1, 2, 4]. Актуальность изучения данной проблемы определяется социально-экономическим и моральным ущербом вследствие инвалидизации населения [3, 5, 8].

Цель исследования. Совершенствование медицинской помощи детям с перинатальным поражением нервной системы.

Материалы и методы исследования. Была произведена оценка индивидуальных реабилитационных карт 298 детей, с которыми, за 2019 год, была проведена психолого-педагогическая и медико-социальная работа в центре ранней медико-социальной реабилитации детей с поражением нервной системы (рис.1.).



Примечание: % от общего количество больных.

Рисунок 1. Распределение больных по возрасту

Все обследуемые дети осматривались со стороны специалистов центра (педиатром, неврологом, врачом функциональной диагностики и ЛФК), после чего составлялась индивидуальная программа реабилитации, которая состояла из медикаментозной терапии (базовая восстановительная терапия) и социальной реабилитации: социально-психологическая (арт-терапия); социально-педагогическая и социально-логопедическая (коррекционные и групповые занятия, артикуляционная гимнастика, логопедический массаж). Детям до года провели только консультативную помощь.

С помощью шкалы оценки психического развития Мановой-Томовой оценивали психологическое развитие детей от 1 до 3 лет, у детей старше 3 лет применялась шкала интеллекта Векслера (WISC). Оценка состояния произвольной вербальной памяти производили методом Лурия А.Р.

Речевое развитие проводилось по общей схеме

логопедического обследования с оценкой состояния речевой активности, понимания обращенной речи, состояния артикуляционного аппарата и речевое дыхание.

Биоэлектрическую активность головного мозга регистрировали с помощью 19-канального компьютерного электроэнцефалографа «Нейрософт» и «Нейрон-спектр 3» (Иваново, Россия). Регистрация биопотенциалов проводилась по международной системе 10-20 с применением чашечных электродов, которые фиксировались на обезжиренной коже резиновым шлемом, и референтного ушного электрода. ЭЭГ регистрировалась в биполярной системе отводов. Запись производилась в затемненном помещении в идентичных условиях со скоростью 30 мм/с. Для детей старше 3 лет, как функциональная нагрузка, использовалась гипервентиляция и ритмическая фотостимуляция.

На основе результатов тестирования, 158 детей



Примечание: % от общего количество больных.

Рисунок 2. Изменения ЭЭГ у детей с ДЦП

нуждались в психологической помощи, 94 детей - в логопедической, а 81 ребенок нуждался в педагого-дефектологе.

Результативность комплексных индивидуальных программ социальной реабилитации оценивали по показателям динамики речевого развития, внимания, логического мышления, поведения и адаптации в коллективе.

Статистическая обработка материала производилась с использованием ПО Microsoft Office 2013.

Результаты исследования и их обсуждение. Оценка основных параметров ЭЭГ проводилась в соответствии с возрастом ребенка и с учетом основных этапов формирования биоэлектрической активности мозга ребенка. Проведенный анализ фоновых ЭЭГ показал, что до начала комплексной реабилитации у всех детей с ДЦП биоэлектрическая активность головного мозга не соответствовала возрастной норме, имела нарушения разной степени и те или иные патологические признаки. Задержка созревания коркового биоэлектrogenеза составляла 44,9%, доминирование неспецифических подкорковых структур в виде усиления мощности медленно-волновой части спектра - 36,8%, и ирритация коры и срединных структур в виде доминирования быстро-волновой бета активности на ЭЭГ у 18,30% (рис. 2).

Методиками реабилитационной психологии, в комплексной индивидуальной программе реабилитации с помощью психологических методов, было направлено на восстановление и коррекцию работы функциональных систем организма. Основной целью вышеназванной методики является

приспособление ребенка к окружающей среде и улучшение качества жизни.

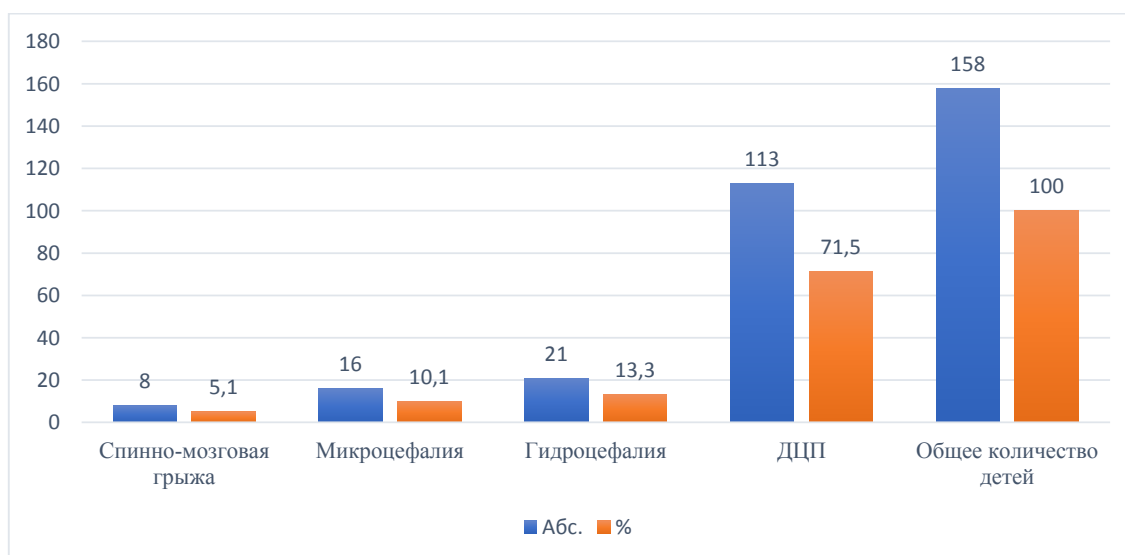
Основным методом терапии является арт-терапия (изотерапия) — это психологическая коррекция с помощью творчества и искусства. Психологическую помощь получили 158 детей.

Профессиональный опыт показывает, что для психологической коррекции с помощью арт-терапии нужно учитывать: возраст детей, индивидуальные свойства их личности и степень зрелости всех функциональных систем. Со всеми обследуемыми детьми проведены как индивидуальные, так и групповые занятия.

Было отмечено, что в структуре заболеваемости детей преобладает ДЦП (рис. 3).

Надо отметить, что при всех нозологиях доминирующим симптомом была задержка эмоционального и психо-речевого развития. Наиболее высокоэффективным методом терапии детей с задержкой речевого и психического развития считается арт-терапевтические методики – создание фигур на войлочной доске, рисунков с использованием шаблонов и наклеек, общий рисунок ребенка и психолога, которые улучшают мотивацию к занятиям, внимание, память, процессы мышления и повышают самооценку ребенка. На основе проведенной арт-терапии у более чем 80% детей усиливалась экспрессивная речь, отмечалось улучшение процессов мышления и постоянно повышался интерес к занятиям.

Необходимо отметить, что одним из важных методов в реабилитационной психологии, в частности арт-терапии, является проведение групповых



Примечание: % от общего количество больных.

Рисунок 3. Структура заболеваемости детей, получавших психологическую помощь

занятий (куклотерапия). Кукла в данном методе выступает посредником между ребёнком и корректирующим взрослым. Данный метод почти у всех обследуемых детей улучшает настроение, усиливает мотивацию к занятиям и лечебным процедурам, углубляет самопознание и коммуникацию с другими детьми. К групповым методам арт-терапии относятся: воспроизведение с помощью кукол сюжетов известных сказок. Позитивное влияние коррекционной терапии в индивидуальной программе реабилитации подтверждают исследования, проведенные на базе детского клинического реабилитационного санатория: у детей с ДЦП улучшалась слухоречевая и двигательная память, отмечалась позитивная динамика двигательного праксиса.

Основным симптомом неврологической патологии было расстройство или задержка речевого развития. В связи с этим одной из важных мер, составляющая комплексную программу реабилитации, являлся тандем педагога-дефектолога и логопеда. Логопедическая коррекция включала в себя развитие и коррекцию речи, стимуляция голосовых реакций, нормализация тонуса мышц артикуляционного аппарата, потребности в общении. В процессе работы логопеда основное внимание было обращено на стимуляцию сенсорных функций и мелкой моторики пальцев рук, поскольку нарушение речи влияет на всестороннее развитие ребенка. В 2019 г. логопедическую помощь получили 94 ребенка, среди которых 55 (58,5%) — это дети с ограниченными возможностями.

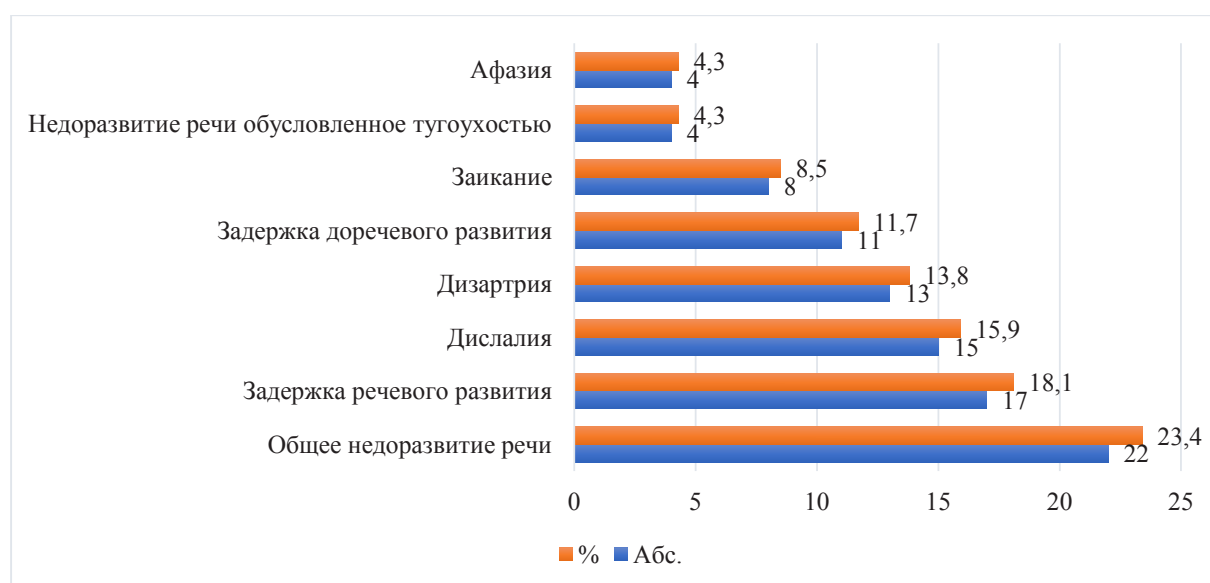
В основном помощь получали дети с диагнозом ДЦП, а главным синдромом стали задержка речевого развития, общее недоразвитие речи (рис.4).

В результате проведенных комплексных мероприятий отмечалось улучшение и приобретение новых двигательных функций в органах артикуляции, улучшении мышечного тонуса и артикуляционного аппарата, благодаря чему речь становилась более внятной и четкой. После проведения групповых занятий у более чем 85% детей формировалось ощущение спокойного пребывания в коллективе, приспособление друг к другу и к медицинскому персоналу, уменьшился страх разлуки с матерью, улучшилось осознание собственного тела и пространственной ориентации.

Следовательно, включение логопедической реабилитации к общему курсу восстановительного лечения способствует снижению количества диагнозов задержки психо-речевого развития более чем в 30% случаев.

Позитивное совместное применение нескольких методов влияния (рефлексотерапия, медикаментозное лечение, биологически-обратная связь с логопедическими коррекциями) наблюдалось у больных с ДЦП и последствиями ППНС с ведущим синдромом алалии, без значительных двигательных нарушений. исходя из этого, применение такого курса лечения позволило улучшить звукопроизношение практически у всех детей и улучшить показатели интеллектуальных и амнестических процессов у половины больных детей.

Для улучшения речи и процессов мышления,



Примечание: % от общего количество больных.

Рисунок 4. Основные синдромы нарушения речи у детей

специальные занятия вёл педагог-дефектолог. За 2019 год педагог оказал помощь 81 ребёнку, из них 1-3 годовалых было 29 детей, 3-7 летних было 52 ребёнка. Задержка речевого и сенсорного развития являлось основным синдромом (56,8%). Основное внимание во время занятий с детьми уделялось на развитие сенсорных способностей, внимания и навыков учебной деятельности. С помощью применяемых методов, у детей отмечалось освоение основных цветов (22%), увеличение словарного запаса (17%), освоение классификации предметов (11%), улучшение зрительной и слуховой памяти (8%), развитие мелкой моторики (6%), развитие логического мышления (5%), улучшение концентрации внимания (2,5%).

Выводы.

1. Проведенная совместная работа психолога, педагога-дефектолога и логопеда является частью комплексного реабилитационного процесса, значительно улучшающее результаты проводимого лечения.

2. Комплексный подход работа врача функциональной диагностики, психолога, педагога-дефектолога и логопеда, дает возможность улучшить эффективность медицинской помощи детям с ППНС.

3. Критерием оценки эффективности комплексного лечения и реабилитации детей с ППНС являются инструментальные методы исследования.

ЛИТЕРАТУРА

(пп-см 8. в REFERENCES)

1. Аминов Х.Д. Важность ранней диагностики у детей с ограниченными возможностями, реабилитация и педагогическая коррекция /Х.Д. Аминов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2015. С. 12-15.

2. Бруйков А.А. Изменения в нервно-мышечном аппарате у детей с детским церебральным параличом под влиянием фиксационного массажа и онтогенетической гимнастики / А.А. Бруйков, А.В. Гулин // Вестник Авиценны. 2011. № 3 (48). С. 126-129.

3. Волокитин А.С. Воздействие иппотерапии на нервно-мышечный аппарат организма детей со спастической диплегией / А.С. Волокитин, А.А. Бруйков, А.В. Гулин // Вестник Авиценны. 2015. № 1 (62). С. 116-121.

4. Вохидов А.В. Состояние здоровья и медико-социальные проблемы детей и подростков Таджикистана /А.В. Вохидов, С.Б. Джобирова // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2012. №3. С.20-29.

5. «Здоровье населения», Республиканский центр медицинской статистики и информации МЗ РТ, 2017 г. 120 с.

6. Салимзода Н.Ф. Охрана и укрепление здоровья детей Таджикистана в свете реализации целей развития тысячелетия /Н.Ф. Салимзода, Л.С. Бобоходжаева, Ш.Р. Рахматуллоев, А.В. Вохидов // Здравоохранение Таджикистана. 2015. №1. С.14-22.

7. Ходжаева А.Р., Диагностика и хирургическое лечение синдрома верхней грудной апертуры /А.Р. Ходжаева, З.Н. Набиев, И.И. Сулаймонов // Вестник Таджикского национального университета 2015. №2. С. 142-146.

REFERENCES

1. Aminov Kh. D. Vazhnost ranney diagnostiki u detey s ogranichennymi vozmozhnostyami, reabilitatsiya i pedagogicheskaya korrektsiya [The importance of early diagnosis in children with disabilities, rehabilitation and pedagogical correction]. *Pediatrics and Pediatric Surgery in Tajikistan*, 2015, pp. 12-15.

2. Bruikov A.A. Changes in neuromuscular apparatus in children with cerebral spastic infantile paralysis under influence of fixing massage and ontogenetic gymnastics

3. Volokitin A.S. Hippotherapy effect on neuromuscular apparatus of body children with spastic diplegia.

4. Vokhidov A. V. Sostoyanie zdorovya i mediko-sotsialnye problemy detey i podrostkov Tadjikistana [Health Status and Medical and Social Problems of Children and Adolescents in Tajikistan]. *Pediatrics and Pediatric Surgery in Tajikistan*, 2012, No. 3, pp. 20-29.

5. Respublikanskiy tsentr meditsinskoy statistiki i informatsii MZ RT. Zdorove naseleniya [Public health]. Dushanbe, 2017, 120 p.

6. Salimzoda N. F. Okhrana i ukreplenie zdorovya detey Tadjikistana v svete realizatsii tseyey razvitiya tysyacheletiya [Protecting and strengthening the health of children in Tajikistan in light of the Millennium Development Goals]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2015, No. 1, pp.14-22.

7. Khodzhaeva A. R., Diagnostika i khirurgicheskoe lechenie sindroma verkhney grudnoy apertury [Diagnosis and surgical treatment of upper thoracic aperture syndrome]. *Vestnik Tadjikskogo natsionalnogo universiteta – Herald of Tajik national university*, 2015, No. 2, pp. 142-146.

8. McQuillen, P. S. Perinatal subplate neuron injury: implications for cortical development and plasticity. *Brain Pathology*, 2015, Vol. 15, No. 3, pp. 250-260.

ХУЛОСА

Шодиҳон Чамшед, З.Х. Абдурахмонова,
Ш.З. Набиева, М.С. Қосимова

БЕҲТАР НАМУДАНИ ҒАМХОРИИ ТИББӢ
БА КӮДАКОН БО ТАЛАФИ СИСТЕМАИ
ПЕРИНАТАЛИИ АСАБ

Мақсади тадқиқот. Такмили ёрии тиббӣ ба кӯдакони дорои перинаталӣ системаи асаб.

Мавод ва услубҳои тадқиқот. Арзёбии қорҳои барқароркунии инфиродӣ ва қори мураккаби психологӣ, педагогӣ ва тиббию иҷтимоӣ дар мар-

кази барқарорсозии барвактии тиббӣ ва иҷтимоии кӯдакон 298 кӯдаки осебдидаи системаи асаб таҳлил карда шуданд.

Натиҷаи тадқиққа муҳокимаи онҳо. Арзёбии параметрҳои асосии муоинаи ЭЭГ мувофиқи синну соли кӯдак, бо назардошти марҳилаҳои асосии ташаккули фаъолияти биоэлектрикии мағзи сари кӯдак сурат гирифтааст. Таҳлили заминаи ЭЭГ нишон дод, ки пеш аз оғози барқарорсозии комплексӣ дар ҳамаи кӯдакони гирифтори фалачи мағзи сар, фаъолияти биоэлектрикии майна ба меъёри синну сол мувофиқат намекард, онҳо нуксонҳои дараҷаи

гуногун ва аломатҳои муайяни патологӣ доштанд.

Хулоса. Усули интегралӣ, кори табиби функционалии ташҳиси функционалӣ, равоншинос, муаллим-дефектолог ва логопед, ҳамчун чӯзи ҷудонашавандаи раванди барқарорсозии мукамал имкон медиҳад, ки самаранокии ёрии тиббӣ барои кӯдакони гирифтори вайроншавии перинаталӣ, баланд бардоштани сифат зиндагӣ на танҳо барои худи беморон, балки барои аъзои оилаи онҳо, низ лозим аст.

Калимаҳои асосӣ: кӯдакон, табобат, вайроншавии перинаталӣ, ташҳисҳои муосир.

УДК 618.5-07-08-039.71(470.325)

У.Г. Шокирова¹, С.П. Пахомов¹, О.П. Лебедева¹, А.С. Устюжина², А.В. Матросова¹

ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ДИСКООРДИНАЦИЕЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

¹*Кафедра акушерства и гинекологии Белгородского государственного национального исследовательского университета (НИУ «БелГУ») г. Белгород*

²*ОГБУЗ БОКБ Святителя Иоасафа (Россия)*

Шокирова Умеда Гайбуллоевна - ассистент кафедры акушерства и гинекологии НИУ «БелГУ». Тел.: +79155645658; E-mail: umeda.sh@mail.ru

Цель исследования: изучение особенностей течения второй половины беременности, влияющих на развитие дискоординации родовой деятельности.

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 236 женщины, которые были разделены на 2 группы. Группу 1 составили женщины, у которых роды осложнились дискоординацией родовой деятельности (N=96). Группу 2 составили женщины, у которых роды протекали без осложнений (контрольная, N=140).

Результаты исследования и их обсуждение. У женщин с дискоординацией родовой деятельности во второй половине беременности отмечалось более частое развитие многоводия ($14,58 \pm 3,60\%$ против $5,71 \pm 1,96\%$, $p < 0,05$), хронической маточно-плацентарной недостаточности ($44,79 \pm 5,08\%$ против $20,00 \pm 3,38\%$, $p < 0,05$), хронической внутриутробной гипоксии плода ($23,96 \pm 4,36\%$ против $12,86 \pm 2,83\%$, $p < 0,05$), умеренной преэклампсии ($31,25 \pm 4,73\%$ против $10,71 \pm 2,61\%$, $p < 0,05$). Чаще встречались инфекции, передаваемые половым путем ($6,25 \pm 2,47\%$ против $0,71 \pm 0,71\%$, $p < 0,05$) и сочетание нескольких видов осложнений ($54,17 \pm 5,09\%$ против $13,57 \pm 2,89\%$, $p < 0,05$).

Заключение. В результате данного исследования выявлено, что у женщин с дискоординацией родовой деятельности, уже во второй половине беременности имели место некоторые изменения в лабораторных и клинических показателях, которых можно использовать при построении индивидуального прогноза развития данного осложнения родов.

Ключевые слова: дискоординация родовой деятельности, аномалии родовой деятельности, течение беременности

U.G. Shokirova¹, S.P. Pakhomov¹, O.P. Lebedeva¹, A.S. Ustyuzhina², A.V. Matrosova¹

CHARACTER OF THE COURSE OF THE SECOND HALF OF PREGNANCY IN WOMEN WITH LABOR DYSTOCIA

¹*Department of Obstetrics and Gynecology of the Belgorod National Research University (Belgorod)*

²*Belgorod Regional Clinical Hospital of St. Joasaph (Russia)*

Shokirova Umeda Gaibulloevna - Assistant at the Department of Obstetrics and Gynecology, BelSU. tel: +79155645658; e-mail: umeda.sh@mail.ru

Aim. To study the features of the course of the second half of pregnancy, influencing the development of labor dystocia.

Materials and methods. In total, 236 women were examined. They were divided into 2 groups. Group 1 consisted of women whose labor was complicated by labor dystocia ($N=96$). Group 2 consisted of women in whom childbirth proceeded without complications (control, $N=140$).

Results. In women with labor dystocia in the second half of pregnancy has been a more frequent development of polyhydramnios ($14.58 \pm 3.60\%$ versus $5.71 \pm 1.96\%$, $p < 0.05$), chronic uteroplacental insufficiency ($44.79 \pm 5.08\%$ versus $20.00 \pm 3.38\%$, $p < 0.05$), chronic intrauterine fetal hypoxia ($23.96 \pm 4.36\%$ versus $12.86 \pm 2.83\%$, $p < 0.05$), moderate preeclampsia ($31.25 \pm 4.73\%$ versus $10.71 \pm 2.61\%$, $p < 0.05$). Sexually transmitted infections were more common ($6.25 \pm 2.47\%$ versus $0.71 \pm 0.71\%$, $p < 0.05$) and a combination of several types of complications ($54.17 \pm 5.09\%$ versus $13.57 \pm 2.89\%$, $p < 0.05$).

Conclusion. As a result of this study, it was revealed that in women with labor dystocia, already in the second half of pregnancy, there were some changes in laboratory and clinical parameters, which can be used to build an individual prognosis for this complication in a labor.

Keywords: labor dystocia, abnormalities of labor, course of the pregnancy.

Актуальность. Репродуктивное здоровье в демографической политике России занимает важный аспект и зависит от уровня материнской, младенческой смертности и качества системы родовспоможения. Развитие дискоординации родовой деятельности повышает показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [6; 7; 10;], что говорит об актуальности изучения данной проблемы.

Согласно данным литературы, дискоординация родовой деятельности встречается в 1-3% случаев [1; 8;].

Среди показаний к операции кесарево сечение дискоординация родовой деятельности занимает одно из первых мест. Ее развитие может привести к более высокой частоте перинатальных осложнений и потерь [9; 11; 12].

Развитие данного осложнения в родах оказывает неблагоприятное влияние на состояние здоровья матери и плода. Дискоординация родовой деятельности является фактором риска послеродовых гипотонических кровотечений, послеродовых гнойно-септических заболеваний, родовых травм, гипоксии и гибели плода [7; 9; 13], что в свою очередь может оказать отрицательное влияние на здоровье женщин и новорожденных.

На сегодняшний день нет достаточно эффективных способов прогнозирования данного осложнения родов.

Цель исследования. Изучение особенностей течения второй половины беременности, влияющих на развитие дискоординации родовой деятельности.

Материалы и методы исследования. На базе

Белгородского перинатального центра областной клинической больницы Святителя Иоасафа за период с 2014 по 2018 гг. всего обследовано 236 женщины, которые были разделены на 2 группы.

Группу 1 составили женщины, у которых роды осложнились дискоординацией родовой деятельности ($N=96$). Группу 2 составили женщины, у которых роды протекали без осложнений (контрольная, $N=140$).

Для данного исследования использовали методы: анкетирование общеклинические методы, биохимическое исследование крови беременных, методы стандартной и многомерной статистики.

В стандартных прикладных программных пакетах: Excel-2010 (Microsoft Office 2010, Версия: 14.0.4760.1000; номер продукта: 02260-556-2776067-48038), Statistika 5.5 (Statsoft, Serial№AX908A290603AL) создавали и проводили обработку базы данных и многомерный статистический анализ.

Результаты исследования и их обсуждение. Задачей настоящего исследования являлось изучение особенности течения второй половины беременности у женщин с дискоординацией родовой деятельности.

Осложнения второй половины беременности женщин с дискоординацией родовой деятельности представлены на рисунке 1.

Количество женщин, у которых вторая половина беременности протекала без осложнений, в первой группе было меньше, чем в контрольной: $10,42 \pm 3,12\%$ против $22,86 \pm 3,55\%$, ($OR=0,39$; $p < 0,05$).

Чаще женщины группы с дискоординаци-



Рисунок 1. Осложнения второй половины беременности у женщин с дискоординацией родовой деятельности

ей родовой деятельности достоверно страдали умеренной преэклампсией: $31,25 \pm 4,73\%$ против $10,71 \pm 2,61\%$, ($OR=3,78$; $p<0,05$). У беременных в группе с дискоординацией родовой деятельности важным являлось значительное увеличение частоты хронической внутриутробной гипоксии плода (ХВУГ), которая составила $23,96 \pm 4,36\%$, а в контрольной $12,86 \pm 2,83\%$ ($OR=2,14$; $p<0,05$).

Многоводием осложнилось течение второй половины беременности у $14,58 \pm 3,60\%$ женщин основной группы и $5,71 \pm 1,96\%$ - контрольной ($OR=2,82$; $p<0,05$).

У женщин группы с дискоординацией родовой деятельности достоверно чаще отмечалась хроническая маточно-плацентарная недостаточность (ХМПН) - $44,79 \pm 5,08\%$, а в контрольной

Таблица 1

Показатели общего анализа крови до родов у женщин с дискоординацией родовой деятельности

Показатели	Дискоординация родовой деятельности 2 группа (N=96)		Контроль 4 группа (N=140)		t-value	p	F-ratio σ^2	p σ^2
	Mx	$\pm\sigma$	Mx	$\pm\sigma$				
Эритроциты, $\cdot 10^{12}/л$	3,92	0,40	3,93	0,38	0,07	0,93	1,08	0,66
Гемоглобин, г/л	116,99	11,25	118,89	12,58	-1,18	0,23	1,24	0,24
Гематокрит, л/л	0,35	0,04	0,35	0,02	-1,21	0,22	2,73	0,05
Лейкоциты, $\cdot 10^9/л$	10,99	3,30	10,95	5,88	0,05	0,95	3,17	0,00
Цветовой показатель	0,89	0,11	0,89	0,06	-0,19	0,84	3,20	0,00
Базофилы, $\cdot 10^9/л$	0,55	0,47	0,40	0,54	0,62	0,53	1,34	0,55
Эозинофилы, $\cdot 10^9/л$	0,98	0,75	1,26	0,69	-1,57	0,12	1,19	0,63
Моноциты, $\cdot 10^9/л$	6,59	1,75	6,48	10,36	0,07	0,94	34,97	0,00
Тромбоциты, $\cdot 10^9/л$	229,19*	62,81*	246,53*	62,71*	-2,05*	0,04*	1,00*	0,97*

Примечание: * - различия достоверны ($p<0,05$)

20,00±3,38% (OR=3,25; p<0,05)

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) достоверно чаще были выявлены у беременных с дискоординацией родовой деятельности - в 6,25±2,47% случаев против 0,71±0,71% в контрольной (OR=9,26; p<0,05).

Сочетание нескольких осложнений второй половины беременности отмечены у 54,17±5,09% беременных основной группы и 13,57±2,89% (OR=7,53; p<0,05) контрольной группы.

Клинический анализ крови перед родоразрешением

Изучая клинические показатели крови беременных перед родами (таб. 1), установлено, что у женщин основной группы отмечалось достоверное снижение содержания тромбоцитов до 229,19±62,81*10⁹/л по отношению к беременным из контрольной группы, у которых их количество составило 246,53±62,71*10⁹/л, (p<0,05). Другие

показатели клинического анализа крови перед родоразрешением не имели достоверных отличий у женщин обеих групп.

Биохимический анализ крови

При изучении биохимических показателей крови (таб. 2) было установлено, что у беременных в группе с дискоординацией родовой деятельности уровень билирубина был достоверно ниже 6,91±3,46 мкмоль/л, чем у беременных контрольной группы 10,39±3,72 мкмоль/л (p<0,05).

У женщин первой группы уровень креатинина крови был ниже и составил 56,76±11,54 мкмоль/л, а в контрольной 62,66±14,18 мкмоль/л. Также у женщин основной группы отмечалось снижение уровня АЛТ, который составил 13,02±8,21 Ед/л. против 17,52±5,97 Ед/л в контрольной группе (p<0,05).

По другим показателям биохимического анализа крови перед родоразрешением достоверных

Таблица 2

Показатели биохимического анализа крови до родов у женщин с дискоординацией родовой деятельности

Показатели	Дискоординация родовой деятельности 2 группа (N=96)		Контроль 2 группа (N=140)		t-value	p	F-ratio σ ²	p σ ²
	Мх	±σ	Мх	±σ				
Общий белок, г/л	65,16	4,72	65,56	4,77	-0,57	0,56	1,01	0,94
Билирубин, мкмоль/л	6,91*	3,46*	10,39*	3,72*	-6,05*	0,00*	1,15*	0,53*
Глюкоза крови, ммоль/л	4,32	0,94	4,42	0,76	-0,81	0,41	1,51	0,04
Креатинин, мкмоль/л	56,76*	11,54*	62,66*	14,18*	-2,49*	0,01*	1,51*	0,11*
Мочевина, ммоль/л	2,91	0,87	3,80	0,56	-1,43	0,15	2,37	0,96
АСТ, Ед/л	19,29	7,09	21,07	5,25	-0,91	0,36	1,82	0,21
АЛТ, Ед/л	13,02*	8,21*	17,52*	5,97*	-2,07*	0,04*	1,89*	0,16*

Примечание: * - различия достоверны (p<0,05)

Таблица 3

Показатели коагулограммы крови до родов у женщин дискоординацией родовой деятельности

Показатели	Дискоординация родовой деятельности 2 группа (N=96)		Контроль 4 группа (N=140)		t-value	p	F-ratio σ ²	p σ ²
	Мх	±σ	Мх	±σ				
Фибриноген, г/л	4,27*	1,38*	4,67*	1,01*	-2,51*	0,01*	1,87*	0,00*
ПТИ, %	94,54	6,47	95,03	6,19	-0,57	0,56	1,09	0,64
АЧТВ, сек.	31,88	2,98	31,95	3,86	-0,14	0,88	1,67	0,00
ТВ, сек.	15,23	1,21	14,91	1,33	1,77	0,07	1,21	0,32
МНО	1,06	0,09	1,04	0,09	1,05	0,29	1,21	0,37

Примечание: * - различия достоверны (p<0,05)

отличий не выявлено.

Показатели коагулограммы

В показателях коагулограммы (таб. 3) у женщин первой группы было выявлено достоверное снижение уровня фибриногена до $4,27 \pm 1,38$ г/л по отношению к беременным из контрольной группы, у которых он составил $4,67 \pm 1,01$ г/л ($p < 0,05$). Другие показатели коагулограммы перед родоразрешением у женщин изучаемых групп достоверных отличий не имели.

Показатели общего анализа мочи

В общем анализе мочи у женщин группы с дискоординацией родовой деятельности перед родоразрешением (таб. 4) отмечалось достоверное увеличение плотности мочи, которая составила $1017,38 \pm 4,67$, по сравнению с контрольной группой – $1015,43 \pm 4,53$ ($p < 0,05$).

Содержание лейкоцитов в моче достоверно

было меньше у женщин группы с дискоординацией родовой деятельности и составляло $2,78 \pm 5,31$ в поле зрения, а в группе контроля $4,39 \pm 4,52$ в поле зрения ($p < 0,05$).

По другим показателям общего анализа мочи достоверных отличий не выявлено.

Закключение. В результате полученных данных можно сделать вывод, что у женщин, чьи роды осложнились дискоординацией родовой деятельности, уже во второй половине беременности имели место некоторые особенности в лабораторных и клинических показателях, которых можно использовать для расчета индивидуального прогноза развития данного осложнения родов.

В настоящем исследовании поставленные нами задачи достигнуты полностью. Полученные нами данные совпадают с данными отечественной и мировой литературы [2; 3; 4; 5; 13].

Таблица 4

Показатели общего анализа мочи до родов женщин с дискоординацией родовой деятельности

Показатели	Дискоординация родовой деятельности 2 группа (N=96)		Контроль 4 группа (N=140)		t-value	p	F-ratio σ^2	p σ^2
	Mx	$\pm \sigma$	Mx	$\pm \sigma$				
Плотность мочи	1017,38*	4,67*	1015,43*	4,53*	2,54*	0,01*	1,06*	0,81*
Белок мочи, г/л	0,09	0,14	0,05	0,11	1,51	0,13	1,66	0,02
Лейкоциты, п/зр.	2,78*	5,31*	4,39*	4,52*	-2,13*	0,03*	1,37*	0,14*
Эритроциты, п/зр.	1,50	5,22	1,74	4,66	-0,32	0,74	1,25	0,30

Примечание: * - различия достоверны ($p < 0,05$)

ЛИТЕРАТУРА:

(пп. 10-13 см. в REFERENCES)

1. Айламазян Э. К. Акушерство: учебник. 10-е издание /Э. К. Айламазян // М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2019. - с. 450-467.

2. Зефирова Т. П. Аномалии родовой деятельности: механизмы формирования и факторы риска. /Т. П. Зефирова, М. Е. Железова, Н. Е. Яговкина // Практическая медицина. - 2010. - 4 (43). - С.44-48.

3. Маризоева М.М. Течение беременности у женщин с варикозной болезнью / М.М. Маризоева, О. Неъматзода, Д.Д. Султанов, Г.О. Назирова, У.С. Исмамова, О.Б. Бободжонова // Вестник Авиценны. 2017. Т. 19. № 2. С. 142-146.

4. Непсо Ю. Р. Особенности течения беременности и родов у женщин с гестационным сахарным диабетом и дискоординацией родовой деятельности /Ю.Р. Непсо, К. Э. Торосян, Г.А. Пенжоян, В. А. Новикова // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 4.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=25005>

5. Пирматова Д.А. Особенности течения беременности и родов у женщин с гестационным сахарным диабетом / Д.А. Пирматова, М.Ф. Додхоева, К.Г. Пархофер // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2020. Т. 10. № 2 (34). С. 163-167.

6. Радзинский В. Е. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца /В. Е. Радзинский // М., - 2011. - 285 с.

7. Радзинский В. Е. Акушерство: учебник. /Радзинский В. Е., Фукс А. М. // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 496–511.

8. Савельева Г. М. Акушерство. Национальное руководство. 2-е изд. перераб. и доп. /Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинский // М.: ГЭОТАР-Медиа, - 2018. - 1088 с.

9. Чих И. Д. Частота риска развития сахарного диабета у лиц репродуктивного возраста и его роль в развитии репродуктивных потерь /И. Д. Чих, Д. Л. Мушников, Т. П. Васильева, Р. А. Турсунов // Здравоохранение Таджикистана. – 2019. – № 3 (342). – С. 52-60.

REFERENCES

1. Aylamazyan E. K. Akusherstvo: uchebnik. 10-e izdanie [Obstetrics: a textbook. 10th edition]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2019. 450-467 p.
2. Zefirova T. P. Anomalii rodovoy deyatel'nosti: mekhanizmy formirovaniya i faktory riska [Anomalies of labor activity: mechanisms of formation and risk factors]. Prakticheskaya meditsina – Practical medicine, 2010, No. 4 (43), pp. 44-48.
3. Marizoeva M.M. Course of pregnancy in women with varicose disease.
4. Nepso Yu. R. Osobennosti techeniya beremennosti i rodov u zhenshchin s gestatsionnym sakharnym diabetom i diskoordinatsiyey rodovoy deyatel'nosti [Peculiarities of the course of pregnancy and labor in women with gestational diabetes mellitus and discoordination of labor activity]. Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya - Modern problems of science and education, 2016, No. 4. Available at: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=25005>
5. Pirmatova D. A. Features of the course of pregnancy and childbirth in women with gestational diabetes mellitus. Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan. 2020. Vol. 10. No. 2 (34). pp. 163-167.
6. Radzinskiy V. E. Akusherskiy risk. Maksimum informatsii – minimum opasnosti dlya materi i mladentsa [Obstetric Risk. Maximum information - minimum danger to mother and baby]. Moscow, 2011. 285 p.
7. Radzinskiy V. E. Akusherstvo: uchebnik [Акушерство: учебник]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2016. 496–511 p.
8. Saveleva G. M. Akusherstvo. Natsionalnoe rukovodstvo. 2-e izd. pererab. i dop [National Guide. 2nd ed. revised and enlarged.]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2018. 1088 p.
9. Chikh I. D. Chastota riska razvitiya sakharnogo diabeta u lits reproduktivnogo vozrasta i ego rol v razvitiy reproduktivnykh poter [Frequency of diabetes mellitus risk in people of reproductive age and its role in the development of reproductive losses]. Zdravookhraneniye Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan, 2019, No. 3 (342), pp. 52-60.
10. Abildgaard H., Ingerslev M. D., Nickelsen C., Secher N. J. Cervical dilation at the time of cesarean section for dystocia - effect on subsequent trial of labor. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2013, No. 92 (2), pp. 193-197.
11. Ragusa A., Gizzo S., Noventa M. et al. Prevention of primary caesarean delivery: comprehensive management of dystocia in nulliparous patients at term. Archives of Gynecology and Obstetrics, 2016, Vol. 5, No. 294 (4), pp. 753-761.
12. Sandström A., Cnattingius S., Wikström A. K. et al. Labour dystocia-risk of recurrence and instrumental delivery in following labour-a population based cohort study. International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2012, Vol. 119 (13), pp. 1648-1656.
13. Zhuk S. I., Shchurevska O. D. Maternal psychosocial stress and labor dystocia. Wiadomości Lekarskie, 2020, No. 73 (7), pp. 1334-1338.

ХУЛОСА

У.Г. Шокирова, С.П. Пахомов, О.П. Лебедева, А.С. Устюжина, А.В. Матросова

ХУСУСИЯТИ ҶАРАӢНИ НИМАИ ДУЮМИ ҲОМИЛАДОРӢ ҲАНГОМИ ЗАНҲОИ МУЪТАЛО БА ХАЛАЛӢБИИ ҲАМОҲАНГИИ ФАӢОЛИЯТИ ЗОИМОНӢ

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши хусуиятҳои ҷараӢни нимаи дуюми ҳомиладорӣ, ки ба инкишофи ҳалалӢбии ҳамоҳангии фаӢолияти зоимонӣ таъсир мерасонанд.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Ҳамагӣ 236 зан муоина гардид ва онҳо ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Гурӯҳи аввалро занҳое ташкил медоданд, ки ҷараӢни зоимониро ҳалалӢбии ҳамоҳангии фаӢолияти зоимонӣ ориздор намуданд ($N = 96$). Ба гурӯҳи дуюм занҳое ро шомил намуданд, ки дар мавриди онҳо зоимонӣ бе ориза сипарӣ гардид (санҷишӣ, $N = 140$).

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаҳо. Занҳое, ки зимни онҳо ҳалалӢбии ҳамоҳангии фаӢолияти зоимонӣ дар нимаи дуюми ҳомиладорӣ мушоҳида мешавад, бештар зуд-зуд инкишоф ёфтани бисёробӣ ($14,58 \pm 3,60\%$ муқоили $5,71 \pm 1,96\%$, $p < 0,05$), нокифоягии музмини бачадонӣ-машмавӣ ($44,79 \pm 5,08\%$ муқобили $20,00 \pm 3,38\%$, $p < 0,05$), гипоксияи музмини дохилибачадонии чанин ($23,96 \pm 4,36\%$ зидди $12,86 \pm 2,83\%$, $p < 0,05$), презклампсияи муътадил ($31,25 \pm 4,73\%$ зидди $10,71 \pm 2,61\%$, $p < 0,05$) ба қайд гирифта шуд. Бештар сирояти тавассути узвҳои таносули интиқолебанда ($6,25 \pm 2,47\%$ муқоили $0,71 \pm 0,71\%$, $p < 0,05$) ва оризаҳои чандин навъи яқояшуда ($54,17 \pm 5,09\%$ муқобили $13,57 \pm 2,89\%$, $p < 0,05$) ба назар мерасад.

Хулоса. Натиҷа, таҳқиқоти мо ошкор кард, ки дар мавриди занҳои гирифта ба ҳалалӢбии ҳамоҳангии фаӢолияти зоимонӣ, аллакай дар нимаи дуюми ҳомиладорӣ баъзе тағйиротҳои лабораторӣ ва нишондиҳандаҳои клиникӣ мавҷуд буд, ки онҳоро дар сохтори пешгӯии инфиродии оризаҳои мазкури зоимонӣ истифода бурдан мумкин аст.

Калимаҳои калидӣ: ҳалалӢбии ҳамоҳангии фаӢолияти зоимонӣ, ҷараӢни ҳомиладорӣ

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

УДК: 616-006.6. 76.29.49; 76.01.11.

Ч.Р. Сангинов¹, З.Х. Хусейнзода²

ТАҲЛИЛИ ХИЗМАТРАСОНИИ ТИББӢ БА БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ САРАТОН ДА ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН ҲАДАМОТИ САРАТОНШИНОСИИ ТОҶИКИСТОН. МАСАЛАҶОИ ҲАЛТАЛАБИ СОҶА ВА ДУРНАМО

¹МТД «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

²МД “Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ” ВТ ҲИА Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Сангинов Ҷумабой Раҳматович – д.и.т., профессори кафедраи онкология ва таъхиси шӯӣ МТД «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» (sanginov1952@gmail.com.)

Хулоса. Дар мақола вазъи кунунии ҳадамоти саратоншиносии Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳлил карда шудааст. Натиҷаҳои татбиқи барномаҳои миллии мубориза бар зидди саратон омӯхта шуда, мушкилиҳои ҳалталаб ошкор гардида, ба фаъолияти начандон кифоя дар қори системаи ёрирасонии аввалияи тиббӣ, норасоии таҷҳизотҳои муосир дар муассисаҳои минтақавӣ диққат ҷалб карда шудааст. Роҳҳои тақмилиқори ҳадамоти саратоншиносии ва дурнамои рушди он бо таваҷҷӯ ба самти пешгири кунанда ва тақмили таъхиси барвақтӣ оварда шудааст.

Калимаҳои калиди: Ҷумҳурии Тоҷикистон, ҳадамоти саратоншиносии, барномаи милли, омосҳои бадсифат, саратон, саратоншиносии, қўмаки саратоншиносии ба аҳоли, пешгирӣ.

Дж.Р. Сангинов¹, З.Х. Хусейнзода²

АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН. ПОЛЕВЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

¹ТГМУ имени Абуали ибн Сино

²ГУ «Республиканский научный центр онкологии» Министерства здравоохранения Республики Таджикистан.

Сангинов Джумабой Рахматович - доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии и радиологии АЦГМУ (sanginov1952@gmail.com)

Заключение. В статье анализируется современное состояние онкологической службы Республики Таджикистан. Изучены результаты реализации национальных противораковых программ, выявлены актуальные проблемы, обращено внимание на неадекватную работу системы первичной медико-санитарной помощи и нехватку современного оборудования в региональных учреждениях. Даны пути улучшения онкологической службы и перспективы ее развития с упором на профилактику и улучшение ранней диагностики.

Ключевые слова: Республика Таджикистан, онкологическая служба, национальная программа, доброкачественные опухоли, рак, онкология, онкологическая помощь населению, профилактика.

Дар даҳсолаҳои охир, дар қатори мушкилоти глобалии тамоми ҷаҳон, мушкилоти марбут ба тамоюли болоравии беморӣ ва ғавт аз бемории саратон ҳанӯз ҳалли ҳудро наёфтаанд. Ҷомеаи муосир аз мушкилоти пайдошавандаи глобалӣ нигарон аст, ки бартараф нашудани он таҳдидҳо ба суботи на танҳо давлатҳои алоҳида, балки минтақаҳо низ дорад. Таърихан, то ибтидои асри 21, вазъияте набуд, ки дар сатҳи олии байналмилалӣ (Ассамблеяи Генералии СММ, 2011) бемории саратон ҳамчун таҳдид ба суботи давлатҳо эътироф кар-

да шавад. Ҳамин тариқ, омосҳои бадсифат яке аз мушкилоти мушкилтарини тиббӣ ва иҷтимоии соҳаи тандурустӣ мебошанд, ки аз ҷиҳати шумора ва афзоиши беморӣ ва ғавт дар даҳсолаи охир аз бемориҳои дилу рағ пеш гузаштаанд. Гузашта аз ин, мушкилоти азимтарини мубориза бо саратон ин бархурди ошқоро дар кишварҳои дорои даромади кам ва миёна (LMIC) бо манбаҳои маҳдуд мебошад. Ҳатто дар кишварҳои дорои даромади баланд, ҳалли ин мушкилот аз огоҳии аҳамият ва актуалии ин мушкилот аз ҷониби мақомоти

давлатӣ вобаста аст. Намунаи мусбат ин сафарбар кардани сохторҳои давлатии кишварҳои ҳамсоя (Русия, Қазоқистон, Ўзбекистон) барои таҳия ва татбиқи барномаи воқеии миллии мубориза бар зидди саратон то соли 2030 мебошад.

Дар баробари ин, ҳавасмандии муносибати бомасъулият дар ҳалли мушкилоти марбут ба мубориза зидди саратон ҳолатҳои зерин мебошанд:

– мувофиқи ҳисоботи Агентии Байналмилалӣ Тадқиқот оид ба Саратон (IARC), саратон боиси марги 13 миллион аҳолии кураи замин дар соли 2030 мегардад, ки 72% ҳолатҳо дар кишварҳои дорои LMIC руҳ медиҳанд;

– мувофиқи нишондодҳои ТУТ (2018), зарари солонаи иқтисодӣ аз саратон дар ҷаҳон ба 1 триллиону 160 миллиард доллари ИМА расидааст;

– ноил шудан ба ҳадафи Нақшаи ҷорабиниҳои ТУТ оид ба пешгирии бемориҳои ғайри сироятӣ чихати то 25% коҳиш додани марг аз саратон то соли 2025 таҳти суол қарор дорад;

Барои ҳалли масъалаҳои марбут ба мубориза бо саратон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, системаи ҳамоҳангшудаи ҳадамоти саратоншиносӣ мавҷуд аст, ки он муассисаҳои пешрафтаи саратон, кадрҳо, технология ва дигар захирахоро дар бар мегирад. Тибқи қонунҳои муқарраршуда, қорҳои пешгирии бемории саратон дар мамлакати мо дар асоси санади стратегӣ - «Барномаи миллии пешгирӣ, ташхис ва табобати саратон», ки барои давраи солҳои 2010-2015 қабул шуда буд, сурат мегирифт ва то соли 2020 тамдид карда шуд. Ҳангоми таҳияи барнома, мо дар асоси нишондодҳои (ТУТ, 2015) он, ки 1/3 ҳолатҳои саратонро пешгирӣ кардан мумкин аст, 1/3 дигараш, ба шарте, ки ташхиси барвақтӣ дошта бошад, эҳтимолан табобатшаванда аст ва 1/3 боқимонда ба ёрии паллиативӣ эҳтиёҷ дошта, метавонад ба беҳтар шудани сифати зиндагии беморон оварда расонад. Тағироти пешбинишудаи демографӣ дар даҳсолаҳои оянда, аз ҷумла пиршавии аҳоли, ки омилҳои хатарнок барои саратон тамокукашӣ, парҳези номутавозун, фаъолияти нокифояи ҷисмонӣ, таъсири баланди офтоб ва сӯиистифода аз машрубот мебошанд. Омилҳои хавф, аз қабили сироят, вирусҳои онкогенӣ (гепатити В ва С, HPV, вирусҳои Эпштейн-Барр), хеликобактерия, радиатсия ва ифлосшавии муҳити атроф низ муҳиманд.

Барномаи пешгирӣ, ташхис ва табобати бемории саратон мавқеи муҳимро ишғол намуда дар он як қатор ҷораҳои вобаста ба ҳам пайваستا аст, аз

ҷумла, кам кардани таъсири моддаҳои канцерогенӣ (пешгирии аввалия), ташхиси барвақтии омосҳои саратон ва бадсифат (пешгирии дуюмдараҷа), табобати радикалӣ (пешгирии сеюм) ва ёрии паллиативӣ пешбинӣ шудааст. Албатта, дар ин марҳила, ташхиси барвақтии саратон воситаи муассир барои коҳиш додани фавт, беҳтар кардани сифати зиндагӣ ва кам кардани хароҷоти умумӣ мебошад.

Таҷрибаи андӯхта ва таҳқиқоти гузаронидашуда нишон доданд, ки самти афзалиятноки ҳадамоти саратоншиносӣ ҷумҳурӣ бояд маҷмӯи ҷорабиниҳои зидди саратон бошад, ки ба саривақт ошкор намудани омосҳои бадсифат ва табобати самаранок бо роҳи ҷорӣ намудани усулҳои нави ташхиси барвақтӣ бо ҳосият ва ҳассосияти баланд, таҳия ва татбиқи барномаҳои скринингӣ равона карда шаванд, зиёд кардани шумораи таҳқиқоти назоратӣ ва ташхисӣ, ки самаранокӣ тадбирҳои табобатро баҳогузорӣ мекунанд, ҷорӣ намудани усулҳои инноватсионӣ табобат ва кам кардани мушкилот.

Ҳадамоти саратоншиносӣ аз ҳисоби бучети давлатӣ ва фондҳои ғайрибучавӣ (хидматрасонии пулакӣ) маблағгузорӣ карда мешавад. Динамикаи афзоиши муттасили ҳаҷми бучети маҷмӯиро дар сатҳи МД “МҶИС” ВТҲИА ҚТ дар соли 2010 - 3,9 миллион сомонӣ, дар соли 2020 - 11,6 миллион сомонӣ, нишон медиҳад. Афзоиши маблағгузорӣ тақрибан 3 баробар аст, аммо хидмат бо маблағгузориҳои ноқофӣ боқӣ мондандааст. Қўмаки назаррас дар таъмини доруҳои кимиёдармонӣ барои қўдакони аз ҷониби фонди хайрияи Лона, ки тақрибан 10 сол аст, ки ин мушкилотро дар шўъбаи қўдакони саратоншиносӣ МД “МҶИС” ВТҲИА ҚТ ҳал менамояд. Солҳои охир аз ҳисоби бучаи кишвар барои таъминоти ройгонии доруҳои кимиёдармонӣ 700 ҳазор сомонӣ ҷудо карда мешавад.

Дар ҳама сатҳҳои тандурустӣ дастрасии кумакрасонӣ ба беморони гирифтори саратон таъмин карда шудааст. Дар шаҳру ноҳияҳо 76 ҳуҷраи саратоншиносӣ мавҷуданд, ки дар онҳо 42 онколог ва 33 табибони дигар ихтисосҳо фаъолият менамоянд.

Дар сатҳи минтақавӣ 4 Маркази минтақавӣи саратоншиносӣ вилоятӣ мавҷуд аст, ки зарфияти умумии 185 катро доранд. Муассисаи асосии ҳадамоти саратоншиносӣ Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ» ВТҲИА ҚТ, ки дар он 8 шўъбаи табобатӣ бо иқтидори 235 кат ҷойгир карда шудааст, дармонгоҳ ба иқтидори

кабули 650 бемор дар як рӯз дорад Дар Марказ шӯъбаи табобати нурӣ, ташхиси эндоскопӣ, ултрасадо, рентгенӣ, лабораторияҳои клиникӣ, биохимиявӣ ва бактериологӣ, иммунологӣ, шӯъбаи ташхиси цитологӣ ва морфологӣ, лабораторияи иммуногистохимиявӣ фаъолият менамоянд.

Ҳамаи сохторҳои ҳадамоти саратоншиносӣ, ба истиснои як қисми ҳучраҳои саратоншиносӣ, бо кадрҳои баландхаттисос таъмин карда шудаанд. Дар маҷмӯъ, дар ҳадамоти саратоншиносӣ 156 табибони баландхаттисос фаъолият менамоянд ва бо назардошти мутахассисони бахшҳои махсус, дар байни онҳо 10 доктори илмҳои тиб ва 15 номзоди илмҳои тиб ҳастанд, ки мунтазам аз тақмили ихтисос аз аттестатсия мегузаранд.

Таҳлили технологияҳои истифодабаранда дар самти ташхису табобат нишон медиҳад, ки мутахассисони марказҳои саратоншиносӣ барои амалисозии фаъолияти ташхисӣ ва табобатӣ аксар номгӯи таҷҳизоти ташхисӣ ва терапевтиро истифода мебаранд: барои ташхиси радиатсионӣ - таҷҳизоти рентгении рақамӣ, маммография; барои ташхиси компютерӣ - томографҳои компютери Siemens (Олмон), Philips (Ҳолланд); таҷҳизоти эндоскопӣ (ФГДС, бронхоскоп, торакоскоп), барои гамма-терапия - дастгоҳи гамма-терапияи «Террагам», барои табобати дохили нурӣ - дастгоҳи брахитерапияи навъи «Мултисорс» (Олмон). Дастовардҳои назаррас дар солҳои охир ин кушодани шӯъбаи табобати нурӣ дар Маркази саратоншиносии вилояти Суғд (2019 с.), ташкили лабораторияи иммуногистохимиявӣ ва ташкили усули фаврии ташхиси гистологӣ дар МД «МҚИС» (2017 с.), таъсиси «Кансер-регистр» дар Марказҳои саратоншиносӣ ва васеъ намудани имкониятҳои таъмини табобати амбулаторӣ ва паллиативӣ «дар хона» мебошад.

Дар асоси маълумоти омори давлатии тиббӣ ва феҳристи саратон, мо тағйирёбии нишондиҳандаҳои асосии соҳаро дар давраи аз

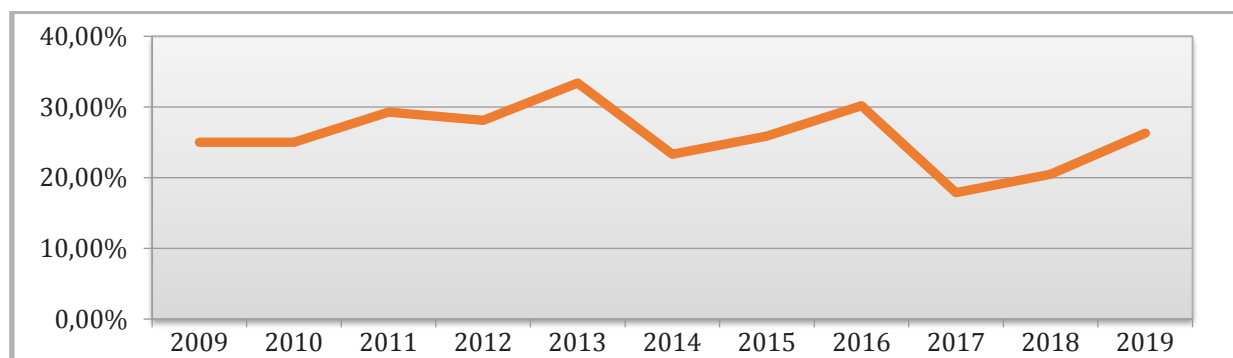
соли 2009 то 2019 таҳлил кардем. Дар ин давра, гирифтӣ ба бемории саратон (пахншавӣ) аз 97,8 дар соли 2009 ба 183,4 дар соли 2019 афзоиш ёфт, яъне дар зарфи 10 сол қариб ду баробар афзуд. Дар охири 2019, контингенти беморони саратон 17245 дар киёс ба 7339 дар соли 2009 мебошад. Барои нахустин бор, беморони ба қайд гирифташуда аз 2.730 дар соли 2009 мутаносибан ба 3684 дар соли 2019 мутаносибан 14.6% афзоиш ёфтанд.

Сатҳи фавт аз омосҳои бадсифат то давраи соли 2018 тамоюли пастшавиро дошт (аз 25,0% дар соли 2009 то 20,5% дар соли 2018), аммо дар соли 2019 ин тамоюл ба 26,3% афзуд. Яке аз сабабҳои тағйирот дар нишондодҳои фавт ин афзоиши беморшавӣ ба сартон, бақайдгирии фавт аз саратон мебошанд (эзоҳ: хангоми фавти бемор аз саратон сабаби фавт норасоии рағҳо хунгард ва нафас қайд карда мешаванд). Дигар омили он, ин табобати ҷарроҳии беморони гирифтӣ саратон дар муассисаҳои ғайри саратонӣ буда аз назари протоколҳои тасдиқшуда табобати ғайри стандартӣ гузаронида шуда нишондодҳои сифатшавии онҳо коҳиш меебанд. (диаграммаи 1).

Омӯзиши тамоюлҳои минтақавӣ нишон медиҳад, ки беморшавии умумӣ дар минтақаҳои Бадахшон ва Суғд баландтарин аст ва коҳиши сусти фавт дар вилояти Хатлон ба назар мерасад.

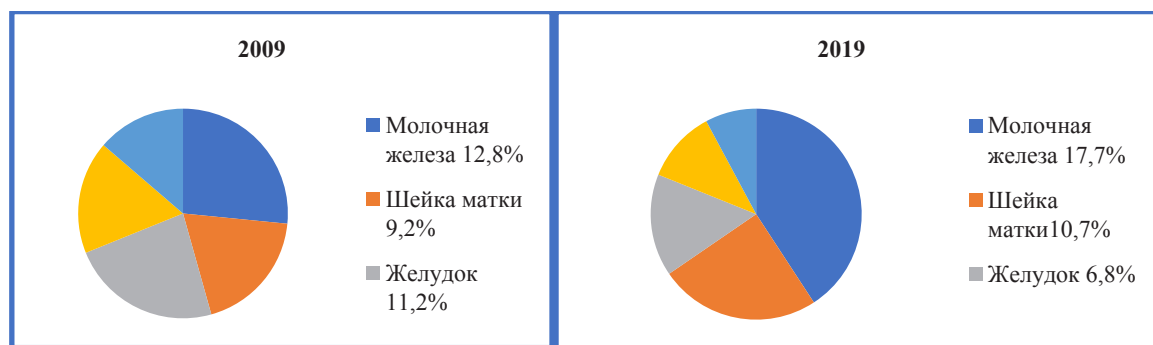
Дар сохтори бемориҳои ба саратон (2019) ҷойҳои аввалро саратони ғадуди ширӣ (17,7%), гарданаки бачадон (10,1%), меъда (6,8%), саратони пӯст (4,8%), лимфома (3,4%), омосҳои ва саратони шуш (4,3%) ишғол мекунанд. Ҳамзамон, коҳиши ҳиссаи беморони гирифтӣ саратони пӯст (аз 8,4% то 4,8%) ва шуш (аз 5,6% то 4,3%) ба назар мерасад (диаграммаи 2).

Бояд қайд кард, ки маълумоти мо аз сохтори таркиби асосии омосҳои бадсифат дар кишварҳои ҷаҳон (WHO 2018), Федератсияи Россия ва Беларус, ки дар ҷадвали 1 нишон дода шудаанд, фарқ мекунанд.



Диаграммаи 1. Фавт аз саратон дар давраи солҳои 2009-2019 с.

Диаграммаи 2. Локализатсияҳои асосии саратон.



Ҷадвали №1. Сохтори маҳаллисозии асосии ЗНО

Ҷои ишғолкарда	Дар ҷаҳон	Русия	Белорус	Тоҷикистон
1	Саратони пусти ғайримеломӣ	Саратони пусти ғайримеломӣ	Саратони ғадуди ширӣ	Саратони ғадуди ширӣ
2	Саратони шуш	Саратони шуш	Саратони простата	Саратони гараднаки бачадон
3	Саратони ғадуди ширӣ	KPP	Саратони шуш	Саратони меъда
4	KPP	СҒШ	KPP	Лимфомаҳо
5	Саратони ғадуди простата	Саратони меъда	Саратони меъда	Саратони шуш

Дар мардон саратони меъда, пӯст ва шуш дар ҷои аввал аст, дар занон - саратони ғадуди ширӣ, гарданаки бачадон ва бачадон. Гузашта аз ин, дар байни ҳамаи омосҳои бадсифати нав ташхисшуда дар соли 2019, зиёда аз 48,4% ба гурӯҳҳои синну соли аз 60 боло рост меояд, ки ба ҳисоби миёна дар мардон 46,6%, занон 53,3% -ро ташкил медиҳанд, бинобар ин, беморӣ дар гурӯҳи синну соли калонтар дар 2,5 ва 3 маротиба аз шумораи умумии аҳоли зиёдтар аст.

Дар сохтори ғавт ҷои аввалро омосҳои меъда, ғадуди ширӣ, шуш ва саратони колоректалӣ ишғол мекунанд. Ҳамзамон, дар сохтори ғавт дар байни

мардон саратони меъда ва шуш ва дар байни занон саратони ғадуди ширӣ, тухмдонҳо ва гарданаки бачадон дар ҷойҳои аввал меистанд. Сохтори ғавт аз саратон, ки аз ҷониби ТУТ қайд кардааст (2019) дар ҷаҳон ва дар як қатор кишварҳо аз нишондиҳандаҳои кишвари мо фарқ мекунад (Ҷадвали 2).

Нишондиҳандаи муҳим, ки барои табобати радикалӣ ва муассири беморони гирифтори омосҳои бадсифат имкон медиҳад, муайян кардани марҳилаҳои аввали беморӣ мебошад. Таҳлили дар тӯли 10 сол гузаронидашуда нишон медиҳад, ки муайянкунии марҳилаҳои аввали (I-II) дар ин

Ҷадвали 2. Сохтори ғавт аз саратон дар соли 2019 (ҷадвали муқоисавӣ)

Ҷои ишғолкарда	Дар ҷаҳон	Русия	Белорус	Тоҷикистон
1	Саратони шуш 1,76 млн	Саратони шуш	KPP	Саратони ғадуди ширӣ
2	Саратони колоректалӣ (862 тыс.)	Саратони ғадуди ширӣ	Саратони меъда	Саратони меъда
3	Саратони меъда (783 млн)	Саратони меъда	Саратони простата	Саратони гараднаки бачадон
4	С.чигар (78200)	Саратони колоректалӣ	Саратони ғадуди ширӣ	Саратони колоректалӣ
5	СҒШ(627тыс.)	Саратони простата	Саратони шуш	Саратони шуш

давра ягон динамика ва қолаби мушаххаси мусбӣ надорад (диаграммаи 3), ки бо як қатор омилҳо алоқаманд аст, аз ҷумла огоҳии нокофӣ аҳоли дар бораи нишонаҳои ибтидоии саратон, кори нокифояи фаъолонаи кумаки аввалияи тиббию санитарӣ, сатҳи пасти чораҳои пешгирикунанда ва набудани барномаҳои таҳқиқи. Муайян кардани омосҳои бадсифат дар марҳилаи III-и беморӣ дар ин давра аз 16,4% дар соли 2009 то 12,0% дар соли 2019 кам шуд, ҳамзамон бо бад шудани сатҳи безътиной (марҳилаи IV), ки аз 19,4% дар соли 2009 то 15,8% дар соли 2019 кам шудааст.

Тибқи гуфтаи мутахассисон, то 80% сабабҳо ва омилҳои хавфи саратонро баргараф кардан мумкин аст, ба шарте ки чораҳои пешгирикунанда ҳамаҷониба ва пайваста андешида шаванд. Эмгузаронӣ танҳо алайҳи вируси HPV ва гепатити В метавонад ҳар сол то 1 миллион ҳолати саратонро пешгирӣ кунад (ТУТ 2016).

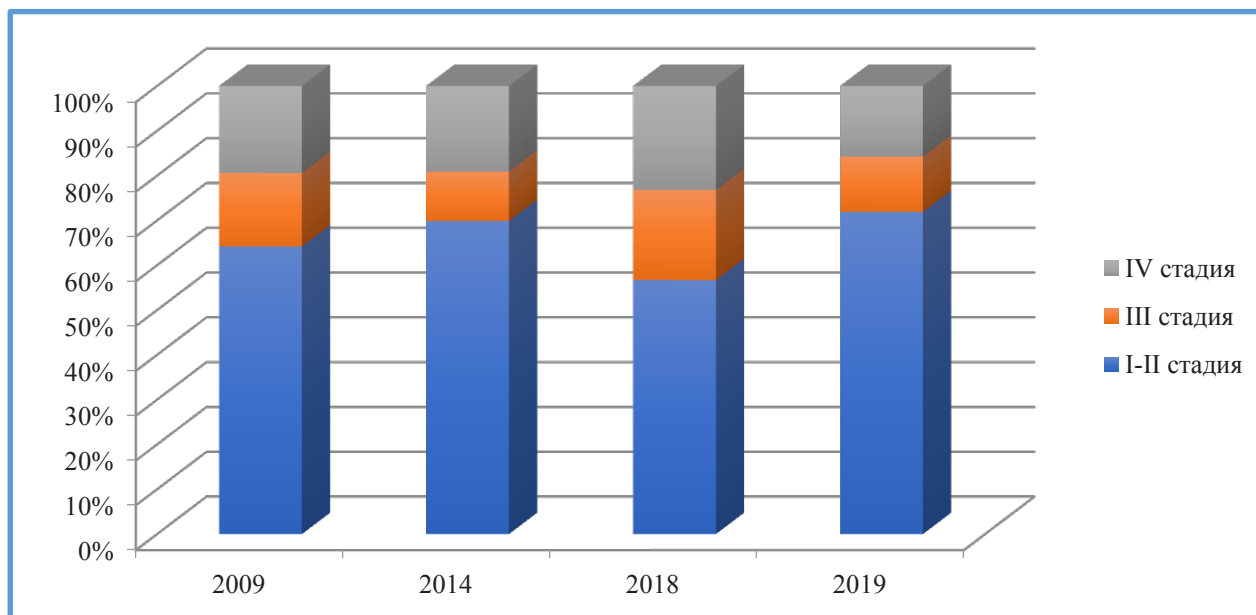
Ташкили ташҳиси бемориҳои пеш аз саратон ва саратон дар ҷумҳурӣ, пеш аз ҳама, ба шабакаи муассисаҳо ва воҳидҳои сохторӣ воғузур шудааст: утокҳои муоина ва онкологӣ, муассисаҳои акушерӣ, банақшагирии оила ва марказҳои солимии репродуктивӣ, шӯъбаҳои онкогинекологӣ ва маммологӣ. Кори ҳадамоти саратоншиносии кишварро бидуни арзёбии вазъи умумии ёрии тиббии аҳолии минтақа баррасӣ кардан мумкин нест, зеро мувофиқи ифодаи равшани асосгузори онкология дар Русия (СССР) Н.Н. Петров «... нишондиҳандаҳои фаъолияти диспансери онкологӣ дар ҳудудҳои оинаи сифати фаъолияти муассисаҳои

табобатии умумӣ мебошанд». Бо назардошти ин, шартҳои асосии татбиқи чорабиниҳои зидди саратон ташкили системаи доимо амалкунандаи тадбирхӯест, ки дар баробари технологияҳои табобатӣ ва ташҳисӣ босуръат инкишоф меёбанд, ки таҷдиди мунтазами техникӣ, нав кардани маводи доруворӣ, ҷорӣ намудани технологияҳои иттилоотӣ ва ғ.

Муқаррар карда шудааст, ки тамоси ибтидоии аксарияти мутлақи аҳоли бо кормандони тиб дар сатҳи пайванди ибтидоӣ (поликлиника) сурут мегирад. Аз ҷумла, табибони оилавӣ, табибони умумӣ, педиатрҳо, акушер-гинекологҳо ва ҳадамоти муоинаи тиббӣ барои ташҳиси барвақти саратон масъулияти назаррас доранд. Аммо, сурут шудани нишондиҳандаҳои ташҳиси барвақти саратон ва сатҳи баланди безътиной аз хушёрӣ пасти табибони кумакҳои аввалия, саводи нокофӣ онкологӣ ва инчунин таҷҳизоти нопурраи техникӣ ин сатҳ бо имкониятҳои муосири ташҳис (эндоскопҳо, ултрасадоӣ, ташҳиси цитоморфологӣ), вобастагӣ дорад.

Дар Тоҷикистон то санаи 01.01.2020 дар марказҳои саломатии деҳот ва шаҳрҳо 252 утоқи ташҳисӣ мавҷуд аст, ки дар онҳо муоинаҳои қаблии духтурон ва пешгирикунандаи мизочоне, ки бори аввал дар давоми сол ба муассисаҳои тиббӣ барои ошкор намудани бемориҳои музмин, пеш аз омосӣ ва омос муроҷиат кардаанд, гузаронида мешаванд. Дар соли 2019, ҳиссаи аҳолии муоинашуда дар утокҳои ташҳис 18,5% (дар Русия 24%)-ро ташкил дод. Сатҳи ошкоршавии омосҳои бадсифат ҳамагӣ

Диаграммаи 3. Тақсирот аз рӯи марҳилаи беморӣ.



0,2% аз шумораи умумии беморон буд. Дар ташхиси саратони барвакти сина нақши муайяно муоинаи маммографӣ мебозад, аммо аз сабаби камбудии таҷҳизот (дар тамоми ҷумҳурӣ - 9 дастгоҳ) ва набудани дастгоҳҳои рақамӣ нақши он ҳанӯз пурра иҷро нашудааст. Лаҳзаи рӯҳбаландкунандаи ҳалли ин масъала ҳамкориҳои самарабахши Вазорати тандурустӣ бо МАГАТЭ мебошад, ки дар доираи он мучахҳаз кардани МҚИС ва як қатор дигар муассисаҳо бо маммографҳои рақамӣ ва таҷҳизоти рентгенӣ дар давраи то соли 2022 дар назар аст.

Албатта, 76 ҳуҷраи мавҷудаи саратон дар кишвар ба самаранокии ташхиси клиникии беморони саратон, роҳандозии маърифати тандурустӣ ва зидди саратон ва ошкор кардани бемориҳои пеш аз саратон таъсири назаррас доранд. Нақши онҳоро тавассути кам кардани ҷойивазкунии кадрҳо ва бо табибони омӯзишдида бо саратоншиносон баланд бардоштан мумкин аст. То имрӯз 43 утоқи саратоншиносӣ бо саратоншиносон таъмин карда шудааст ва дар 33 боқимондаи дигар табибони ихтисосҳои дигар кор мекунанд, ки ин ба сифат ва самаранокии ташхиси клиникии беморони саратон ба маънои васеъ таъсир мерасонад.

Тафтиши морфологӣ омӯсҳои бадсифат қадами калидӣ дар ташхиси ниҳой мебошад ва муҳимтарин шартҳои оғози табобат мебошад. Дар МҚИС ва марказҳои минтақавии саратоншиносӣ лабораторияҳои патоморфологӣ, ки дар онҳо мутахассисони соҳибихтисос кор мекунанд, мавҷуд буда, инчунин, тадқиқоти иммуногистохимиявӣ дар МҚИС ба роҳ монда шудааст. Дар маҷмӯъ, сатҳи тасдиқи морфологӣ ташхис 87,2% ташкил медиҳад (2019), ки ин ба сатҳи миёнаи кишварҳои минтақа мувофиқ аст (Расми 4).

Ба масъалаи кумаки тиббӣ ба кӯдакони гирифтори саратон дар кишвар аҳамияти ҷидди дода

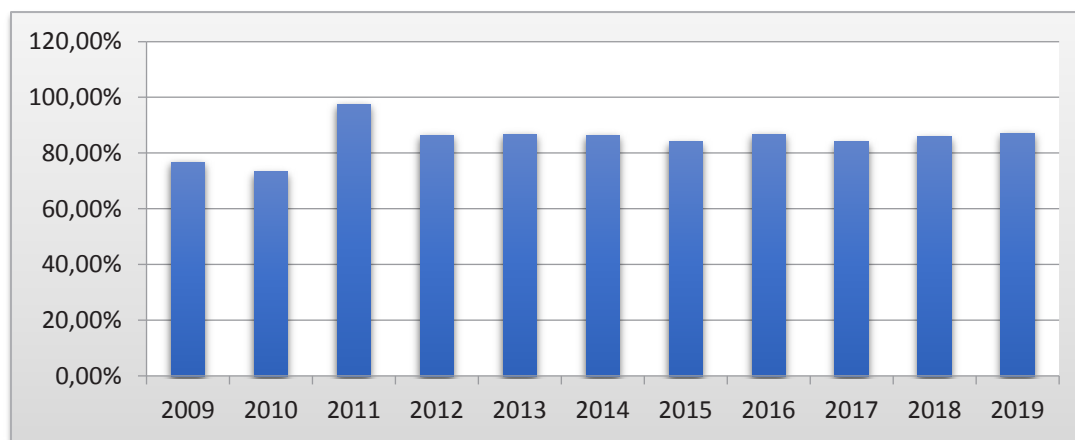
мешавад.

Дар МҚИС шӯба барои табобати кудакони гирифтори саратон барои 35 кат пешбинӣ шудааст, ки дар шароити хуб ҷой гирифта, бо технологияи мувофиқ мучахҳаз карда шудааст ва бо табибони баландихтисос онкопедиатр таъмин карда шудааст. Ҳар сол зиёда аз 1000 кӯдакон бо омӯсҳои гуногуни бадсифат табобат мегиранд, ки дар байни онҳо тақрибан 200 кӯдак ҷар сол бори аввал ба қайд гирифта мешаванд.

Сатҳи умумии бемории саратон дар байни кӯдакон 2,8 ба 100.000 аҳолии кӯдакон рост меояд; онкопатология дар байни сабабҳои марғӣ кӯдакон дар ҷои 5-ум қарор дорад. Сатҳи тахминии умри панҷсола 60% -ро ташкил медиҳад. Ғайр аз он, дар Маркази саратоншиносии вилояти Суғд 10 кати кӯдакони онкологӣ ҷойгир карда шудааст ва дар ММС «Шифобахш» шӯбаи гематологияи кӯдакон барои 30 кат мавҷуд аст. Барои расонидани ёрии паллиативӣ ба кӯдакон, дар назди шӯбаи кӯдакони МҚИС катҳои муқаррарӣ ҷудо карда шудаанд.

Дар сохтори бемориҳои саратони кӯдакон лимфомаҳо (31,3%), саркомаҳо (9,4%), омӯсҳои гурда (9%), ретинобластома (5,5%) бартарӣ доранд. Тадқиқотҳои муосири ташхисӣ васеъ истифода мешаванд. Доруҳои кимиёдармонӣ дар шӯбаи кӯдакон аз ҷониби фонди хайрияи Лона ройгон ва аз ҳисоби буҷа таъмин карда мешаванд ва ин имкон медиҳад, ки химиотерапия дар доираи протоколҳои байналмилалӣ гузаронида шавад.

Усули пешрафтаи табобати кӯдакон бо бемориҳои саратон табобати доруй (полихимиотерапия) мебошад, ки соли 2019 ба 708 бемор татбиқ карда шуд, дар 140 бемор даҳолати ҷарроҳӣ гузаронида шуд, аз ҷумла. Радикалӣ дар 59 табобати нурӣ дар 12 бемор, мураккаб - дар 20.



Диаграммаи 4. Тафтиши морфологӣ ташхис

Тахлили марҳилаҳои бемороне, ки мурочиат кардаанд, сатҳи баланди безътиноиро нишон медиҳад (марҳилаи III-IV) - 553 бемор.

Натиҷаҳои татбиқи тадбирҳои дар барномаи миллии мубориза бар зидди бемории саратон пешбинишударо ҷамъбаст намуда, бояд таъғирёбии мусбии баъзе нишондиҳандаҳои расонидани кӯмаки саратониро ба аҳоли қайд кард: коҳиши ғавт аз саратон, тамоюли афзоиши марҳилаҳои аввал, афзоиши шумораи бемороне, ки пас аз таҳлили саратон дар тӯли 5 сол ё бештар аз он зинда мондаанд. Таҷҳизоткунони босифати парки технологияҳои таҳлиси ва табобати сурат гирифт, ҳамзамон, тамоюли устувори афзоиши бемории саратон ба назар мерасад. Коҳишёбии назарраси марҳилаҳои ниҳой (III –IV) ҷой надошта, чораҳои пешгирикунанда аз ҷониби сохторҳои манфиатдор, мақомот ва аҳоли ба қадри кофӣ самаранок гузаронида намешаванд.

Ҳалли вазифаҳои гузашташуда тавассути беҳтарсозии низоми муносири расонидани ёрии саратоншиносӣ, ки ба барвақт ошкор намудани бемориҳои саратон, пешгирии самараноки дуюмдараҷаи онҳо равона карда шудааст. Унсури

муҳимтарини мубориза ҳавасмандгардонии табибони кумаки аввалия барои таҳлиси барвақти саратон ва дарёфти муоинаи гурӯҳҳои одамони дорои хатари саратоншиносӣ мебошад. Иқдомҳои пешаки муайяншуда ин татбиқи нақшаи сохтмони бинои нави МЧИС, тақвияти ҳадамоти патоморфологӣ дар маҷмӯъ дар кишвар ва беҳтар намудани дастрасӣ ба доруҳои кимиёдармонӣ мебошанд. Гуфтаҳои боло ислоҳи ҷиддии барномаи ҷорӣ миллиро ҳам аз ҷиҳати сохторӣ ва ҳам аз ҷиҳати таъминоти захираҳои воқеӣ бо қабули барномаи нав барои солҳои оянда талаб мекунад.

Хулоса. Дар мақола вазъи кунунии ҳадамоти саратоншиносӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳлил карда шудааст. Натиҷаҳои татбиқи барномаи миллии мубориза бар зидди саратон омӯхта ва пешниҳод карда шуданд, мушкилоти ҳалношуда ошкор гардиданд. Дикқат ба қори нокифояи низоми аввалияи тандурустӣ, камбудии таҷҳизоти технологияи муассисаҳои минтақавӣ ҷалб карда шудааст. Роҳҳои тақмили қори ҳадамоти онкологӣ ва дурнамои рушди он бо таваҷҷӯҳ ба самти пешгирикунанда ва тақмили таҳлиси барвақтӣ оварда шудаанд.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 616.329-002-053.2;616.8

Н.Н. Ахпаров, С.Б. Сулейманова, Э.А. Ойнарбаева

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У РЕБЕНКА С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

АО «Научный Центр педиатрии и детской хирургии» МЗ, Алматы, Республика Казахстан

Сулейманова С.Б. - к.м.н., отделение неонатологии и хирургии новорожденных Научного Центра педиатрии и детской хирургии МЗ РК Казахстан, г. Алматы, пр. Аль-Фараби, 146; e-mail: saule_suleiman@mail.ru

В статье представлено клиническое наблюдение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у ребенка с основной патологией центральной нервной системы. Диагностика патологии возможна в результате применения комплекса современных методов исследования, что позволило избежать осложнений, своевременно определить тактику хирургического лечения.

Ключевые слова: дети, дисфагия, рвота, неврология

N.N. Akhparov, S.B. Suleimanova, E.A. Oynarbaeva

CLINICAL CASE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN A CHILD NEUROLOGIC PATHOLOGY

AO "Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery" MH, Almaty, Republic of Kazakhstan

Suleimanova S.B. - Candidate of Medical Sciences, Department of Neonatology and Neonatal Surgery, Scientific Center of Pediatrics and Children's Surgery, MHC RK, 146 Al-Farabi Avenue, Almaty, Kazakhstan; e-mail: [saule_suleiman@mail.ru](mailto:suale_suleiman@mail.ru)

The article presents a clinical observation of gastroesophageal reflux disease in a child with underlying pathology of the central nervous system. Diagnosis of pathology is possible as a result of the use of a complex of modern research methods, to avoid complications, and timely determine the tactics of surgical treatment.

Введение. Встречаемость гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) у детей с неврологическими нарушениями чаще, чем в остальной детской популяции. Риск развития рефлюкса у таких детей обусловлен патологической моторикой желудочно-кишечного тракта, длительным горизонтальным положением, нарушением процесса глотания, замедленной эвакуацией пищи из пищевода и желудка, аномалии скелета, ослаблением мышечного тонуса и побочными эффектами используемых препаратов в целом. Тяжесть рефлюкса, может быть, связана с отсутствием защитных антирефлюксных механизмов, которые предрасполагают к рецидивирующей респираторной инфекции, способствуют развитию осложнений. Природа тяжелого хронического течения ГЭР у детей с патологией центральной нервной системы (ЦНС) - мультифакторная, и характерные особенности этого заболевания могут отсутствовать. Наряду с этим, диагностика осложняется объективными трудностями обследования, затруднениями при общении с больным, наличием атипичной симптоматики (беспокойство, дистония, судороги и др.). Лишь тонкая оценка всех существующих симптомов, таких как частые эпизоды пневмонии, поперхивания, рецидивирующая респираторная инфекция, должны рассматриваться с позиции имеющегося у ребенка гастроэзофагеального рефлюкса [1-3, 8, 9].

Кроме того, у детей с неврологическими нарушениями есть элемент глотательной дисфункции, что может привести к орофарингеальной аспирации. Эти пациенты могут аспирировать желудочное содержимое вместе со слюной во время кормления. Наилучшая возможность предотвратить дыхательные расстройства зачастую означает избегание перорального кормления (например, кормление через гастростому), а также антирефлюксную операцию. Процедура желудочного дренажа полезна для детей с выявленным замедленным опорожнением желудка до операции, подвергающихся антирефлюксной операции, которая способствует снижению проявления тошноты и рвоты, вызванных симптомами скопления газов. Появление указанных выше симптомов, после антирефлюксной

операции, считается непосредственно связанным с прогрессированием или персистенцией расстройств моторики желудочно-кишечного тракта, связанных с поражением ЦНС, при которых ГЭР является лишь одним из компонентов [4-7, 10].

Понимание потенциальных расстройств моторики желудочно-кишечного тракта, у детей с неврологическими нарушениями, связанных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), является необходимым моментом для реалистичной оценки послеоперационных ожиданий для родителей.

Вариабельность клинических симптомов остается недостаточно ясной, которая создаёт сложности в своевременной верификации патологии, что побудило нас представить собственное наблюдение.

Пациентка А., в возрасте 2-х лет, переведена в отделение хирургии Научного центра педиатрии и детской хирургии после продолжительного лечения в отделении пульмонологии по поводу: «Пневмония двусторонняя, аспирационная, внебольничная, затяжное течение, бронхо-обструктивный синдром. ДН 1-2 ст. Перинатальное поражение ЦНС гипоксическо-ишемического генеза. Гидроцефальный синдром, натальная травма шейного отдела позвоночника в виде вялого тетрапареза, псевдобульбарный синдром. Задержка психомоторного и речевого развития».

В клинической картине преобладали симптомы дыхательной недостаточности, обусловленные затяжным течением аспирационной пневмонии. С первых дней жизни на зондовом кормлении. Попытки введения *per os* сопровождались поперхиванием, приступообразным кашлем, нарастанием одышки, оральных хрипов, эпизодов апноэ. Не представлялось возможным расширить объем разового введения, который составлял $\frac{1}{2}$ возрастного объема, ввиду нарастания частоты эпизодов регургитации.

Ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне тяжелого токсикоза, обморока, анемии I ст. Роды, индуцированные в срок 38 недель. Масса тела новорожденной 2588 гр., внутриутробная

задержка плода. Закричала не сразу, переведена в ОРИТН с диагнозом: «Натальная травма головного и спинного мозга. Вялый тетрапарез, псевдобульбарный синдром. Постнатальная пневмония, тяжелая форма».

Наследственный анамнез не отягощен.

Объективное состояние ребенка расценивалось тяжелым на фоне основной патологии центральной нервной системы доминирование симптомов дыхательной недостаточности II ст., белково-энергетической недостаточности II ст., фактический вес составлял 9 кг. Дыхание самостоятельное, с участием вспомогательной мускулатуры (раздуванием крыльев носа, втяжением межреберных пространств). Одышка в покое, смешанного генеза. Постоянная дистанционная крепитация, что требовало частой санации верхних дыхательных путей. Аускультативно жесткое дыхание, проводилось по всем легочным полям, на фоне которого прослушивалась масса влажных разнокалиберных хрипов.

Пациентка проконсультирована оториноларингологом, заключение: Органы без патологий, отсутствие глотательного рефлекса обусловлены псевдобульбарными расстройствами.

Проведен комплекс клинико-лабораторного обследования включающее ультразвуковое исследование желудка, эзофагогастроскопию, полипозиционную рентгеноскопию пищевода и желудка

с контрастированием.

Ультразвуковое исследование гастроэзофагеальной зоны проводили утром, натощак с помощью аппарата «Siemens sonoline Si-450» (Австрия) с конвексным датчиком 5 МГц. Осуществлялось в два этапа: оценка исследуемой зоны натощак и после заполнения полости желудка жидкостью (молочной взвесью). Моторная функция оценивалась по методике В.Г. Сапожникова: ребенку натощак давали выпить 2/3 разового объема молочной взвеси, приготовленной на основе 5% глюкозы, которая выполняла в дальнейшем роль акустического маркера. Это обеспечивало акустическое контрастирование желудка и позволило четко дифференцировать характер расположения желудка, определить его форму, структуру и толщину стенок. В нашем наблюдении визуализировано утолщение стенок желудка с тракцией кардиофундального угла через пищеводное отверстие диафрагмы, деформацию и зияние кардиальной розетки, при динамическом наблюдении отмечался турбулентный поток жидкости из полости желудка в пищевод.

Рентгенологическое исследование проводилось с помощью аппарата «Philips». Подготовка пациентки осуществлялась по предложенной методике В.Б. Римашевского. Соблюдали классические принципы исследования пищевода: обзорная рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости, рентгеноскопия пищевода с бариевой взвесью в вертикальном положении, рентгеноскопия желудка после заполнения контрастной взвесью, затем в положении Тренделенбурга с целью выявления заброса бария из желудка в пищевод. Высокая частота одновременного вовлечения в патологический процесс пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки у детей с неврологической патологией обязывало исследовать эти три органа при подозрении на заболевания одного из них. В связи с чем последующее продвижение контрастной взвеси (пассаж) по отделам тонкой кишки фиксировали на отсроченных снимках. По результатам обзорной рентгенографии органов грудной клетки выявлены усиление бронхо-сосудистого рисунка и множественные инфильтративные очаги на фоне тени сердца. Для дифференциации контуров пищевода применено контрастное исследование. Тупой угол впадения (110 град.) пищевода в желудок с расширением пищевода в нижней трети (рис. 1).

По результатам отсроченных рентгенологических исследований установлено нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, одним из признаков которого



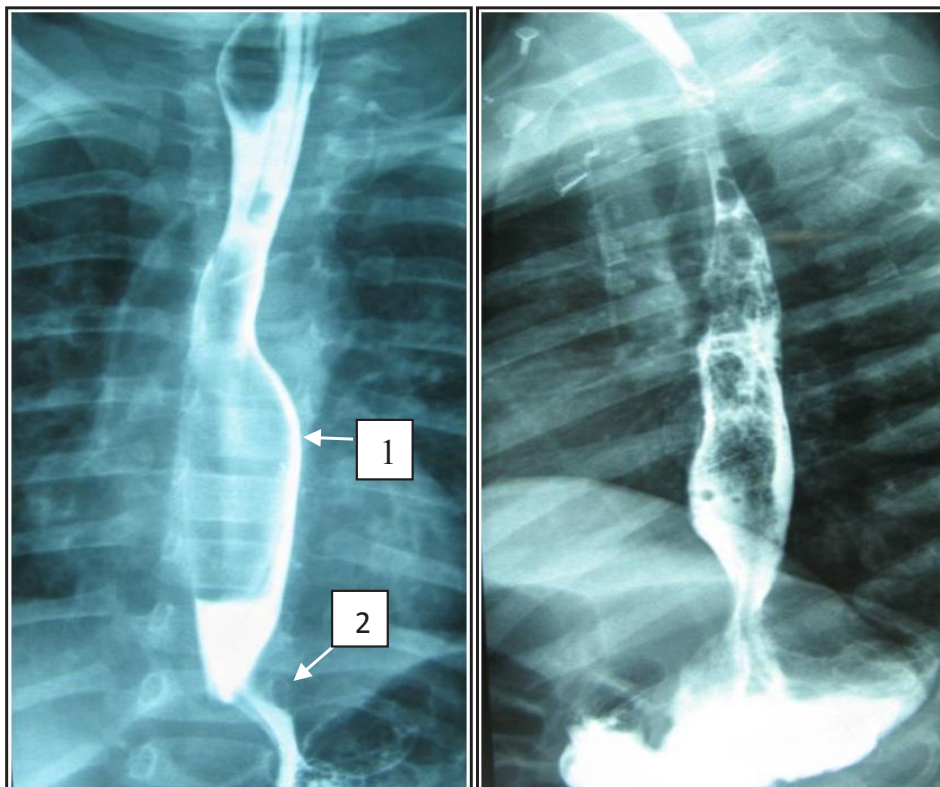


Рис. 1. Эзофагография 1 – расширение просвета нижней/трети пищевода;
2 – изменение угла Гиса (110 град)

явились увеличение размеров желудка, которое обусловлено функциональным пилороспазмом.

Фиброгастроскопия выполнена с использованием гибкого фиброэндоскопа с торцевой оптикой «Olympus» (Япония) с возможностью забора биоп-

сийного материала для дальнейшего гистологического исследования. При фиброэндоскопии линия пищеводно-желудочного перехода представлена «кардиальными зарубками» на топографическом уровне, стенки пищевода на всем протяжении от-

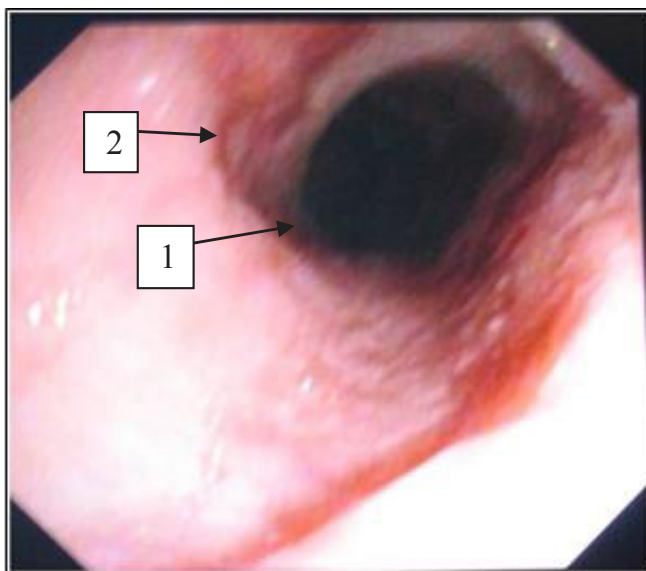


Рис. 2. Эрозивный эзофагит. Фиброэзофагоскопия.
1 – расширение зоны кардиальной розетки;
2 - следы эрозии

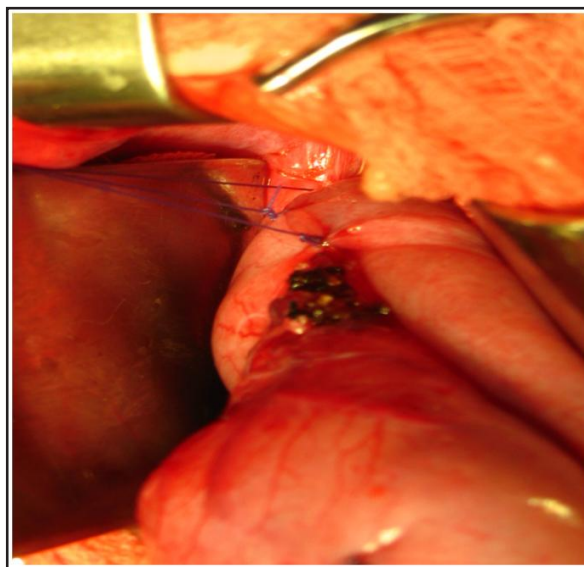


Рис. 3. Интраоперационное фото

ечная, шероховатая с наличием следов эрозии, наложениями на стенках налета фибрина, кардиальный сфинктер зияет, через который определялись складки слизистой оболочки желудка, наличие рефлюкс-эзофагита. Для оценки тяжести рефлюкс-эзофагита применена классификация Savary-Miller, в соответствии с которой диагностирован эрозивный эзофагит III степени (рис. 2).

Патоморфоз биоптата нижней трети пищевода был представлен альтерацией тканей, микроциркуляторными нарушениями. В прилежащем эпителии и собственном слое появилась лейкоцитарная инфильтрация с большим числом эозинофилов, отеком стромы, полнокровием сосудов, с наличием отдельных лейкоцитов, плазмочитов и макрофагов.

С клиническим диагнозом «Гастроэзофагеальный рефлюкс II-III ст. в структуре патологии центральной нервной системы. Эрозивный эзофагит. Нейрогенная дистония стенок пищевода» проведено оперативное вмешательство «Лапаротомия, ревизия, пластика ножек диафрагмы, эзофагофундопликация по Ниссену. Гастростомия по Кадеру. Пилоромиотомия по Фреде-Рамштеду» (рис. 3).

Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Энтеральное кормление начато со 2-го дня после операции. Хирургическое вмешательство привело к разрешению симптомов.



Катамнез в течение 2 лет после операции. Отдаленные результаты были сосредоточены на качестве жизни ребенка, условиях кормления, сопутствующих дисфагических проявлениях, гастроэзофагеальном рефлюксе, регистрировались кривые веса и роста ребенка, респираторных осложнений, приводящих к хроническим заболеваниям легких.

В долгосрочных наблюдениях состояние ребенка протекало удовлетворительно, кормление проводилось в возрастном объеме per os, частично с помощью гастростомической трубки с положительной весовой кривой в соответствии с нормативными возрастными кривыми роста и веса.

С контрольно-диагностической целью ребенку выполнено рентгенологическое исследование, фиброгастроскопия. Рецидивов не выявлено, рефлюкс-заброс купирован. Результаты лечения удовлетворительные.

Таким образом, в значительной степени выбор оперативной тактики можно адаптировать к состоянию конкретного ребенка, результатам объективных и инструментальных тестов на гастроэзофагеальный рефлюкс, псевдобульбарным расстройствам и связанным с ними пилорическим функциональным расстройствам. Своевременная коррекция рефлюксных расстройств у детей с патологиями центральной нервной системы помогает предотвратить развитие серьезных осложнений, которые неизбежно улучшат качество жизни ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 4-10 см. в REFERENCES)

1. Абдуллоев Д.А. Диагностика и лечение хронического калькулёзного холецистита, сочетающегося с рефлюкс-эзофагитом / Д.А. Абдуллоев // Вестник Авиценны. 2010. № 2 (43). С. 34-37.
2. Ивашкин В.Т. Холинергическая стимуляция: ее роль в осуществлении двигательной функции пищевода и клиренса при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни./В.Т. Ивашкин А.С. Трухманов // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2011; –№4. – С.3-8.
3. Разумовский А.Ю. Повторные лапароскопические фундопликации при лечении желудочно-пищеводного рефлюкса у детей. Детская хирургия. – 2014. – № 3. – С.44-47.

REFERENCES

1. Abdulloev J.A. Diagnosis and treatment of chronic calculous cholecystitis combining with reflux esophagitis
2. Ivashkin V. T. Kholinergicheskaya stimulyatsiya:

ee rol v osushchestvlenii dvigatelnoy funktsii pishchevoda i klirensa pri gastroezofagealnoy refluksnoy bolezni [Cholinergic stimulation: its role in esophageal motility and clearance in gastroesophageal reflux disease]. *Klinicheskie perspektivy gastroenterologii, gepatologii - Clinical perspectives of gastroenterology, hepatology*, 2011, No. 4, pp. 3-8.

3. Razumovskiy A. Yu. Povtornye laparoskopicheskie fundoplikatsii pri lechenii zheludочно-pishchevodnogo refluksa u detey [Repeated laparoscopic fundoplication in the treatment of gastroesophageal reflux disease in children]. *Detskaya khirurgiya - Pediatric Surgery*, 2014, No. 3, pp. 44-47.

4. Burd R. S., Price M. R., Whalen T. V. The role of protective antireflux procedures in neurologically impaired children. A decision analysis. *Journal of Pediatric Surgery*, 2002, Vol. 37, No. 3, pp. 500-506.

5. Capito C., Leclair M. D., Piloquet H. Long-term outcome of laparoscopic Nissen-Rossetti fundoplication for neurologically impaired and normal children. *Surgical Endoscopy*, 2008, Vol. 22, No. 4, pp. 875-880.

6. Georgeson K. Results of laparoscopic antireflux procedures in neurologically normal infants and children. *Seminars in Laparoscopic Surgery*, 2002, Vol. 9, No. 3, pp. 172-176.

7. Gossler A., Schalamon J., Huber-Zeyringer A., Höllwarth M. Gastroesophageal reflux and behavior in neurologically impaired children. *Journal of Pediatric Surgery*, 2007, No. 42 (9), pp. 1486-1490.

8. Orenstein S. R. An overview of reflux-associated disorders in infants: apnea, laryngospasm, and aspiration. *American Journal of Medicine*, 2001, Vol. 111, Suppl. 8a, pp. 60-63.

9. Pimpalwar A., Najmaldin A. Results of laparoscopic antireflux procedures in neurologically impaired

children. *Seminars in Laparoscopic Surgery*, 2002, Vol. 9, No. 3, pp. 190-196.

10. Richards C. A., Milla P. J., Andrews P. L. Retching and vomiting in neurologically impaired children after fundoplication: predictive preoperative factors. *Journal of Pediatric Surgery*, 2001, Vol. 36, No. 9, pp. 1401-1404.

11. Wadie G. M., Lobe T. E. Gastroesophageal reflux disease in neurologically impaired children: The role of the gastrostomy tube. *Seminars in Laparoscopic Surgery*, 2002, Vol. 9, No. 3, pp. 180-189.

ХУЛОСА

Н.Н. Ахпаров, С.Б. Сулейманова,
Э.А. Ойнарабаева

ҲОЛАТҲОИ КЛИНИКИИ БЕММОРИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛИИ РЕФЛЮКСӢ ДАР КӮДАКОНИ ГИРИФТОР БА ИХТИЛОЛО- ТИ НЕВРОЛОГӢ

Зимни мақола муоинаи клиникии бемории гастрозофагеалии рефлюксӣ дар мавриди кӯдаконе, ки аз патологияи асосии системаи асаби марказӣ ранҷ мебаранд, муаррифӣ карда шудааст. Ташҳиси беморӣ дар натиҷаи истифодаи маҷмӯи усулҳои муосири таҳқиқот имконпазир аст. Нуктаи мазкур барои пешгирӣ аз оризаҳо шароити мусоид фароҳам оварда, саривақт муайян кардани усули муолиҷаи ҷаррохиро имконпазир гардонид.

Калимаҳои калидӣ: кӯдакон, дисфагия, кай, неврология

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616.155.392-036.11-072-053.2

И.И. Караев¹, Р.З. Юлдошев², М.Н. Умарова, Н.Г. Рахимов¹, Б.Р. Рахимов³

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ МИЕЛОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ НА ЭТАПАХ ХИМИОТЕРАПИИ

¹ГУ «РНКЦ ПидХ» МЗиСЗН РТ

²Кафедра онкологии и лучевой диагностики ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

³ГУ НМЦ РТ «Шифобахи»

Юлдошев Равшан Зоидович – д.м.н., зав. кафедры онкологии и лучевой диагностики ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Тел.: 918679399, e-mail: uravshvan@mail.ru

В статье приведен обзор современной литературы с целью изучения вопросов диагностики и лечения септических осложнений на разных этапах химиотерапии у детей с острым миелобластным лейкозом.

Научные исследования последних лет доказали, что в связи с повышением вирулентности возбудителей

инфекций и резистентность к антибактериальным препаратам, изменились способы использования антибиотиков, согласно чувствительности микробов и минимальным отрицательными эффектами.

Ключевые слова: дети, септические осложнения, острый миелобластный лейкоз, химиотерапия.

I.I. Karayev¹, R.Z. Yuldoshev², M.N. Umarova, N.G. Rakhimov¹, B.R. Rakhimov³

MODERN ASPECTS OF SEPTICAL COMPLICATIONS IN CHILDREN WITH MYELOBLASTIC LEUKOSIS AT THE STAGES OF CHEMOTHERAPY

¹State Institution "Republican Scientific and Clinical Center for Pediatrics and Children's Surgery

²Department of Oncology and Radial Diagnostics of SEI Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

³SEI National Medical Center of Tajikistan "Shifobakhsh"

Yuldoshev Ravshan Zoidovich - Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Oncology and Radial Diagnostics of SEI Avicenna Tajik State Medical University, Tel: 918679399, e-mail: uravshvan@mail.ru

The article presents a review of the current literature on the diagnosis and treatment of septic complications at different stages of chemotherapy in children with acute myeloblastic leukemia.

Scientific studies in recent years have proven that due to the increased virulence of infectious agents and resistance to antibacterial drugs, the use of antibiotics has changed, according to the sensitivity of microbes and minimal adverse effects.

Keywords: children, septic complications, acute myeloblastic leukemia, chemotherapy.

Современные схемы цитостатической терапии позволили получить удовлетворительные результаты в лечении больных с острым лейкозом (ОЛ), особенно в плане острого миелоидного лейкоза (ОМЛ) [18-20]. Однако полученные результаты химиотерапии (ХТ) зачастую сопровождается тяжёлыми инфекционными осложнениями, частота которых достигает 85% [6, 18].

Внедрение новых технологий и разработок в схемы лечения детей с ОЛ на всех этапах лечения в клиники, позволили достичь хороших результатов, и увеличить период ремиссии [2]. Однако на фоне этих успехов остаются высокие риски возникновения дисфункции органов и систем, с тяжёлыми септическими процессами, при длительном применении химиотерапии [9].

Вероятность инфекционных осложнений до и после проведения программной химиотерапии может достигать 60-90%. При этом одним из частым проявлением септического процесса в период гранулоцитопении является лихорадка без выявления инфекционного очага и возбудителя инфекции [21].

В основном микробиологическое подтверждение септического процесса получают в период угнетения или нарушения в системе кровообращения, когда выделены микроорганизмы из гемокультуры. Проведение клинико-лабораторных исследований [33] указывают на то, что более 50% эпизодов гипертермии при заболеваниях систем

крови были неясной этиологии, только 48% клинико-лабораторных и бактериологических данных указывали о наличии инфекции.

Модернизированные схемы ХТ и адаптированная поддерживающая терапия дали возможность реально повысить показатели 5-летней выживаемости у детей с ОМЛ. На фоне этих достижений повысилась вероятность возникновения серьёзных инфекционно-воспалительных осложнений в связи с пролонгированной гранулоцитопенией [7].

Наиболее ярким клиническим симптомом воспалительного процесса в стадии гранулоцитопении является гипертермия неустранённой этиологии, когда невозможно установить очаг и возбудителя инфекции, очень редко встречаются клинически и микробиологически верифицированные источники. Большинство из ранее проведенных научных исследований, по изучению спектра инфекционного агента у детей с гематологической патологией, включали всех пациентов с гемобластомами и не акцентировали внимание на отдельную нозологию [24, 34].

В настоящее время научные публикации касающийся этиологии и спектра инфекционных агентов у детей с острым миелоидным лейкозом резко ограничено. Исследование Исмоилова К.И. [8], где были проанализированы инфекционно-воспалительные осложнения у 494 детей с острым лейкозом, показало преобладание инфекционного

процесса у детей с ОМЛ более чем в 60% случаев, по сравнению с детьми с ОЛЛ (20%). В течение длительного наблюдения у этих больных отмечалось более 2000 эпизодов повышения температуры тела, причиной которых в 60% случаев является лабораторно установленная инфекция, в 38,0% случаев причиной гипертермии оставалось неясным. Только в 2,0% случаев причиной гипертермии были воспалительные процессы.

В последних научных исследованиях из Европы [13] было установлено, что наиболее выявляемыми являются верифицированные инфекции (до 70%), что может быть связано с улучшением выявления бактериальных осложнений в настоящее время.

По результатам исследования российских гематологов, о применении антибиотиков в лечении 70 эпизодов инфекции у 60 больных ОЛ, частота повышения температуры тела неясной этиологии достигала 45,6%, верифицированная инфекция до 41%, а бактериемия 14,4% случаев [4].

Следует отметить, что у большинства детей с ОМЛ единственным проявлением инфекционно-воспалительного процесса при гранулоцитопении считается гипертермия. Поэтому антибиотикотерапию следует начинать при появлении первых клинических признаков инфекции, не дожидаясь выявления очага инфекции и типа возбудителя [5]. Антибиотикотерапия — это эмпирический подход к лечению инфекции у больных с ОЛ, поскольку их выбор влияет эпиданнанные, на основе верифицированности возбудителей и их антибиотико-чувствительности [17].

Спектр микробов, которые участвуют в развитии септицемии у детей ОЛ, периодически подвергается изменениям. В середине 70-х годов преобладали грамотрицательные микроорганизмы, а в конце XX века — наоборот, грампозитивные. В последние годы преобладают грамотрицательные микроорганизмы, в основном за счет энтеробактерий (*E. coli*, *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp. и др.), и микроорганизмы не вырабатывающие ферменты (*P. Aeruginosa*, *A. Baumannii* и др.) [3]. Научно доказано, что свыше 50% штаммов *P. Aeruginosa* и *A. Baumannii* считается устойчивым к карбапенемам, а показатель выработки бета-лактамаз расширенного спектра (БЛРС) у этих бактерий достигает 40-60% [3]. Выработка БЛРС приводит к устойчивости энтеробактерий к антибиотикам. В последние годы эффективность цефалоспоринового ряда снизилась, по причине масштабного распространения микробов с выработкой БЛРС.

Этот фермент, который вырабатывается грамотрицательными палочками и обуславливает резистентность этих бактерии почти ко всем β -лактамным антибиотикам. Надёжный результат, в 99-100% случаев, в отношении продуктов БЛРС проявляет препарат карбапенем [21, 35].

Инфекционно-воспалительные осложнения, вызванные бактериями с множественной лекарственной устойчивостью, характеризуются более высокой смертностью, что подтверждается рядом исследований. С. Gudiol et al. проанализировали 372 случая бактериемий, вызванные грамотрицательными бактериями, у пациентов с гемобластомом и солидными новообразованиями. Смертность в группе пациентов с бактериемией, вызванной микроорганизмами с множественной лекарственной устойчивостью, была выше, чем у пациентов с чувствительными к антибиотикам бактериями (35,8% и 12,5% соответственно). В многофакторном анализе выделение из крови полирезистентных изолятов *P. Aeruginosa* было статистически значимым предиктором смерти ($p = 0,002$) [15].

В публикации дан анализ 38 случаев бактериемий, вызванные *P. Aeruginosa*, у пациентов со злокачественными гемопатиями, из 9 гематологических отделений многопрофильных больниц Италии [26].

Изоляты *P. Aeruginosa* с множественной лекарственной устойчивостью были выявлены у 71,1% пациентов. Авторы использовали те же определения устойчивости *P. Aeruginosa*, что и в работе [10]. Смертность в группе пациентов с бактериемией, вызванной изолятами с множественной лекарственной устойчивостью, была выше, чем у пациентов с антибиотико-чувствительными бактериями (40,1% и 9,1% соответственно).

В работе P. Lodise et al. проведен анализ 100 случаев бактериемий, вызванной *P. Aeruginosa*. Работа была проведена в больнице общего профиля в Нью-Йорке (США). Суверенным фактором смерти была задержка на 52 часа, и более, с назначением правильной противомикробной терапии. Позднее выполнение адекватной антимикробной терапии наблюдалось у 48 (48,0%) пациентов, а летальность в этой группе была статистически значимо выше, чем у пациентов, получавших корректную терапию вовремя (44,0% и 19,0% соответственно). Причиной отсрочки корректной антимикробной терапии на 52 часа, и более, были хроническая обструктивная болезнь легких и устойчивость бактериемического патогена к 3 или более классам антипсевдомонадных антибиотиков.

В отношении грампозитивных бактерий, то, как уже приведено выше, их встречаемость в этиологии инфекций у больных гемобластозом в последнее время снизилась. Коагулазонегативные стафилококки имеют преимущества в спектре бактериемий, вызываемых грамположительными бактериями, в том числе *S. Epidermidis*. Эти микроорганизмы отличаются устойчивостью ко многим антибиотикам и высокой смертностью [3, 29].

В последнее время зафиксировано повышение частоты верификации из гемокультуры микроорганизмов, ранее относившихся к редким бактериям. Сообщалось о случаях тяжелого сепсиса, вызванного *B. Cereus*. Эти грамположительные, факультативные и спорообразующие анаэробные бактерии гено- и фенотипически схожие с *B. Anthracis* и распространены повсеместно из-за их устойчивости к аномальным условиям климата. До недавнего времени считалось, что *B. Cereus* вызывает легкие пищевые инфекции у здоровых людей с ослабленным иммунитетом, и выделение этого микроба из посевов крови приписывалось загрязнению образцов крови. Однако в последние годы было показано, что *B. Cereus* способна вызывать молниеносную бактериемию у пациентов с ослабленным иммунитетом. Более того, для пациентов с гранулоцитопенией характерна распространённая форма инфекции, где зачастую мишенью становится головной мозг. Тактика антимикробной терапии генерализованных инфекций, вызванных *B. Cereus*, окончательно не определена из-за малого числа клинических случаев, описанных в мировой медицинской литературе. Установлено, что *B. Cereus* способен вырабатывать БЛРС и, как результат, проявлять устойчивость к ряду цефалоспоринов и пенициллинов. В связи с этим карбапенемы являются антибиотиком выбора для терапии в тяжелых случаях этой инфекции у пациентов с ОЛ. Помимо карбапенемов, фторхинолоны и ванкомицин проявляют высокую активность *in vitro* против *B. Cereus*. Но несмотря на своевременное и соответствующее лечение, смертность при диффузных формах инфекции может достигать 60-80% [9, 11, 27].

Наименее диагностируемая анаэробная бактерия составляет менее 5% случаев бактериемий, в 40-50% случаев обнаруживается в ассоциации с другими патогенами. Среди анаэробов преобладают *C. Perfringens* (до 70%), *C. Ramosum* (10-12%) и *C. Septicum* (5-19%) [8, 22].

Нарастающая резистентность возбудителей к антибиотикам у детей с ОЛ способствовало

к пересмотру традиционных схем назначения антимикробных препаратов в онкогематологии. В 2013 году международная экспертная комиссия ECIL-4 (European Conference on Infections in Leukemia) выдвинула рекомендации по применению антибактериальных средств пациентам с ОЛ на фоне гранулоцитопении. На основе этих рекомендаций была предложена современная стратегия деэскалации антибиотикотерапии в стадии гранулоцитопении у пациентов с ОМЛ, которая ранее применялась только у тяжелых пациентов. Классический подход к эскалации, известный в гематологии, подразумевает введение антибиотика (цефтазидима, цефоперазона/сульбактама, цефепима, пиперациллина/тазобактама) на начальной стадии инфекции, который эффективен против бактерий семейств Enterobacteriaceae и *P. Aeruginosa*. Согласно стандартам ECIL-4, выбор необходимой схемы терапии, должен базироваться на клинико-лабораторных показателях. Между тем, подход деэскалации может быть использован в специализированных центрах с высоким уровнем выявления микробов, у пациентов с обсеменением слизистого покрова кишечника или предшествующей инфекцией мультирезистентными бактериями, в случае инфекционной агрессии, приводящий к септическому шоку или тяжелой форме бронхопневмонии. В частности, в рамках подхода к деэскалации, эксперты ECIL рекомендовали использование карбапенемов в качестве первого этапа терапии в центрах с высоким процентом инфекций энтеробактериями продуцирующие БЛРС, у тяжелой категории пациентов, например, при септическом шоке, у пациентов с колонизацией слизистой оболочки. Выстилка кишечника БЛРС с положительными энтеробактериями или другими микроорганизмами, проявляющими устойчивость к цефалоспорином/пенициллину. Использование комбинации бета-лактама антибиотика и аминогликозида в 1-й фазе лечения рекомендуется тяжелой категории пациентов, например, в случаях септического шока, при наличии предшествующего лечения карбапенемами, в центрах с высокой долей инфекций, вызванных *P. Aeruginosa* и *A. Baumannii*, у пациентов с колонизацией слизистой оболочки кишечника или ранее инфицированных такими микроорганизмами.

Действительным заменителем карбапенема при лечении инфекций, вызванных Enterobacteriaceae, могут быть бета-лактамы, защищенные ингибитором-пиперациллин/тазобактам или цефоперазон/сульбактам. Активность пиперациллина/тазобак-

тама и цефоперазона/сульбактама *in vitro* в отношении энтеробактерий, продуцирующих БЛРС, была продемонстрирована путем тестирования возбудителей бактериемии у пациентов с гемобластозом [1]. При исследовании энтеробактерий, продуцирующих БЛРС, чувствительными к пиперациллину/тазобактаму и цефоперазону/сульбактаму были 88% и 76% изолятов соответственно. Основываясь на данных этого исследования, все пациенты получают лечение с использованием «классической» стратегии эскалации использования антибиотиков с последующей заменой, если необходимо, карбапенемом, в зависимости от клинических проявлений инфекции.

В качестве альтернативы карбапенемам большинство пациентов получали цефоперазон/сульбактам (примерно 60%) и пиперациллин/тазобактам (примерно 20%), реже фторхинолоны, аминогликозиды, хлорамфеникол и котримоксазол. Эффект от использования карбапенема и его конкурентных антибиотиков одинаковый 85,71% и 79,64% соответственно. Длительность и распространённость применения антибактериальных средств станет одной из причин антибиотикостойчивости микробов. Недавно, показанием к прекращению антибиотикотерапии, наряду с исчезновением признаков инфекционно-воспалительного процесса, были и разрешение гранулоцитопении. Продолжительность гранулоцитопении у пациентов с гемобластозом, в зависимости от используемых программ химиотерапии и статуса гемобластоза, может составлять от 7-10 дней до 3-4 недель и более. Таким образом, «классический» подход к отмене антимикробных средств, до восстановления гранулоцитов, значительно увеличивает длительность приема антибиотиков [13].

Следует отметить, что после отмены антибиотиков у пациента с гранулоцитопенией необходимо дальнейшее наблюдение еще в течение 24-48 часов, а при появлении лихорадки следует повторно назначить антибиотики.

Последующие исследования показали, что прекращение приема антибиотиков до исчезновения гранулоцитопении не влияет на смертность. Уровень смертности был идентичным среди пациентов, у которых терапия противомикробными средствами было приостановлено из-за гранулоцитопении (0,5–2%), по сравнению с пациентами, у которых терапия антибиотиками было продолжена до его разрешения (1-3%). Кроме того, в группе пациентов, принимавших антибиотики до разрешения гранулоцитопении, рецидивы температуры

на фоне применения антибиотиков наблюдались в 38% случаев. Таким образом, было доказано, что, несмотря на рецидивы гипертермии, раннее прекращение приема антибиотиков не приводит к увеличению смертности при условии, что антибактериальное лечение возобновляется немедленно, когда лихорадка возобновляется. По данным авторов после прекращения антибиотикотерапии частота повторения гипертермии составил от 1% до 50%. Основанием, позволяющее уменьшить возврат к антибиотикотерапии, считается улучшение общего состояния ребёнка и лабораторно доказанное повышение уровня нейтрофилов и тромбоцитов в крови к моменту отмены антибиотиков [21].

Исходя из вышеизложенного, можно констатировать, что меры по ограничению распространения бактерий с множественной лекарственной устойчивостью, которые могут включать рациональное и кратчайшее возможное применение противомикробных препаратов, имеют первостепенное значение при лечении инфекции.

Нормальная микрофлора кишечника – это количество ассоциированных микробов, оказывающих влияние на жизнедеятельность друг друга и взаимосвязанных с организмом хозяина. Объединенная стойкость организма к кишечной инфекции дает возможность для функционирования нормальной флоры кишечника и физиологического процесса его слизистых оболочек [28].

Накопление большого количества микроорганизмов в просвете кишечника приводит к нарушению биоценоза кишечника и его пейзажа, в последующем – к развитию дисбактериоза [9, 31]. Необходимо отметить, что причины дисбактериоза могут быть многофакторными; но основная из них – за счет угнетения всех физиологических функций организма и, особенно, нарастания эндогенной интоксикации, что может привести к септическим осложнениям и частым рецидивам болезни.

По данным Феклисова Л.В. [32] микробиологические нарушения в просвете ЖКТ различаются по следующим степеням:

При I степени снижается число бактерий на фоне умеренного повышения эшерихий;

II степень – заметное повышение гемолитических эшерихий или других микроорганизмов условно-патогенного характера (УПМ) до 10^5 - 10^7 КОЕ/г (колониеобразующих единиц на 1 г);

III степень – глубокий дефицит лакто- и бифидобактерий, обильный рост сложных ассоциаций УПМ в количестве 10^6 - 10^7 КОЕ/г и более;

IV степень – бактериемия и сепсис.

У больных детей с онкогематологией показатели микрофлоры кишечника значительно снижены на фоне угнетения реактивности иммунологической системы [14, 30]. Патологическая флора определена у 50,3% больных в полости зева, у 30,2% больных – в полости носа, в слизистой кишечника – у 70,1% больных. При этом надо отметить, что во всех периодах заболевания лимфобластным лейкозом возникает риск развития септических осложнений [7, 14, 16, 25].

Таким образом, литературные данные показали, что при онкогематологии у больных детей, на различных этапах, возможно возникновение различной степени септических осложнений в виде: бронхопневмонии, инфекция мягких тканей, дисфункции желудочно-кишечного тракта, проявления энтеральной недостаточности, нарастания эндогенной интоксикации, поэтому для улучшения и оптимизации методов диагностики и лечения принимают различные варианты терапии. Учитывая множественные осложнения после проведения химиотерапии, для снижения побочного действия и улучшения результатов терапии, нами в работе были оптимизированы методы лечения с учетом явлений энтеральной недостаточности, добавлены в комплексную терапию антиоксиданты и пребиотики, что входило в цели и задачи нашего исследования.

Подводя итоги обзора литературы следует отметить, что индекс инфекционно-воспалительных осложнений остается на высоком уровне в современной онкогематологии, и это связано с оптимизацией схем полихимиотерапии на фоне появления новых противоопухолевых препаратов, который обладает выраженным иммуносупрессивным эффектом.

Одним из пусковых механизмов в развитии инфекционно-воспалительного процесса в период гранулоцитопении выступает колонизация слизистой кишечника микроорганизмами, что косвенно указывает на возможного инфекционного агента, а также может служить основой для выбора адекватной антибиотикотерапии.

Эффективными препаратами в терапии инфекционно-воспалительного процесса является бета-лактамы антибиотиков, соответственно большое значение приобретают меры по усовершенствованию антибиотикотерапии, направленные на ограничение диссеминации мультиустойчивых бактерий.

Заключение. При изучении доступной литературы выявлено, что количество публикаций о

спектре и этиологии инфекционных осложнений у детей с ОЛ ограничено. В большинстве ранних опубликованных работ анализ проводился среди всех пациентов с гематологическими злокачественными новообразованиями и не фокусировались на конкретной нозологии. На фоне динамичного развития медицинской технологии и внедрение в медицинскую практику современных диагностических методов отношение к применению антибиотиков резко изменилось, за счёт визуализации очага инфекции и инфекционного агента. В связи с появлением и повсеместным распространением устойчивости к антибиотикам, у инфекционных агентов, подходы к использованию противомикробных препаратов изменились, в настоящее время стремясь сдержать устойчивость микроорганизмов за счет минимизации продолжительности противомикробной терапии без риска увеличения смертности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ (пп. 29-35 см. в REFERENCES)

1. Алефиров, А.Н. Побочные эффекты химиотерапии в онкологии /А.Н. Алефиров // Профилактика и преодоление при помощи лекарственных растений: цикл лекций/-СПб. - 2008. - 25с.
2. Алиев Д.А. Организация химиотерапевтического лечения онкологических больных /Д.А. Алиев, Ч.М. Касумов, С.Ч. Джафарова // VI съезд Онкологов и радиологов стран СНГ. – Минск, 2010. -С.95.
3. Балашева И.И. 50 лет клинико-эпидемиологических исследований острых лейкозов у детей Томской области /И.И. Балашева, Р.Н. Лучина, Л.Ф. Десятова // Сибирский онкологический журнал. - 2010. - №1. - С. 23-28.
4. Бейн Б. Дж. Хронические миелоидные лейкозы: атлас-справочник /Б. Дж. Бейн. – Москва. Гранат. 2014. - 58 с.
5. Бойченко Э.Г. Результаты лечения острого лимфобластного лейкоза у детей в Санкт-Петербурге с использованием интенсивной химиотерапии: ретроспективная оценка эффективности двух версий протокола Coall-92 /Э.Г. Бойченко, Э.М. Петрова, И.А. Гарбузова // Вопросы современной педиатрии. С-Петербург. - 2011. -№3(10). - С. 37-46.
6. Анализ инфекционных осложнений гемабластозов в Амурской области /В.В. Войцеховский [и др.] // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2012. -№ 46. –С. 64-68.
7. Бельмера С.В. Гастроэнтерология детского возраста /Под ред. С.В. Бельмера, А.И. Хавкина,

П.Л. Щербакова. - М. ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2010. - 476 с.

8. Исмоилов К.И. Коррекция нарушений гемостаза при лейкозе у детей // Здоровоохранение Таджикистана. -2011. -№3. -С. 45-48.

9. Кадричева Т.Г. Функциональная активность нейтрофильных гранулоцитов у детей с острым лимфобластным лейкозом /Т.Г. Кадричева, В.Т. Манчук, С.Г. Шагарова // Медицинская иммунология. -2011. -№6. -С. 631-634.

10. Караев И.И., Рахматова Р.А., Бакиева Г.Т. Нарушения пищеварительной системы у детей с острым течением лимфобластного лейкоза и их профилактика.

11. Калинина И.И. Результаты терапии кандидемии у детей с различными гематологическими и онкологическими заболеваниями в условиях одного центра /И.И. Калинина [и др.] // Онкогематология. - 2011. - Т. 3. - С. 24-34.

12. Кешишян Е.С. Особенности формирования микрофлоры кишечника у детей первого года жизни: новый пробиотик и линекс детский показаний к применению /Е.С. Кешишян, Е.К. Бердникова // Практика педиатрии. - 2013. -№4. -С. 51-55.

13. Факторы, влияющие на излечение у больных гемобластомами и кандидемией /Г.А. Клясова [и др.] // Терапевтический архив – 2015. - №7(87). - С. 77-87.

14. Детекция энтеробактерий с продукцией бета-лактамаз расширенного спектра у больных острыми миелоидными лейкозами и лимфомами при поступлении в стационар /Г.А. Клясова [и др.] // Гематология и трансфузиология. - 2016. - №1(61). - С. 1.

15. Козлов Р.С. Серологическая характеристика и чувствительность к антибиотикам пневмококков, выделенных у детей в возрасте до 5 лет в отдельных регионах Российской Федерации /Р.С. Козлов [и др.] // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. - 2011. - № 13(2). - С.177-187.

16. Ладодо К.С. Рациональное питание детей раннего возраста /К.С. Ладодо // Монография. -М., -2009. - С. 265–272.

17. Муродов М.Д. Энтеральная недостаточность и его коррекции при остром лейкозе у детей /М.Д. Муродов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. -2014. -№2. -С. 31-24.

18. Набиев З.Н. Профилактика осложнений после химиотерапии у детей с лейкозом /З.Н. Набиев // Здоровоохранение Таджикистана. -2015. -№4. -С. 14-17.

19. Применение антибиотиков при фебрильной нейтропении у больных острыми лейкозами /В.А. Охмат [и др.] // Клиническая онкогематология.

-2018. -№11(1). С.100-109.

20. Лечение больных острыми миелоидными лейкозами по протоколу российского многоцентрового рандомизированного исследования ОМЛ-01.10: результаты координационного центра /Е.Н. Паровичникова [и др.] // Терапевтический архив. -2014. -№86(7). -С.14-23.

21. Первые итоги терапии Ph-негативных острых лимфобластных лейкозов взрослых по протоколу Научно-исследовательской группы гематологических центров России ОЛЛ-2009 /Е.Н. Паровичникова [и др.] // Терапевтический архив. -2011. -№83(7). -С.11-17.

22. Национальные клинические рекомендации по диагностике лечению острых миелоидных лейкозов взрослых /В.Г. Савченко // Гематология и трансфузиология. -2014. -№59(1). -С.3-29.

23. Сисла Б. Руководство по лабораторной гематологии: Пер с англ. /Под общей ред. А.И. Воробьева. -М.: Практическая медицина, 2011. -С. 37-39, 174-190.

24. Страчунский Л.С. В-лактамазы расширенного спектра-быстро растущая и плохо осознаваемая угроза /Л.С. Страчунский // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. -2005. -№1(7). -С. 92-96.

25. Таджибаева З.Н. Применение иммунных препаратов при лейкозе у детей /З.Н. Таджибаева, С.Т. Давлатов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. -2012. -№2. -С. 27-29.

26. Ходжиева Г.Б. Клинико-гематологические особенности острой лейкемии в Таджикистане / Г.Б. Ходжиева, М.К. Рахматов, Д.М. Хасанов, К.З. Ураков // Вестник Авиценны. 2013. № 4 (57). С. 36-39.

27. Хусейнов З.Х. Коррекция нутритивной недостаточности с острым лимфобластным лейкозом у детей /З.Х. Хусейнов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. Душанбе. - 2012. -№3. -С. 70-73.

28. Лейкозы: гематологическая характеристика и особенности течения отдельных форм острых лейкозов /Н.П. Чеснокова [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 7 (1). – С. 166-169.

REFERENCES

1. Alefirov A. N. *Pobochnye efekty khimioterapii v onkologii. Profilaktika i preodolenie pri pomoshchi lekarstvennykh rasteniy: tsikl lektsiy* [Side effects of chemotherapy in oncology]. St. Petersburg, 2008. 25 p.

2. Aliev D. A. [Organization of chemotherapeutic treatment of cancer patients]. *6 sezd Onkologov i radiologov stran SNG* [VI Congress of Oncologists and Radiologists of CIS countries]. Minsk, 2010, pp. 95. (In Russ.)

3. Balasheva I. I. 50 let kliniko-epidemiologicheskikh issledovaniy ostrykh leykozov u detey Tomskoy oblasti [50 Years of Clinical and Epidemiological Studies of Acute Leukemia in Tomsk Oblast Children]. *Sibirskiy onkologicheskiy zhurnal - Siberian Journal of Oncology*, 2010, No. 1, pp. 23-28.
4. Beyn B. Dzh. *Khronicheskie mieloidnye leykozy: atlas-spravochnik* [Chronic Myeloid Leukemia: Atlas Guide]. Moscow, Granat Publ., 2014. 58 p.
5. Boychenko E. G. Rezultaty lecheniya ostrogo limfoblastnogo leykoza u detey v Sankt-Peterburge s ispolzovaniem intensivnoy khimioterapii: retrospektivnaya otsenka effektivnosti dvukh versiy protokola Soall-92 [Results of Pediatric Acute Lymphoblastic Leukemia Treatment in St. Petersburg Using Intensive Chemotherapy: A Retrospective Evaluation of the Effectiveness of Two Versions of the Coall-92 Protocol]. *Voprosy sovremennoy pediatrii - Questions of modern pediatrics*, 2011, No. 3 (10), pp. 37-46.
6. Analiz infektsionnykh oslozhneniy gemablastozov v Amurskoy oblasti [Analysis of infectious complications of hematoblastosis in the Amur region]. *Byulleten fiziologii i patologii dykhaniya - Respiratory Physiology and Pathology Bulletin*, 2012, No. 46, pp. 64-68.
7. Belmera S. V. *Gastroenterologiya detskogo vozrasta* [Pediatric Gastroenterology]. Moscow, MED-PRAKTIKA-M Publ., 2010. 476 p.
8. Ismoilov K. I. Korrektsiya narusheniy gemostaza pri leykoze u detey [Correction of hemostasis disorders in childhood leukemia]. *Zdravookhranenie Tadjikistana - Healthcare of Tajikistan*, 2011, No. 3, pp. 45-48.
9. Kadricheva T. G. Funktsionalnaya aktivnost neytrofilnykh granulotsitov u detey s ostrym limfoblastnym leykozom [Functional activity of neutrophil granulocytes in children with acute lymphoblastic leukemia]. *Meditinskaya immunologiya - Medical immunology*, 2011, No. 6, pp. 631-634.
10. Karaev I.I. The disorders of the digestive system in children with acute currents lymphoblastic leukosis and their prevention.
11. Kalinina I.I. Rezultaty terapii kandidemii u detey s razlichnymi gematologicheskimi i onkologicheskimi zabolevaniyami v usloviyakh odnogo tsentra [Results of Candidaemia Therapy in Children with Various Hematological and Oncological Diseases in One Center]. *Onkogematologiya - Oncohematology*, 2011, Vol. 3, pp. 24-34.
12. Keshishyan E. S. Osobennosti formirovaniya mikroflory kishechnika u detey pervogo goda zhizni: novyy probiotik i lineks detskiy pokazaniy k primeneniyyu [Peculiarities of formation of intestinal microflora in children of the first year of life: new probiotic and linex pediatric indications]. *Praktika pediatrii - Practice of Pediatrics*, 2013, No. 4, pp. 51-55.
13. Faktory, vliyayushchie na izlechenie u bolnykh gemoblastozami i kandidemiy [Factors affecting cure in patients with hemoblastosis and candidemia]. *Terapevticheskiy arkhiv - Therapeutic archive*, 2015, No. 7 (87), pp. 77-87.
14. Klyasova G. A. Detektsiya enterobakteriy s produktsiei beta-laktamaz rasshirennoogo spektra u bolnykh ostrymi mieloidnymi leykozami i limfomami pri postuplenii v statsionar [Detection of Enterobacteriaceae with extended-spectrum beta-lactamase production in patients with acute myeloid leukemia and lymphoma on admission to hospital]. *Gematologiya i transfuziologiya - Hematology and Transfusiology*, 2016, No. 1 (61), pp. 1.
15. Kozlov R. S. Serologicheskaya kharakteristika i chuvstvitelnost k antibiotikam pnevmokokkov, vydelennykh u detey v vozraste do 5 let v otdelnykh regionakh Rossiyskoy Federatsii [Serological characteristics and antibiotic sensitivity of pneumococci isolated in children under 5 years of age in selected regions of the Russian Federation]. *Klinicheskaya mikrobiologiya i antimikrobnaya khimioterapiya - Clinical Microbiology and Antimicrobial Chemotherapy*, 2011, No. 13 (2), pp. 177-187.
16. Ladodo K. S. *Ratsionalnoe pitanie detey ranego vozrasta* [Rational nutrition for young children]. Moscow, 2009. 265-272 p.
17. Murodov M. D. Enteralnaya nedostatocnost i ego korrektsii pri ostrom leykoze u detey [Enteral insufficiency and its correction in acute leukemia in children]. *Pediatriya i detskaya khirurgiya Tadjikistana - Pediatrics and Pediatric Surgery of Tajikistan*, 2014, No. 2, pp. 31-24.
18. Nabiev Z. N. Profilaktika oslozhneniy posle khimioterapii u detey s leykozom [Prevention of complications after chemotherapy in children with leukemia]. *Zdravookhranenie Tadjikistana - Healthcare of Tajikistan*, 2015, No. 4, pp. 14-17.
19. Okhmat V. A. Primenenie antibiotikov pri febrilnoy neytropenii u bolnykh ostrymi leykozami [Antibiotic treatment of febrile neutropenia in acute leukemia patients]. *Klinicheskaya onkogematologiya - Clinical oncohematology*, 2018, No. 11 (1), pp. 100-109.
20. Parovichnikova E. N. Lechenie bolnykh ostrymi mieloidnymi leykozami po protokolu rossiyskogo mnogotsentrovogo randomizirovannogo issledovaniya OML-01.10: rezultaty koordinatsionnogo tsentra [Treatment of patients with acute myeloid leukemia according to the protocol of the Russian multicenter randomized trial OML-01.10: results of the coordination center]. *Terapevticheskiy arkhiv - Therapeutic archive*, 2014, No. 86 (7), pp. 14-23.
21. Parovichnikova E. N. Pervye itogi terapii

Ph-negativnykh ostrykh limfoblastnykh leykozov vzroslykh po protokolu Nauchno-issledovatel'skoy gruppy gematologicheskikh tsentrov Rossii OLL-2009 [First results of treatment of Ph-negative acute lymphoblastic leukemia in adults according to the protocol of the Hematology Research Group of Russia OLL 2009]. *Terapevticheskiy arkhiv - Therapeutic archive*, 2011, No. 83 (7), pp. 11-17.

22. Savchenko V. G. Natsionalnye klinicheskie rekomendatsii po diagnostike lecheniyu ostrykh mieloidnykh leykozov vzroslykh [National clinical guidelines for the diagnosis and treatment of adult acute myeloid leukemia]. *Gematologiya i transfuziologiya - Hematology and Transfusiology*, 2014, No. 59 (1), pp. 3-29.

23. Sislа B. *Rukovodstvo po laboratornoy gematologii* [Руководство по лабораторной гематологии]. Moscow, Prakticheskaya meditsina Publ., 2011. 37-39 p.

24. Strachunskiy L. S. V-laktamazy rasshirennoy spektra-bystry rastushchaya i plokho osoznavaemaya ugroza [Extended-spectrum B-lactamases-a rapidly growing and poorly understood threat]. *Klin. mikrobiol. antimikrob. Khimioter - Clinical Microbiology and Antimicrobial Chemotherapy*, 2005, No. 1 (7), pp. 92-96.

25. Tadzhibaeva Z. N. Primenenie immunnykh preparatov pri leykoze u detey [Use of immune preparations in children with leukemia]. *Pediatrics i detskaya khirurgiya Tadzhikistana - Pediatrics and Pediatric Surgery of Tajikistan*, 2012, No. 2, pp. 27-29.

26. Khuseynov Z. Kh. Korrektsiya nutritivnoy nedostatochnosti s ostrym limfoblastnym leykozom u detey [Correction of nutritional deficiency with acute lymphoblastic leukemia in children]. *Pediatrics i detskaya khirurgiya Tadzhikistana - Pediatrics and Pediatric Surgery of Tajikistan*, 2012, No. 3, pp. 70-73.

27. Khojievа G.B., Rakhmatov M.K., Khasanov J.M., Urakov K.Z. Clinical and hematological features of acute leukemia in Tajikistan.

28. Chesnokova N. P. Leykozy: gematologicheskaya kharakteristika i osobennosti techeniya otdelnykh form ostrykh leykozov [Leukemia: hematological characteristics and peculiarities of the course of certain forms of acute leukemia]. *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamentalnykh issledovaniy - International Journal of Applied and Basic Research*, 2015, No. 7 (1), pp. 166-169.

29. Al-Ali H. K. The role of hypomethylating agents in the treatment of elderly patients with AML. *Journal of genatronicologic*, 2014, No. 5 (1), pp. 89-105.

30. Arai S. Evi-1 is a transcriptional target of MLL oncoproteins in hematopoietic stem cells. *Blood*, 2011, No. 117 (23), pp. 6304-6314.

31. Assouline S. A phase I trial of ribavirin and low-dose cytarabine for the treatment of relapsed and refractory acute myeloid leukemia with elevated eIF4E. *Haematologica*, 2015, No. 100 (1), pp. 7-9.

32. Averbuch D. European guidelines for empirical antibacterial therapy for febrile neutropenic patients in the era of growing resistance: summary of the 2011 4th European Conference on Infections in Leukemia. *Haematologica*, 2013, Vol. 98, No. 12, pp. 1826-1835.

33. Chou Y. L. Bacillus Cereus septicemia in a patient with acute lymphoblastic leukemia: A case report and review of the literature. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 2016, No. 49, pp. 448-451.

34. Dombret H. International phase 3 study of azacitidine conventional care regimens in older patients with newly diagnosed AML with > 30% blasts. *Blood*, 2015, No. 126 (3), pp. 291-299.

35. Jabbour E. Outcome of patients with myelodysplastic syndrome after failure of decitabine therapy. *Cancer*, 2010, No. 116 (16), pp. 3830-3834.

ХУЛОСА

И.И. Караев, Р.З. Юлдошев, М.Н. Умарова,
Н.Г. Рахимов, Б.Р. Рахимов

ЧАНБАЪҲОИ МУОСИРИ ОРИЗАҲОИ УФУНӢ ДАР МАВРИДИ КӢДАКОНИ ГИРИФТОР БА ЛЕЙКОЗИ ШАДИД МИЕЛОБЛАСТӢ ДАР МАРҲИЛАҲО КИМИӢДАРМОНӢ

Зимни мақола шарҳи адабиёти муосир ба мақсади омӯзиши масоили ташхису муолиҷаи оризаҳои уфунӣ дар марҳилаҳои мухталифи кимиёдармонӣ ҳангоми кӯдаконе оварда шудааст, ки аз сафедхунии шадид миелобластӣ ранҷ мебаранд.

Таҳқиқоти илмӣ солҳои охир исбот карданд, ки дар робита бо боло рафтани захрокии ангезандаҳои сироятӣ ва муқовиматпазирӣ ба доруҳои зиддибактериявӣ мувофиқи ҳассосияти микробҳову таъсири минималии манфӣ усулҳои истифодаи антибиотикҳо тағйир ёфтаанд.

Калимаҳои калидӣ: кӯдакон, оризаҳои уфунӣ, лейкози шадиди миелобластӣ, кимиёдармонӣ.

УДК 618.14-006.6-036

Н.З. Мухамади, С.Г. Умарзода, З.Б. Ахмедова

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ В РЕГИОНЕ С ВЫСОКОЙ РОЖДАЕМОСТЬЮ

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Нилуфар Мухамади - очный аспирант кафедры онкологии и лучевой диагностики ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки 139, тел. (+992) 44-600-36-59, E-mail: muxamadi90@bk.ru

Резюме. В представленном обзоре отражены вопросы эпидемиологии рака тела матки, его современной классификации, диагностических мероприятий, подходов в комплексной терапии, с учетом прогностических факторов. Рак тела матки среди всех онкологических заболеваний считается патологией с наиболее благоприятным исходом и высокими показателями 5-летней выживаемости. Анализ литературы показал наличие нерешенности некоторых вопросов в выборе тактики лечения рака тела матки, что требуют дальнейшего изучения.

Ключевые слова: рак тела матки, диагностика, лечение.

N.Z. Muhamadi, S.G. Umarzoda, Z.B. Akhmedova

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF UTERINE CANCER IN A REGION WITH A HIGH BIRTH RATE

SEI Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

Nilufar Muhamadi - aspirant at the Oncology and Radiodiagnosis Department of State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University"; 734003; Republic of Tajikistan, Dushanbe, 139 Rudaki Ave; tel. (+992) 44-600-36-59, E-mail: **E-mail:** muxamadi90@bk.ru

Abstract. The presented literature review reflects the issues of the epidemiology of uterine cancer, classification of the disease, diagnostic methods, modern approaches, and principles of treatment, taking into account prognostic factors. Cancer of the uterus in the structure of cancer is considered pathology with a more favorable 5-year survival in women. Analysis of the literature has shown that many questions about the choice of tactics for the treatment of uterine cancer remain discrete and need further study.

Keywords: uterine cancer, diagnosis, treatment.

За последние десятилетия по всему миру отмечается тенденция роста абсолютного числа случаев заболеваемости онкологической патологией, невзирая на успехи в различных направлениях науки в данной области. Данные явления связывают с демографическими изменениями, связанными с увеличением численности самого населения и продолжительности жизни.

Согласно статистическим отчетам Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодно в мире выявляют и регистрируют более 10 миллионов случаев злокачественных заболеваний, и 6 миллионов смертельных исходов от данной патологии.

Международное агентство по изучению рака в своих статистических данных указывает на то, что наиболее распространенными злокачественными

заболеваниями среди женского населения являются опухоли генитальных органов и молочных желез, которые составляют в общей структуре заболеваемости онкопатологией у женщин 35% [4, 7].

Рост случаев гинекологического рака, потеря трудоспособности, несвоевременная диагностика, неудовлетворительные результаты терапии придают акцент актуальности данной проблемы [19].

По данным Vergote I. (2011), рак тела матки (РТМ) представлен как самая распространенная форма злокачественных опухолей гениталий среди женщин, составляя 4,8% и занимая 6 ранговое место в структуре онкозаболеваемости женщин. Также автор указывает на благоприятные прогноз, что отражается в показателях выживаемости – 75% пациенток живут 5 лет [37].

Фундаментом для выявления факторов риска РТМ, разработки мероприятий по профилактике в рамках региональных государственных противо-раковых программ, может послужить тщательный анализ показателей заболеваемости и их отличия в зависимости от региона страны [20].

В Российской Федерации, в 2010 году, РТМ, среди всей онкологической патологии у женщин, занял 5 ранговое место – 6,2%. А показатель заболеваемости достиг 15,6 случаев на 100 тыс. женского населения (мировой стандарт).

По данным других российских авторов (Чисов В.И., Дарьялова С.Л., 2013), отмечается значительный скачок показателей заболеваемости РТМ в возрасте от 40-59 лет, пик приходится на 60-64 года, после чего наблюдается резкое снижение [26].

Опираясь на статистические данные Globocan, в 2012 году выявили 320 тыс. новых случаев РТМ, из которых 53% приходилось на страны с развитой экономической системой. В Российской Федерации в 2013 году выявлено 22242 новых случая заболеваемости РТМ [1, 30].

Затрагивая вопросы смертности при РТМ, Аксель Е.М. (2015) и зарубежные авторы рабочей группы ESMO-ESGO-ESTRO (2016), отмечают что в 1-ый год она составила 9,4%. Число женщин, больных РТМ в 2013 году составляла 220,5 тыс., в 1993 году - 105,8 тыс. На лицо увеличение показателей смертности от РТМ за последние 20 лет в 2 раза [1, 30].

Согласно российским статистическим данным, каждый год от рака репродуктивных органов погибает 44 тысяч больных. В течение первого года с момента установления диагноза летальность по всем 4 основным локализациям рака репродуктивных органов увеличилась до 21,8%. Это может быть обусловлено высоким удельным весом больных с запущенными стадиями заболевания: при раке яичников - 62%, раке шейки матки - 40%, раке молочной железы - 38%, раке эндометрия - 18% [2, 3].

Таким образом, данная проблема выдвигается на лидирующее место в противораковой борьбе, в связи с омоложением возраста пациенток и запущенностью заболевания [21].

Согласно принятой в 2009 году Национальной программе против рака на 2010-2015 гг., одной из основных ее задач было изучение статистических и эпидемиологических сведений о заболеваемости различных групп населения Республики Таджикистан злокачественными новообразованиями и

смертности от них [21].

Согласно данным Унанян А.Л. (2012), Breijer М.С. (2010), РТМ в последние годы все чаще встречается в молодом репродуктивном возрасте [22, 28].

Ряд российских ученых в ряд факторов риска развития РТМ выделили генетические и метаболические патологические отклонения, нарушения функции щитовидной железы. В связи с тем, что матка является гормонозависимым органом, колебания концентрации гормонов в различные периоды жизни женщины влияет как на состояние гормонального баланса, так и повышает риск развития злокачественных опухолей [23].

Опираясь на данные ВОЗ, если ранее ожирение было прерогативой развитых стран, то на протяжении последних лет данная проблема также встречается и в развивающихся странах, как среди взрослого, так и среди детского населения. Приблизительно 1 млрд. людей после 20 лет и старше имеют индекс массы тела более 25, а 30% из них имеют ИМТ более 30, что говорит о наличии истинного ожирения. В свою очередь, ожирение повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований [6].

Нарушения баланса половых гормонов в женском организме с появлением абсолютной или относительной гиперэстрогемии особенно часто выявляются во время гормональных изменений во время пре-, пост- и менопаузы, что характерно для преобладающего большинства пациенток, и связано с угасанием репродуктивной функции организма. По данным некоторых авторов, именно у этой категории пациенток с гиперпластическими процессами в эндометрии риск развития злокачественного процесса резко возрастает [8].

В своей работе Т.И. Моисеенко отмечает, что у пациенток, принимающих более 5 лет тамоксифен в качестве адъювантной терапии рака молочной железы, значительно увеличивается риск возникновения рака эндометрия. Он предполагает, что, являясь антагонистом эстрогеновых рецепторов, препарат, тем не менее, частично выступает в качестве агониста, то есть оказывает эстрогенное действие. Хотя процент больных РТМ, относящихся к этой группе, невелик, но остается дискуссионным вопрос о механизме канцерогенного воздействия лекарственного препарата «тамоксифен»: проявляется ли он только в эстрогенных свойствах, или, помимо этого, имеет место генотоксический ДНК-повреждающий эффект [9].

Результаты последних исследований указыва-

ют на высокую частоту развития рака тела матки и атипической железистой гиперплазии (65,2%) на фоне гиперпластических состояний эндометрия в репродуктивном возрасте. Также, другими исследователями приводятся данные, в которых они указывают на то, что у 47,8% пациенток моложе 35 лет РТМ развивается на фоне атипической гиперплазии эндометрия, и на фоне гиперпластических процессов эндометриальной оболочки – у 36,2% женщин. В свою очередь, эндометриоидный вариант РТМ приходится на 90% всех злокачественных новообразований тела матки. [3, 13].

Достижения молекулярной медицины способствовали более глубокому пониманию механизмов, запускающих патологические изменения эндометрия и его злокачественную трансформацию, и таким образом, стали предпосылкой для формирования прогноза заболевания и отбора целевых групп, создания перспективных таргетных лекарственных препаратов с целью предупреждения возврата заболевания [22].

Стадирование РТМ имеет важное значение в выработке тактики лечения и прогнозировании исхода заболевания. В стадировании рака тела матки используются классификация FIGO от 1971 года в случаях, если по каким-либо причинам не проводится оперативное вмешательство, и хирургическая классификация FIGO от 1988 года – при возможности выполнения операции. В 2009 году, после очередного пересмотра классификации FIGO, в соответствии с ней также была принята классификация TNM 7-го пересмотра. В классификацию 1988 года в 2009 году внесены следующие изменения: объединены стадии IA и IB; не учитываются такие факторы, как переход опухоли на слизистую цервикального канала и наличие опухолевых клеток в смывах из брюшной полости; изменено описание IIIA стадии; (также относятся опухоли с распространением на параметрии; разделение IIC стадии на IIC1 и IIC2 с учетом поражения тазовых лимфатических узлов; изъята 0 стадия, ранее соответствующая стадии Tis в классификации TNM [3].

В предоперационном периоде, использование современных дополнительных методов исследования позволяют провести стадирование заболевания и играют важную роль в выборе объема оперативного вмешательства. Однако, могут иметь место расхождения предоперационного стадирования опухолевого процесса.

По данным Нечушкиной В.М. (2014), несоответствия в данных диагностики, полученных в

дооперационный период, с результатами интраоперационной ревизии и морфологического исследования, встречались в 51% клиническом случае, распространение опухолевого процесса за пределы тела матки также выявлялись интраоперационно в 19-38% случаях [10].

Согласно результатам Франциянц Е.М., клинические картины течения рака тела матки в репродуктивном и менопаузальном возрастах имеют свои особенности и отличия, что связано с различным гормональным фоном [23].

Таким образом, лишь анализ особенностей течения рака тела матки у пациенток молодого репродуктивного возраста и менопаузального периода, позволит повысить качество диагностики и количество выявленных случаев на ранних стадиях, что значительно улучшит показатели выживаемости и прогноз заболевания. Своевременное выявление больных РТМ на начальных стадиях заболевания остается одним из ведущих принципов в эффективном лечении данной патологии [25].

Одним из важных критериев в установлении распространенности процесса являются степень инвазии в миометрий, распространение на цервикальный канал, поражение регионарных лимфатических узлов малого таза и придатков тела матки.

Последние достижения в онкологии позволили проводить органосохраняющую терапию при начальном этапе опухолевого процесса при РТМ, что особенно актуально у женщин репродуктивного возраста, а также у пациенток пожилого и старческого возраста, путем исключения проведения расширенных травматических операций.

После того, как были установлены основные прогностические факторы при РТМ (глубина инвазии в миометрий, распространение на цервикальный канал, поражение лимфатических узлов, поражение яичников) актуальной задачей встала внутриназологическая диагностика. Благодаря широкому применению ультразвуковой аппаратуры возможным стала реализация множества аспектов более точной диагностики РТМ. Однако, и по сегодняшний день остается открытым вопрос о высокоинформативной диагностике с точностью до миллиметра.

Явные преимущества ультразвукового метода в диагностике РТМ все же не позволяют преодолеть такие трудности, как неспецифичность изображения тканей эндометрия и их дифференцировка, особенности клинического течения, недостаточный уровень подготовки специалистов лучевой диагностики [Рубцова Н. А.2012].

Ультразвуковая картина рака эндометрия может быть различной, тем не менее следует запомнить некоторые характерные признаки: толщина эндометрия увеличена, часто с неровными краями, также отмечается повышение эхогенности, а в полости матки иногда может выявляться жидкость. Увеличенное содержание которого в полости матки может быть обусловлено кровью (гемометра) или гноем (пиометра). Могут наблюдаться признаки перехода опухоли в миометрий. Для подтверждения диагноза всегда необходимо. Неадекватная ультразвуковая картина указывает на необходимость дальнейшего исследования [16].

Автор указывает в своем исследовании на информативность УЗ-диагностики в правильной оценке варианта инфильтративного роста в 89,5% случаях наблюдений, и в 86,7% случаях дифференцировании микроинвазивного рака. Сочетание трехмерной сонографии с гистероскопией позволяют более точно определять состояние полости матки, локализацию опухоли, вариант роста, степень распространения в миометрий при РТМ. Также отмечаются преимущества изучения гемодинамики тканей эндометрия путем спектральной доплерографии, УЗ-ангиографии. Последняя позволяет регистрировать мелкие сосуды с низкоскоростным кровотоком. Такие признаки, как дезорганизованность сосудистого рисунка, патологическая трансформация, неравномерное распределение сосудов относят к дополнительным критериям опухолевого роста. Визуализация линейных цветовых участков в интраэндометриальной области с продолжением в субэндометриальную зону трактуются как достоверные признаки инфильтративного роста [11].

В ряде крупных исследований определены наиболее важные критерии, определяющие прогноз заболевания, которые играют ведущую роль в выработке адекватной тактики лечения РТМ. Таким образом, в последние десятилетия, именно ультразвуковой метод исследования стал рутинным мероприятием в диагностике онкогинекологического рака. Однако, с целью уточняющей и дифференциальной диагностики встает необходимость применения более точных методик, к которым также относится трехмерное ультразвуковое исследование. Его основным преимуществом является возможность получения трехмерной анатомической реконструкции исследуемых органов, срезов и возможность произведения точных измерений объемных опухолей [18].

Нечушкина В.М. и соавторы в своем научном труде указывают на преимущества 3D эхографии

при сравнении с 2D визуализацией: точные вычисления объема образования, одновременная корреляция 3-х ортогональных томограмм в мультиплоскостном изображении, хранение объемных эхографических данных в цифровой форме и возможность их повторного анализа в любое время, возможность работать с объемными данными и получать любые срезы через матку, ее придатки и тазовое дно, даже в отсутствии пациента. В своем исследовании она отмечает преимущества 3D эхографии, состоящие в возможности уточнения локализации новообразования в области дна матки в 53,0% случаев наблюдений, а также, в визуализации многочисленных сосудов и их взаимоотношения с другими сосудами и опухолями или окружающими тканями. Данная методика позволяет специалисту интерактивно рассматривать 3D изображение на дисплее со всех сторон как единое целое [11, 24].

Таким образом, 3D ультразвуковая томография дает возможность получать объемные реконструкции тела матки с достаточно точным определением размера первичной опухоли с ее локализацией, что является важным инструментом в прогнозировании заболевания и его течения.

Известно, что степень дифференцировки опухоли устанавливается на основании результатов гистологического исследования материала, полученного при раздельном диагностическом выскабливании. Однако, глубину инвазии в миометрий, до хирургического вмешательства возможно оценить только с помощью методов визуализации. При поверхностной миометриальной инвазии вероятность лимфогенного метастазирования увеличивается с 3% до 46% - при глубокой. В связи с этим, предоперационное стадирование РТМ необходимо для выбора адекватной тактики хирургического лечения.

С целью дооперационной оценки наличия инвазии и ее глубины в мышечный слой тела матки, были анализированы возможности различных методов лучевой диагностики. Большинство авторов признают магнитно-резонансную томографию (МРТ) наиболее эффективным методом за счет высокого тканевого контраста и возможности получения диагностических изображений в различных плоскостях, который также позволяет получить дополнительные данные о размерах тела матки, объеме образования, структуре яичников, наличии асцитической жидкости в полости малого таза. Так, по мнению ученых В.М. Нечушкиной, К.Ю. Морхова и В.В. Кузнецова (2013), использование

МРТ органов малого таза в прогнозировании глубины инвазии в миометрий до хирургического было подтверждало его высокую информативность и позволяло рекомендовать его для предоперационного стадирования рака эндометрия [12, 15].

Таким образом, можно смело утверждать, что внедрение УЗИ и МРТ органов малого таза, в повседневную практику позволили повысить уровень и качество диагностирования опухолей генитальных органов у женщин. Указанные выше современные методы исследования обладают следующими полезными характеристиками: экономичность, относительная простота выполнения исследования, высокая информативность, безвредность, отсутствие возрастных ограничений, уточнение показаний к раздельному диагностическому выскабливанию с последующим морфологическим исследованием у больных с факторами риска рака эндометрия.

Баринов В.В. и его соавторы, приводят свои данные, в которых указывается, что средние показатели чувствительности, специфичности, прогностической значимости положительных и отрицательных результатов УЗИ трансвагинальным датчиком для оценки степени инвазии в миометрий при раке тела матки варьируют от 74,4 до 88,7%. В современной онкогинекологической практике, с целью определения местного распространения рака эндометрия, УЗИ трансвагинальным датчиком и МРТ принято считать методами выбора. Средние значения чувствительности, специфичности, прогностической ценности положительных и отрицательных результатов для МРТ составляют от 77,3 до 88,8% соответственно. Средние значения точности МРТ и УЗИ трансвагинальным датчиком в выявлении распространенности опухолевого процесса на нижний сегмент тела матки достигают 91 и 90,6%, чувствительность - 77 и 77%, специфичность - 91 и 87% соответственно [5, 15].

Согласно анализу современных научных исследований, для оценки состояния лимфатического аппарата малого таза, применяется широкий арсенал лучевых методов диагностики, таких как: УЗИ, КТ, МРТ, позитронно-эмиссионная томография, ПЭТ-КТ, ПЭТ-МРТ. Но информативность каждого из вышеуказанных методов весьма неоднозначна и вариабельна, и зачастую зависит от характеристик оборудования и предпочтительности исследователей к изучаемым методам диагностики.

Группа ученых под руководством Selman T.J. провели анализ 72 исследований, которые в совокупности включало 5042 наблюдений. Сравнение

диагностической эффективности биопсии лимфатического узла с ПЭТ-КТ и МРТ у больных раком шейки матки и раком эндометрия, показало, что высокую информативность показали биопсия и ПЭТ-КТ: чувствительность - 91,4 и 74,7%, специфичность - 100 и 97,6% соответственно. Средние значения чувствительности и специфичности при выполнении МРТ были 55,5 и 93,2%. Таким образом, биопсия лимфатических узлов в 20 раз превышала диагностическую точность МРТ и в 4 раза - ПЭТ-КТ [17].

В другом исследовании было показано, что чувствительность и специфичность МРТ в выявлении забрюшинных и тазовых лимфатических узлов, пораженных метастазами, составляли 55 и 93% соответственно. По информативности МРТ была сопоставима с КТ и уступала ПЭТ, чувствительность и специфичность которых составили 58 и 92% для КТ, 75 и 98% для ПЭТ [14].

Говоря об иммунологических методах дифференцировки рака тела матки, нельзя не отметить их важное значение в диагностике и контроле заболевания. Наиболее изученным, ассоциированным с опухолью, антигеном при раке женских репродуктивных органов является СА-125 - гликопротеин, вырабатываемый в основном клетками серозных злокачественных опухолей яичников, но может экспрессироваться на поверхности и других типов опухолевых клеток. Его концентрация в крови обычно имеют положительную корреляционную связь с размером опухоли. Этот биомаркер широко используется в клинической практике для диагностики и контроля течения рака яичников, и лишь в 11-43% его повышенная концентрация наблюдается при раке эндометрия.

Также были рассмотрены работы, посвященные взаимосвязи уровня СА-125 при раке эндометрия с распространенностью заболевания.

В последние годы все пристальное внимание в иммунологической диагностике рака эндометрия привлекает онкобелок HE4-белок 4 эпидидимиса человека, наличие которого может указывать на степень мышечной инвазии при эндометриоидном раке тела матки. HE4 принадлежит семейству ингибиторов протеиназ. Это кислый гликопротеин с 4 дисульфидными связями и молекулярной массой 25 кДа. На сегодняшний день роль и функция HE4 еще до конца не исследована. Ученые выдвигают предположение об антимикробной, противовоспалительной, антипротеиназной активности, вовлечении его в процесс созревание спермы, активностью. Экспрессия осуществляется

нормальным эпителием репродуктивных органов, верхних дыхательных путей, поджелудочной железы. Повышенную продукцию белка можно обнаружить при раке эндометрия, яичника, и редко при распространенной форме аденокарциномы дыхательных путей. Изначально HE4 использовался для дифференциальной диагностики опухолей яичника. Но в последние годы показана эффективность выявления этого биологического белка в качестве дооперационного маркера степени инвазии в мышечный слой тела матки, что определяет необходимость выполнения тазовой лимфаденэктомии у пациенток раком тела матки.

Также, внимание исследователей привлекает изучение роли VEGF в качестве опухолевого маркера при раке эндометрия. Данный белок является васкулоэндотелиальным фактором роста, способствующий неоваскуляризации опухоли и ее ранней диссеминации. Однако, данные литературы относительно роли этого фактора в распространении опухолевого процесса при раке эндометрия вызывают много вопросов и неоднозначны. Некоторые исследователи связывают экспрессию VEGF в злокачественных опухолях с повышением риска метастатической активности и укорочением продолжительности жизни [14].

При разработке тактики лечения рака эндометрия, после применения всех доступных методов диагностики, учитываются степень распространенности заболевания, морфологический тип, общий статус больного и сопутствующая экстрагенитальная патология. Одним из ведущих методов лечения рака эндометрия является хирургический, который претерпел значительные изменения. На первом этапе оперативного вмешательства при операбельных состояниях обязательным является выполнение ревизии брюшной полости, забор смывов с боковых каналов для цитологического исследования, экстирпация матки с придатками, биопсия подозрительных участков брюшины и образований. При I клинической стадии, которая встречается в 70-75% случаев всех наблюдений рака эндометрия, основными аспектами являются оценка состояния регионарного лимфатического аппарата. Отчасти это объясняется тем, что, предложив классификацию хирургических стадий PTM, FIGO не определила необходимые для этого манипуляции, а отчасти уже упомянутым тяжелым общим состоянием многих больных. В современной онкогинекологии по этому поводу до сих пор нет единого мнения среди специалистов: одни настаивают на полном отрицании необходи-

мости лимфаденэктомии, вторые являются яркими сторонниками выполнения тазовой и поясничной лимфаденэктомии практически всем больным [31-32].

Проблема оценки состояния тазовых и поясничных лимфатических узлов при раке тела матки волновала ученых в области онкогинекологии еще 70-е годы прошлого столетия, в связи с чем, еще тогда GOG (Gynecologic Oncology Group) начала пилотное исследование, посвященное данному вопросу. Было обнаружено, что частота метастазов в тазовых лимфатических узлах составляла 11%, в поясничных - 10%. Анализ клинико-морфологических факторов привел авторов к заключению, что в случае отсутствия инвазии в миометрий риск лимфогенных метастазов крайне низок, что также наблюдалось при высоко- и умереннодифференцированных вариантах опухоли с поверхностной инвазией в мышечный слой миометрия и при высокодифференцированных опухолях с инвазией внутренней трети миометрия. В свою очередь, при наличии опухолевых эмболов в лимфатических щелях и кровеносных сосудах, низкой степени дифференцировки опухоли, глубокой миометриальной инвазии и поражении шейки и придатков матки, вероятность генерализации опухолевого процесса в виде лимфогенных метастазов высока. Полученные данные послужили основанием для проведения GOG более крупного исследования (GOG 33), в которое включало более 600 больных с ранней стадией рака тела матки. Так, в результате проведенного исследования было выявлено, что 22% больных имели генерализацию опухолевого процесса за пределы тела матки: диссеминация по брюшине, опухолевые клетки в смывах из брюшной полости, метастазы в лимфатических узлах и/или яичниках. Метастатическое поражение поясничных лимфатических узлов обнаружены у 11% больных, тазовых и/или поясничных лимфатических узлов - у 3%, изолированное поражение только поясничных лимфатических узлов - у 2%. [27].

Полученные данные пилотного исследования GOG подтвердили высокую частоту лимфогенных метастазов рака эндометрия, которая, также зависела от следующих факторов: степень дифференцировки опухоли, глубина инвазии в мышечный слой. Следствием данного научного исследования послужило принятие двух основных правил при выполнении лимфаденэктомии при раке эндометрия: 1. она должна быть адекватной для суждения о состоянии лимфатических узлов; 2. хирург не

должен определять показания к лимфаденэктомии по результатам интраоперационной пальпации лимфатических узлов, поскольку макromетастазы выявляются менее чем у 10% больных с лимфогенными метастазами, а пальпация регионарных лимфатических узлов через брюшину зачастую не позволяет выявить их изменения даже при наличии метастазов [29, 31].

Однако, противники лимфаденэктомии отмечают, что у большинства больных раком эндометрия риск лимфогенной диссеминации опухоли относительно низкий, а тактика лечения может быть основана на результатах послеоперационного гистологического исследования. По мнению этих ученых удаление лимфатических узлов нецелесообразно у большинства больных с данной онкопатологией, у которых нет метастазов в лимфатических узлах, так как это увеличивает продолжительность операции и, возможно, кровопотерю, а также увеличивает риск осложнений: частота переливаний компонентов крови варьирует от 4 до 6%, формирование лимфатических кист встречается в 1-3% случаев, повреждение мочевых путей - менее 1%, суммарная частота других тяжелых осложнений не превышает 6% [30-31].

Чаще всего, оперативное вмешательство при раке эндометрия выступает как основной метод терапии. Однако, большинству больных после хирургического этапа проводится адъювантной терапии. Так, согласно данным 26-го ежегодного отчета о результатах лечения опухолей женских половых органов Международной федерации акушеров и гинекологов, адъювантную терапию (химио-, гормоно- или радиотерапия) получили более половины больных – 4914/8070 больных (60,9%). При этом, комбинированное лечение продолжает активно практиковаться при раке эндометрия даже на ранних стадиях, несмотря на отсутствие его влияние на показатели общей выживаемости. Однако, все же, для большинства больных данной с данным заболеванием с наличием факторов риска прогрессирования опухолевого процесса, «золотым стандартом» адъювантного лечения остается радиотерапия [28, 31].

Использование гормонотерапии в лечении рака эндометрия было начато еще в 1961 году благодаря Kelley и Baker, которые с успехом апробировали оксипрогестерон капронат в лечении данной категории больных с метастатическим поражением легких с положительным эффектом у каждого третьего больного (29% наблюдений). Таким образом, применение адъювантной гормонотерапии

в рамках комплексного лечения рака тела матки было признано рядом авторов как эффективное ввиду улучшения отдаленных результатов и отсутствия серьезных побочных эффектов. Так, при проведении комплексного лечения с включением 17-оксипрогестерона капроната, 5-летняя выживаемость достигала 89,9-93,3% по сравнению с 56,3-77,3% при отсутствии гормонотерапии в адъювантном режиме.

Результаты научной работы других авторов также показали увеличение 5-летней выживаемости больных, получавших в качестве адъювантной гормональной терапии медроксипрогестерона ацетатом, которая составила 87% по сравнению с 72% в группе контроля без гормонотерапии. При применении гормонотерапии 5-летняя выживаемость женщин увеличивается в среднем на 12-15% как при комбинированной терапии, так и при оперативном лечении [5].

Некоторые авторы даже высказываются в пользу комбинированной терапии рака эндометрия по протоколу «операция+гормональная терапия», которая по их данным дает лучшие отдаленные результаты по сравнению с протоколом «операция+радиотерапия» - 84,4 и 78,1% соответственно [12].

Также были предоставлены данные, указывающие на увеличение продолжительности безрецидивного периода и жизни пациенток при применении гормонотерапии. Так, у больных, получавших оксипрогестерона капронат безрецидивный период был в 2 раза длиннее в сравнении с контрольной группой: средняя продолжительность жизни при наличии лечебного эффекта - 23-29 месяцев, при его отсутствии - 6 мес. [30].

Таким образом, проведенный выше анализ литературных источников показал нам особенности течения рака эндометрия у женщин репродуктивного и менопаузального возрастов, важную роль применения всего арсенала современных лучевых методов (УЗИ трансвагинальным датчиком, МРТ, КТ) в предоперационной диагностике рака эндометрия. Однако, в плане лечения рака тела матки до сих остаются дискуссионными вопросы об оценке состояния лимфатических узлов и его роли в прогнозе заболевания, выполнении лимфаденэктомии тазовых и поясничных лимфоузлов, тактике неоадъювантной гормонотерапии и о применении различных методов адъювантной терапии. Оптимальным методом лечения рака эндометрия низкого риска является оперативное вмешательство. В остальных клинических ситу-

ациях тактика лечения определяется целым рядом факторов, одним из которых является объем хирургического вмешательства на регионарных лимфатических узлах. Из всего выше сказанного можно заключить, что принятие окончательного решения о целесообразности применения различных методов адъювантной терапии при раке тела матки на ранних стадиях, особенно у молодых женщин, представляется возможным только после глубокого анализа соотношения пользы и риска в отдаленные сроки наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 24-34 см. REFERENCES)

1. Аксель Е.М. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований органов женской репродуктивной системы в России /Е.М. Аксель // Онкогинекология. – 2015. - №1. – С. 6-15.
2. Ашрафян Л.А. Внутринозологическая диагностика рака эндометрия /Л.А. Ашрафян [и др.] // Опухоли женской репродуктивной системы. - 2010. - №3. – С. 62-67.
3. Ашрафян Л.А. Возможные пути реорганизации первичной медико-санитарной помощи в гинекологии в аспекте эффективной ранней диагностики рака репродуктивных органов /Л.А. Ашрафян [и др.] // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2008. - №4. – С. 57-63.
4. Базаров, Н.И. Руководство по клинической онкологии /Н.И. Базаров // – Душанбе: Шарки озод, 2012. – 412 с.
5. Баринов В.В. Эффективна ли адъювантная гормонотерапия в комбинированном и комплексном лечении рака тела матки /В.В. Баринов [и др.] // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2007. - №1-2. – С. 64-67.
6. Берштейн Л.М. Гетерогенность ожирения и рак: потенциальная роль бурой жировой ткани /Л.М. Берштейн // Вопросы онкогинекологии. – 2012. – Т.58. - №4. – С. 464-472.
7. Голивец Т.П. Анализ мировых и российских тенденций онкологической заболеваемости в XXI веке /Т.П. Голивец, Б.С. Коваленко // Сетевой журнал «Научный результат». Серия «Медицина и фармация». - 2015. – Т.1, - №4(6). – С. 79-86.
8. Макишев А.К. Гуморальные факторы иммунитета и фагоцитарные механизмы у больных раком шейки матки / А.К. Макишев, Д.К. Кенбаева, З.А. Манамбаева, Ф.Н. Каримова // Вестник Авиценны. 2012. № 1 (50). С. 62-66.
9. Моисеенко Т.И. Морфологические особенности рака эндометрия у больных разного возраста /Т.И. Моисеенко [и др.] // Актуальные проблемы медицины. – 2012. - №10 (129). - Т.18. [Электронный ресурс] <https://cyberleninka.ru/article/n/morfologicheskie-osobennosti-raka-endometriya-u-bolnyh-raznogo-vozrasta/viewer>.
10. Нечушкина В.М. Хирургическое лечение рака тела матки /В.М. Нечушкина, К.Ю. Морхов, В.В. Кузнецов // Journal of Malignant tumours. – 2014. - №3. – С. 72-80.
11. Нечушкина В.М. Комбинированное лечение рака тела матки ранних стадий /В.М. Нечушкина, К.Ю. Морхов, В.В. Кузнецов // Сибирский онкологический журнал. - 2013. - №3. – С. 70-74.
12. Нечушкина В.М. Классификация стадий рака тела матки (FIGO, 2009 г.): преимущества и недостатки /В.М. Нечушкина, К.Ю. Морхов // Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН. – 2011. - Т.22. - №4. – С.55-59.
13. Олькин Д.Б. Опухолевые маркеры в диагностике рака тела матки /Д.Б. Олькин [и др.] // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2013. - №3-4. – С. 67-70.
14. Прошина Ю.В. Возможности МРТ в дооперационном выявлении глубокой инвазии в миометрий при раке тела матки // Ю.В. Прошина [и др.] // Актуальные вопросы экспериментальной и клинической онкологии. – 2011. – Т.3. – С. 55.
15. Рубцова Н.А. Рак эндометрия: предоперационное стадирование. Сопоставление информативности ультразвукового исследования и магнитно-резонансной томографии /Н.А. Рубцова [и др.] // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2012. - №4. – С. 33.
16. Рубцова Н.А. Возможности магнитно-резонансной томографии в оценке состояния регионарных лимфатических узлов у больных раком шейки матки и эндометрия /Н.А. Рубцова, Е.Г. Новикова, В.Е. Сеницын // Медицинская визуализация. – 2012. - №5. – С. 63-72.
17. Сайфутдинова М.Б. Факторы прогноза у больных раком шейки матки Ib стадии / М.Б. Сайфутдинова // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2016. № 2. С. 10-15.
18. Смит, Норман Ч. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии [Текст]: понятным языком /Норман Ч. Смит, Э. Пэт М. Смит; пер. с англ. А. И. Гуса. - Москва: Практическая медицина, 2015. - 296 с.: ил.; 18 см.; ISBN 978-5-98811-363-8.
19. Унанян А.Л. Прогнозирование рака тела матки у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в пременопаузальном возрасте /А.Л. Унанян [и др.] // Акушерство. Гинекология. Репродукция. – 2012. – Т.6. - №2. – С. 18-24.
20. Франциянц Е.М. Исследование уровня гормонов в патологической и неповрежденной ткани у больных раком эндометрия репродуктивного и менопаузального возраста /Е.М. Франциянц [и др.]

// Современные проблемы науки и образования. – 2016. - №6. [Электронный ресурс] URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=26017> (дата обращения: 18.10.2020).

21. Чекалова М.А. Возможности трехмерной эхографии в комплексной диагностике рака тела матки /М.А. Чекалова, В.В. Кузнецов, М.Н. Колпакова // Российский Биотерапевтический журнал. 2010. – Т.9. - №3. – С. 65.

22. Честнова Г.П. Гиперпластические процессы в эндометрии у женщин в период длительной постменопаузы /Г.П. Честнова, В.Г. Абашин, Н.А. Ефименко // Клиническая медицина. - №8. – 2013. С. 61-63.

23. Чиссов, В.И. Онкология. Национальное руководство /В.И. Чиссов, С.Л. Дарьялова – Москва: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013. – 453 с.

REFERENCES

1. Aksel E. M. Zabolevaemost i smertnost ot zlokachestvennykh novoobrazovaniy organov zhenskoy reproduktivnoy sistemy v Rossii [Morbidity and mortality from malignant neoplasms in the female reproductive system in Russia]. *Onkoginekologiya - Oncogynecology*, 2015, No. 1, pp. 6-15.

2. Ashrafyan L. A. Vnutrinozologicheskaya diagnostika raka endometriya [Intrinsic nosological diagnosis of endometrial cancer]. *Opukholi zhenskoy reproduktivnoy sistemy - Tumors of the female reproductive system*, 2010, No. 3, pp. 62-67.

3. Ashrafyan L. A. Vozmozhnye puti reorganizatsii pervichnoy mediko-sanitaroy pomoshchi v ginekologii v aspekte effektivnoy ranney diagnostiki raka reproduktivnykh organov [Possible Ways to Reorganize Primary Health Care in Gynecology in Terms of Effective Early Diagnosis of Cancer of the Reproductive Organs]. *Opukholi zhenskoy reproduktivnoy sistemy - Tumors of the female reproductive system*, 2008, No. 4, pp. 57-63.

4. Bazarov N. I. *Rukovodstvo po klinicheskoy onkologii* [Handbook of Clinical Oncology]. Dushanbe, Sharki ozod Publ., 2012. 412 p.

5. Barinov V. V. Effektivna li adyuvantnaya gormonoterapiya v kombinirovannom i kompleksnom lechenii raka tela matki [Whether adjuvant hormone therapy is effective in the combined and complex treatment of uterine corpus cancer]. *Opukholi zhenskoy reproduktivnoy sistemy - Tumors of the female reproductive system*, 2007, No. 1-2, pp. 64-67.

6. Bershteyn L. M. Geterogenost ozhireniya i rak: potentsialnaya rol buroy zhirovoy tkani [Obesity heterogeneity and cancer: the potential role of brown adipose tissue]. *Voprosy onkoginekologii - Oncogynecological issues*, 2012, Vol. 58, No. 4, pp. 464-472.

7. Golivets T. P. Analiz mirovykh i rossiyskikh tendentsiy onkologicheskoy zabolevaemosti v XXI veke

[Analysis of World and Russian Trends in Cancer Morbidity in the 21st Century]. *Nauchnyy rezultat. Seriya «Meditsina i farmatsiya» - Scientific result. Series “Medicine and Pharmacy”*, 2015, Vol. 1, No. 4 (6), pp. 79-86.

8. Makishev A.K., Kenbaeva D.K., Manambaeva Z.A., Karimova F.N. Humoral factors of immunity and phagocytic mechanisms in patients with cervical cancer

9. Moiseenko T. I. Morfologicheskie osobennosti raka endometriya u bolnykh raznogo vozrasta [Morfologicheskie osobennosti raka endometriya u bolnykh raznogo vozrasta]. *Aktualnye problemy meditsiny - Actual problems of medicine*, 2012, No. 10 (129), Vol. 18.

10. Nechushkina V. M. Khirurgicheskoe lechenie raka tela matki [Хирургическое лечение рака тела матки]. *Journal of Malignant tumours*, 2014, No. 3, pp. 72-80.

11. Nechushkina V. M. Kombinirovannoe lechenie raka tela matki rannikh stadiy [Комбинированное лечение рака тела матки ранних стадий]. *Sibirskiy onkologicheskii zhurnal - Siberian Journal of Oncology*, 2013, No. 3, pp. 70-74.

12. Nechushkina V. M. Klassifikatsiya stadiy raka tela matki (FIGO, 2009 g.): preimushchestva i nedostatki [Классификация стадий рака тела матки (FIGO, 2009 г.): преимущества и недостатки]. *Vestnik RONTs im. N.N. Blokhina RAMN - Bulletin of the N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center of the Russian Academy of Medical Sciences*, 2011, Vol. 22, No. 4, pp. 55-59.

13. Olkin D. B. Opukholevye markery v diagnostike raka tela matki [Опухолевые маркеры в диагностике рака тела матки]. *Opukholi zhenskoy reproduktivnoy sistemy - Tumors of the female reproductive system*, 2013, No. 3-4, pp. 67-70.

14. Proshina Yu. V. Vozmozhnosti MRT v dooperatsionnom vyyavlenii glubokoy invazii v miometrii pri rake tela matki [Возможности МРТ в дооперационном выявлении глубокой инвазии в миометрий при раке тела матки]. *Aktualnye voprosy eksperimentalnoy i klinicheskoy onkologii - Topical issues of experimental and clinical oncology*, 2011, Vol. 3, pp. 55.

15. Rubtsova N. A. Rak endometriya: predoperatsionnoe stadirovanie. Sopostavlenie informativnosti ultrazvukovogo issledovaniya i magnitno-rezonansnoy tomografii [Рак эндометрия: предоперационное стадирование. Сопоставление информативности ультразвукового исследования и магнитно-резонансной томографии]. *Vestnik rentgenologii i radiologii - Bulletin of radiology and radiology*, 2012, No. 4, pp. 33.

16. Rubtsova N. A. Vozmozhnosti magnitno-rezonansnoy tomografii v otsenke sostoyaniya regionarnykh limfaticeskikh uzlov u bolnykh rakom sheyki matki i endometriya [Возможности магнитно-резонансной томографии в оценке состояния регионарных

лимфатических узлов у больных раком шейки матки и эндометрия]. *Meditinskaya vizualizatsiya - Medical imaging*, 2012, No. 5, pp. 63-72.

17. Saifutdinova M.B. Factors of prognosis for the patients with cervical cancer of Ib stage.

18. Norman Ch. *Ultrazvukovaya diagnostika v akusherstve i ginekologii: ponyatnym yazykom. Per. s angl. A. I. Gusa* [Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии: понятным языком]. Moscow, Prakticheskaya meditsina Publ., 2015. 296 p.

19. Unanyan A. L. Prognozirovanie raka tela matki u zhenshchin s giperplasticheskimi protsessami endometriya v premenopauzalnom vozraste [Прогнозирование рака тела матки у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в пременопаузальном возрасте]. *Akusherstvo. Ginekologiya. Reproduktsiya - Obstetrics. Gynecology. Reproduction*, 2012, Vol. 6, No. 2, pp. 18-24.

20. Frantsiyants E. M. Issledovanie urovnya gormonov v patologicheskoy i nepovrezhdennoy tkani u bolnykh rakom endometriya reproduktivnogo i menopauzalnogo vozrasta [Исследование уровня гормонов в патологической и неповрежденной ткани у больных раком эндометрия репродуктивного и менопаузального возраста]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya - Modern problems of science and education*, 2016, No. 6.

21. Chekalova M. A. Vozmozhnosti trekhmernoy ekhografii v kompleksnoy diagnostike raka tela matki [Возможности трехмерной эхографии в комплексной диагностике рака тела матки]. *Rossiyskiy Bioterapevticheskiy zhurnal - Russian Biotherapeutic Journal*, 2010, Vol. 9, No. 3, pp. 65.

22. Chestnova G. P. Giperplasticheskie protsessy v endometrii u zhenshchin v period dlitelnoy postmenopauzy [Гиперпластические процессы в эндометрии у женщин в период длительной постменопаузы]. *Klinicheskaya meditsina - Clinical medicine*, 2013, No. 8, pp. 61-63.

23. Chissov V. I. *Onkologiya. Natsionalnoe rukovodstvo* [Онкология. Национальное руководство]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2013. 453 p.

24. Amant F. Cancer of the corpus uteri. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2012, Vol. 119, No. 2, pp. 110-117.

25. Breijer M. C. Diagnostic strategies for postmenopausal bleeding. *Obstetrics and Gynecology International*, 2010.

26. Chino J. P. The influence of radiation modality and lymph node dissection on survival in early-stage endometrial cancer. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 2012, Vol. 82, No. 5, pp. 1872-1879.

27. Colombo N. ESMO-ESGO-ESTRO consensus conference on endometrial cancer: Diagnosis, treatment

and follow-up. *Radiotherapy and Oncology*, 2015, Vol. 117, pp. 559-581.

28. Colombo N. ESMO Guidelines Working Group. Endometrial cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 2013, Vol. 6, pp. 33-38.

29. Colombo N. ESMO-ESGO-ESTRO consensus conference on endometrial cancer: Diagnosis, treatment and follow-up. *Radiotherapy and Oncology*, 2015, Vol. 117, No. 3, pp. 559-581.

30. Pecorelli S. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2009, No. 105, pp. 103-104.

31. Sabater S. Vaginal cuff brachytherapy in endometrial cancer – a technically easy treatment? *Cancer Management and Research*, 2017, No. 9, pp. 351-362.

32. Suzuki Y. Therapeutic impact of para-aortic lymphadenectomy in patients with high-risk, early stage and advanced stage endometrial carcinoma. Proceedings of the 13th Biennial Meeting of International Gynecologic Cancer Society, 2010, Abs. 1433.

33. Todo Y. Survival effect of para-aortic lymphadenectomy in endometrial cancer (SEPAL study): a retrospective cohort analysis. *Lancet*, 2010, Vol. 375, No. 9721, pp. 1165-1172.

34. Vergote I. Should we screen for endometrial cancer? *Lancet Oncology*, 2011, No. 12, pp. 4-5.

ХУЛОСА

Н.З. Мухмади, С.Ф. Умарзода, З.Б. Ахмедова

МАХСУСИЯТИ НИШОНАҲОИ КЛИНИКӢ, ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ БЕМОРИИ САРАТОНИ ТАНАИ БАЧАДОН ДАР МАҲАЛИ ТАВАЛЛУДИ (ЗОИШ) ЗИЁД

Дар шарҳи маълумотҳои адабиётҳои ҷойдошта масъалаҳои муҳим оиди нишонаҳои клиникӣ, намудҳои ташҳис ва табобат доир ба бемории саратони танай бачадон оварда шудааст. Бо назардошти он, ки саратони танай бачадон яке аз бемориҳои ба ҳисоб меравад, ки нишондоди 5 солаи зиндамонии беморон дар сохтори бемориҳои саратон баланд аст. Аммо дар солҳои охир аз рӯи омори ҷаҳонӣ ба саратони танай бачадон занони синну соли репродуктивӣ гирифта шуда истодаанд ва ин беморӣ нишонаҳои аггрессивӣ пайдо намудааст, ки боиси маъюбии насли ҷавон мегардад.

Калимаҳои калидӣ: саратони танай бачадон, ташҳисот, табобат.

УДК: 616.711-007. 43-089-07

Х.Дж. Рахмонов, Р.Н. Бердиев, Н.О. Рахимов

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА

Кафедра нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино Душанбе, Таджикистан

Рахимов Нарзулло Одинаевич - аспирант кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы тел-918-47-03-04 narzullorahimov91@mail.ru

Резюме. Проведен обзор литературы по важнейшим аспектам диагностики и лечения грыж межпозвонкового диска. Литературные данные показывают, что грыжа межпозвонкового диска продолжает оставаться одним из основных причин болевого синдрома и инвалидизации молодого трудоспособного возраста. По данным отечественных и зарубежных исследователей ранняя диагностика и правильно выбранная оперативная тактика в большинстве случаев способствуют полному регрессу болевого синдрома и помогает достичь хороших результатов.

H.J. Rakhmonov, R.N. Berdiev, N.O. Rakhimov

FEATURES OF DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF INTERVERTEBRAL DISC HERNIAS

Department of Neurosurgery at SEI Avicenna Tajik State Medical University Dushanbe, Tajikistan

Rakhimov Narzullo Odinaevich – Postgraduate student of the Department of neurosurgery and combined injuries; tel-918-47-03-04; email: narzullorahimov91@mail.ru

Abstract. A review of the literature on the most important aspects of diagnosis and treatment of herniated intervertebral disc. Literature data show that herniated disc continues to be one of the main causes of pain and disability in young working age. According to studies, early diagnosis and correctly selected surgical tactics in most cases contribute to complete regression of the pain syndrome and help achieving good results.

В настоящее время наблюдается увеличение числа пациентов с дегенеративными изменениями в позвонках. Этим обусловлен повышенный интерес к методам оптимизации дооперационного диагностического исследования и оперативного вмешательства при наличии ангионевральной компрессии дискогенного характера в области поясничного отдела позвоночного столба. В большинстве случаев причиной наличия хронического болевого синдрома в поясничном отделе позвоночника является его поражение различного генеза, о чем свидетельствует множество исследований с использованием современных методов диагностики, а также находки во время проведения хирургического лечения таких пациентов [1, 4, 7].

На начальном этапе оперативного вмешательства по поводу остеохондроза при удалении грыжи диска и освобождении нервного корешка применяли широкие транспинальные доступы, имевшие цель обеспечить широкую декомпрессию корешков конского хвоста. С начала нынешнего столетия

визуализация очага поражения стала возможной благодаря широкому внедрению в практическую деятельность таких методов диагностического исследования, как компьютерная томография (КТ) и Магнитно-резонансная томография (МРТ) [19, 20].

По мнению K.D. Than (2012), МРТ считается хорошим информативным методом диагностического исследования при поражении различных отделов позвоночника. Однако, у неоперированных пациентов компьютерная томография является более предпочтительным методом диагностики, так как характеризуется возможностью представления качественного изображения костных структур и мягких тканей, а также более низкой по отношению к МРТ стоимостью обследования [20].

В то же время МРТ исследование характеризуется отсутствием лучевой нагрузки, нет необходимости использования контрастных средств, а возможность визуализации очага поражения и в сагиттальной плоскости дает возможность осмотра более широких участков позвоночника [20]. Ряд

авторов при проведении сравнительного анализа по показателю точности диагностического метода между МРТ и КТ при грыжах в поясничном отделе позвоночника, отмечали наилучшие показатели при МРТ исследовании.

С помощью МРТ исследования можно определить не только выпячивание диска, но и наличие дегенеративных изменений в связочно-суставном аппарате. Среди минусов МРТ исследования можно выделить следующие факторы: возможность смещения металлических имплантатов (в основном это касается использования гемостатических клипс при хирургическом вмешательстве на головном мозге), воздействие электромагнитного излучения при наличии у больного электрокардиостимулятора может стать причиной перебоев в сердечном ритме, при воздействии парамагнитных металлических предметов могут наблюдаться значительные артефакты.

В 1989 г. в практическую деятельность была внедрена спиральная компьютерная томография (СКТ). Было обнаружено, что спиральная компьютерная томография обладает хорошей информативностью, благодаря чему она может являться основным и легкодоступным методом исследования пациентов с дегенеративно-дистрофическими изменениями в позвоночном столбе, особенно при уменьшении диаметра позвоночного (и боковых) каналов. Спиральная компьютерная томография характеризуется возможностью быстрого сканирования, визуализации широкой площади позвоночника (на протяжении до 35 см) и создания реконструкций большого качества (многоплоскостных и объемно-поверхностных). Кроме этого, данный метод исследования позволяет определить как наличие небольших изменений в костных структурах, так и начинающиеся нарушения в межпозвонковых дисках, околопозвоночных тканях, визуализировать отдельные структуры позвоночника, степень выпячивания диска, наличие секвестров, оценить расстройства кровообращения в корешках конского хвоста, а также определить причины сдавления сосудов без необходимости использования дорогостоящих парамагнетиков.

Другой разновидностью КТ исследования являются контрастное исследование ликворных систем – КТ-миелография, которая позволяет определить характер изменения конфигурации дурального мешка на уровне очага поражения, и контрастное исследование межпозвонковых дисков – КТ-дискография. Компьютерно-томографическая дискография должна использоваться во

время проведения чрескожных эндоскопических вмешательств, так как обладает большой информативностью. Данные о емкости межпозвонкового диска, результаты провокации возникновения болей и изучение непосредственно дискографической картины, по мнению автора, позволяют определить импульсные очаги боли и оптимально подобрать способ миниинвазивной терапии.

При дегенеративных изменениях в пояснично-крестцовой области позвоночного столба следует проводить МРТ исследование. В случае сужения позвоночного канала исследователи предлагают выполнять КТ-миелографическое исследование, которое отличается от МРТ исследования наиболее точным определением локализации очага костного сдавления.

Большой успех в оперативном лечении грыж поясничных межпозвонковых дисков имел разработанный W. Caspar (1977) малоинвазивный метод дискэктомии, выполняемый с помощью микрохирургической техники, что значительно способствовало улучшению результатов операций. Данный метод оперативного лечения пациентов с поясничным остеохондрозом занял лидирующую позицию и получил статус международного стандарта (Standard Microdiscectomy Procedure).

Среди российских ученых большое значение имеют публикации Л.И. Левашко (1993), в которых автор приводит результаты анатомо-рентгенологического исследования, применения микрохирургических способов оперативного лечения у пациентов с межпозвонковыми грыжами в пояснично-крестцовом сегменте позвоночного столба, а также при сужении отверстия между позвонками.

Результаты хирургического лечения в отдаленном периоде после проведения поясничной микродискэктомии впервые были описаны в 1987 г. Практически во всех публикациях того времени приводились отличные результаты хирургического лечения. Однако, необходимо подчеркнуть, что при проведении данных исследований наблюдались небольшое число больных, период наблюдения после проведения хирургического вмешательства был коротким, а пациенты для проведения операции подвергались очень тщательному отбору. В ряде публикаций частота эффективности хирургического лечения составляла от 92% до 96%. Кроме того, хирургическое вмешательство было максимально щадящим, что, в некоторых случаях, позволило его проведение даже в условиях амбулатории.

R.W. Williams (1978) считается одним из основоположников микродискэктомии. В своих работах

автор приводит результаты 18-летнего исследования результатов оперативного лечения пациентов с грыжами межпозвонковых дисков, результаты выполнения микродискэктомии у 534 больных. При этом, отличные результаты (полное восстановление трудоспособности пациента) авторы наблюдали у 39% больных, хорошие результаты лечения (наличие болевого синдрома легкой интенсивности и незначительного корешкового синдрома) были отмечены в 33,6% случаев, удовлетворительные результаты лечения (появление болей во время ходьбы при возвращении к трудовой деятельности) наблюдались в 19% случаев, а плохие результаты (потеря трудоспособности и сохранение болевого синдрома) были зарегистрированы только в 9,4% случаев. Авторы пришли к заключению, что, при данном методе хирургического лечения отмечается увеличение числа хороших результатов и уменьшение частоты неудовлетворительных исходов по отношению к таковым показателям при традиционных методах лечения.

К аналогичному заключению пришли и другие известные нейрохирурги, выполнявшие в своей практике операции с применением микрохирургической техники.

В своих публикациях В.Б. Карахан с коллегами (1998) приводит результаты проведения микрохирургических вмешательств, выполненных у 2300 пациентов с компрессионными дискогенными радикулопатиями в поясничном отделе позвоночника. Было установлено, что сохранение болей наблюдалось в 28 (1,3%) случаях, и было это связано в основном (15 пациентов) с развитием спаечного процесса в эпидуральной зоне. А.С. Долгий и С.М. Сидоренко (2002) выполнили микрохирургическую дискэктомию по способу W. Caspar из моносегментарного межламинарного доступа у 1080 пациентов, при этом частота отличных и хороших исходов составила в целом 92%. Повторное хирургическое вмешательство понадобилось 18 (1,2%) пациентам, при этом почти в 67% случаев из них наблюдалось повторное развитие грыжи диска на прежнем уровне.

В свою очередь И.С. Любищев (1991) указывает на то, что проведение операции с использованием микрохирургической техники не оказывает особого влияния на регенерационный срок неврологических изменений и интенсивность болей, так как последние напрямую зависят от срока проведения хирургического лечения.

На недостаточную эффективность выполнения дискэктомии микрохирургическим методом ука-

зывают и Е. Kotilainenetal. (1993). Так, авторами были изучены результаты хирургического лечения 190 пациентов спустя 3 года после вмешательства. В ходе исследования было установлено, что рецидив болевого синдрома наблюдался у 29% пациентов, в 22% случаев обнаружены признаки нестабильности и только 75% пациентов после хирургического лечения смогли продолжить свою трудовую деятельность.

F. Porchetetal (1999) изучил отдаленные результаты лечения 202 больных с наличием фораминальных и экстрафораминальных грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника (от 1 до 10 лет) после проведения операций боковым доступом с использованием микрохирургической техники. Было установлено, что отличные результаты по шкале Macnab наблюдались у 31% пациентов, хорошие результаты отмечены у 42% пациентов, удовлетворительные результаты лечения отмечены у 20% пациентов, а неудовлетворительные результаты наблюдались у 7% пациентов.

Согласно приведенным в литературе данным (1995-2001 гг.) о результатах выполнения дискэктомии микрохирургическим методом, можно отметить, что данные различных ученых весьма разноречивые - от довольно хороших до менее оптимистичных. По данным ряда исследователей, частота хороших отдаленных результатов, после проведения микродискэктомии, составляет от 70 до 84%.

H.L. Aschetal (2002) изучил результаты выполнения поясничной дискэктомии микрохирургическим методом в отдаленном периоде (до двух лет), после хирургического вмешательства, у 212 больных, и пришёл к заключению, что частота хороших результатов при проведении дискэктомии способом W. Caspar составляют от 75 до 80%. По мнению ученых, к факторам, отрицательно влияющим на результаты оперативного лечения, можно отнести возраст больного свыше 50 лет и наличие у пациента Workers' Compensation status, т.е. материальная заинтересованность пациента к занижению результата хирургического лечения.

Проведение только микродискэктомии не позволяет достичь полной декомпрессии нервососудистых образований в случае наличия различных костных дегенеративных или аномальных изменений позвоночного канала, таких как: сужение или стеноз его латеральной зоны; гипертрофия суставных и корней остистых отростков; фораминальный стеноз и гипертрофия дужки позвонка. В связи с этим проведение только дискэктомии в

большинстве случаев не даст положительный эффект. Следует отметить, что микродискэктомия используется, в основном, при локализации очага поражения на одном уровне.

Так, при оперативном лечении пациентов с грыжами и сужением позвоночного канала в области поясничного сегмента позвоночника отличный и хороший исход лечения наблюдался в 64% случаев, что оказалось заметно хуже при сравнении с таковыми показателями при удалении лишь грыжи межпозвонкового диска.

Одной из основных причин неудовлетворительных результатов при выполнении задних декомпрессивных хирургических вмешательств считается сохранение болей у оперированного пациента. При рецидиве болевого синдрома возникает необходимость в повторном проведении хирургического лечения. По мнению различных исследователей, с внедрением микрохирургической техники при выполнении дискэктомии удельный вес повторных операций снизился и составляет 4-7% случаев. По данным R.M. Hoffmanetal (1993), частота необходимости в проведении повторных хирургических вмешательств при грыжах межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника продолжает оставаться высокой и достигает до 10% случаев.

Было установлено, что большое влияние на результаты оперативного лечения больных с компрессионными формами остеохондроза в поясничном отделе позвоночника имеет появление нестабильности в позвоночно-двигательном сегменте, чем и обусловлен большой интерес ученых в данном вопросе.

Хороший исход от оперативного лечения наблюдался при комбинированном применении заднего спондилодеза с использованием ауто- или аллотрансплантатами и дополнительной фиксацией различными металлическими компонентами. В то же время, J. Raaf (1959) при проведении сравнительного анализа результатов хирургического вмешательства с использованием межостистого и междузубового спондилодеза и без его применения у 905 пациентов не обнаружил значительного эффекта от метода задней фиксации. При изучении результатов выполнения 1000 хирургических вмешательств путем проведения заднего спондилодеза S.R. Protheroetal. (1966) выявили, что в 15,1% случаев у оперированных больных наблюдалось развитие псевдоартроза и других видов осложнений. Влияние торсионных полей на трансплантат нередко является причиной рас-

сасывания последнего.

По мнению многих ученых, на сегодняшний день «золотым стандартом» при оперативном лечении пациентов с нестабильностью поясничных позвонков можно считать фиксацию позвоночного столба заднелатеральным транспедикулярным винтовым методом. В то же время выяснилось, что при выполнении одноуровневого артродеза отмечаются выраженные нагрузки механического характера на соседние позвоночно-двигательные отделы, что сопровождается развитием дегенеративных изменений в межпозвонковых дисках в данной области. Некоторое видоизменение этой методики путем выполнения лигamentoпластики (стабилизации связок), разработанной H. Graf (1992), способствовало сокращению числа повторных хирургических вмешательств (с 18,5% до 5,6%), проводимых вследствие травматизации соседних позвоночно-двигательных участков (Kanayama Metal., 2001).

Подобная картина наблюдается и при оперативном лечении пациентов с сужением корешкового канала, фораминальным стенозом, а также с псевдоспондилолистезом. Было установлено, что при выполнении транспедикулярной фиксации позвоночника, особенно при винтовом вертебральном методе, наблюдается возникновение некоторых клинических проблем. Повышается частота развития осложнений и случаев со смертельным исходом, а также возрастает риск травматизации нервных структур. Во время проведения данного хирургического вмешательства отмечается повышенная кровопотеря, а также возникновение транзиторных синдромов в соседних позвоночно-двигательных участках. Кроме того, данный вид операции является дорогостоящим. Данные недостатки явились причиной повышенного интереса со стороны многих ученых к поиску более щадящих методов хирургического вмешательства с использованием опоросберегающей операционной техники, а также сокращению показаний к проведению операций. T. Kinoshitaetal (2001) провели исследование отдаленных результатов хирургического лечения (в период до 5 лет) 51 больного с дегенеративным спондилолистезом. Всем пациентам была выполнена задняя декомпрессия с обеих сторон из одностороннего доступа с сохранением задних срединных костно-связочных структур для профилактики развития нестабильности позвонков. Авторы установили, что в 78% случаев у пациентов отмечался отличный и хороший исход оперативного лечения, и лишь у 5,9% пациентов

возникла необходимость проведения спондилодеза.

Наилучшая эффективность при стабилизации позвоночно-двигательной области наблюдалась при межтеловом спондилодезе. В то же время, по данным В. Chitnaviset al (2001), только малое количество специалистов указывали на достижение отличных результатах после проведения заднего поясничного межтелового спондилодеза с использованием аутотрансплантатов. В большинстве случаев специалисты указывают на недостаточное количество удовлетворительных результатов после проведения данного вида операции, при этом они нигде не публиковали свои результаты наблюдения. Неудовлетворительные результаты, прежде всего, были обусловлены тем, что костный трансплантат не имел возможности полноценного выполнения структурной и биологической функции. В своих работах Е.М. Laasonen, J. Soini (1989) описывают результаты проведенного ими компьютерно-томографического изучения неудовлетворительных результатов хирургического лечения 48 пациентов с проведением у них заднего межтелового спондилодеза. Чаще всего среди наблюдаемых осложнений после проведения данной операции наблюдалась фрагментация трансплантата - у 16 больных и развитие псевдоартроза - у 9 больных.

Учитывая возможность развития подобных осложнений, было решено при проведении спондилодеза использовать резьбовые имплантаты – титановые кейджи, а также кейджи, изготовленные из волоконного углерода. При использовании последних наблюдались хорошие результаты лечения, но при этом не настолько высокими, которые ожидались. Исследователи полагают, что в случае сохранения фасеточных суставов, нет необходимости в проведении винтовой вертебральной фиксации. Согласно результатам исследования W.J. Elias et al (2000), при применении кейджей из титана наблюдается выраженный рост частоты развития интра- и послеоперационных осложнений. Так, по данным авторов, в 15% случаев отмечается травматизация структур твердой мозговой оболочки, в 4% случаев отмечаются сложности при фиксации имплантата, в 25% случаев наблюдается выраженная кровопотеря, при которой возникает необходимость проведения гемотранфузионных мероприятий, в 6% случаев отмечается плохая установка имплантата, в 15% случаев отмечается сохранение болевого синдрома в течение года, ещё в 15% случаев наблюдается развитие радикулопатии.

В виду недостаточности удовлетворительных

результатов при данном хирургическом лечении специалисты рекомендуют при проведении межтелового спондилодеза выполнять и заднюю транспедикулярную вертебральную фиксацию.

S. Agazzi et al (1999) привели результаты изучения хирургического лечения 71 пациента в отдаленном послеоперационном периоде (средний срок наблюдения – 4 года). Всем больным осуществлялась интеркорпоральная стабилизация с использованием углеродных кейджей и проведением транспедикулярной вертебральной фиксации. Адекватное блокирование тел смежных позвонков наблюдалось у 90% оперированных, при этом в 67% случаев больные отмечали свою удовлетворенность результатами операции. В то же время, при изучении результатов по шкале Проло (Prolo D.J. et al., 1986) благоприятные результаты хирургического лечения наблюдались лишь у 39% пациентов. По данным ряда ученых, при выполнении задней поясничной интеркорпоральной стабилизации нередко (в 3-10% случаев) наблюдается разрушение, соскакивание либо смещение имплантата.

В то же время J.M. Franklin et al (1994) приводят данные о том, что после выполнения у 388 пациентов спондилодеза на поясничном сегменте позвоночника спустя 7 лет после хирургического вмешательства в 68% случаев отмечалась потеря работоспособности, а в 23% случаев возникала необходимость в повторном хирургическом вмешательстве по причине сохранения болей. Исследователи приводят ключевые причины неудачных результатов: возраст больного старше 60 лет, продолжительный период нетрудоспособности перед выполнением хирургического вмешательства, значительное число позвоночно-двигательных участков, вовлеченных при проведении спондилодеза.

По поводу использования костных трансплантатов в качестве заместительного материала при удалении дисков поясничных позвонков существует значительные разногласия среди ученых. При этом, следует отметить, что в среднем частота удовлетворительного исхода колеблется от 70 до 89% случаев, образование костного блока в зонах проведения операции наблюдается в 80-94% случаев в течение 1,5-2 лет после хирургического вмешательства, при этом отмечается повышенный риск развития псевдоартроза используемого костного трансплантата.

Несмотря на приведенные сообщения, началом активной хирургии дисков общепринятым считается 1933 год, когда Mixter W.I. и Barr I.S. сообщили на заседании хирургического общества

в Бостоне о 12 операциях ламинэктомии с целью проведения ревизии позвоночного канала и оптимального удаления грыжи диска. В бывшем СССР основоположником дискэктомии задним доступом считается И.С. Бабчин, который выполнил данную операцию в 1935 году. Ламинэктомия с удалением грыжи диска гарантирует в ближайшем послеоперационном периоде купирование корешкового синдрома у большинства пациентов. Но отдаленные результаты этого периода показали неутешительную картину: более чем у 40% больных после операции сохранились жалобы на постоянные или переходящие боли в ногах и позвоночнике.

На сегодняшний день дискэктомия с использованием микрохирургической техники считается одним из наиболее широко распространенных методов хирургического вмешательства. В 2004 г. J. Chiu [4] внес некоторое видоизменение в эндоскопической технологии спинальной хирургии. Автор успешно использовал подсоединение тубулярного дистрактора к эндоскопу. Эффективность новых разрабатываемых современных технологий принято оценивать с результатами классических методов операции. J. Destandau [6] начал свои исследования по разработке новых малоинвазивных технологий еще с 1993 г., а в 1995 г. рекомендовал при проведении дискэктомии использовать специальную операционную вставку стандартного эндоскопа прямого угла зрения диаметром 4 мм производства «Karl Storz».

В 2009 г. для широкого применения фирмой «Karl Storz» была представлена новая видоизмененная портальная технологии, получившая название «Easy Go» [5], которая с эффективностью применяется и на сегодняшний день. Используемые на сегодняшний день в спинальной хирургии современные эндоскопические технологии позволили значительно уменьшить операционную инвазивность и расширить площадь манипуляции во время проведения хирургического вмешательства.

В практической деятельности отечественной спинальной нейрохирургии современные методы хирургического вмешательства используются с 2013 года, когда они были с успехом применены в Национальном медицинском центре Республики Таджикистан. В настоящее время эндоскопические вмешательства применяются при лечении пациентов с грыжей межпозвонковых дисков, при установлении с помощью КТ и МРТ исследования костного сдавления нервных структур. Однако, данные методы хирургического вмешательства являются относительно «молодыми» и имеющими

ряд нерешенных вопросов в практическом применении стандартного эндоскопического оборудования («Rudolf GmbH», «Karl Storz Co KG»), а их эффективность остается не до конца и ученой.

Следующий этап развития эндонейрохирургии характеризуется разработкой гибкого оптического оборудования со значительным уменьшением наружного диаметра системы до 0,35 мм. На сегодняшний день применяются фиброскопы с наружным диаметром 2,5-2,7 мм и сгибательной способностью дистального отдела на 30-40°, при этом поле визуального обзора достигает до 70 градусов.

Таким образом, приведенные результаты исследования с начала нынешнего столетия способствовали увеличению интереса со стороны специалистов поиску новых малоинвазивных способов хирургического лечения, которые позволят уменьшить частоту развития послеоперационных осложнений. Так, в 1975 году Хидзиката (Hijikata) впервые привел результаты перкутанного удаления пораженного межпозвонкового диска. Хирургические вмешательства, проведенные у 136 больных, в 75% случаев показали благоприятные результаты лечения при наблюдении пациентов в течение 12 лет. В то же время Кагановиц с коллегами (Kahanovitz) в 1989 году в ходе изучения результатов выполнения транскutánной дискэктомии, проводимой в различных медицинских учреждениях, привел менее благоприятные показатели – лишь в 55% случаев у больных отмечалось полное восстановление трудоспособности. Автор отмечает, что этот показатель возрастает только при проведении тщательного отбора пациентов к выполнению данной операции.

Развитие эндоскопических технологий благоприятно отразилось и на практической деятельности специалистов в области спинальной хирургии. Так, применение торако- и лапароскопических методов хирургического вмешательства позволило успешно производить операции на переднебоковых сегментах позвоночника. Доказательством тому являются приводимые в начале 90-х годов прошлого столетия американскими и французскими учеными результаты проведения операций на позвоночном столбе торакоскопическим методом.

Операции на позвоночном столбе посредством лапароскопического доступа также начали выполняться в начале 90-х годов прошлого столетия. Так, Obenchain впервые произвел парциальное удаление пораженного межпозвонкового диска лапароскопическим методом. Brook, Mc Afee и Regan

в 1994 году привели свои результаты тотального удаления пораженного межпозвонкового диска лапароскопическим методом, причем независимо друг от друга.

В 1936 г. Е. Stern исследовал эндоскопическим методом спинномозговой канал *in vivo* и назвал свой прибор спиноскопом. С помощью данного прибора автор предложил производить ризотомию у пациентов, страдающих выраженными болевыми синдромами и повышенным тонусом нижних конечностей. Е. Stern указывал на целесообразность проведения спиноскопии вместо эксплоративной ламинэктомии. К сожалению, ценность исследования ограничивало часто возникающее кровотечение, значительно ухудшающее видимость изображения. Значимые эндоскопические исследования у больных со спинальной патологией провел в 1938 г. J. Pool. Его данные, основанные на анализе 400 исследований, были опубликованы в 1942 г. в журнале «Surgery».

Он создал оригинальную эндоскопическую систему и описал эндоскопическую картину спинального арахноидита, каудита, грыж межпозвонковых дисков, гипертрофию желтой связки, первичные и метастатические опухолевые поражения, варикозно расширенные сосуды. Однако, несмотря на успешное проведение, интерес к эндоскопии постепенно угасает в связи с широким распространением в клинической практике миелографии. Вплоть до 60-х годов в медицинской литературе практически не встречаются статьи, посвященные спинальной эндоскопии. 50-60-е годы нашего столетия ознаменовались бурным развитием физики и оптики, что привело к совершенствованию эндоскопов и новому витку интереса к эндоскопии.

В связи с этим прогнозирование исхода оперативного вмешательства и особенностей течения данной патологии зачастую имеет ряд сложностей, является малоизученной проблемой и нуждается в дальнейшем исследовании. В ходе проведения анализ данного литературного обзора можно сделать следующее заключение. Предложенные на сегодняшний день многочисленные методы оперативного лечения пациентов с остеохондрозом позвоночника являются свидетельством непрерывного поиска специалистами наиболее адекватных способов хирургического лечения.

Наряду с открытыми хирургическими пособиями успешно разрабатываются малотравматичные эндоскопические вмешательства. Однако стандартное применение однотипных вмешательств у пациентов с грыжами межпозвонковых дисков и

другими дегенеративными изменениями в структуре позвоночника нередко сопровождается неудовлетворительными результатами.

Большое значение в сокращении частоты случаев стойкой потери работоспособности у больных с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника имеет проведение более глубокого исследования этиологических аспектов данной патологии и изучения динамических изменений после проведения оперативного лечения, что, в конечном итоге, и определит целесообразность выполнения данного вмешательства.

Таким образом, имеющийся ряд малоизученных проблем в области оперативного лечения неврологических проявлений остеохондроза поясничной области позвоночника, и необходимость проведения более тщательного исследования послужило основанием для проведения данной работы.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 14-36 см. в REFERENCES)

1. Алексанян М.М. Микрохирургическая дискэктомия в поясничном отделе позвоночника: эффективность, болевой синдром, фактор ожирения / Гемджян, Э.Г., Аганесов А.Г., Хейло А. Л., Микаелян К.П. // Хирургия позвоночника. - 2019. - т.15. - №1. - с. 42-48.
2. Арестов С.О. Современные подходы к лечению грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника / А.О. Гуца, А.А. Кашеев, А.В. Вершинин и др. // Нервные болезни. - 2018. - т. 3, - с. 19-23.
3. Бывальцев В. А. Дифференцированная хирургическая тактика при дегенеративных заболеваниях поясничного отдела позвоночника с использованием пункционных методик / В. А. Бывальцев, В. А. Сорокиных, А. В. Егоров // Сибирское медицинское обозрение 2018; (5):54-65
4. Вершинин А.В. Пункционный эндоскопический метод лечения острого компрессионного корешкового болевого синдрома / Гуца А.О., Арестов С.О. // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. - 2015. - Т. 9. - № 2. - С. 16-19.
5. Гиоев П. М. Задние доступы в хирургии врожденных и дегенеративных заболеваний поясничного отдела позвоночника / П. М. Гиоев, Е. Н. Кондаков // Хирургия позвоночника. - 2008. - № 1. - С. 40-45.
6. Дамулин И.В. Боли в спине: диагностические и терапевтические аспекты/И.В. Дамулин // М. РИКИ. М //Соверо пресс, 2010. - 40 с.
7. Исаева Н. В. Современный взгляд на клиническое значение и эпидурального фиброза после по-

ясничных дискэктомий /Н. В. Исаева, М. Г. Дралюк // Хирургия позвоночника. – 2010. – № 1. – С. 38–45.

8. Котляров П.М. Оценка поясничного отдела позвоночника после оперативных вмешательств на межпозвонковых дисках по данным МРТ / Е.Б. Ситникова // Медицинская визуализация. – 2011. – № 4. – С. 41-45.

9. Кошкарёва З.В. Алгоритм диагностики и хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника / М.А. Медведева // Неврология и нейрохирургия - 2017, vol. 2, n 5, part 2

10. Крутько А. В. Анализ критериев прогнозирования результатов хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков: обзор современной литературы / А. В. Крутько, Е. С. Байков // Гений ортопедии. – 2012. – № 1. – С. 140–145.

11. Леошкo Л.И. и др. Боль в спине /Е.В. Подчуфарова, Н.Н. Яхно // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. –368 с.

12. Шевелев И.Н. Использование эндоскопической дискэктомии по Дестандо при лечении грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника / А.О. Гуца, Н.А. Коновалов с соавт. // Хирургия позвоночника. - 2008. -№ 1. -С. 51-57.

13. Чориев Ш.Б. Новое в хирургическом лечении врождённых спинномозговых грыж у детей / Ш.Б. Чориев, А.Ч. Чобулов, Р.Н. Бердиев, Р.Г. Ашуров // Вестник Авиценны. 2012. № 3 (52). С. 57-61.

REFERENCES

1. Aleksanyan M. M. Mikrokhirurgicheskaya diskektomiya v poynasichnom otdele pozvonochnika: effektivnost, bolevoy sindrom, faktor ozhireniya [Microsurgical discectomy in the lumbar region of the spine: effectiveness, pain syndrome, obesity factor]. *Khirurgiya pozvonochnika - Spine surgery*, 2019, Vol. 15, No. 1, pp. 42-48.

2. Arestov S. Sovremennye podkhody k lecheniyu gryzh mezhpozvunkovykh diskov poynasichno-kresttsovogo otdela pozvonochnika [Modern approaches to the treatment of herniated intervertebral discs of the lumbosacral spine]. *Nervnye bolezni - Nervous diseases*, 2018, Vol. 3, pp. 19-23.

3. Byvaltsev V. A. Differentsirovannaya khirurgicheskaya taktika pri degenerativnykh zabolevaniyakh poynasichnogo otdela pozvonochnika s ispolzovaniem punktsionnykh metodik [Differentiated surgical tactics for degenerative diseases of the lumbar spine using puncture techniques]. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie - Siberian Medical Review*, 2018, No. (5), pp. 54-65.

4. Vershinin A. V. Punktsionnyy endoskopicheskiy metod lecheniya ostrogo kompressionnogo koreshkovogo bolevogo sindroma [Puncture endoscopic method of

treatment of acute compression radicular pain syndrome]. *Annaly klinicheskoy i eksperimentalnoy nevrologii - Annals of Clinical and Experimental Neurology*, 2015, Vol. 9, No. 2, pp. 16-19.

5. Gioev P. M. Zadnie dostupy v khirurgii vrozhdennykh i degenerativnykh zabolevaniy poynasichnogo otdela pozvonochnika [Posterior Accesses in Surgery for Congenital and Degenerative Diseases of the Lumbar Spine]. *Khirurgiya pozvonochnika - Spine surgery*, 2008, No. 1, pp. 40–45.

6. Damulin I. V. Boli v spine: diagnosticheskie i terapevticheskie aspekty [Back pain: diagnostic and therapeutic aspects]. Moscow, Sovero press Publ., 2010. 40 p.

7. Isaeva N. V. Sovremennyy vzglyad na klinicheskoe znachenie i epiduralnogo fibroza posle poynasichnykh diskektomiy [A current view of the clinical significance and epidural fibrosis after lumbar discectomies]. *Khirurgiya pozvonochnika - Spine surgery*, 2010, No. 1, pp. 38–45.

8. Kotlyarov P. M. Otsenka poynasichnogo otdela pozvonochnika posle operativnykh vmeshatelstv na mezhpozvunkovykh diskakh po dannym MRT [Evaluation of the lumbar spine after surgical interventions on the intervertebral discs according to MRI]. *Meditsinskaya vizualizatsiya - Medical imaging*, 2011, No. 4, pp. 41-45.

9. Koshkaryova Z. V. Algoritm diagnostiki i khirurgicheskogo lecheniya gryzh mezhpozvunkovykh diskov poynasichnogo i poynasichno-kresttsovogo otdelov pozvonochnika [Diagnostic and surgical treatment algorithm for lumbar and lumbosacral intervertebral disc herniations]. *Nevrologiya i neyrokhirurgiya - Neurology and neurosurgery*, 2017, Vol. 2, No. 5, Part 2.

10. Krutko A. V. Analiz kriteriev prognozirovaniya rezultatov khirurgicheskogo lecheniya gryzh mezhpozvunkovykh diskov: obzor sovremennoy literatury [Analysis of Prognostic Criteria for the Results of Surgical Treatment of Intervertebral Disc Hernias: A Review of Current Literature]. *Geniy ortopedii - The genius of orthopedics*, 2012, No. 1, pp. 140–145.

11. Levoshko L. I. *Bol v spine* [Боль в спине]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2010. 368 p.

12. Shevelev I. N. Ispolzovanie endoskopicheskoy diskektomii po Destando pri lechenii gryzh mezhpozvunkovykh diskov poynasichnogo otdela pozvonochnika [Use of Destando endoscopic discectomy for the treatment of lumbar intervertebral disc herniations]. *Khirurgiya pozvonochnika - Spine surgery*, 2008, No. 1, pp. 51-57.

13. Choriev S.B., Chobulov A.C., Berdiev R.N., Ashurov R.G. New in the surgical treatment of spinal congenital hernia in children

14. Andersen S. B. Factors affecting patient decision-making on surgery for lumbar disc herniation. *Spine*, 2019, Vol. 44, No. 2, pp. 143-149.

15. Maruotti F. P. Angiogenesis in rheumatoid ar-

thrititis. *Histology and Histopathology*, 2006, Vol. 21, pp. 557–566.

16. Alonso F., Kirkpatrick cm, jeong w, et al. Lumbar facet tropism: a comprehensive review. *World Neurosurgery*, 2020, No. 102, pp. 91–96.

17. Benzakour T., Igoumenou V., Mavrogenis A. F., Benzakour A. Current concepts for lumbar disc herniation. *International Orthopaedics*, 2019, No. 43 (4), pp. 841–851.

18. Bone morphogenetic proteins and degenerative disk disease. *Neurosurgery*, 2012, Vol. 70 (4), pp. 996–1002.

19. Brock M. Lumbar microdiscectomy: subperiosteal versus transmuscular approach and influence on the early postoperative analgesic consumption. *European Spine Journal*, 2008, Vol. 17, pp. 518–522.

20. Chen J., Jing X., Li C., Jiang Y., Cheng S., Ma J. Percutaneous endoscopic lumbar discectomy for L5/S1 lumbar disc herniation using a transforaminal approach versus an interlaminar approach: a systematic review and meta-analysis. *World Neurosurgery*, 2020, No. 116, pp. 412–420.

21. Chen X., Chamoli U. Complication rates of different discectomy techniques for the treatment of lumbar disc herniation: a network meta-analysis. *European Spine Journal*, 2019, No. 28 (11), pp. 2588–2601.

22. Choi K. C. Percutaneous endoscopic lumbar discectomy for L5-S1 disc herniation: transforaminal versus interlaminar approach. *Pain Physician Journal*, 2013, Vol. 16, No. 6, pp. 547–556.

23. Cosamalón-gan I. Inflammation in the intervertebral disc herniation. *Inflamación en la hernia del disco intervertebral. Neurocirugía*, 2020, pp. 1130–1473.

24. Djuric N. lafeber gcm, vleggeert-lankamp cla. The contradictory effect of macrophage-related cytokine expression in lumbar disc herniations: a systematic review. *European Spine Journal*, 2020, No. 29 (7), pp. 1649–1659.

25. Enke O. Anticonvulsants in the treatment of low back pain and lumbar radicular pain: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 2019, Vol. 190, No. 26, pp. e786–e793.

26. Garg B. Microendoscopic versus open discectomy for lumbar disc herniation: A prospective randomized study. *Journal of Orthopaedic Surgery*, 2011, Vol. 19, No. 1, pp. 30–34.

27. Gornet M. F. Lumbar disc arthroplasty versus anterior lumbar interbody fusion: 5-year outcomes for patients in the Maverick disc investigational device exemption study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Spine*, 2019, No. 31 (3), pp. 347–356.

28. Huet T. Cohen-solal m, laredo jd, et al. Lumbar spinal stenosis and disc alterations affect the upper lumbar spine in adults with achondroplasia. *Scientific Reports*, 2020, No. 10 (1), pp. 4699.

29. Kim M., Lee S. A Comparison of Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy and Open Lumbar Microdiscectomy for Lumbar Disc Herniation in the Korean: A Meta-Analysis. *Biomed Res Int*. 2018, pp. 460.

30. Kuai S. The effect of lumbar disc herniation on spine loading characteristics during trunk flexion and two types of picking up activities. *Journal of Healthcare Engineering*, 2019, pp. 6294503.

31. Kinoshita T. Lumbar disc herniation surgery in adolescents and young adults: a long-term outcome comparison. *The Bone and Joint Journal*, 2019, No. 101-B (12), pp. 1534–1541.

32. Li Uz. Artificial total disc replacement versus fusion for lumbar degenerative disc disease: an update systematic review and meta-analysis. *Turkish Neurosurgery*, 2020, No. 30 (1), pp. 1–10.

33. Li X., An U., Cui J. Yuan P., Di Z., Li I. Efficacy of warm needle moxibustion on lumbar disc herniation: a meta-analysis. *Evidence-based complementary and alternative medicine*, 2019, No. 21 (4), pp. 311–319.

34. Nicassio N. Lumbar microdiscectomy under epidural anaesthesia with the patient in the sitting position: a prospective study. *Journal of Clinical Neuroscience*, 2010, Vol. 17, No. 12, pp. 1537–1540.

35. Williams R. W. The disability evaluation and low back pain. *Primary Care*, 2012, Vol. 39 (3), pp. 553–559.

36. Qin R. Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy Versus Posterior Open Lumbar Microdiscectomy for the Treatment of Symptomatic Lumbar Disc Herniation: A Systemic Review and Meta-Analysis. *World Neurosurgery*, 2018, No. 120, pp. 352–362.

ХУЛОСА

Х.Қ. Раҳмонов, Р.Н. Бердиев, Н.О. Раҳимов

ХУСУСИЯТҲОИ ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ЧАРРОҲИИ ҚУРРАИ БАЙНИМУХРАВӢ

Хулоса. Баррасии адабиётҳо оид ба ҷанбаҳои муҳимтарини ташхис ва табобати ҷарроҳии қурраҳои байни муҳравӣ гузаронида шуд. Маълумоти адабиӣ нишон медиҳанд, ки қурраи байни муҳравӣ ҳамчун яке аз сабабҳои асосии синдроми дарди ва маъҷубӣ дар синни ҷавонони, сини соли меҳнатӣ идома дорад. Мувофиқи маълумоти муҳаққиқони ватанию хориҷӣ, ташхиси саривақти ва усули дуруст интихобшудаи ҷарроҳӣ дар аксари ҳолатҳо ба бартарафшавии қурраи синдроми дард мусоидат намуда, барои ба даст овардани натиҷаҳои хуб имконият медиҳанд.

АХМЕДОВ АЛАМХОН
(к 70-летию со дня рождения)



1 февраля 2021 года исполнилось 70 лет активному организатору, член корреспонденту Национальной академии наук Таджикистана, профессору, доктору медицинских наук, заслуженному работнику Таджикистана, лауреату Международной премии Сократа, проректору по науке и инновациям Негосударственного образовательного учреждения «Медико-социальный институт Таджикистана» Аламхону Ахмедову.

А. Ахмедов родился 1 февраля 1951 года в семье рабочего. Окончил Таджикский государственный медицинский институт имени Абуали ибни Сино в 1975 году. После окончания интернатуры с 1976 по 1977 год работал участковым терапевтом городской поликлиники города Куляба. С 1977 по 1981 годы работал заведующим отделением скорой медицинской помощи при городской поликлинике города Куляба. С 1984 по 1987 годы работал главным врачом 4-го главного управления при Совете Министров, находившегося в городе Кулябе.

С февраля по июль 1987 года прошел специальный ВОЗовский курс обучения в г. Москве, организованный для резерва руководящих кадров здравоохранения.

С 1987 по 1990 годы работал заведующим отделом здравоохранения г. Куляба. В последующем переведен на должность первого заместителя за-

ведующего отделом здравоохранения Хатлонской области.

С 1990 по 1995 гг. был избран депутатом Верховного Совета Таджикской ССР 12-го созыва.

Руководство Правительства Республики Таджикистан, учитывая высокие руководящие и организаторские способности А.Ахмедова, в 1990 году назначил его заместителем министра здравоохранения Таджикской ССР. В декабре 1992 года на 16-ой исторической сессии Верховного Совета Республики Таджикистан, был избран министром здравоохранения Республики Таджикистан. На этом посту он плодотворно работал до 18 января 2003 года. Свою деятельность А. Ахмедов направил на реформу здравоохранения и ликвидацию многочисленных эпидемий в стране. В тяжелый для республики период стремился укрепить материально-техническую базу лечебно-профилактических учреждений, обеспечить их высококвалифицированными кадрами, создать профессорско-преподавательский и научный потенциал отрасли, организовать развитие научно-исследовательских изысканий.

По его инициативе и непосредственным руководством были построены и сданы в эксплуатацию городская инфекционная больница, онкологический Центр и областной Центр судебно-медицинской экспертизы в г. Кулябе, центральная районная больница (ЦРБ) Балджувана, инфекционная больница района Гиссар, родильный дом в г. Истаравшан, хирургический центр при ЦРБ Дангары, первая часть ЦРБ в Джиликуле, ЦРБ Шураабада и, по проекту Всемирного банка, все здания Центров здоровья районов Дангары и Варзоба.

А.Ахмедов не только активный организатор, но и продуктивный ученый. В 1996 году он защитил кандидатскую диссертацию, в 2000 году получил ученое звание доцента. Докторскую диссертацию защитил в 2000 году в г. Москве Российской Федерации. В 2001 году получил ученое звание профессора.

С 1992 года по сей день является членом редакционной коллегии журнала Здравоохранения Таджикистана.

С 5 июня 2003 года по 5 мая 2015 года А.Ахмедов работал ректором ГОУ Таджикского института последипломной подготовки медицин-

ских кадров. Свою деятельность начал с укрепления правовой базы института. В структуру института были введены новые кафедры и курсы, и отделений института в г.Худжанде Согдийской области и г. Бохтар Хатлонской области. Впервые в Республике Таджикистан Таджикским институтом последипломной подготовки медицинских кадров было внедрено дистанционное обучение. Все рабочие кабинеты института, кафедры и курсы, а также отделения института в г.Худжанде Согдийской области и г. Бохтар Хатлонской области обеспечены компьютерной техникой. С целью повышения качества учебного процесса внедрены новые методы определения уровня знаний слушателей, в том числе тестовый экзамен и экзамен методом OSKE. Был открыт Центр доказательной медицины.

С июня 30.06.2016 по 31.12.2019 года А.Ахмедов работал заведующим отделом сертификации отдела медицинских, ветеринарных, фармацевтических и аграрных наук Высшей Аттестационной Комиссии при Президенте Республики Таджикистан.

А.Ахмедов с сентября 2020 года по настоящее время работает проректором по науке и инновациям НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана».

Под его руководством защищены 6 докторских

и более 33 кандидатских диссертаций, включающие различные вопросы реформы здравоохранения. Он является автором более 300 научных работ и 9 монографий.

Аламхон Ахмедов на 51-й сессии ВОЗ Европейского региона (10-13 сентября 2000 года, г.Мадрид), единогласно был избран действительным членом постоянного комитета ВОЗ Европейского региона, а на 52-ой сессии ВОЗ Европейского региона (16-19 сентября 2002 года г.Копенгаген) – заместителем председателя постоянного комитета ВОЗ Европейского региона.

В 2002 году, в связи с полной ликвидацией полиомиелита среди детского населения в республике, Аламхон Ахмедов удостоен Сертификата ВОЗ.

Учитывая его заслуги, Правительство Республики Таджикистан в 1999 году наградило А.Ахмедова почётным званием «Заслуженный работник Таджикистана». А в 2011 году удостоен Международной премии Сократа.

А.Ахмедову исполнилось 70 лет. Для учёного – это период активной деятельности. Пусть сбываются все его мечты и претворятся в жизнь планы. Желаем учителю крепкого здоровья, так как для человека здоровье – это бесценное богатство.

**Редакция журнала Здравоохранения
Таджикистана**

ЮБИЛЕЙ РАСУЛОВ УСМОН РАСУЛОВИЧ

(к 80-летию со дня рождения)



1-декабря 2020 года исполнилось 80 лет Расулову Усмон Расуловичу, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного работника Таджикистана, члену редакционной коллегии журнала Здравоохранения Таджикистана. После окончания средней школы в 1955 году поступил в Кулябское медицинское училище, которое окончил в 1959 году.

С 1959 по 1960 гг. работал в качестве фельдшера скорой медицинской помощи г. Куляба.

С 1960 по 1966 гг. студент Таджикского государственного медицинского института им. Абуали ибни Сино (ТГМУ, ныне университет).

С 1966 по 1967 гг. – врач – терапевт станции скорой медицинской помощи г.Душанбе.

С 1967 по 1970 гг.-работал на различных должностях от клинического ординатора кафедры терапии ТГМИ им. Абуали ибни Сино до врача функциональной диагностики.

С 1970 по 1973гг – очный аспирант кафедры

терапии ТГМИ им. Абуали ибни Сино.

В декабре 1973 года защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Электрические и механические проявления деятельности сердца у больных с анемиями».

С 1973 по 1980 гг. – ассистент кафедры внутренних болезней №1 ТГМИ им. Абуали ибни Сино.

С 1980 по 1986 гг. – доцент кафедры внутренних болезней №1 ТГМИ им. Абуали ибни Сино.

С 1986 по 1988 гг. старший научный сотрудник Института Ревматологии АМН СССР г. Москвы.

Результатом кропотливой работы и научной деятельности явилось то что, 22 июня 1990 г. в г. Москве, в Институте ревматологии АМН СССР, защитил докторскую диссертацию на тему: «Диффузные болезни соединительной ткани (системная красная волчанка, системная склеродермия) в условиях Таджикистана».

С 1990 году был избран по 2002 гг. – главным внештатным ревматологом МЗ РТ.

В 1991 году получил звание профессора. С 1996 по 2006 гг. – председатель экспертной проблемной комиссии по терапевтическим дисциплинам МЗ РТ и ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

С 2008 г. – зам. председателя диссертационного совета по защите кандидатских и докторских диссертаций ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

С 2008-2010 гг. – зам. председателя межкафедральной экспертной проблемной комиссии по терапевтическим дисциплинам ТГМУ им. Абуали ибни Сино. С 2010 г. и по настоящее время – член экспертной проблемной комиссии по терапевтическим дисциплинам. С 2018 г. также является членом экспертного совета ВАК при Президенте РТ.

С августа 1991 по 26.08.2015 года работал в качестве заведующего кафедрой внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. В настоящее время профессор кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Усмон Расулович автор 400 научных работ, 20 методических рекомендаций, 5 сборников научных трудов кафедры, 50 внедрений. Под его редакцией выпущен курс лекций по внутренним болезням, а также 2 учебника «Внутренние болезни» на госу-

дарственном и русском языках. Ему принадлежит выпуск 3 монографий:

Профессор У.Р.Расулов подготовил 4 доктора медицинских наук, 17 кандидатов медицинских наук.

Член Большого и факультетского Учёного Совета ТГМУ им. Абуали ибни Сино, член диссертационных советов ТГМУ им. Абуали ибни Сино и Института гастроэнтерологии АН РТ, член редколлегии журнала «Здравоохранение Таджикистана», член фармакокомитета МЗ и СЗН РТ, член редакционной коллегии журнала «Авчи Зухал» и консультативной группы медицинской газеты «Авиценна».

Постоянно ведёт лечебную работу на базе терапевтических отделений ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш». Под его руководством в 1998 году была организована Республиканская научно-практическая конференция, посвящённая 30-летию «НМИЦ РТ».

Многokrатно был участником и выступал с докладами на различных съездах, конференциях и симпозиумах как в Республике Таджикистан, так и в различных странах мира (Россия, Латвия, Белоруссия, Киргизия, Казахстан, Китай).

Удостоен знака «Победителя соцсоревнования СССР» (1979г.), «Отличника здравоохранения СССР» (1989г.).

В 2001 г. удостоен высокой правительственной награды «Заслуженный работник Таджикистана».

В 2009 г. награждён медалью «Шавкат» в честь 70-летия ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

В 2011 г. удостоен звания «Отличника народного образования Таджикистана».

Расулов Усмон Расулович – человек с большой буквы, настоящий интеллигент, с высокой культурой, добрый, благородный, справедливый, великодушный учёный, педагог, и врач. Он постоянно неутомимо работает над собой и с учениками, очень требователен к себе и ученикам.

Оптимист в своём деле, любит свою специальность и на протяжении всей своей научно-педагогической деятельности готов служить Родине и делу науки.

*Редакция журнала Здравоохранения
Таджикистана*