



НИГАҲДОРИИ ТАНДУРУСТИИ ТОҶИКИСТОН
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ТАДЖИКИСТАНА
HEALTH CARE OF TAJIKISTAN

Научно-практический журнал

Выходит один раз в 3 месяца

Основан в 1933 г.

1 (352) 2022

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

Муовини сармуҳаррир: Икромов Т.Ш. – доктори илмҳои тиб, дотсент, Директори МД «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона»

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Абдуллозода Ҷ.А. – д.и.т., профессор, Вазири тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ, академики АБИЭБ

Аҳмадов А.А. – д.и.т., профессор, узви вобастаи АМИТ

Ғоибзода А.Ҷ. – д.и.т., профессор, узви вобастаи АМИТ

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

Қурбон У.А. – д.и.т., профессор, узви вобастаи АМИТ

Мирочов Ғ.Қ. – д.и.т., профессор, академики АМИТ

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

Одинаев Ф.И. – д.и.т., профессор, узви хориҷии АИТ ФР

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

Ахмедов А.А. – д.м.н., профессор, член-корр. НАНТ

Ғаибзода А.Д. – д.м.н., профессор, член-корр. НАНТ

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

Қурбон У.А. – д.м.н., профессор, член-корр. НАНТ

Мироджов Ғ.Қ. – д.м.н., профессор, академик НАНТ

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

М У Н Д А Р И Ч А

Абдуллозода Ҷ.А., Рузибойзода Қ.Р., Абдуллоев С.Х., Билолов М.Қ. Мустаҳкамкунии герметикии мумчаи рӯдаи дувоздаҳангушта ҳангоми решҳои дуоденалии «душвор».....	5
Абдурахимов А.А. Ҷустуҷӯи роҳҳои баланд бардоштани самаранокии табobati беморони сили шуш бо муқовимати сершумори микобактерияи сил ба доруворҳои зидди сил	11
Артиқова Н.К. Нақши сирояти вирусӣ дар патологияи пардаи луобии ковокии даҳон дар шахсони дорои конструксияҳои ортодонти 17	17
Ахророва З.А. Истифодаи пробиотикҳо дар муолиҷаи комплекси тонзиллити музмин.....	23
Базаров Н.И., Имомов Ф.А., Шукуров Ф.И., Ниязов И.К., Кобилов Ж.А., Мазхабов Д.М., Юльчиев Р.И. Баъзе ҷанбаҳои клиникӣ, ташҳис ва самаранокии табobati омосҳои ягона ва бисёрравалаи бадсифати пуст ва таркибҳои атрофии мавқеи периорбиталӣ (ОЯБЫТАМП).....	27
Кадыров Д.М., Кодиров Ф.Д., Сайдалиев Ш.Ш., Табаров З.В. Тактикаи ҷарроҳии решҳои хунравандаи гастродуоденали дар яқояги бо тангшавии мавзеи пилородуоденали	35
Қараев И.И. Ҳолати баъзе нишондиҳандаҳои гемостаз дар кӯдакони гирифтор ба лейкози шадид баъди кимиёдармонӣ	42
Каримов С.М., Муллоҷонов Ғ.Э. Натиҷаҳои клиникӣ истифодаи интерферони лейкоцитарӣ ҳангоми табobati патологияҳои вирусӣ пардаи луобии даҳон дар байни беморони соматикӣ патологияҳои ҳамҷояи стоматологидошта	49
Каримова Д.Г. Хусусиятҳои клиникӣ пневмонияи леталии SARS-COV-2 вобаста дар занони ҳомиладор	54
Қосимов М.М., Юсупов З.Я., Ҷумаев Ш.М. Натиҷаҳои арзёбии андешаҳои табибон-мутахассисон оид ба мушкilotи офиятбахшии комплекси беморони гирифтор ба роғи лаби боло ва ком.....	60
Мамаджонова М.С., Шарипова Н.А., Воҳидов А., Абиджанова Н.Н., Назаров Э.И. Ташҳиси тафрикави илтиҳоби шушҳо дар кӯдакони синни бармаҳал	65
Мирзоев А.С. Ворид намудани усули ташҳиси таъҷилии вимо бо истифода аз молишаки милк дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.....	72
Рачабова Ғ.Қ., Ашурова Г.Н., Махмадов Ф.И. Тактикаи ташҳисӣ ва ҷарроҳӣ мавриди патологияи фаврии узвҳои ковокии батн ва занона	80
Саидова М.А., Юсуфӣ С.Ҷ., Рафиева З.Х. Омӯзиши ретроспективӣ ҷараён ва оқибатҳои валолат, ҳангоми ҳомиладорӣ аз муҳлатгузашта	89
Файзуллоев А.И. Норасоии музмини дил бо ҳамрадифии диабети қанд	96

ҲОДИСА АЗ ТАҶРИБА

Сафаров А.С., Сафаров Б.А., Сатторов М.М. Табobati иллатёбии сурхрӯда дар кӯдаки 8 моҳа, ки бо эмпиемаи плевра ва хунравӣ ориза ёфтааст	103
--	-----

ТАҶСИР

Бозоров С.С. Омилҳои муассир дар рушди алопетсияи лонавӣ дар кӯдакон	108
Эҳсонов А.С. Ҷанбаҳои ҳалнашудаи ташҳис ва муолиҷаи шикастагии гарданаи рон ва оқибатҳои онҳо ҳангоми остеопороз.....	116

ТАЪЗИЯНОМА

Зоиров Подабон Тошматович	130
Рачабалиев Шералӣ Фозилович	131
Исоева Мавҷуда Сирочиддиновна	132

ОГЛАВЛЕНИЕ

Абдуллозода Дж.А., Рузбойзода К.Р., Абдуллоев С.Х., Билолов М.К. Повышение герметичности культи двенадцатиперстной кишки при «трудных» дуоденальных язвах
Абдурахимов А.А. Поиск путей повышения эффективности лечения больных туберкулезом легких с множественной устойчивостью микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам
Артыкова Н.К. Роль вирусной инфекции в патологии слизистой оболочки полости рта у лиц с ортопедическими конструкциями
Ахророва З.А. Применение пробиотиков в комплексной терапии хронического тонзиллита
Базаров Н.И., Имомов Ф.А., Шукуров Ф.И., Кобиллов Ж.А., Ниязов И.К., Мазхабов Д.М., Юльчиев Р.И. Особенности клиники, диагностики и действенности лечения, злокачественных солитарных, первично-множественных опухолей кожи и окружающих структур периорбитальной области (ЗСПМОКОСПО)
Кадыров Д.М., Кодиров Ф.Д., Сайдалиев Ш.Ш., Табаров З.В. Тактика хирургического лечения язвенного гастродуоденального кровотечения, сочетанного с пилородуоденальным стенозом
Караев И.И. Состояние некоторых показателей гемостаза у детей с острым лейкозом после химиотерапии
Каримов С.М., Муллоджанов Г.Э. Клинические результаты использования лейкоцитарного интерферона при терапии вирусных патологий слизистой оболочки полости рта у соматических больных с сочетанной стоматологической патологией
Каримова Д.Г. Клиническая характеристика SARS-CoV-2 ассоциированных летальных пневмоний у беременных
Косимов М.М., Юсупов З.Я., Джумаев Ш.М. Результаты оценки мнения врачей-специалистов о проблемах комплексной реабилитации пациентов с расщелиной верхней губы и нёба
Мамаджонова М.С., Шарипова Н.А., Вохидов А., Абиджанова Н.Н., Назаров Э.И. Дифференциально диагностические критерии внутриутробной и ранней неонатальной пневмонии
Мирзоев А.С. Внедрение экспресс-тестирования на ВИЧ через околоресничные мазки в Республике Таджикистан
Раджабова Г.К., Ашурова Г.Н., Махмадов Ф.И. Диагностическая и хирургическая тактика при неотложных патологиях органов брюшной полости и гениталий
Саидова М.А., Юсуфи С.Дж., Рафиева З.Х. Ретроспективное исследование течения беременности, акушерских и перинатальных исходов при запоздалых родах
Файзуллоев А.И. Хроническая сердечная недостаточность в ассоциации с сахарным диабетом

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Сафаров А.С., Сафаров Б.А., Сатторов М.М. Успешное лечение повреждения пищевода, осложнившегося

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Бозоров С.С. Факторы, влияющие на развитие гнездовой алопеции у детей
Эхсонов А.С. Нерешенные аспекты диагностики и лечения переломов шейки бедра и их последствий при остеопорозе

НЕКРОЛОГ

Зоиров Подабон Тошматович
Раджабалиев Шерали Фозилович
Исоева Мавджула Сироджидиновна

CONTENS

- 5 Abdullozoda J.A., Ruziboyzoda K.R., Abdulloev S.Kh., Bilolov M.K. Improving the tightness of the duodenal stump for "difficult" duodenal ulcers
11 Abdurakhimov A.A. Search for ways to improve the effectiveness of treatment of pulmonary tuberculosis patients with multiple resistance of mycobacterium tuberculosis to anti-tuberculosis drugs
17 Artykova N.K. The role of viral infection in the pathology of oral mucosa in persons with prosthetic constructions
23 Akhrova Z.A. Application of probiotics in complex therapy of chronic tonsillitis
27 Bazarov N.I., Imomov F.A., Shukurov F.I., Kodiri A., Niyazov I.K., Kobilov J.A., Mazhabov D.M., Yulchiev R.I. Some aspects of the clinic, diagnostics, and effectiveness of treatment of solitary, primarily multiple malignant tumors-of skin and surrounding structures of periorbital region (SPMMTSSSPR)
35 Kadyrov D.M., Kodirov F.D., Saidaliev Sh., Tabarov Z.V. Surgical treatment tactics of gastroduodenal ulcerous bleeding combined with pyloroduodenal stenosis
42 Karaev I.I. The status of some hemostasis parameters in children with acute leukemia after chemotherapy
49 Karimov S.M., Mullodzhonov G.E. Clinical results of the using leucocyte interferon for the therapy of viral pathology of the oral mucous in somatic patients with combined dentistry pathology
54 Karimova D.G. Clinical characteristics of SARS-COV-2 associated lethal pneumonia in pregnant women
60 Kosimov M.M., Yusupov Z.Ya., Dzhumaev Sh.M. Results of evaluation of the opinion of specialists on the problems of comprehensive rehabilitation of patients with cleft lip and palate
65 Mamadzhonova M.S., Sharipovoy N.A., Vokhidov A., Abidjanova N.N., Nazarov E.I. Differentially diagnostic criteria for intratual and early neonatal pneumonia
72 Mirzoev A.S. Implementation of rapid saliva tests for hiv in the Republic of Tajikistan
80 Radzhabova G.K., Ashurova G.N., Makhmadov F.I. Diagnostic and surgical tactics for emergency pathologies of the abdominal and genital organs
89 Saidova M.A., Yusufi S.J., Rafieva Z.Kh. Retrospective study of the course of pregnancy, obstetric and perinatal outcomes in post-term pregnancy
96 Faizulloev A.I. Chronic heart failure in association with diabetes mellitus

CLINICAL CASE

- 103 Safarov A.S., Safarov B.A., Sattorov M.M. Successful treatment of esophageal injury complicated by pleural empyema and bleeding in an 8-month-old child

REVIEW OF LITERATURE

- 108 Bozorov S.S. Factors affecting the development of alopecia areata in children
116 Ehsonov A.S. Unresolved aspects of diagnosis and treatment of femoral neck fractures and their consequences in osteoporosis

NECROLOGY

- 130 Zoiron Podabon Toshmatovich
131 Rajabaliev Sherali Fozilovich
132 Isoeva Mavjuda Sirodjiddinovna

Дж.А. Абдуллозода¹, К.Р. Рузбойзода², С.Х. Абдуллоев³, М.К. Билолов¹

ПОВЫШЕНИЕ ГЕРМЕТИЧНОСТИ КУЛЬТЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

¹Кафедра общей хирургии №2, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

²Кафедра хирургических болезней №1, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

³ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г.Душанбе

Рузбойзода Кахрамон Рузбой – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; Тел.: +(992)930807777; E-mail: dr.hero85@mail.ru

Цель исследования. Оптимизация хирургической тактики при «трудных» дуоденальных язвах путем повышения герметичности культи двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования. Проведён анализ результатов комплексной диагностики и хирургического лечения 104 пациентов с «трудными» дуоденальными язвами. Все больные были разделены на две группы. Первую основную группу составили 53 (51,0%) пациента, вторую контрольную группу – 51 (49,0%) пациента. В 76 (73,1%) случаях язва локализовалась в луковице двенадцатиперстной кишки, а в 38 (36,5%) случаях в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки.

Результаты исследования и их обсуждение. После резекции желудка с различными способами у больных основной группы, при «трудных» дуоденальных язвах, с целью повышения герметичности и профилактики несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки применялись усовершенствованные методики обработки культи двенадцатиперстной кишки, а для больных контрольной группы применялись общеизвестные способы обработки культи двенадцатиперстной кишки. Среди больных контрольной группы (n=51) в послеоперационном периоде в 7 (13,7%) случаях возникли различные по характеру осложнения в виде: несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки (n=2), послеоперационный панкреатит (n=4) и эвентрация (n=1). В 3 (5,9%) случаях наступил летальный исход. Тогда как у больных основной группы (n=53) в раннем послеоперационном периоде в 3 (5,6%) случаях отмечался послеоперационный панкреатит, и был пролечен консервативным методом. Летальные исходы не были отмечены.

Заключение. Лечение больных с «трудными» дуоденальными язвами требует строгого индивидуального подхода.

Ключевые слова: «трудные» дуоденальные язвы, резекция желудка, культя двенадцатиперстной кишки, обработка, герметичность.

J.A. Abdullozoda¹, K.R. Ruziboyzoda², S.Kh. Abdulloev³, M.K. Bilolov¹

IMPROVING THE TIGHTNESS OF THE DUODENAL STUMP FOR “DIFFICULT” DUODENAL ULCERS

¹Department of General Surgery №1, State educational institution «Avicenna Tajik State Medical University».

²State Institution “City Center for Emergency Medicine”, Dushanbe

³Department of Surgical Diseases №1, State educational institution «Avicenna Tajik State Medical University».

Ruziboyzoda Kahramon Ruziboy - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases No.1, Avicenna Tajik State Medical University, Tel: +(992)930807777. E-mail: dr.hero85@mail.ru

Aim. To optimize the surgical tactics for “difficult” duodenal ulcers by increasing the tightness of the duodenal stump.

Material and methods. The results of complex diagnostics and surgical treatment of 104 patients with “difficult” duodenal ulcers were analyzed. All patients were divided into two groups. The first - main group consisted of 53 (51.0%) patients, the second - control group - 51 (49.0%) patients. In 76 (73.1%) cases, the ulcer was localized in the duodenal bulb, in 38 (36.5%) cases in the post-bulbar duodenum.

Results. After resection of the stomach with various methods in patients of the main group, with “difficult” duodenal ulcers, to increase tightness and prevent failure of the duodenal stump, improved methods of processing the duodenal stump were used, and for patients in the control group, well-known methods of handling the duodenal stump

were used. Among the patients of the control group (n=51), in the postoperative period, in 7 (13.7%) cases, various complications occurred in the form of failure of the sutures of the duodenal stump (n=2), postoperative pancreatitis (n=4) and eventration (n=1). In 3 (5.9%) cases, a fatal outcome occurred. In patients of the main group (n=53) in the early postoperative period in 3 (5.6%) cases, postoperative pancreatitis occurred, which was treated conservatively. No lethal outcome was noted.

Conclusion. The treatment of patients with “difficult” duodenal ulcers presents significant difficulties, which requires a strictly individual approach.

Keywords: “difficult” duodenal ulcers, gastric resection, duodenal stump, treatment, tightness.

Актуальность. К настоящему времени накоплен значительный опыт хирургического лечения язвенной болезни при различных локализациях язв [1]. Тем не менее, вопросы диагностики и лечения осложнений «трудных» постбульбарных дуоденальных язв остаются предметом широкой научной дискуссии. Сведения о частоте постбульбарных дуоденальных язв значительно варьируют. Их частота составляет 3,6-11% среди всех дуоденальных язв [4, 11]. Некоторые авторы считают, что в действительности постбульбарных язв намного больше - до 56%, с учетом того, что язвенные дефекты часто имеют множественную локализацию [8].

На сегодняшний день данные мировой литературы показывают, что внедрением в клиническую практику современных новых комплекс консервативной терапии, в частности блокаторов протонной помпы и H₂-рецепторов гистамина париетальных клеток способствовало в значительной степени уменьшению частота выполняемых как ургентных, так и плановых оперативных вмешательств в виде резекции желудка по поводу гастродуоденальных язв [5, 6]. Однако включение указанных противоязвенных препаратов не привело к полному отказу от выполнения резекций желудка, в частности при осложненных формах гастродуоденальных язвах (декомпенсированный стеноз антропилорического отдела язвенного генеза, язвы с низкой локализацией в двенадцатиперстной кишке, осложненные пенетрацией в головку поджелудочной железы или в большой дуоденальный сосочек и др.) [10]. Выполнение резекции желудка при наличии перидульцерозного рубцово-инфильтративного процесса в области двенадцатиперстной кишки диктует от хирурга сложных и ответственных решений и умения выходить из такой нестандартной ситуации.

Своеобразным уязвимым и слабым в этой ситуации является – культя двенадцатиперстной кишки – это, по меткому определению Финстера, «ахиллесова пята» и, по выражению С.П. Федорова, – «слабый пункт» выполняемые раз-

личные модификации резекции желудка по методу Бильрот II.

На сегодняшний день в литературе приведены описание методики более трехсот приемов и способов обработки культи двенадцатиперстной кишки, применяемые на любые локализации гастродуоденальных язв и развившихся осложнений, однако многие из предложенных способов не являются универсальным и надежным, представляющие лишь исторический интерес. Согласно данным литературы в последние 30 лет частота несостоятельности швов дуоденальной культи встречается от 2 до 17%, а при «трудных» гастродуоденальных язвах достигает 20% и более [2, 7], а летальность больных от этой грозной осложнения колеблется в пределах от 30 до 75% [3, 9]. Приведенные данные доказывают о том, что после каждой выполненной резекции желудка, особенно при «трудных» дуоденальных язв возникает большой риск развития таких тяжелых и опасных осложнений, как несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки. Приведенные выше доводы свидетельствуют, об своевременной актуальности данной проблемы повышения герметичности дуоденальной культи после резекции желудка, что диктует о целесообразности и необходимости дальнейших исследований.

Цель исследования. Оптимизация хирургической тактики при «трудных» дуоденальных язвах путем повышения герметичности культи двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы исследования. Располагаем опытом комплексной диагностики и хирургического лечения 104 пациентов с «трудными» дуоденальными язвами. Все больные были разделены на две группы. Первую основную группу составили 53 (51,0%) пациентов, вторую контрольную группу – 51 (49,0%) пациент. Мужчин было 87 (83,7%), женщин – 17 (16,3%). Возраст пациентов составил от 22 до 81 года. Все пациенты до поступления в клинику в течение 5-10 лет и более неоднократно, с временными улучшениями лечились у терапевта и гастроэнтеролога (табл. 1).

Таблица 1

Длительность заболевания больных с «трудными» дуоденальными язвами (n=104)

Длительность заболевания в годах	Количество	%
До 1 года	3	2,9
1-4 лет	12	11,5
2-5 лет	28	26,9
10 лет	42	40,4
Более 10 лет	19	18,3
Всего	104	100,0

Примечание: % - от общего числа больных

В зависимости от характера имеющегося осложнения больные распределены следующим образом (табл. 2).

Таблица 2

Характер осложнений больные с «трудными» дуоденальными язвами (n=104)

Характер осложнений	Количество	%
Пилородуоденостеноз	62	59,6
Пенетрация	8	7,7
Перфорация	4	3,8
Кровотечение	11	10,6
Сочетанное осложнение	19	18,3
Всего	104	100,0

Примечание: % - от общего числа больных

Всесторонний анализ клинического материала показал, что пилородуоденальный стеноз имел место у 62 (59,6%) больных, пенетрирующие дуоденальные язвы – у 8 (7,7%), дуоденальные кровотечения – у 11 (10,6%), перфорации пилородуоденальных язв – у 4 (3,8%) и в 19 (18,3%) случаях имели место сочетанные осложнения «трудных» дуоденальных язв.

Таблица 3

В зависимости от локализации язвы в двенадцатиперстной кишке (n=104)

Локализация язвы в дуоденальной зоне	Кол-во больных	
	абс	%
Луковица двенадцатиперстной кишки	76	73,1
Постбульбарный отдел двенадцатиперстной кишки	38	36,5
Всего	104	100,0

Примечание: % - от общего числа больных

Необходимо отметить, что для выбора способа и объёма резекции желудка, а также обработки

культы двенадцатиперстной кишки важное значение имеет локализация язвы в двенадцатиперстной кишке (табл. 3).

Как видно из представленной таблицы в 76 (73,1%) случаях язва локализовалась в луковице двенадцатиперстной кишки, а в 38 (36,5%) - в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки.

Для диагностики «трудных» дуоденальных язв больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая ФГДС, рентгенографию, УЗИ, КТ, а также исследования желудочной секреции и дуоденомонометрию.

Статистическая обработка выполнялась с использованием программы IBM SPSS Statistics 24.0. В работе представлены качественные показатели, которые описаны в виде абсолютных значений и их процентов. При сравнении качественных показателей между двумя независимыми χ^2 . Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Среди лучевых методов диагностики «трудных» дуоденальных язв рентгенологические методы являются наиболее высокоинформативными. Рентгенологическое исследование проводилось у всех 104 больных обеих групп. При проведении рентгенологического исследования диагностировали наличие «ниши» в двенадцатиперстные кишки (n=39).

Рентгенологическое исследование имело важное значение при выявлении пилородуоденального стеноза. При пилородуоденальном стенозе, в начальных стадиях его развития, рентгенологически отмечалось умеренное увеличение объёма желудка и его гипотония. Натощак, как правило, в желудке имелась жидкость, и отмечалось ослабление перистальтики. Скорость опорожнения желудка, по мере прогрессирования тяжести стеноза, замедлялась (n=68).

При анализе клинического материала установлено, что среди 104 больных при обзорном рентгенологическом исследовании у 3 (2,9%) было обнаружено наличие свободного газа под правым куполом диафрагмы. При отсутствии пневмоперитонеума выполнялась ЭГДС, что позволило обнаружить язвенный дефект у 4 (3,8%) пациентов, признаки перфорации – у 5 (4,8%), и выявить сопутствующие осложнения (кровотечение, стеноз пилоробульбарной зоны) у 5 (4,8%) больных (из числа сочетанных осложнений - 19). Кроме этого, ЭГДС позволила определить локализацию язвы,

Таблица 4

Характер оперативных вмешательств при «трудных» дуоденальных язвах (n=104)

Название операции	Основная группа (n=53)		Контрольная группа (n=51)		p
	Кол-во	%	Кол-во	%	
Резекция желудка по Бильрот II	21	39,6	22	43,1	>0,05
Резекция желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера- Финстерера	27	50,9	25	49,0	>0,05
Резекция желудка по Ру. СтВ.	5	9,4	4	7,8	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2)

её характер, а также исключить наличие второй «зеркальной» язвы на противоположной стенке двенадцатиперстной кишки.

Среди лучевых методов диагностики ХИП, наиболее высокоинформативным у наблюдавшихся нами пациентов оказались УЗИ и КТ.

УЗИ было проведено у 104 (100%) пациентов. УЗИ позволило в 6 случаях у больных с глубокопенетрирующими в головку поджелудочной железы язвами диагностировать наличие хронического индуративного панкреатита. Кроме этого, в 5 (4,8%) случаях было обнаружено наличие свободной жидкости в брюшной полости у больных с «трудными» дуоденальными язвами, осложненными перфорацией.

Компьютерная томография (КТ) проводилась у 7 пациентов. КТ позволила эффективно определить изменения в паренхиме головки поджелудочной железы. Кроме этого, КТ позволила оценить степень проникновения глубины пенетрирующей язвы. При этом у 3 больных глубина пенетрации составляла от 1 до 4 мм, у 3 - от 5 до 10 мм и ещё у 1 – свыше 10 мм.

Эндоскопические методы исследования были проведены всем 104 больным с «трудными» дуоденальными язвами. Плановые эндоскопические исследования были проведены у 74 (41,2%) больных, экстренные – у 30 (28,8%). При проведении ФГДС у 13 (12,5%) больных было установлено наличие кровоточащей язвы.

У 68 (65,4%) больных с различной тяжестью пилорoduodenального стеноза при ФГДС диагностирована различная степень выраженности эктазии желудка привратника.

Кроме этого, у 43 (41,3%) больных было диагностировано наличие деформации в луковице двенадцатиперстной кишки. У 13 (12,5%) пациентов с диагностированным пилорoduodenальным стенозом во время проведения ФГДС проводили

зонд за участок сужения с целью энтерального питания.

При проведении ФГДС у 39 (37,5%) больных с «трудными» дуоденальными язвами наряду с определением язвы, деформации различных отделов желудка и двенадцатиперстной кишки диагностировали дуоденогастральный рефлюкс различной степени выраженности.

Выбор способа и объёма операции при «трудных» дуоденальных язвах, осуществляли на основании данных фиброгастродуоденоскопии, рентгенографии, ультразвукового исследования и компьютерной томографии с обязательным учетом характера имеющихся осложнений язвенной болезни и общего состояния больных.

При «трудных» дуоденальных язвах, как правило оперативное вмешательство было направлено на ликвидацию развившихся осложнений, а также на оптимальную и надёжную обработку культи двенадцатиперстной кишки после различных вариантов резекции желудка (табл. 4).

Необходимо отметить, что оперативное вмешательство по поводу «трудных» дуоденальных язв технически и методически очень сложное, а в ряде случаев имеет высокий риск, который обусловлен близким расположением крупных сосудов брюшной полости и выводных протоков печени и поджелудочной железы. В этой связи каждый этап оперативного вмешательства выполняли очень осторожно.

Так, в 43 (41,3%) случаях (21 – в основной группе и 22 – в контрольной) выполнялась резекция желудка по Бильрот II, а в 52 (50,0%) случаях выполнялась резекция желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера. В 9 (8,7%) случаях при «трудных» дуоденальных язвах с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы, с развитием хронического индуративного панкреатита, резекция желудка по Ру дополнялась стволовой ваготомии.

Следует отметить, что одним из важных и опасных этапов резекции желудка по поводу «трудных» дуоденальных язв является обработка культи двенадцатиперстной кишки. А при тактических и технических ошибках во время выполнения различных вариантов обработки культи двенадцатиперстной кишки повышается риск развития несостоятельности культи последней, особенно при «трудных» дуоденальных язвах. В связи с этим нами в клинике с целью повышения герметичности и профилактики несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки была усовершенствована методика обработки культи двенадцатиперстной кишки, которая применялась у больных основной группы.

После резекции желудка по Бильрот II, при «трудных» дуоденальных язвах, когда сложно обработать культю двенадцатиперстной кишки, на неё первым рядом, не снимая зажим, накладывали П-образные швы и затягивали их. Вторым рядом накладывался полукисетный шов и затягивали его, в месте образования бортика (с противоположной

стороны передней поверхности поджелудочной железы) третьим рядом накладывались узловые швы с подшиванием капсулы поджелудочной железы, что позволяло добиться герметичного закрытия культи двенадцатиперстной кишки (Рис. 1, А, Б, В).

Также нами после резекции желудка по Бильрот II, при «трудных» низкорасположенных язвах, когда остается короткая культя, сложно поддающаяся обработке, использовалась следующая методика: на короткую культю двенадцатиперстной кишки со стороны просвета кишки накладывается кисетный шов с захватом слизистой и мышечных слоев, и затягивается. Вторым рядом накладываются узловые швы с подшиванием передней поверхности капсулы поджелудочной железы к культю двенадцатиперстной кишки. Далее проводится назодуоденальное зондирование для декомпрессии культи двенадцатиперстной кишки, что позволяет добиться хорошей герметичности при закрытии короткой культи двенадцатиперстной

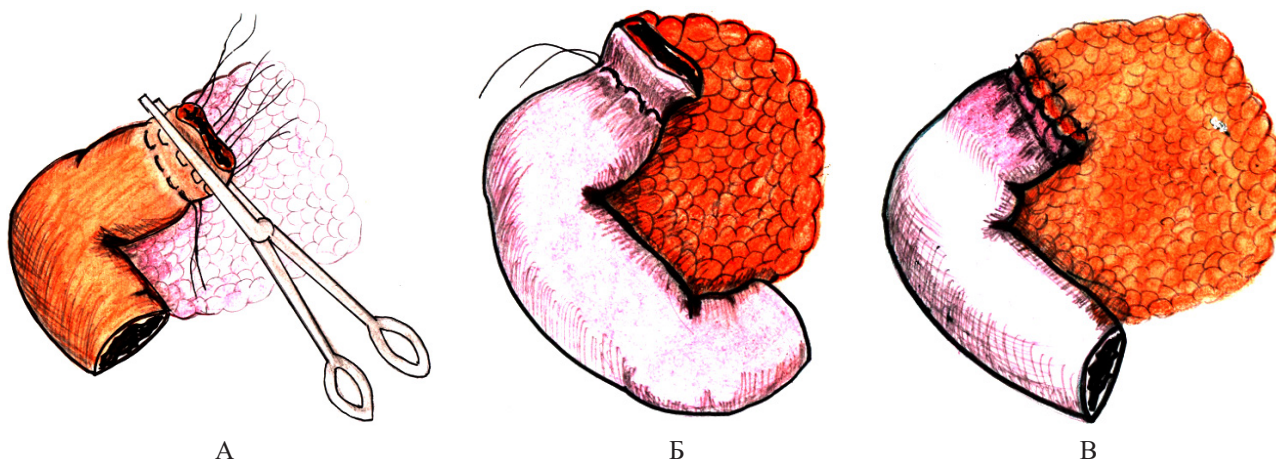


Рис. 1. Этапы обработки культи двенадцатиперстной кишки.

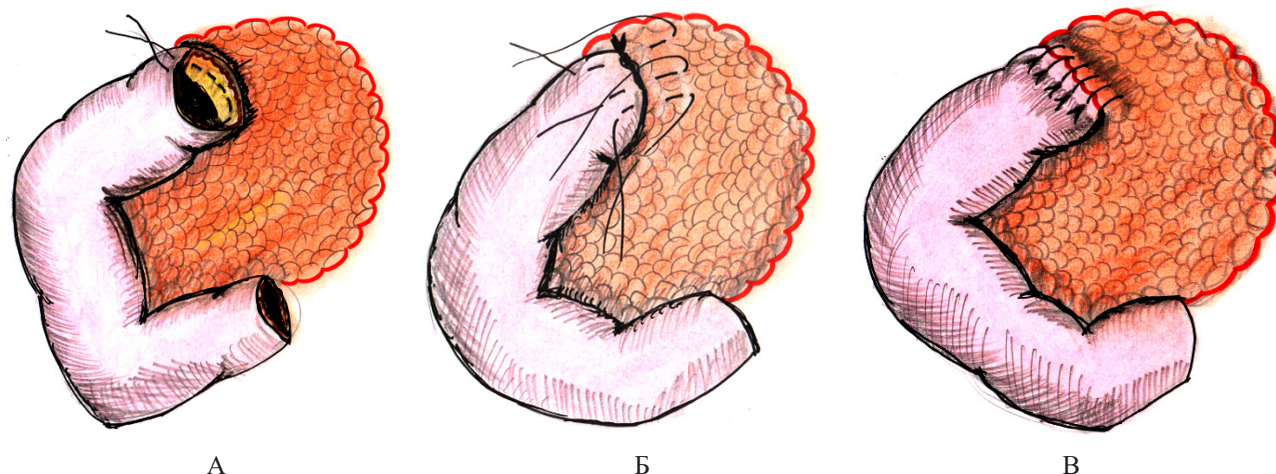


Рис. 2. Этапы обработки культи двенадцатиперстной кишки при низкорасположенных неудаляемых язвах

кишки, для профилактики несостоятельности швов выполняется декомпрессия культи (Рис.2 А, Б и В).

Наличие пенетрации у больных дуоденальной язвой является одной из главных предикторов возникновения послеоперационного панкреатита и риска развития несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки. Для профилактики этих осложнений в послеоперационном периоде больным назначали противопанкреатическую консервативную терапию с подключением ингибиторов протеаз и нейрпептида сандостатина.

Так, среди больных контрольной группы (n=51) в послеоперационном периоде в 7 (13,7%) случаях возникли различные по характеру осложнения в виде: несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки (n=2), послеоперационный панкреатит (n=4) и эвентрация (n=1). В 3 (5,9%) случаях наступил летальный исход. Тогда как у больных основной группы (n=53) в раннем послеоперационном периоде в 3 (5,6%) случаях имел место послеоперационный панкреатит, который был пролечен консервативным методом. Летальных исходов не было отмечено.

Таким образом, лечение больных с «трудными» дуоденальными язвами представляют значительные трудности, что требует строгого индивидуального подхода.

Выводы

1. Диагностика «трудных» дуоденальных язв должна быть комплексной и включать фиброгастроуденоскопию, УЗИ и КТ.

2. При хирургическом лечении пенетрирующих «трудных» дуоденальных язв рекомендуется выполнять резекцию желудка по Бильрот II с обработкой культи. При этом первым рядом накладываются П-образные швы, вторым рядом накладывается полукишечный шов с затягиванием, образовавшегося бортика, а третьим рядом накладываются узловые швы с подшиванием капсулы поджелудочной железы, что позволяет герметично закрыть культю двенадцатиперстной кишки.

3. Для профилактики несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки при «трудных» низкорасположенных дуоденальных язвах целесообразно выполнение разработанной методики с назоудуоденальным зондированием для декомпрессии культи двенадцатиперстной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

(см. пп. 9-11 в REFERENCES)

1. Власов А.П. Новые технологии в хирургии «трудных» язв двенадцатиперстной кишки / А.П. Вла-

сов, В.В. Сараев, Ю.П. Степанов, О.Ю. Рубцов // Хирургия. - 2008. - № 8. С. 44-48.

2. Дибиров М.Д. Выбор метода лечения гастродуоденальных пенетрирующих язв / М.Д. Дибиров, О.Х. Халидов, В.Ф. Зубрицкий, В.К. Гаджимурадов // Доктор. Ру. - 2014. - № 6 (10). - С. 21-23.

3. Зайцев О.В. Технические аспекты выполнения резекции желудка в условиях «трудной» дуоденальной язвы / О.В. Зайцев, С.В. Тарасенко, А.А. Натальский, К.С. Морозов // Тихоокеанский медицинский журнал. - 2011. - № 3. - С. 76-79.

4. Кульчиев А.А. Хирургическое лечение рубцово-язвенного стеноза пилородуоденального канала / А.А. Кульчиев // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2015. - №3-4. - С. 62-70.

5. Никитин В.Н. «Трудная» культя при осложненных гигантских пенетрирующих пилородуоденальных язвах / В.Н. Никитин, С.Г. Клипач // Новости хирургии. - 2017. - Т. 25, № 6. - С. 574-581.

6. Нишанов Ф.Н. Хирургическая тактика при сочетанных осложнениях язв двенадцатиперстной кишки / Ф.Н. Нишанов, М.Ф. Нишанов, Д.Ш. Хожиметов, Б.С. Робиддинов // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова - 2018. - Т. 13, № 3. - С. 43-46.

7. Курбонов К.М. Панкреато-билиарные осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев // Здравоохранения Таджикистана. - 2018. - №1. - С. 34-40.

8. Писаревский Г.Н. Методы закрытия дуоденальной культи / Г.Н. Писаревский // Хирургия. - 2011. - № 3. - С. 67-72.

REFERENCES

1. Vlasov A.P. Novye tekhnologii v khirurgii «trudnykh» yazv dvenadtsatiperstnoy kishki [New Technologies in the Surgery of “Difficult” Duodenal Ulcers]. *Khirurgiya - Surgery*, 2008, No. 8, pp. 44-48.

2. Dibirov M.D. Vybora metoda lecheniya gastroduodenalnykh penetriruyushchikh yazv [Choice of treatment method for gastroduodenal penetrating ulcers]. *Doktor. Ru - Doctor. Ru*, 2014, No. 6 (10), pp. 21-23.

3. Zaytsev O.V. Tekhnicheskie aspekty vypolneniya rezeksii zheludka v usloviyakh «trudnoy» duodenalnoy yazyvy [Technical aspects of gastric resection for “difficult” duodenal ulcer]. *Tikhookeanskiy meditsinskiy zhurnal - Pacific Medical Journal*, 2011, No. 3, pp. 76-79.

4. Kulchiev A.A. Khirurgicheskoe lechenie rubtsovo-yazvennogo stenoza piloroduodenalnogo kanala [Surgical treatment of cicatricial ulcerative stenosis of pyloroduodenal canal]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii - Bulletin of Surgical Gastroenterology*, 2015, No. 3-4, pp. 62-70.

5. Nikitin V.N. «Trudnaya» kulya pri oslozhnennykh gigantikh penetriruyushchikh piloroduodenalnykh yavakh [“Difficult” stump in complicated giant penetrating

pyloduodenal ulcers]. *Novosti khirurgii - News of Surgery*, 2017, Vol. 25, No. 6, pp. 574-581.

6. Nishanov F.N. Khirurgicheskaya taktika pri sochetannykh oslozhnennykh yazv dvenadtsatiperstnoy kishki [Surgical tactics for combined complications of duodenal ulcers]. *Vestnik Natsionalnogo Mediko-khirurgicheskogo Tsentra im. N.I. Pirogova - Bulletin of the National Medical and Surgical Center. N.I. Pirogov*, 2018, Vol. 13, No. 3, pp. 43-46.

7. Kurbonov K.M. Pankreato-biliarnye oslozhneniya yazvennoy bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki [Pancreatic-biliary complications of duodenal ulcer disease]. *Zdravookhraneniya Tadzhikistana - Healthcare of Tajikistan*, 2018, No. 1, pp. 34-40.

8. Pisarevskiy G.N. Metody zakrytiya duodenalnoy kulti [Methods of duodenal stump closure]. *Khirurgiya - Surgery*, 2011, No. 3, pp. 67-72.

9. Dovjak P. Duodenal ulcers, gastric ulcers and helicobacter pylori. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2017, Vol. 50, No. 2, pp. 159-169.

10. Oida T., Kano H. Percutaneous drainage in conservative therapy for perforated gastroduodenal ulcers. *Hepatogastroenterology*, 2012, No. 59, pp. 168-170.

11. Vashist Y.K. Management of the difficult duodenal stump in penetrating duodenal ulcer disease: a comparative analysis of duodenojejunostomy with "classical" stump closure (Nissen-Bsteh). *Langenbeck's Archives of Surgery*, 2012, No. 8, pp. 124-127.

ХУЛОСА

**Ч.А. Абдуллозода, Қ.Р. Рузибойзода,
С.Х. Абдуллоев, М.Қ. Билолов**

МУСТАҲКАМКУНИИ ГЕРМЕТИКИИ МУМЧАИ РУДАИ ДУВОЗДАҲАНГУШТА ҲАНГОМИ РЕШҲОИ ДУОДЕНАЛИИ «ДУШВОР»

Мақсади тадқиқот. Беҳтаркунии натиҷаи табобати ҷарроҳии решҳои дуоденалии «душвор» бо

роҳи мустаҳкамкунии герметикии мумчаи рӯдаи дувоздаҳангушта.

Мавод ва усулҳо. Натиҷаи ташҳиси комплекси ва табобати ҷарроҳии 104 беморони гирифтори решҳои дуоденалии «душвор» таҳлил карда шудааст. Ҳамаи беморон ба ду гурӯҳ тақсим карда шудааст. Ба гурӯҳи якуми асосӣ 53 (51,0%) нафар беморон буда, гурӯҳи дуюми контролиро (санчишӣ) 51 (49,0%) беморонро ташкил медиҳанд. Дар 76 (73,1%) ҳолат реш дар пиёзаки рӯдаи дувоздаҳангушта ва дар 38 (36,5%) бемор – дар қисми постбулбарии рӯдаи дувоздаҳангушта ҷойгир буд.

Натиҷаҳо. Баъди буриши меъда бо ҷаргуна усулҳо дар беморони гурӯҳи асосӣ ҳангоми решҳои дуоденалии «душвор» ба мақсади мустаҳкамкунии герметикӣ ва пешгирии норасоии кукҳои мумчаи рӯдаи дувоздаҳангушта усулҳои такмилкардашудаи коркарди мумчаи рӯдаи дувоздаҳангушта, ва барои гурӯҳи санчишӣ усулҳои умумии маълумбуда истифода карда шудааст. Дар байни беморони гурӯҳи санчишӣ (n=51) дар давраи баъдичарроҳӣ дар 7 (13,7%) ҳолат ҷаргуна оризаҳо ба вучуд омад, ба монанди: норасоии кукҳои мумчаи рӯдаи дувоздаҳангушта (n=2), панкреатити баъдичарроҳӣ (n=4) ва эвентратсия (n=1). Дар 3 (5,9%) ҳолат фавти беморон ба қайд гирифта шуд. Дар байни беморони гурӯҳи асоси бошад (n=53) дар давраи барвақтии баъдичарроҳӣ дар 3 (5,6%) бемор панкреатити баъдичарроҳӣ инкишоф ёфт, ки бо усули консервативӣ табобат карда шуд. Фавтшавӣ дар ин гурӯҳ мушоҳида нагардид.

Хулоса. Табобати беморони гирифтори решҳои дуоденалии «душвор» хеле мураккаб мебошад, ки равиши қатъии индивидуалиро талаб менамояд.

Калимаҳои калидӣ: решҳои дуоденалии «душвор», буриши меъда, мумчаи рӯдаи дувоздаҳангушта, коркард, герметикӣ.

УДК 616.24-002.5:577.161.2

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-11-17

А.А. Абдурахимов

ПОИСК ПУТЕЙ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ

ГУ «Национальный центр туберкулеза, пульмонологии и грудной хирургии»

Абдурахимов Азиз Абдулхаевич – директор ГУ «Национальный центр туберкулеза, пульмонологии и грудной хирургии», пос. Мачитон, г. Вахдат, Республика Таджикистан

E-mail: a.aziz1810@mail.ru; Тел. +(992)931033030.

Цель исследования. Провести сравнительное изучение эффективности лечения больных МЛУ-ТБ путём применения краткосрочного и индивидуального режимов химиотерапии и включения в комплекс лечения препарата Холекальциферол.

Материал и методы исследования. В группу больных с МЛУ-ТБ с краткосрочным режимом лечения были включены 40 пациентов и в группу больных с МЛУ-ТБ с индивидуальным режимом лечения также 40 пациентов. Обе группы наблюдения были разделены на две подгруппы пациентов с МЛУ-ТБ легких (по 20 чел. из каждой группы), в одной из которых в комплекс лечения был включен препарат Холекальциферол по 300 000 Ед внутримышечно еженедельно (всего 6-8 раз); группы сравнения: пациенты с МЛУ-ТБ легких (по 20 чел. из каждой группы) получали комплекс вышеуказанной химиотерапии без препарата Холекальциферол.

Результаты исследования и их обсуждение. В группе больных с включением Холикальциферола при краткосрочном режиме лечения, благоприятный исход лечения отмечен в 100% случаев, тогда как в группе больных без Холикальциферола – в 80% случаев. При индивидуальном режиме лечения конверсия по посеву мокроты, в группе больных с включением Холикальциферола произошла также в 100% случаев, тогда как в группе больных без Холикальциферола – у 70% больных.

Закключение. Таким образом, внедрение нового краткосрочного режима химиотерапии пациентов с МЛУ-ТБ повысила эффективность их лечения. В двух подгруппах больных с МЛУ-ТБ с разными режимами химиотерапии, которым в комплексе лечения вводили инъекции Холикальциферола эффективность лечения по результатам сроков развития конверсии по посеву мокроты оценена значительно выше, чем в подгруппах, которые не получали препарат витамина D3.

Ключевые слова: туберкулез, множественная лекарственная устойчивость, краткосрочный режим лечения, индивидуальный режим лечения, холекальциферол.

A.A. Abdurakhimov

SEARCH FOR WAYS TO IMPROVE THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS WITH MULTIPLE RESISTANCE OF MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS TO ANTI-TUBERCULOSIS DRUGS

State Institution “National Center for Tuberculosis, Lung Diseases and Thoracic Surgery”

Abdurahimov Aziz Abdulkhayevich - Director of the State Institution “National Center of Tuberculosis, Pulmonology and Thoracic Surgery”, Machiton settlement, Vahdat, Republic of Tajikistan; Tel.: +(992)931033030; E-mail: a.aziz1810@mail.ru

Aim. To conduct a comparative study of the effectiveness of treatment of MDR-TB patients by using short-term and individual chemotherapy regimens and including the drug Cholecalciferol in the treatment complex.

Material and methods. The group of MDR-TB patients with a short-term treatment regimen included 40 patients, and 40 patients were included in the group of MDR-TB patients with an individual treatment regimen. Both observation groups were divided into two subgroups of patients with MDR-TB of the lungs (20 people from each group). In one group treatment included Cholecalciferol 300,000 U intramuscularly weekly (6-8 times in total) in the complex of the above treatment; comparison groups: patients with MDR-TB of the lungs (20 people from each group) received a complex of the above chemotherapy without the drug Cholecalciferol.

Results. In the group of patients with the inclusion of Cholecalciferol in a short-term treatment regimen, a favorable treatment outcome was noted in 100% of cases, while in the group of patients without Cholecalciferol - in 80% of cases. With an individual treatment regimen in the group of patients with the inclusion of Cholecalciferol, conversion by sputum culture also occurred in 100% of cases, while in the group of patients without Cholecalciferol - in 70% of patients.

Conclusion. Thus, the introduction of a new short-term chemotherapy regimen for MDR-TB patients has increased the effectiveness of their treatment. In two subgroups of MDR-TB patients with different chemotherapy regimens, who received injections of Cholecalciferol in the chemotherapy treatment plan, the effectiveness of treatment based on the results of the timing of the development of conversion by sputum culture was assessed as significantly higher than in the subgroups that did not receive vitamin D3.

Keywords: tuberculosis, multidrug resistance, short-term treatment regimen, individual treatment regimen, Cholecalciferol, treatment efficacy.

Введение. По данным ВОЗ, Таджикистан относится к числу 30 стран мира с высоким бременем ТБ с множественной устойчивостью микобактерий туберкулёза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам (МЛУ-ТБ) [14]. Несмотря на то, что выявление и лечение больных МЛУ-ТБ в Республике Таджикистан начато с 2002 года, за эти почти 20 лет эпидемиологическая ситуация по распространённости МЛУ-ТБ, к сожалению, почти не изменилась [4]. Эффективность лечения МЛУ-ТБ случаев по данным разных авторов колеблется от 67% до 76%, хотя целевой показатель ВОЗ составляет 85% [5, 10, 12, 13]. В связи с этим, поиск путей повышения эффективности лечения больных с МЛУ-ТБ, является чрезвычайно актуальной.

Витамин D – это стероидный гормон, который синтезируется в коже под действием ультрафиолетового (УФ) излучения, а также может поступать с пищей. Главным источником витамина D является холекальциферол (витамин D3). Витамин D3 синтезируется в дермальном слое кожи из 7-дегидрохолестерина под влиянием коротковолнового УФ облучения [11]. Исследования, проведенные Н.А. Иноятовой и А.Д. Исаковым (2017) в течение 5 лет на базе городского эндокринологического центра г. Душанбе, выявили значительную распространенность дефицита витамина D среди населения Республики Таджикистан, которая составила 54% [7]. Последние исследования доказали много положительных аспектов влияния витамина D на здоровье людей разного возраста, который является потенциально значимым фактором развития таких серьезных заболеваний, как рак, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, инфекционные заболевания, дисфункции почек, ряд аутоиммунных заболеваний, у беременных – риск гестационного сахарного диабета, преэклампсии, низкого веса у новорожденных, органов репродуктивной системы, витамин D-зависимый и витамин D-резистентный рахит и др. [2, 6, 8]. Проведенный нами ранее обзор доступной литературы показал, что нормализация концентрации витамина D в случае выявления его недостаточности, в патогенезе возникновения или обратного развития многих заболеваний вызывает несомненный практический интерес [1]. В данной работе, мы обобщили результаты применения препарата Холекальциферола в комплексной химиотерапии больных с МЛУ-ТБ.

Цель исследования. Провести сравнительное изучение эффективности лечения больных с МЛУ-ТБ путём применения краткосрочного и индиви-

дуального режимов химиотерапии и включения в комплекс лечения препарата Холекальциферол.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 80 больных с МЛУ-ТБ легких (примерно одинаковое число мужчин и женщин в возрасте 18-35 лет). Все больные первоначально находились на стационарном лечении в Национальном центре фтизиопульмонологии и грудной хирургии (Мачитон), а затем, после достижения конверсии по посеву мокроты, были переведены на дальнейшее амбулаторное долечивание по месту жительства. Однако, до окончания курса химиотерапии все пациенты, и на амбулаторном этапе лечения ежемесячно обследовались по стандартным методам, утвержденным в Национальном руководстве по управлению за МЛУ-ТБ в Республике Таджикистан.

Всем больным до, по ходу и после лечения было проведено комплексное клинико-инструментальное и лабораторное обследование, включающее первоначальную идентификацию формы лекарственной устойчивости ТБ с проведением молекулярных тестов на лекарственную чувствительность.

Наблюдаемым больным, по заключению Центральной врачебно-контрольной комиссии ГУ «Республиканский центр по защите населения от туберкулеза», на основании результатов молекулярных тестов на лекарственную чувствительность, в случае отсутствия риска непереносимости и/или подтвержденном результате LPA-SL и соответствии критериям включения рекомендованным ВОЗ, назначали укороченный 9-месячный режим лечения с применением не менее 4 противотуберкулезных препаратов (ПТП) из разных групп: каприомицин (Cm), моксифлоксацин (Mxf), протиномид (Pto), клофазимин (Cfz), изониазид в высоких дозах (Нвд), Этамбутол (Е), пипразинамид (Z) в течение 4 (6) месяцев. Поддерживающая фаза химиотерапии длилась 5 мес. и включала следующие ПТП: моксифлоксацин (Mxf), протиномид (Pto), клофазимин (Cfz), Этамбутол (Е), пипразинамид (Z). Пациентам, которые не отвечали критериям включения в краткосрочный режим, было назначено лечение по индивидуальному режиму с включением новых и перепрофилированных препаратов в течение 18-20 месяцев, содержащему не менее 5 ПТП из разных групп, основанному на устойчивости МБТ к фторхинолонам и/или инъекционным противотуберкулезным препаратам и с учётом результатов теста на лекарственную чувствительность. Схема лечения включала, бе-

Таблица 1.

Возрастно-половые особенности пациентов с МЛУ-ТБ (Абс.,%)

Возрастные группы	Группа на краткосрочном режиме (n=40)						Группа на индивидуальном режиме (n=40)					
	Абс.	%	муж.		жен.		Абс.	%	муж.		жен.	
			Абс	%	Абс	%			Абс	%	Абс	%
15-24 лет	18	45,0	10	55,6	8	44,4	17	42,5	11	64,7	6	35,3
25-35 лет	22	55,0	12	54,5	10	45,5	23	57,5	13	56,5	10	43,5
Всего:	40	100,0	22	55,0	18	45,0	40	100,0	24	60,0	16	40,0
p	p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	

Примечание: p – достоверность поло-возрастных различий

даквилин (Bdq) или деламанид (Dlm), пипразинамид (Z), фторхинолоны (левофлоксацин (Lfx) или моксифлоксацин (Mfx)), капреомидин (Cm) или амикацин (Am), протионамид (Pro), циклосерин (Cs), клофазимин (Cfz), этамбутол (E), изониазид высокая доза (Нвд) и ПАСК (PAS), Амоксиклав, Имипенем [9]. Таким образом, в группу МЛУ-ТБ больных с краткосрочным режимом лечения были включены 40 пациентов и в группу МЛУ-ТБ больных с индивидуальным режимом лечения также 40 пациентов (таблица 1).

Обе группы наблюдения были разделены на две подгруппы пациентов с МЛУ-ТБ легких (по 20 чел. из каждой группы), одной из которых в комплекс вышеуказанного лечения был включен препарат Холекальциферол по 300 000 Ед внутримышечно еженедельно (всего 6-8 раз); группы сравнения: пациенты с МЛУ-ТБ легких (по 20 чел. из каждой группы) получали комплекс вышеуказанной химиотерапии без препарата Холекальциферол.

Статистическая обработка материала выполнялась с использованием персонального компьютера IBM PC с помощью приложения Microsoft Excel

2007. Расчет ошибки выборочной средней величины проводили с учетом отклонения совокупности выборочной - «n» от совокупности генеральной - «r», с использованием коэффициента Стьюдента - «t». Достоверность различий учитывалась при «р» меньше 0,05.

Результаты исследования и их обсуждения.

Исследование уровня витамина D в крови больных, обеих подгрупп наблюдения, выявил его дефицит в организме исследуемых пациентов. Наличие дефицита витамина D отмечалось при уровне ниже 20 нг/мл, тяжелый дефицит определялся при уровне ниже 10 нг/мл, а недостаточность ниже 30 нг/мл. За референсный показатель витамина принимался уровень от 35 до 90 нг/мл [7]. Путем еженедельного введения препарата Холекальциферол основной группе пациентов, мы достигли его референсных значений содержания в крови.

Эффективность проводимой комплексной химиотерапии пациентов в обеих группах, наряду с улучшением общего самочувствия и повышением индекса массы тела, мы оценивали по ряду следующих критериев. В группе больных с включением Холекальциферола при краткосрочном режиме

Таблица 2.

Оценка эффективности лечения по прекращению выделения МБТ в посеве мокроты при краткосрочном режиме лечения МЛУ-ТБ в подгруппе с включением Холекальциферол (1-я подгруппа) и подгруппе без включения Холекальциферола (2-я подгруппа), (Абс.,%)

Подгруппы больных		Число больных	Из них: МБТ(+)	Прекращение выделения МБТ по посеву			МБТ(+) через более чем 4 мес.	Нет конверсии по посеву мокроты к концу курса лечения
				К концу 1-2 месяца	К концу 3 месяца	К концу 4 месяца		
1-я	Абс.	20	20	5	12	3	-	-
	%	100	100	25	60	15	0	0
2-я	Абс.	20	20	-	1	4	11	4
	%	100	100	0	5	20	55	20
p				<0,001	<0,001	-	<0,001	-

Примечание: p – достоверность различий между подгруппами

лечения, произошла в 85% случаев в первые три месяца лечения и у остальных к концу 4-го месяца лечения, тогда как в группе больных без Холикальциферола лишь у 5% - в первые три месяца лечения, в 20% случаев - к концу 4-го месяцев и в 55% случаев – в гораздо поздние сроки химиотерапии и у 4-х пациентов (20%) к концу режима химиотерапии не отмечена конверсия по посеву мокроты (табл. 2).

При индивидуальном режиме лечения конверсия по посеву мокроты, в группе больных с включением Холикальциферола произошла в 65%

случаев в первые три месяца лечения, в 25% случаев – к концу 4-го месяца лечения и у остальных 10% - в сроки более 4-х месяцев лечения, тогда как в группе больных без Холикальциферола лишь у 25% - к концу 4-го месяцев лечения, в 45% случаев – в гораздо поздние сроки химиотерапии и у 6 пациентов (30%) к концу курса химиотерапии не было отмечено конверсии по посеву мокроты (табл. 3).

Следует отметить, что в обеих подгруппах пациентов, которым в комплекс химиотерапии был включен препарат Холикальциферол, к окончанию

Таблица 3.

Оценка эффективности лечения по прекращению выделения МБТ в посеве мокроты при индивидуальном режиме лечения МЛУ-ТБ в подгруппе с включением Холикальциферол (3-я подгруппа) и подгруппе без включения Холикальциферола (4-я подгруппа), (Абс.,%)

Группы больных		Число больных	Из них: МБТ(+)	Прекращение выделения МБТ по посеву			МБТ(+) через более чем 4 мес.	Нет конверсии по посеву мокроты к концу курса лечения
				К концу 1-2 месяца	К концу 3 месяца	К концу 4 месяца		
3-я	Абс.	20	20	3	10	5	2	-
	%	100	100	15	50	25	10	0
4-я	Абс.	20	20	-	-	5	9	6
	%	100	100	0	0	25	45	30
p				<0.05	<0.001	-	<0.001	-

Примечание: p – достоверность различий между подгруппами

полного курса лечения не было отмечено случаев неудачного исхода лечения, летального исхода или отрыва от проводимой химиотерапии. Другими словами, все наблюдаемые пациенты в обеих группах завершили химиотерапию с оценкой исхода как «вылечен». В то же время, в подгруппах пациентов, где применялся режим лечения без включения Холикальциферола, были случаи не эффективного лечения.

Полученные нами данные подтверждают факт большей эффективности нового краткосрочного режима лечения перед индивидуальным или как его ещё называют персонифицированным режимом лечения МЛУ-ТБ [12, 13].

В доступной нам литературе есть единичные публикации, проведенные с подобным подходом. Так, например, И.В. Беляева с соавт. (2018) опубликовали данные, свидетельствующие о большой эффективности лечения больных чувствительным туберкулёзом и саркоидозом лёгких при добавлении в комплекс химиотерапии препарат витамина D, чем в группе, получающих плацебо [3]. Тогда как наше исследование подтвердило большую эф-

фективность при включении Холикальциферола в комплекс лечения пациентов с МЛУ-ТБ.

Закключение. Таким образом, внедрение нового краткосрочного режима химиотерапии пациентов с МЛУ-ТБ повысила эффективность их лечения. Эффективность лечения больных с МЛУ-ТБ, получающих краткосрочный режим химиотерапии была значительно выше, чем в соответствующей группе больных, находящихся на индивидуальном режиме лечения.

В двух подгруппах больных с МЛУ-ТБ с разными режимами химиотерапии, которым в комплексе лечения вводили инъекции Холикальциферола эффективность по результатам сроков развития конверсии по посеву мокроты оценена значительно выше, чем в подгруппах, которые не получали препарат витамина D3.

ЛИТЕРАТУРА

(см. пп. 11-14 в REFERENCES)

1. Абдурахимов А.А. Новые взгляды на биологические эффекты и клиническое действие витамина D:

обзор литературы / А.А. Абдурахимов, О.И. Бобоходжаев // *Вестник АМН Таджикистана*. - 2021. - №3(39). - С. 75-81.

2. Барсегян Л.К. Эргокальциферол и тазовая боль, ассоциированная овариальным эндометриозом / Л.К. Барсегян, М.Р. Оразов, А.О. Духин // *Исследования и практика в медицине*. -2018. -№ S1(5). - С. 19-21.

3. Беляева И.В. Влияние витамина D на иммунитет больных активными формами туберкулеза и саркоидоза / И.В. Беляева, Л.П. Чурилов, Л.Р. Михайлова, А.В. Николаев // *Детская медицина Северо-Запада*. -2018. -№1 (7). - С. 39-44.

4. Бобоходжаев О.И. Динамика развития лекарственной устойчивости при туберкулезе в Республике Таджикистан / О.И. Бобоходжаев, А.С. Раджабзода, С.П. Алиев, П.У. Махмудова // *Евразийский медицинский научно-практический журнал «Сино»*. -2019. -№1. - С. 28-34.

5. Борисов С.Е. Эффективность и безопасность основанных на использовании бедаквилина режимов химиотерапии у больных туберкулезом органов дыхания: непосредственные и окончательные результаты / С.Е. Борисов, А.В. Филиппов, Д.А. Иванова // *Туб. и болезни легких*. -2019. -Т.97(5). - С. 28-42.

6. Доброхотова Ю.Э. Влияние витамина D на эндометриоз / Ю.Э. Доброхотова, Д.М. Калиматова // *Фарматека*. -2018. -№ 6 (359). - С. 84-88.

7. Иноятowa Н.А. Распространенность дефицита витамина D в Республике Таджикистан / Н.А. Иноятowa, А.Д. Исаков // *Известия Академии наук Республики Таджикистан. Отделение биологических и медицинских наук*. -2017. -№4 (199). - С. 80-86.

8. Кузнецова И.В. Лечебные и профилактические эффекты витамина D при гинекологических заболеваниях, связанных с избыточной пролиферацией // *Акушерство и гинекология*. -2018. -№ 4. - С. 138-143.

9. Руководство по менеджменту лекарственно-устойчивых случаев туберкулеза в Республике Таджикистан / А.С. Раджабзода, З.Х. Абдуллоев, С.М. Касимова, Г. Джалилова и др. - Душанбе: 2019.- 137 с.

10. Юнусбекова М.М. Эффективность лечения туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью у пациентов с разным генотипом по генам ферментов биотрансформации CYP2B6 и NAT2 / М.М. Юнусбекова, Л.Я. Бородинa, Ф.С. Билалов // *Туб. и болезни лёгких*. -2020. -№6. - С. 40-42.

2. Barsegyan L.K. Ergokaltsiferol i tazovaya bol, asotsirovannaya ovarialnym endometrioziom [Ergocalciferol and pelvic pain associated with ovarian endometriosis]. *Issledovaniya i praktika v meditsine - Research and practice in medicine*, 2018, No. 1 (5), pp. 19-21.

3. Belyaeva I.V. Vliyanie vitamina D na immunitet bolnykh aktivnymi formami tuberkuleza i sarkoidoza [Effect of vitamin D on immunity in patients with active forms of tuberculosis and sarcoidosis]. *Detskaya meditsina Severo-Zapada - Children's medicine of the North-West*, 2018, No. 1 (7), pp. 39-44.

4. Bobokhodzhaev O.I. Dinamika razvitiya lekarstvennoy ustoychivosti pri tuberkuloze v Respublike Tadjikistan [Dynamics of Development of Drug Resistance in Tuberculosis in the Republic of Tajikistan]. *Evraaziyskiy meditsinskiy nauchno-prakticheskiy zhurnal «Sino» - Eurasian medical scientific-practical journal "Sino"*, 2019, No. 1, pp. 28-34.

5. Borisov S.E. Effektivnost i bezopasnost osnovannykh na ispolzovanii bedakvilina rezhimov khimioterapii u bolnykh tuberkulezom organov dykhaniya: neposredstvennye i okonchatelnye rezultaty [Efficacy and safety of bedaquiline-based chemotherapy regimens in patients with respiratory tuberculosis: immediate and final results]. *Tub. i bolezni legkikh - Tub. and lung disease*, 2019, Vol. 97 (5), pp. 28-42.

6. Dobrokhotova Yu.E. Vliyanie vitamina D na endometrioziom [Effect of vitamin D on endometriosis]. *Farmateka*, 2018, No. 6 (359), pp. 84-88.

7. Inoyatova N.A. Rasprostranennost defitsita vitamina D v Respublike Tadjikistan [Prevalence of vitamin D deficiency in the Republic of Tajikistan]. *Izvestiya Akademii nauk Respubliki Tadjikistan. Otdelenie biologicheskikh i meditsinskikh nauk - Bulletin of the Academy of Sciences of the Republic of Tajikistan. Department of Biological and Medical Sciences*, 2017, No. 4 (199), pp. 80-86.

8. Kuznetsova I.V. Lechebnye i profilakticheskie efekty vitamina D pri ginekologicheskikh zabolovaniyakh, svyazannykh s izbytochnoy proliferatsiey [Therapeutic and prophylactic effects of vitamin D in gynecological diseases associated with excessive proliferation]. *Akusherstvo i ginekologiya - Obstetrics and gynecology*, 2018, No. 4, pp. 138-143.

9. Radzhabzoda A.S. *Rukovodstvo po menedzhmentu lekarstvenno-ustoychivyykh sluchaev tuberkuloza v Respublike Tadjikistan* [Guidelines for the Management of Drug-Resistant Tuberculosis Cases in the Republic of Tajikistan]. Dushanbe, 2019. 137 p.

10. Yunusbekova M.M. Effektivnost lecheniya tuberkuloza s shirokoy lekarstvennoy ustoychivostyu u patsientov s raznym genotipom po genam fermentov biotransformatsii CYP2B6 i NAT2 [Efficacy of treatment of extensively drug-resistant tuberculosis in patients with different genotypes of CYP2B6 and NAT2 biotransformation enzyme genes]. *Tub. i bolezni lyogkikh - Tub. and lung disease*, 2020, No. 6, pp. 40-42.

REFERENCES

1. Abdurakhimov A.A. Novye vzglyady na biologicheskie efekty i klinicheskoe deystvie vitamina D: obzor literatury [New Insights into the Biological Effects and Clinical Effects of Vitamin D: A Literature Review]. *Vestnik Akademii Meditsinskikh Nauk Tadjikistana - Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan*, 2021, No. 3 (39), pp. 75-81.

11. Berridge M.J. Vitamin D, reactive oxygen species and calcium signalling in ageing and disease. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 2016, No. 371 (1700), pp. 20150434.

12. The WHO. *Global Drug-resistant TB Initiative (GDI). The evaluation of effectiveness and safety of novel shorter treatment regimens for multidrug-resistant tuberculosis. Operational research protocol template*. Geneva, 2018.

13. Van der Werf M. J. Eligibility for shorter treatment of multi-drug resistant tuberculosis in the European Union. *European Respiratory Society*, 2017, Vol. 49, No. 3, pp. 1601992.

14. The WHO Global TB Report, 2020. <https://www.who.int/docs/default-source/hq-tuberculosis/global-tuberculosis-report-2020/country-profile-2020-final-web-min.pdf>.

ХУЛОСА

А.А. Абдурахимов

ЌУСТУЌЌИ РОҲҲОИ БАЛАНД БАРДОШ-ТАНИ САМАРАНОКИИ ТАБОБАТИ БЕМОРОНИ СИЛИ ШУШ БО МУҚОВИМАТИ СЕРШУМОРИ МИКОБАКТЕРИЯИ СИЛ БА ДОРУВОРИҲОИ ЗИДДИ СИЛ

Мақсад. Гузаронидани омӯзиши муқоисавии самаранокии муолиҷаи беморони сили шуш бо муқовимати сершумори микобактерияи сил ба доруҳои зидди сил (БСШМС) бо истифода аз речаҳои химиотерапияи кӯтоҳмуддат ва инфиродӣ ва ба маҷмӯи муолиҷа дохил намудани доруи Холекалтсиферол.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Ба гурӯҳи беморони БСШМС бо речаи муолиҷаи кӯтоҳмуддат

40 нафар ва 40 нафар беморони дигар бо речаи табобати инфиродӣ дохил карда шуданд. Ҳарду гурӯҳи мушоҳидаҳо ба ду зергурӯҳи беморон (аз ҳар гурӯҳ 20 нафар) тақсим карда шуданд, ки ба яке аз онҳо Холекалтсиферол 300,000 воҳид дар дохили мушакҳо дар як ҳафта (дар маҷмӯъ 6-8 маротиба) ба маҷмӯи табобати дар боло зикршуда дохил карда шуданд; гурӯҳҳои муқоиса: бошад (аз ҳар гурӯҳ 20 нафарӣ) маҷмӯи химиотерапияи дар боло зикршударо бе доруи Холекалтсиферол гирифтанд.

Натиҷаҳо. Дар гурӯҳи бемороне, ки ба речаи кӯтоҳмуддати табобат дохил карда шудаанд, натиҷаи мусоиди табобат дар 100% ҳолатҳо, дар гурӯҳи беморони бе Холекалтсиферол - дар 80% ҳолатҳо мушоҳида карда шудааст. Бо речаи инфиродии табобат, конверсияи кишти балғам дар гурӯҳи беморони дорои холекалтсиферол низ дар 100% ҳолатҳо, дар гурӯҳи беморони бе холекалтсиферол - дар 70% беморон рух додааст.

Хулоса. Ҳамин тариқ, қорӣ намудани речаи нави химиотерапияи кӯтоҳмуддат барои беморони гирифтори бемории сил, самаранокии табобати онҳоро зиёд кардааст. Дар ду зергурӯҳи БСШМС бо речаҳои гуногуни химиотерапия, ки сӯзандоруи холикалтсиферолро дар маҷмӯаи табобат гирифтаанд, самаранокии табобат дар асоси натиҷаҳои мӯҳлатҳои инкишофи конверсия бо кишти балғам нисбат ба бемороне, ки витамини D3 нагирифтаанд, баландтар арзёбӣ карда шуд.

Калимаҳои калидӣ. Бемории сил, муқовимат ба доруҳои зиддисиلى, речаи табобати кӯтоҳмуддат, речаи табобати инфиродӣ, Холекалтсиферол, самаранокии табобат.

УДК 616.988; 616-31; 616-089.23.(575.3)

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-17-23

Н.К. Артыкова

РОЛЬ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПАТОЛОГИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ С ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОСЗ РТ

Артыкова Нигина Каримджоновна - соискатель кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ИПОСЗ РТ; 734000, г. Душанбе, ул. Бохтар 65/1, кв. 17, тел.: +(992)985806633, Email: nigina_artikova@mail.ru

Цель исследования. Выявление вирусной инфекции слизистой оболочки полости рта у лиц с зубными протезами.

Материал и методы исследования. Обследовано 110 больных со съёмными и 100 – с несъёмными протезами. Диагностика вирусной инфекции проводилась методами ИФА и ПЦР (Квант-21).

Результаты исследования и их обсуждение. Выявлено, что у больных со съёмными протезами заболевания СОПР выявляются у 91 (82,7%) лиц, а с несъёмными – у 75 (75,0%) пациентов. Вирусная инфекция у больных со съёмными протезами выявляется у 58 (63,7%; 91), а с несъёмными протезами – у 43 (57,3%; 75) больных. Среди больных со съёмными протезами 11 и 16 типы ВПЧ встречаются в 1,3 раза чаще, чем у больных с несъёмными протезами, а ВПЧ 6 типа – в 4,6 раз реже. Наиболее часто ВПЧ 11 и 16 типа выявляются у больных, пользующихся съёмными протезами при красном плоском лишае, а в группе больных с несъёмными протезами они чаще наблюдаются у больных, страдающих пародонтозом.

Заключение. Вирусная инфекция играет важную роль в развитии заболеваний СОПР, которые отличаются в зависимости от наличия съёмных и несъёмных зубных конструкций. Наиболее выраженное влияние на течение заболеваний СОПР оказывает папилломавирусная инфекция 6, 11 и 16 типов.

Ключевые слова: слизистые оболочки полости рта, вирусная инфекция, съёмные протезы, несъёмные протезы, герпесвирусы, папилломавирусы,

N.K. Artykova

THE ROLE OF VIRAL INFECTION IN THE PATHOLOGY OF ORAL MUCOSA IN PERSONS WITH PROSTHETIC CONSTRUCTIONS

Department of Orthopedic Dentistry of State Educational Institution of Postgraduate Professional Education and Dentistry of the Republic of Tajikistan

Nigina Karimdjonovna Artykova - candidate of sciences, chair of orthopedic stomatology of SEI HPOSH of the RT; 734000, 65/1 Bokhtar str., bldg. 17, Tel: +(992)985806633, Email: nigina_artikova@mail.ru

Aim. To detect viral infection of the oral mucous membrane in individuals with dentures.

Material and methods. 110 patients with removable and 100 - with fixed prostheses were examined. Diagnostics of virus infection were carried out by ELISA and PCR methods (Kvant-21).

Results and discussion. It has been revealed that patients with removable prostheses revealed oral mucosa diseases in 91 (82,7%) persons and with fixed prostheses - in 75 (75,0%) patients. Viral infection in patients with removable dentures is detected in 58 (63.7%; 91) and with fixed dentures in 43 (57.3%; 75) patients. Among patients with removable dentures, HPV types 11 and 16 occur 1.3 times more frequently than in patients with fixed dentures, and HPV type 6 - 4.6 times less frequently. HPV types 11 and 16 are most frequently detected in patients with removable prostheses in the case of red lichen planus while in the group of patients with fixed prostheses they are more frequently observed in patients suffering from periodontal disease.

Conclusion. Viral infection plays an important role in the development of diseases of the oral mucosa, which differ depending on the presence of removable and fixed dental structures. Papillomavirus types 6, 11, and 16 have the most pronounced effect on the course of oral mucosa diseases.

Keywords: oral mucous membranes, viral infection, removable dentures, fixed dentures, herpesviruses, papillomaviruses

Актуальность. Несмотря на широкую распространенность хронических воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР), вопрос о роли вирусной инфекции в их возникновении и течении остается не до конца изученным. Еще в начале XX века ученые высказали предположение о возможной герпетической природе часто встречающегося среди детей острого афтозного стоматита [7]. Позднее было доказано, что в эпителиальных клетках пораженных участков слизистой оболочки полости рта можно обнаружить антигены вируса простого герпеса (ВПГ). Результаты исследований указывают, что у больных с хроническим афтозным стоматитом

полости рта в 55,0% случаев выявляется вирусная инфекция, а применение противовирусной терапии уменьшает частоту рецидивов в 3 раза [6, 11]. За последние годы в Европе на 50% участились случаи выявления вируса папилломы человека со слизистых оболочек полости рта среди лиц моложе 45 лет, что связано с высокой сексуальной активностью в данном возрастном периоде, так как основным путем заражения папилломавирусом является половой контакт, в том числе орально-генитальный и анальный. Доказана ассоциация вируса папилломы человека (ВПЧ) с развитием остроконечных папиллом и папилломатоза гортани [1, 7]. Имеются данные о латентном течении

ВПЧ-инфекции половой сферы и дыхательных путей. Выявлено, что вирусная инфекция в составе микрофлоры слизистой оболочки полости рта приводит к развитию пародонтитов, обусловленных герпесвирусной инфекцией и лейкоплакий, развивающихся за счет папилломавирусной инфекции. По данным литературы, у пациентов, страдающих рецидивирующим респираторным папилломатозом часто выявляются низкоонкогенные 6 и 11 типы ВПЧ, которые в 90% случаев являются причиной генитальных бородавок [5, 7]. Другие авторы приводят данные о выявлении у 9% больных с красным плоским ВПЧ 16 типа, а у 2% - ВПЧ 18 типа. Имеются данные литературы о том, что у 2% больных с заболеваниями СОПР выявляется смешанная форма вирусной инфекции ВПЧ 16 и ВПГ [7]. При этом, красный плоский лишай СОПР на фоне смешанной вирусной инфекции отличается протекает более тяжело и с частыми рецидивами. Актуальным является то, что за последнее десятилетие число инфицированных ВПЧ в мире увеличилось в 12 раз [1, 3]. Герпесвирусная инфекция нарушает антибактериальную защиту организма, и в конечном счете способна увеличить патогенность пародонтальной микрофлоры [2, 4], а исследования А. Като и соавторов (2013) выявили прогрессирование пародонтита при сочетании вирусной и бактериальной инфекций [8]. Хотя в других исследованиях доказано, что в патогенезе хронического пародонтита важную роль играют ассоциации папилломавирусной инфекции и цитомегаловируса [10]. То есть, вирусная инфекция увеличивает агрессивность пародонтопатогенных бактерий, которые, в свою очередь, с помощью собственных ферментов и других провоспалительных факторов способны повысить вирулентность герпесвируса [9], что сопровождается развитием воспалительного процесса СОПР, негативно влияющим на состояние ортопедических конструкций, рецидивами патологических состояний этой области и снижением качества протезирования. То есть, вирусная инфекция СОПР, как и другие микробные агенты может приводить к ухудшению функциональных и эксплуатационных качеств ортопедических конструкций, которые в свою очередь травмируя слизистые оболочки полости рта могут усилить проникновение вируса в глуболежащие ткани и приводить к развитию порочного круга.

Цель исследования. Выявить вирусную инфекцию слизистой оболочки полости рта у лиц с зубными протезами.

Материал и методы исследования. Обследование больных проводилось на кафедрах ортопедической стоматологии и дерматологии с курсом косметологии ГОУ «ИПОвСЗРТ». Под наблюдением находились две группы больных. В первую группу вошли больные со съёмными (110 человек), а во вторую – с несъёмными протезами (100 человек). Возраст больных первой группы составил 45-65 лет, второй 25-45 лет. Критериями включения в исследование явилось наличие у обследуемых больных заболеваний СОПР. Для выявления герпесвирусной инфекции использовался метод твердофазного ИФА (тест-наборы «Вектор-Бест»). Обследование на выявление вирусной инфекции проводилось с помощью методов ПЦР (Квант-21) в лаборатории Диамед. Выявление ДНК ВПЧ в исследуемом материале свидетельствовало о наличии папилломавирусной инфекции. Анализ вирусной нагрузки проводился по следующим критериям: при выявлении $< 3 \text{ Lg}$ (ВПЧ/10⁵ клеток) отмечалась клинически малозначимая вирусная нагрузка; от 3 Lg до 5 Lg (ВПЧ/10⁵ клеток) - клинически значимая вирусная нагрузка, когда существует риск развития дисплазии; $> 5 \text{ Lg}$ (ВПЧ/10⁵ клеток) указывало на клинически высокозначимую вирусную нагрузку и высокую вероятность наличия дисплазии.

Статистическая обработка проводилась методами вариационной статистики с проведением корреляционного анализа. Для оценки нормальности распределения количественных данных применялись графические (частотная гистограмма) и расчётные (критерий Колмогорова Смирнова, Шапиро-Уилка) методы. Количественные величины описывались в виде среднего значения и его стандартной ошибки ($M \pm m$). Для анализа межгрупповых различий количественных независимых величин использовался U-критерий Манна-Уитни.

Результаты исследования и обсуждение. Из 110 больных, пользующихся съёмными протезами заболевания СОПР, были выявлены у 91 (82,7%; 110) больных, среди лиц с несъёмными протезами – в 75 (75,0%; 100) случаях. Среди больных, пользующихся съёмными протезами, патология СОПР характеризовалась наличием у 35 (38,5%; 91) пролежней, у 32 (35,1%; 91) – протезного стоматита, у 24 (26,4%) – красный плоский лишай (КПЛ). Во второй группе больных патология СОПР проявлялась у 31 (41,3%; 75) больных – пародонтозом, у 29 (38,7%; 75) – гингивитом, у 15 (20,0%; 75) – пародонтитом.

У больных со съёмными протезами вирусная инфекция была выявлена в 58 (63,7%; 91), а в группе больных с несъёмными протезами – у 43 (57,3%; 75) больных. У 27 (46,6%; 58) больных со съёмными протезами вирусная инфекция была представлена сочетанием ПВИ и ГВИ, у 17 (29,3%; 58) больных она была выявлена как герпетическая моноинфекция, а в 14 (24,1%; 58) случаях в виде папилломавирусной моноинфекции.

Из 91 больных с заболеваниями СОПР, пользующихся съёмными протезами, вирусная инфекция

была выявлена у 58 (63,7%) больных. Был проведен анализ зависимости выявления вирусной инфекции от патологии СОПР у лиц, пользующихся съёмными протезами (Рис. 1)

Как видно из рис. 1, вирусная инфекция чаще всего была выявлена у больных с КПЛ, где наблюдалось 24 (41,3%; 58) пациентов, что в 1,3 раза чаще, чем у больных с пролежнями (19 (32,8%) и в 1,6 раза чаще, чем у больных с протезным стоматитом (15 (25,9%). Было выявлено, что у больных со съёмными протезами, с выявленным КПЛ и

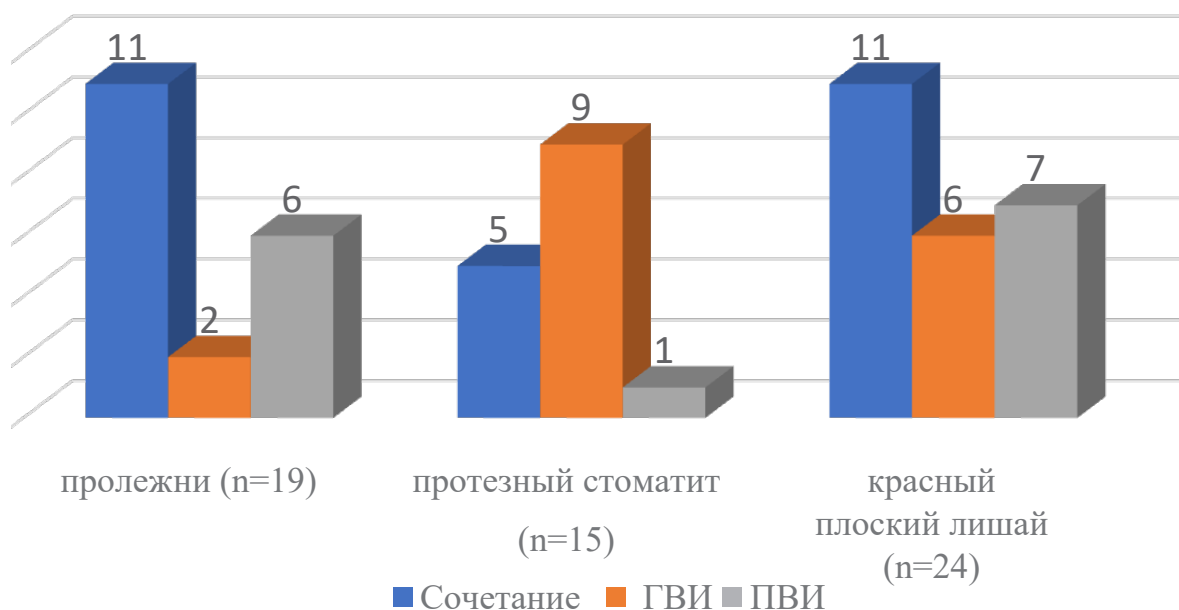


Рисунок 1. Частота вирусной инфекции у больных со съёмными протезами в зависимости от патологии СОПР

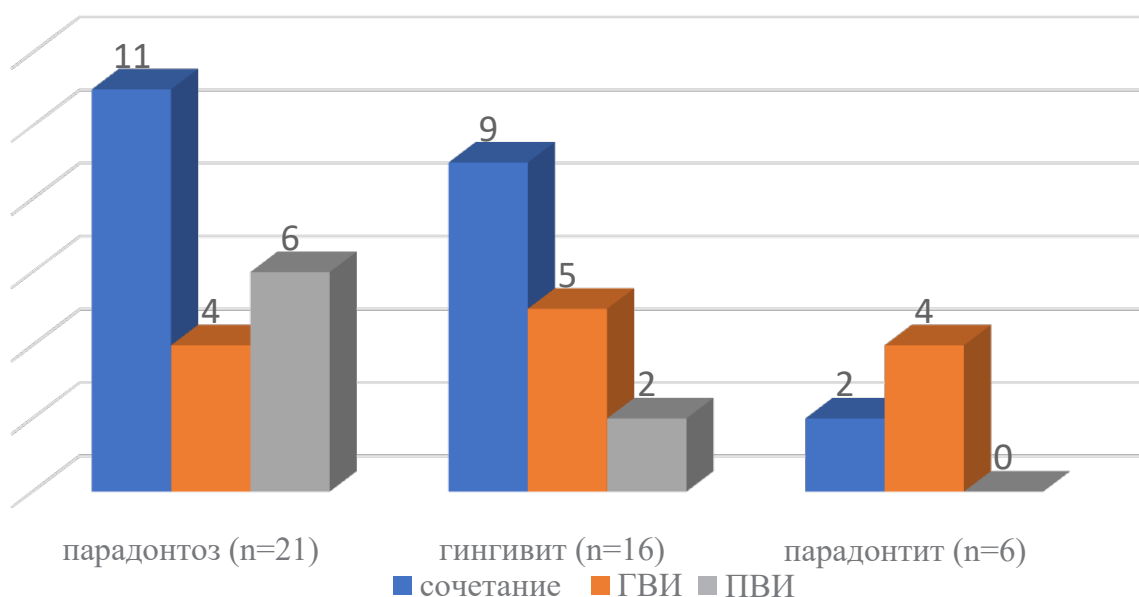


Рисунок 2. Частота вирусной инфекции у больных с несъёмными протезами в зависимости от патологии СОПР

пролежнями количество больных с сочетанной ГВИ и ПВИ инфекцией было больше, чем в группе больных с пролежнями и протезным стоматитом. В группе больных с протезным стоматитом у 9-ти из 15 больных наблюдалась герпесвирусная моноинфекция, что на 3 человека больше, чем в группе больных с КПЛ и на 7 человек – чем в группе больных с пролежнями

Из 75 больных с заболеваниями СОПР, пользующихся несъемными протезами, вирусная инфекция была выявлена у 43 (57,3%; 75) больных. Был проведен анализ зависимости выявления вирусной инфекции от патологии СОПР у больных с несъемными протезами (рисунок 2)

Как видно из рисунка 2, у 22 (51,2%; 43) больных с несъемными протезами вирусная инфекция была представлена сочетанием ПВИ и ГВИ, у 13 (30,2%; 43) больных она была выявлена как герпетическая моноинфекция, а в 8 (18,6%; 43) случаях в виде папилломавирусной моноинфекции. Вирусная инфекция среди лиц, пользующихся несъемными протезами чаще всего была выявлена у больных с пародонтозом, то есть, у 21 (48,8%; 43) больных, что в 1,3 раза чаще, чем у больных с гингивитами (16 (37,2%; 43) и в 3,5 раза чаще, чем у больных с парадонтитами (6 (14,0%; 43). Было выявлено, что у больных с несъемными протезами, с выявленным пародонтозом и гингивитами количество больных с сочетанной ГВИ и ПВИ инфекцией было больше, чем в группе больных с парадонтитом. Число больных с папилломавирусной моноинфекцией в группе больных с парадонтозом было зарегистрировано в 6-ти из 21 случая, что на 4 человека больше, чем в группе больных с гингивитами, где их число составило 2 из 16 случаев. При этом, среди больных с парадонтитом больных с папилломавирусной моноинфекцией не было выявлено ни в одном случае.

То есть, среди обследованных больных со съемными протезами, в 41 (70,6%; 58) случаях выявлена ПВИ, из которых сочетанная ПВИ была зарегистрирована в 27 (65,9%; 41) случаях, а в виде моноинфекции – у 14 (34,1%; 41) больных. В группе больных с несъемными протезами число больных ПВИ составило 30 (69,8%; 43), из которых сочетанная – у 22 (73,3%; 30), а в виде моноинфекции у 8 (26,7%; 30) больных. Была проанализирована частота встречаемости типов ВПЧ среди больных с папилломавирусной моноинфекцией и среди больных с сочетанием ПВИ и ГВИ. У больных с патологией СОПР, пользующихся съемными протезами в большинстве случаев, на-

блюдались 11 и 16 типы ВПЧ, которые встречались соответственно в 15 (36,6%) и 20 (48,8%) случаях. Число выявленных случаев ВПЧ среди больных с КПЛ составило 18 (44,0%), что оказалось в 3 раза больше, чем у больных с протезным стоматитом (ПС), а среди больных с пролежнями (ПЖ) ВПЧ был выявлен в 17 (41,4% случаев).

Среди больных с несъемными протезами чаще всего выявлялись 6 и 11 типы ВПЧ, которые были зарегистрированы соответственно в 10 (33,3%) и 12 (40,0%) случаях. Среди больных, пользующихся несъемными протезами, папилломавирусная инфекция выявлена у 17 (56,7%; 30) больных, страдающих пародонтозом. То есть, у больных с пародонтозом ПВИ встречалась в 1,5 раза чаще, чем при гингивитах (ГГ) и в 8 раз чаще, чем при парадонтитах (ПТ)

Заключение. Результаты проведенных исследований указывают, что вирусная инфекция у больных, пользующихся зубными протезами, оказывает влияние на клинические проявления заболеваний СОПР. У больных, пользующихся съемными протезами заболевания СОПР, выявляются у 91 (82,7%) больных, а среди лиц с несъемными протезами - выявляется в 75 (75,0%) случаях. При этом, вирусная инфекция у больных со съемными протезами выявляется у 58 (63,7%; 91), а в группе больных с несъемными протезами – у 43 (57,3%; 75) больных. Следует отметить, что среди больных со съемными протезами 11 и 16 типы встречаются в 35 (85,4%) случаях, то есть в 1,3 раза чаще, чем у 20 (66,6%) больных, пользующихся несъемными протезами. Однако, типы ВПЧ 6 типа у больных со съемными протезами встречается в 4,6 раз реже, чем у больных с несъемными протезами, то есть у 3 (7,3%) больных против 10 (33,3%) случаев. Наиболее часто ВПЧ 11 и 16 типа выявляются у больных с КПЛ в группе лиц, пользующихся съемными протезами, а в группе больных с несъемными протезами данные типы ВПЧ чаще наблюдаются у больных, страдающих пародонтозом.

Таким образом, вирусная инфекция, представленная герпесвирусной и папилломавирусной инфекцией играет важную роль в клинических проявлениях заболеваний СОПР и имеет клинические особенности в зависимости от наличия съемных и несъемных зубных конструкций. Наиболее выраженное влияние на течение заболеваний СОПР оказывает папилломавирусная инфекция 6, 11 и 16 типов.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 5-10 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. Мезгильбаева Д. М. Герпетическая инфекция и ее осложнения. / Д. М. Мезгильбаева // Проблемы стоматологии. - 2010. - №1. - С. 47-48.

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

4. Шевченко Е.А. Оценка вирусного компонента с целью диагностики и лечения воспалительных заболеваний ротовой полости / Е.А. Шевченко, О.А. Успенская, И.М. Кондюров, В.В. Курылев, В.Ф. Россохин // 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 squamous lichen planus and chronic recurrent aphthous stomatitis localized on the oral mucosa]. *Uralskiy meditsinskiy zhurnal - Ural Medical Journal*, 2013, Vol. 5 (110), pp. 27-29.

1. Mezgilbaeva D. M. Gerpetcheskaya infektsiya i ee oslozhneniya [Herpes infection and its complications]. *Problemy stomatologii – Problems of dentistry*, 2010, No. 1, pp. 47-48.

2. 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.

3. 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 – Short messages. Dentistry*, 2012, pp. 96-99

4. Andrei G. Herpes simplex virus drug resistance: new mutations and insights. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 2013, Vol. 26 (6), pp. 551-560.

5. Chalabi M. Periodontopathic bacteria and herpesviruses in chronic periodontitis. *Molecular Oral Microbiology*, 2010, Vol. 25(3), pp. 236-240.

6. Kato A., Imai K., Ochiai K., Ogata Y. Higher prevalence of Epstein-Barr virus DNA in deeper periodontal pockets of chronic periodontitis in Japanese patients. *PLOS One*, 2013, Vol. 8 (8), pp. 71990.

7. Slots J. Herpesvirus periodontitis: infection beyond biofilm. *The Journal of the California Dental Association*, 2011, Vol. 39 (6), pp. 393-399.

8. Yildirim B. 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.

9. Cubie H.A. Diseases associated with human papillomavirus infection. *Virology*, 2013, pp. 221-234.

ХУЛОСА

Н.К. Артикова

НАҚШИ СИРОЯТИ ВИРУСӢ ДАР ПАТОЛОГИЯИ ПАРДАИ ЛУОБИИ КОВОКӢИ ДАҲОН ДАР ШАХСОНИ ДОРОИ КОНСТРУКСИЯҲОИ ОРТОДОНТӢ

Бо мақсади дарёфти сирояти вирусии пардаи луобии ковокии даҳон дар шахсони дорои протезҳои дандонҳо 110 бемор бо протезҳои гирифташаванда ва 100 бемори дигар бо протезҳои гирифтанашаванда муоина карда шуданд. Ташхиси сирояти вирусӣ бо истифодаи усулҳои АИФ ва РЗП (Квант 21) гузаронида шуд. Муайян карда шуд, ки дар беморони дорои протезҳои гирифташаванда бемориҳои пардаи луобии ковокии даҳон дар 91 (82,7%) бемор ва дар шахсони дорои протезҳои гирифтанашаванда дар 75 (75,0%) бемор вохӯранд. Сирояти вирусӣ дар беморони дорои протезҳои гирифташаванда дар 58 (63,7%) бемор ва дар беморони дорои протезҳои гирифтанашаванда бошад, дар 43 (53,3%) бемор дида мешавад. Дар байни беморони дорои протезҳои гирифташаванда намудҳои 11 ва 16-уми вируси папилломаи одам (ВПО) нисбати беморони дорои протезҳои гирифтанашаванда 1,3 маротиба зиёдтар ва намуди 6-уми ВПО бошад 4,6 маротиба камтар вохӯранд. Намудҳои 11 ва 16-и ВПО аз ҳама бештар дар беморони дорои протезҳои гирифташавандаи гирифтори шукуфаи сурхи сайқалӣ ва дар гурӯҳи беморони дорои протезҳои гирифтанашаванда бошад, онҳо бештар дар беморони гирифтори пародонтоз дида мешаванд. Сирояти

вирусӣ дар авҷгирии бемориҳои пардаи луобии ковокии даҳон нақши муҳим бозид, онҳо вобаста ба мавҷудияти конструкияҳои гирифташаванда ва гирифтанашаванда фарқ мекунамд. Аз ҳама таъсири бештар ба чараёни бемориҳои пардаи лу-

обии ковокии даҳон сирояти папилломавирусии намудҳои 6, 11 ва 16 мерасонанд.

Калимаҳои калидӣ: пардаи луобии ковокии даҳон, сирояти вирусӣ, протезҳои гирифташаванда, протезҳои гирифтанашаванда, герпесвирусо, папилломавирусо.

УДК 616.322-002.2-08-031.84

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-23-27

З.А. Ахророва

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

*ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»,
Кафедра оториноларингологии*

Ахророва Зарина Асроровна - к.м.н., доцент, заведующий кафедры оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139; Тел.: (+992)918854848; E-mail: zara_lor@mail.ru

Цель исследования. Изучение эффективности бактериофаготерапии комбинированными препаратами «Пиобактериофаг комплексный» и «Секстафаг».

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 44 пациента (24 женщины и 20 мужчин) амбулаторно на базе кафедры оториноларингологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования микрофлоры миндалин больных с хроническим тонзиллитом показали, что в 52% (13) в 1 группе пациентов и в 56% (14) случаев во второй группе высевался *S.aureus*, в 25% (6) и 28% (7) – смешанная микрофлора – *S.pyogenes* совместно с *S.salivarius* и в 25% (6 чел.) и 20% (5) случаев *S.aureus* совместно с *S.pyogenes*. Оказалось, что бактериофаготерапия препаратом «Пиобактериофаг комплексный» несколько больше уменьшала общую обсемененность зева. Однако полной элиминации штаммов золотистого стафилококка не было, единичные колонии остались у 5 (28%) пациентов с хроническим тонзиллитом.

Выводы. 1. Применение препарата «пиобактериофаг комплексный» в комплексе местной терапии у больных с хроническим тонзиллитом является эффективным и безопасным методом санации небных миндалин.

2. Специфическая селективная антибактериальная действия данного препарата предотвращается длительного пребывания очага инфекции тем самым удлиняет период ремиссии.

3. Предотвращения очага инфекции в миндалинах способствует повышение местного и общего иммунитета организма.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, пиобактериофаг комплексный, секстафаг, тонзиллор.

Z.A. Akhrorova

APPLICATION OF PROBIOTICS IN COMPLEX THERAPY OF CHRONIC TONSILLITIS

Department of Otorhinolaryngology, State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”

Akhrorova Zarina Asrorovna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Otorhinolaryngology Department, Avicenna Tajik State Medical University, 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki av. 139; Tel.: (+992)918854848; E-mail: zara_lor@mail.ru

Aim. To study the effectiveness of bacteriophage therapy with the combined medicament “Complex pyobacteriophage” and “Sextafag”.

Material and research methods. We examined 44 patients (24 women and 20 men) on an outpatient basis at the Department of Otorhinolaryngology of the Avicenna Tajik State Medical University.

Results and its discussion. The results of the study of the microflora of the tonsils of patients with CT showed in 52% (13) of cases in 1st group of patients and in 56% (14) of cases in the second group presence of *S. aureus*, in 25% (6) and 28% (7) of cases mixed microflora - *S. pyogenes* together with *S. salivarius* was found and 25% (6) and 20% (5) cases showed *S. aureus* together with *S. Pyogenes*. It turned out that bacteriophage therapy with the "Complex pyobacteriophage" reduced a bit more the total contamination of the pharynx. However, there was no complete elimination of *Staphylococcus aureus* strains; single colonies remained in 5 (28%) patients with chronic tonsillitis.

Conclusions. 1. The use of the medicament "complex pyobacteriophage" as a part of local therapy in patients with chronic tonsillitis is an effective and safe method of sanitation of the palatine tonsils.

2. The specific selective antibacterial action of this drug prevents a prolonged stay of the focus of infection, thereby prolonging the period of remission.

3. Prevention of the focus of infection in the tonsils contributes to the increase of local and general immunity of the body.

Keywords: chronic tonsillitis, complex pyobacteriophage, sextaphage, tonsillor.

Актуальность. Проблема хронического тонзиллита (ХТ) остается одним из приоритетных направлений в оториноларингологии. Несмотря на многочисленные исследования и достижения в разработке и оптимизации лечебно-диагностического алгоритма, частота хронической патологии миндалин возросла в 1,5—1,8 раза по сравнению с 70-ми годами. Это в значительной степени обусловлено высоким уровнем острых респираторных заболеваний, социально-экономическими причинами: ухудшением условий и качества жизни, миграцией населения, техногенными перегрузками, проживанием в экологически неблагоприятных регионах, нарушением адаптации организма к изменению окружающей среды, загрязнением атмосферного воздуха, упущением и недоработками в организации и проведении диспансеризации населения, несвоевременным проведением адекватного лечения с возрастанием тонзиллогенных местных и системных осложнений [2, 3, 8].

С возрастанием частоты хронического тонзиллита растет угроза формирования тонзиллогенных осложнений в связи с общей тенденцией к сокращению тонзиллэктомий при наличии соответствующих показаний. Четко прослеживается пересмотр тактики лечения хронического тонзиллита в пользу консервативной терапии. Отмечается определенная увлеченность иммунологическими аспектами заболевания, недооценка состояния небных миндалин как очага хронической инфекции и неоправданная переоценка возможностей гомеопатической и иммунокорректирующей терапии, из-за чего назначение лечения затягивается [4, 6, 7].

Современная наука располагает новейшими данными о функции и строении небных миндалин. Изучение микробного пейзажа в лакунах и на поверхности небных миндалин выявило сочетание различных форм микроорганизмов при превалировании β -гемолитического стрептококка

класса А с двух-, трех- и четырехкомпонентными бактериальными ассоциациями, однако в глубоких отделах лакун обычно нет большой полиморфности флоры; здесь чаще обнаруживается монофлора – различные формы стрептококка (особенно гемолитического), стафилококка и др. При хроническом тонзиллите в миндалинах также могут встречаться ассоциации непатогенных микробов [5].

Основными препаратами для этиотропной терапии микрофлоры, выявленной при хроническом тонзиллите, остаются антибиотики, которые ускоряют разрешение симптоматики, продлевают ремиссию заболевания. С другой стороны, применение антибактериальной терапии не всегда обосновано и рационально, часто обуславливает появление резистентных штаммов и способствуют увеличению удельного веса ассоциированной патологии. В тоже время наблюдается неуклонный рост случаев хронического течения инфекции и постреконвалесцентного бактерионосительства. Среди возможных путей санации очагов хронической инфекции бактериофаготерапия характеризуется отсутствием побочных эффектов. Однако при изменении рецепторного фенотипа микробов чувствительность бактерий к бактериофагам может быть недостаточной [1, 2, 4, 9].

Цель исследования. Изучение эффективности бактериофаготерапии комбинированными препаратами «Пиобактериофаг комплексный» и «Секстафаг».

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 50 пациентов (24 женщин и 20 мужчин) амбулаторно на базе кафедры оториноларингологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино.

Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от применяемого препарата. Группы были равноценны по 25 чел. в каждой. До начала лечения всем пациентам проведено клинико-ла-

бораторное обследование (фарингоскопия, биохимическое, цитоморфологическое исследование, бактериологическое, УЗИ небных миндалин и подчелюстных лимфатических узлов, изучен иммунный статус и антиоксидантная система защиты организма).

Результаты исследования и их обсуждение. Бактериологическое исследование указало на высокий титр бактерии больных с ХТ (табл. 1).

Таблица 1

Бактериологическое исследование

Обнаруженные бактерии	Результаты исследования и кол-во больных (%)	
	1-я группа n=25 (100%)	2-я группа n=25 (100%)
<i>Staphylococcus aureus</i>	13 (52,0%)	13 (52,0%)
<i>Staphylococcus pyogenes</i> и <i>Staphylococcus salivarius</i>	6 (24,0%)	7 (28,0%)
<i>Staphylococcus aureus</i> и <i>Staphylococcus pyogenes</i>	6 (24,0%)	5 (20,0%)

Примечание: % - от общего кол-во больных.

Из представленной табл следует, что результаты исследования микрофлоры миндалин больных с ХТ показали, что в 52,0% (13) в 1 группе пациентов и в 52,0% (13) случаев во второй группе высевался *S. aureus*, в 25,0% (6) и 28,0% (7) – смешанная микрофлора – *S. pyogenes* совместно с *S. salivarius* и в 25,0% (6) и 20,0% (5) случаев *S. aureus* совместно с *S. Pyogenes*.

При коррекции микрофлоры орофарингеальной зоны все шире используются физические методы: промывание лакун небных миндалин на аппарате «Тонзиллор», лазерное и ультрафиолетовое облучение, УВЧ и магнитно-лазерная терапия на регионарные шейные лимфоузлы. При этом предпочтение отдается приборам с учетом возможности их использования в амбулаторных условиях. Нами проводилось тщательное промывание лакун небных миндалин аппаратом «Тонзиллор» в обеих группах пациентов в межрецидивный период. В 1 группе для промывания миндалин использовали «Пиобактериофаг комплексный», а во 2 группе применялся «Секстафаг». Курс лечения 10 дней. Спустя 14 дней после проведенного лечения

произведено повторное изучение микробиоценоза небных миндалин. Оказалось, что бактериофаготерапия препаратом «Пиобактериофаг комплексный» несколько больше уменьшала общую обсемененность зева. Однако полной элиминации штаммов золотистого стафилококка не было, единичные колонии остались у 5 (28,0%) пациентов с хроническим тонзиллитом. Терапия препаратом «Секстафаг» привела к менее выраженному по сравнению с «Пиобактериофагом комплексным» уменьшению выделения стафилококков у больных с хроническим тонзиллитом – единичные колонии золотистого стафилококка остались у 8 (32,0%) пациентов.

Пиобактериофаг комплексный – препарат, обладающий специфическим селективным антибактериальным действием. Пиобактериофаг активен в отношении штаммов стрептококков, протей, стафилококков, энтерококков, окситока, синегнойной палочки, клебсиел пневмонии и кишечной палочки.

Пиобактериофаг лизирует чувствительные бактерии за счет способности закрепляться на их мембране и проникать внутрь клетки. В бактериальной клетке фаговые частицы размножаются за счет энергетических ресурсов микроорганизмов, что приводит к их гибели. После гибели бактериальной клетки выходят зрелые фаговые частицы, способные заражать другие чувствительные микроорганизмы. Пиобактериофаг не влияет на другие виды бактерий и не вызывает нарушений естественной микрофлоры. Секстафаг-препарат представляет собой стерильный фильтрат фаголизатов бактерий *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Proteus* (*P. vulgaris*, *P. mirabilis*), *Pseudomonas aeruginosa*, энтеропатогенных *Escherichiacoli*, *Klebsiella pneumoniae*. Обладает способностью специфически разрушать бактерии стафилококков, стрептококков (в том числе энтерококков), протей, синегнойной и кишечной палочек.

При проведении повторного курса промывания лакун небных миндалин аппаратом «Тонзиллор» вышеуказанными препаратами лечение оказалось более эффективным в обеих группах.

Выводы. 1. Применение препарата «пиобактериофаг комплексный» в комплексе местной терапии у больных с хроническим тонзиллитом является эффективным и безопасным методом санации небных миндалин.

2. Специфическая селективная антибактериальная действия данного препарата предотвращается длительного пребывания очага инфекции тем самым удлиняет период ремиссии.

3. Предотвращения очага инфекции в миндалинах способствует повышение местного и общего иммунитета организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айзенштадт А.А. Использование бактериофагов в терапии заболеваний ЛОР-органов у детей /А.А. Айзенштадт, И.В. Садовникова //Вопросы практической педиатрии. – 2018. – Т.13, №2. – С. 47–51.

2. Павлова Г.В. Вторичная профилактика обострений хронического тонзиллита бактериофагальными средствами /Г.В. Павлова, В.И. Мартюшева //Вестник оториноларингологии. – 2019. – № 2. – С. 46–49.

3. Капранская Г.Р. Хронический тонзиллит: разные взгляды на старую проблему //Г.Р. Капранская, А.С. Лопатин //Медицинский Совет. – 2013. – № 5-6. – С. 69–71.

4. Карпова Е.П. Возможности профилактики лечения лимфадено tonsиллярной патологии / Е.П. Карпова, Д.А. Тулупов, Е.Е. Вагина // Российский медицинский журнал. – 2014. – № 25. – С. 1842–1845.

5. Колесникова О.М. Микробный пейзаж небных миндалин при обострении хронического тонзиллита / О.М. Колесникова, Е.Е. Пособило // Врач. – 2017. – № 11. – С. 49 – 51

6. Кренделев М.С. К вопросу об этиологии хронического тонзиллита / М.С. Кренделев // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4. – С. 377.

7. Куциянц С.А. Дифференцированные подходы к лечению хронического тонзиллита на основании данных клинико–иммунологического обследования / С.А. Куциянц, Э.Т. Гаппоева, Л.З. Болиева // Кубанский научный медицинский вестник. – 2014. – Т. 144. – № 2. – С. 76–79.

8. Цыркунов В.М. Микробиологические и морфологические аспекты хронического тонзиллита / В.М. Цыркунов, Н.А. Рыбак, А.В. Васильев, Р.Ф. Рыбак // Инфекционные болезни. – 2016. – Т.14, № 1. – С. 42–47.

9. Хараева З.Ф. Эффективность бактериофаготерапии препаратами комбинированных фагов пациентов с хроническим тонзиллитом и носителей золотистого стафилококка /З.Ф. Хараева, З.Н. Ловпаче, Э.К. Азаматова // Бактериология. – 2017. – Т. 2, №3. – С. 112.

REFERENCES

1. Ayzenshtadt A.A. Ispolzovanie bakteriofagov v terapii zabolevaniy LOR-organov u detey [Use of bacteriophages in the treatment of ENT diseases in children]. *Voprosy prakticheskoy pediatrii - Questions of practical pediatrics*, 2018, Vol. 13, No. 2, pp. 47–51.

2. Pavlova G.V. Vtorichnaya profilaktika obostreniy khronicheskogo tonsillita bakteriofagalnymi sredstvami [Secondary prevention of exacerbations of chronic tonsillitis with bacteriophageal agents]. *Vestnik otorinolaringologii - Bulletin of otorhinolaryngology*, 2019, No. 2, pp. 46–49.

3. Kapranskaya G.R. Khronicheskiy tonsillit: raznye vzglyady na staruyu problem [Chronic tonsillitis: different views on an old problem]. *Meditinskiy Sovet – Medical Council*, 2013, No. 5-6, pp. 69–71.

4. Karpova E.P. Vozmozhnosti profilaktiki lecheniya limfadenotonsillyarnoy patologii [Preventive treatment options for lymphadenotonsillar pathology]. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal - Russian medical journal*, 2014, No. 25, pp. 1842–1845.

5. Kolesnikova O.M. Mikrobnyy peyzazh nebykh mindalin pri obostrenii khronicheskogo tonsillita [Microbial landscape of the palatine tonsils during exacerbation of chronic tonsillitis]. *Vrach - Doctor*, 2017, No. 11, pp. 49–51.

6. Krendelev M.S. K voprosu ob etiologii khronicheskogo tonsillita [On the etiology of chronic tonsillitis]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya - Modern problems of science and education*, 2015, No. 4, pp. 377.

7. Kutsiyants S.A. Differentsirovannye podkhody k lecheniyu khronicheskogo tonsillita na osnovanii dannykh kliniko–immunologicheskogo obsledovaniya [Differentiated approaches to the treatment of chronic tonsillitis based on clinical and immunological examination data]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik – Kuban Scientific Medical Journal*, 2014, Vol. 144, No. 2, pp. 76–79.

8. Tsykunov V.M. Mikrobiologicheskie i morfologicheskie aspekty khronicheskogo tonsillita [Microbiological and morphological aspects of chronic tonsillitis]. *Infektsionnye bolezni - Infection Diseases*, 2016, Vol. 14, No. 1, pp. 42–47.

9. Kharaeva Z.F. Effektivnost bakteriofagoterapii preparatami kombinirovannykh fagov patsientov s khronicheskim tonsillitom i nositeley zolotistogo stafilocokka [Efficacy of bacteriophage therapy with combined phages in patients with chronic tonsillitis and carriers of Staphylococcus aureus]. *Bakteriologiya - Bacteriology*, 2017, Vol. 2, No. 3, pp. 112.

ХУЛОСА

З.А. Ахророва

ИСТИФОДАИ ПРОБИОТИКҲО ДАР МУОЛИҶАИ КОМПЛЕКСИИ ТОНЗИЛЛИТИ МУЗМИН

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши самаранокии бактериофаготерапия бо доруҳои омехтаи “Пиобактериофаги комплексӣ” ва “Секстафаг”.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Аз ҷониби мо 44 бемор (21 зан ва 20 мард) дар пойгоҳи кафедраи оториноларингологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» тариқи амбулаторӣ таҳқиқ карда шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Натиҷаҳои омӯзиши микрофлораи бодемакҳои беморони ги-

рифтори тонзиллити музмин нишон доданд, ки дар 52,0% (13 нафар) гурӯҳи якуми беморон ва дар 56,0% (14 нафар) гурӯҳи дуюм *S.aureus*, дар 25,0% (6 нафар) ва 28,0% (7 нафар) - микрофлораи омехта - *S. pyogenes* яқоя бо *S. salivarius* ва дар 25,0% (6 нафар) ва 20,0% (5 нафар) ҳолатҳои *S. aureus* яқоя бо *S. Pyogenes* во меҳӯранд. Маълум гардид, ки муолиҷаи бактериофаг бо доруи «Пиобактериофаги комплексӣ» ифлосшавии умумии балъумро то андозае кам кардааст. Бо вучуди ин, штаммҳои *Staphylococcus aureus* пурра нест карда нашудааст, дар 5 (28,0%) беморони гирифтори тонзиллит музмин колонияҳои ягона боқӣ монданд.

Хулоса. 1. Истифодаи доруи «пиобактериофаг комплексный» дар табобати маҷмӯии ҷузъии беморони гирифтори тонзиллити музмин усули самаранок ва безарари тозакунии бодомакҳои ком мебошад.

2. Таъсири зиддибактериявии махсуси селективии маводи мазкур мавҷудияти дарозмуддати манбаи сироятро бартараф намуда, ба ин васила давраи ремиссияро дароз мекунад.

3. Бартараф намудани манбаи сироят дар бодомакҳои ком ба баландшавии имунитети ҷузъӣ ва умумии организм мусоидат мекунад.

Калимаҳои калидӣ: тонзиллити музмин, пиобактериофаги мураккаб, секстафаг, тонзиллор.

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

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-27-34

Н.И. Базаров¹, Ф.А. Имомов², Ф.И. Шукуров³, Ж.А. Кобилов³, И.К. Ниязов¹, Д.М. Мазхабов¹, Р.И. Юльчиев².

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ДЕЙСТВЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ, ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ СОЛИТАРНЫХ, ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ И ОКРУЖАЮЩИХ СТРУКТУР ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ (ЗСПМОКОСПО)

¹*Кафедра онкологии и лучевой диагностики ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»*

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

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

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 солидарных, первично-множественных злокачественных опухолей кожи и окружающих структур периорбитальной области.

Материал и методы исследования. Произведен ретроспективный анализ клинических данных историй болезни 39 больных с различными солидарными, первично-множественными злокачественными опухолями 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 и их обсуждение. Оценка эффективности лечения 39 (100%) больных с солидарными, первично-множественными злокачественными опухолями кожи и окружающих структур периорбитальной области (СПМЗОКОСПО) показала у 20 (51,28%) отменный результат, у 13 (33,35%) - хороший результат, у 2 (5,12%) - удовлетворительный результат, у 4 (10,25%) пациентов получен неудовлетворительный результат. Качество жизни пациентов с СПМЗОКОСПО по шкале Карновского улучшилось у 33 пациентов от минимальных 60% до 100%.

Заключение. Адекватное лечение при СПМЗОКОСПО позволило добиться излечения у 33 (84,6%) пациентов.

Ключевые слова: злокачественные новообразования кожи и окружающих структур периорбитальной области, онкология, офтальмология.

N.I. Bazarov¹, F.A. Imomov¹, F.I. Shukurov³, A. Kodiri², I.K. Niyazov¹, J.A. Kobilov³, D.M. Mazhabov¹, R.I. Yulchiev²

SOME ASPECTS OF THE CLINIC, DIAGNOSTICS, AND EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF SOLITARY, PRIMARILY MULTIPLE MALIGNANT TUMORS-OF SKIN AND SURROUNDING STRUCTURES OF PERIORBITAL REGION (SPMMTSSSPR)

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

²Scientific-Clinical Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery;

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

Bazarov Negmat Ismailovich - MD, Professor of the Department of Oncology and Diagnostic Imaging, of 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 solitary and primarily multiple malignant tumors of the skin and surrounding structures of the periorbital region (SPMMLPSSSPR).

Materials and methods. A retrospective analysis of clinical data of case histories of 39 patients with various solitary, primarily multiple malignant tumors 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. Evaluation of the effectiveness of treatment in 39 (100%) patients with solitary and primarily-multiple malignant tumors of the skin of surrounding structures of the periorbital region (SPMMLPSSSPR) showed in 20 (51,28%) excellent results, in 13 (33,35%) – good results, in 2 (5,12%) - satisfactory results and in 4 (10,25%) patients unsatisfactory results. The quality of life of 33 patients with SPMMLPSSSPR assessment by the Karnowsky scale was improved from a minimal of 60% to 100%.

Conclusion. Surgical treatment of SPMMLPSSSPR made it possible to achieve a complete treatment in 85% of patients.

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

Актуальность. Традиционно базальноклеточный рак занимает третье место по частоте среди всех опухолевых заболеваний (после рака желудка и легких). Солитарные злокачественные опухоли кожи занимают 1-2 место в структуре всех опухолей, составляя 12-14%, при этом: 59-94% кожных раков локализируются на голове, лице и шее. Среди злокачественных эпителиальных новообразований кожи базальноклеточная морфологическая структура составляет от 75% до 90%. Научные сведения о частоте первично-множественных злокачественных опухолей кожи головы и лица (ПМЗОКГЛ) противоречивы и составляют они от 4% до 12%, а доброкачественные опухоли и опухолеподобные процессы составляют от 88% до 96%, по данным различных авторов [1, 2, 4-6]. На сегодняшний день в качестве золотого стандарта, в целях диагностики ПМЗОКГЛ 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

ми злокачественными 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 злокачественными опухолями кожи периорбитальной области [3-6,7,]. В связи с мало изученностью клиники, диагностики, эффективности лечения, качества жизни пациентов с солитарными и первично-множественными злокачественными опухолями кожи периорбитальной области в Республике Таджикистан, эти аспекты представляют значительный интерес с точки зрения их первичной, вторичной и третичной профилактики.

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

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный клинко-статистический анализ частоты, клинических данных, морфологического строения историй болезни 64 больных с различ-

ными солитарными, первично-множественными 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. Среди 64 (100%) больных с СПМОП у 39 (60,9%) пациентов были установлены злокачественные опухоли солитарные и первично множественные на коже и в окружающих структурах периорбитальной области (ЗОСПМКОСПО), а у 25 (39,1%) больных было установлено доброкачественные опухоли, опухолеподобные процессы солитарные и первично множественные на коже и в окружающих структурах периорбитальной области (ДОСПМКОСПО).

Эффективность реабилитации у 39 (100%) больных солитарными и первично множественными злокачественными опухолями (СПМЗО), локализованных на коже и окружающих структурах периорбитальной области, мы оценивали по субъективным и объективным показателям. Субъективный эффект (СЭ) выражался в числе суток после хирургического, комбинированного, комплексного лечения, когда пациент начинал ощущать прекращение боли, снижение отёка, припухлости в области послеоперационной раны. Кроме того, больные СПМЗО кожи и окружающих структур периорбитальной области (СПМЗОКОСПО) отмечали восстановление таких функции, как: а) зрение, б) смыкание век в) эстетическую, г) мышц орбиты, д) носовое дыхание, е) обоняние, ж) слух и другие. Субъективный эффект у пациентов с СПМЗОКОСПО варьировал от 3 до 7 дней.

Объективный эффект (ОЭ) оценивался по следующим критериям:

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

2) *хороший результат*, когда СПМЗОКОСПО после лечения исчезали наполовину (то есть частичная регрессия). Когда пациенты подвергнуты повторному лечению и когда удалось получить положительные результаты восстановления функций органов головы и шеи через шесть месяцев и

год, кроме того, отсутствовали признаки рецидива, метастазов СПМЗОКОСПО в течение 3-5 лет;

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

4) *неудовлетворительный результат*, когда не удалось добиться положительных результатов лечения СПМЗОКОСПО даже после применения комбинированных, комплексных методов лечения. Несмотря на назначение гормонотерапии, иммунотерапии не удалось получить положительных результатов по восстановлению функций органов головы и шеи в течение года, 3-5 лет. Кроме того, у пациентов с СПМЗОКОСПО наблюдались рецидивы, метастазы, и когда появлялись новые очаги опухолей в течение года. Отказ больных СПМЗОКОСПО от любых методов лечения. Поэтому пациенты с запущенными стадиями развития СПМЗОКОСПО в последующем получали паллиативную помощь.

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

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 (СПМОП), которые локализовались в основном на коже и в окружающих структурах периорбитальной области, других частях лица и тела человека. Среди 64 (100%) больных с СПМОП у 39 (60,9%) пациентов были установлены злокачественные опухоли солитарные и первично множественные на коже и в окружающих структурах периорбитальной области (ЗОСПМКОСПО), а у 25 (39,1%) больных было установлено доброкачественные опухоли, опухолеподобные процессы солитарные и первично множественные на коже и в окружающих структурах периорбитальной области (ДОСПМКОСПО).

Таблица №1.

Распределение пациентов со злокачественными опухолями кожи и окружающих структур периорбитальной области по полу и возрасту

Пол	10-19*	20-29*	30-39*	40-49*	50-59*	60-69*	70-79*	80-89*	90-99*	Всего %
Мужской	1	3	-	2	3	11	5	3	1	29 (74,4%)
Женский	-	-	1	4	-	3	2	-	-	10 (25,6%)
Всего	1	3	1	6	3	14	7	3	1	39 (100%)

Примечание: % -общего кол-во больных.

Изучение клинических проявлений ЗОКОСПО имеет большое значение для решения вопросов профилактики этих новообразований среди населения, а кроме того, для решения вопроса своевременного адекватного лечения и реабилитации этих больных. При анализе возраста и пола среди 39 (100%) пациентов со ЗОКОСПО, согласно табл. №1, было установлено, что возрастной контингент больных варьировал от 17 лет до 90 лет, 29 (74%) пациентов были мужчинами, 10 (26%) – женщинами, с разницей в 48% превалировал мужской пол населения.

Среди пациентов мужчин 29 (100%), ЗОКОСПО у 27 (93,1%), наибольшее число злокачественных опухолей кожи и окружающих структур периорбитальной области наблюдалось в возрасте от 20 до 89 лет, затем по 1 (3,5%) в возрасте от 10 лет до 19 лет и в возрастной градации от 90-99 лет 1 (3,5%) больной. Выше приведенные показатели роста ЗОКОСПО среди пациентов мужчин были связаны: а) с несколько большим количеством пациентов, б) с агрессивным клиническим течением опухолевого процесса на коже и окружающих структурах периорбитальной области, выражающимся в неуклонном прогрессировании роста опухолевого процесса с нарушением функции кожи и окружающих структур периорбитальной области, в) выраженным болевым синдромом. Среди пациенток женщин 10 (100%), ЗОКОСПО у 9 (90%), наибольшее число поражения кожи и окружающих структур периорбитальной области отмечалось в возрасте от 40 до 79 лет и по 1 (10%) пациентке в возрастной градации от 30-39 лет. Уменьшение показателей роста ЗОКОСПО среди пациенток женщин было связано: а) с относительно своевременным обращением за лечебной помощью и несколько меньшим количеством пациенток; б) с менее агрессивным клиническим течением опухолевого процесса в возрасте от 40 до 79 лет, выражающимся, в медленном прогрессировании роста опухолевого процесса с нарушением функции кожи и окружающих структур периорбитальной области и проведением противовоспалительной терапии

по поводу острых и хронических специфических и неспецифических воспалительных заболеваний век (блефаритов, Мейбомитов); в) соблюдением гигиены лица (использование солнцезащитных кремов и очков, меньшей горячей, холодной инсоляцией, с острой и хронической травматизацией век); г) с менее выраженным болевым синдромом и меньшим поражением двигательных нервов (подглазничного, лобного, верхнего губного, лицевого), то есть парезом лобной мышцы, круговых мышц глаза, носовой мышцы, мышц поднимающих верхнюю губу, малой скуловой мышцы и мимических мышц).

Одним из основных вопросов профилактики, диагностики опухолей головы и шеи является изучение влияния климатогеографических факторов на развитие у пациентов ЗОКОСПО в зависимости от их места проживания. При анализе установлено, что жителями сельской местности были 28 (72%), пациентов, городскими 11 (28%) больных. Полученные данные необходимо использовать для планирования, проведения первичной и вторичной профилактики ЗОКОСПО.

Кроме того, одним из важнейших вопросов клинической онкологии являются сроки обращения пациентов за лечебной помощью, что влияет на прогноз выживаемости больных со ЗОКОСПО.

Анализ сроков обращения за лечебной помощью 39 (100%) больных со ЗОКОСПО согласно рис.1, показал, что 9 (23,07%) больных обратились за лечебной помощью в сроках от 1 до 12 месяцев, 13 (33,33%) пациентов- от 1 года до 3 лет, 6 (15,40%) больных- от 4 до 6 лет, 11 (28,20%) человек обратились за лечебной помощью в сроки от 7 и более 10 лет. Таким образом, 77% больных с ЗОКОСПО обратились в поздние сроки (от 1 года и более 10 лет) за лечебной помощью, это было связано: а) с незнанием пациентов о возможности развития злокачественных опухолей на коже и окружающих структурах периорбитальной области; б) с длительным обследованием (не использованием для осмотра кожи и других прилежащих структур периорбитальной области увеличи-

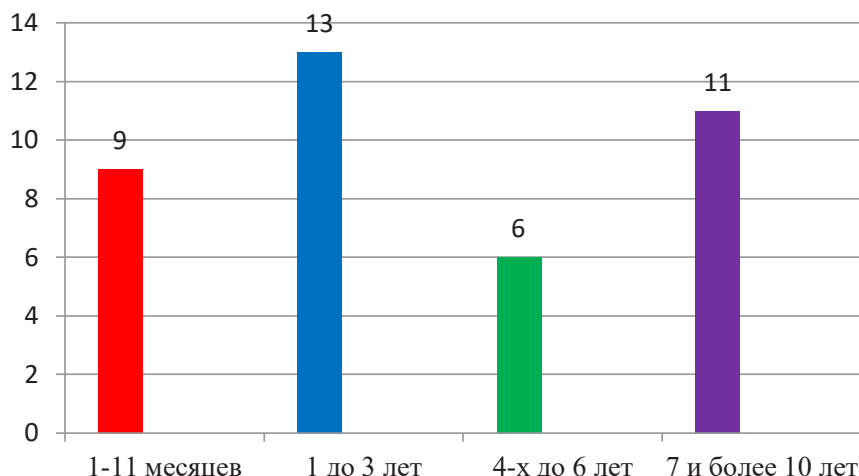


Рисунок 1. Сроки обращения за лечебной помощью больных со злокачественными опухолями кожи и окружающих структур периорбитальной области (ЗОКОСПО)

тельных луп (дерматоскопии), соскобов, пункции, биопсии, ультразвука и др. методов диагностики); в) с длительной противовоспалительной терапией по поводу различных блефаритов; г) с быстрым темпом роста злокачественных опухолей кожи и окружающих структур периорбитальной области, появлением новых опухолевых очагов на лице и других частях тела и регионарных метастазов; д) низкой онкологической настороженностью врачей офтальмологов, оториноларингологов, стоматологов и врачей общей практики, что приведено на рис. 1.

Следует отметить раннюю обращаемость 23% пациентов со ЗОКОСПО за медицинской помощью, которая была обусловлена следующими причинами: а) со зрелым возрастом больных (старше сорока лет), б) быстрым темпом роста опухолей кожи и окружающих структур периорбитальной области, в) болевым синдромом (периодические покалывания, которые сменялись тупым и ноющим характером боли), г) нарушениями функции кожи, зрения и окружающих структур периорбитальной области.

Изучение жалоб больных с ЗОКОСПО играет важную роль для своевременного выявления, проведения санитарно-просветительной работы среди организованного и неорганизованного контингента населения.

Самыми частыми жалобами среди 39 (100%) больных со ЗОКОСПО по рейтингу от большего к меньшему у 20 (51,3%) пациентов было наличие опухолевидных образований, которые при пальпации были плотными, безболезненными, неподвижными. Кроме того, эти опухоли были более 20 мм в наибольшем измерении или эти новооб-

разования были любых размеров, которые прорастали в прилежащие структуры глазного яблока и глазницы, либо периневральной инвазией, а также они имели тенденцию быстрого увеличения в размере. У 7 (18,0%) больных со ЗОКОСПО имели, местное проявление как плотное, бугристое, болезненное, малоподвижное кровоточащее язвенное образование, покрытое серой корочкой, а их размер был более 20 мм в наибольшем измерении или опухоль любых размеров, которая прорастала в прилежащие структуры глазного яблока и глазницы, либо периневральной инвазией. Когда для радикальности операции у этих больных со ЗОКОСПО необходимо было выполнение энуклеации, экзентрации или полной резекции кости орбиты. У 10 (25,6%) пациентов с ЗОКОСПО также имели узловую форму с нечеткими границами и с плотной консистенцией при пальпации, диаметр ЗОКОСПО колебался от 10 мм, но не более 20 мм в наибольшем измерении или прорастал через всю толщу века. У остальных 2 (5,1%) пациентов с неходжкинской саркомой отмечался распад опухоли, этим больным проводили длительное время противовоспалительную и химио-гормональную терапию, данные представлены на рис. 2.

Рассмотрение болевого синдрома среди 39 (100%) больных с ЗОКОСПО показало, что у всех пациентов он носил интенсивный характер, особенно ночью.

Анализ локализации среди 39 (100%) пациентов со ЗОКОСПО установил, что у 23 (59,0%) больных новообразования располагались на нижнем веке. У 6 (15,4%) пациентов злокачественные опухоли кожи и окружающих структур периорбитальной области локализовались на верхнем веке,

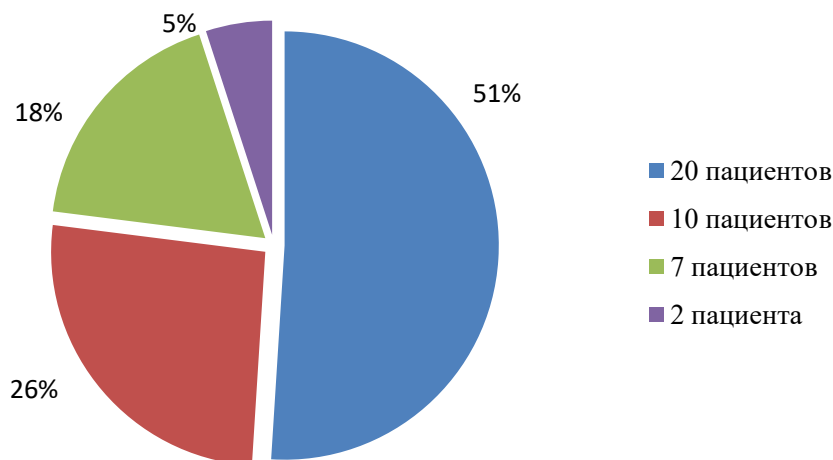


Рисунок 2. Жалобы больных со злокачественными опухолями кожи и окружающих структур периорбитальной области (ЗОКОСПО)

у 4 (10,25%) – конъюнктиве глаза. У 2 (5,10%) пациентов злокачественная опухоль кожи локализовалась во внутреннем угле глаза и у 4 (10,25%) – по одному на коже наружного угла глаза, коже обеих нижних век, кожей нижнего и верхнего века, коже надбровной-лобной области. Таким образом, ЗОКОСПО у 74,4% больных в основном локализовались на верхнем и нижнем веке, далее на конъюнктиве глаза, на коже внутреннего угла глаза, обеих нижних век, верхнего и нижнего век и на коже надбровно-лобной области, что необходимо учитывать при планировании оперативных вмешательств.

Ретроспективный анализ морфологического строения ЗОКОСПО среди 39 (100%) пациентов показал то, что опухоли у 36 (92,3%) больных имели эпителиальное строение среди них: у 25 (64,1%) пациентов был установлен базальноклеточный рак, у 8 (20,5%) – плоскоклеточный неороговевающий рак, у 3 (7,7%) - плоскоклеточный ороговевающий рак, у 2 (5,1%) - неходжкинская саркома и у 1 (2,6%) - аденокарцинома. Таким образом, 92,3% больных со ЗОКОСПО имели эпителиальную природу, что необходимо учитывать во время разработки тактики лечения этих новообразований.

При анализе значимости морфологических методов, а именно цитологического способа в диагностике злокачественных опухолей кожи и окружающих структур периорбитальной области среди 39 (100%) пациентов было установлено, что операционный диагноз картины злокачественной опухоли у 33 (84,6%) больных совпал с послеоперационным морфологическим заключением (позитивным диагнозом). При этом у 4 (10,3%) больных цитологическое было ложно позитив-

ным при базальноклеточном раке, что затрудняло дифференциальную диагностику между базальноклеточным и плоскоклеточным неороговевающим раком. У 2 (5,1%) пациентов с плоскоклеточным неороговевающим раком наблюдалась гипердиагностика в сторону базальноклеточного рака. В целом, патоморфологический диагноз о наличии злокачественной опухоли кожи и окружающих структур периорбитальной области был верифицирован у всех 39 (100%) пациентов. Таким образом, при ЗОКОСПО для улучшения цитологической диагностики необходимо производить не только соскоб из поверхности новообразования, но и мазки из биоптатов опухолей кожи и окружающих структур периорбитальной области.

Рентгенография лёгких проведена у всех 39 (100%) пациентов со ЗОКОСПО, среди них лишь у 1 (2,6%) пациента была установлена обструктивная правосторонняя пневмония, ему была проведена соответствующая терапия в условиях терапевтической клиники. Компьютерная томография орбиты проведена у 3 (7,7%) больных для установления степени распространенности ЗОКОСПО в окружающие мягкие ткани костной структуры, при этом не было выявлено прорастание опухоли в костные структуры.

Распространённость ЗОКОСПО среди 39 (100%) больных по международной системе TNM выглядела следующим образом: а) T2N0M0 установлена у 10 (25,6%) пациентов, б) T3aN0M0 - у 19 (48,7%) больных, в) T3aN1M0 - у 1 (2,6%) пациента, г) T3N0M0 – у 7 (18,0%) больных, у 2 (5,1%) установлена IV стадия неходжкинской лимфомы.

Большой научно-практический интерес представляет изучение полинеоплазии, то есть развитие

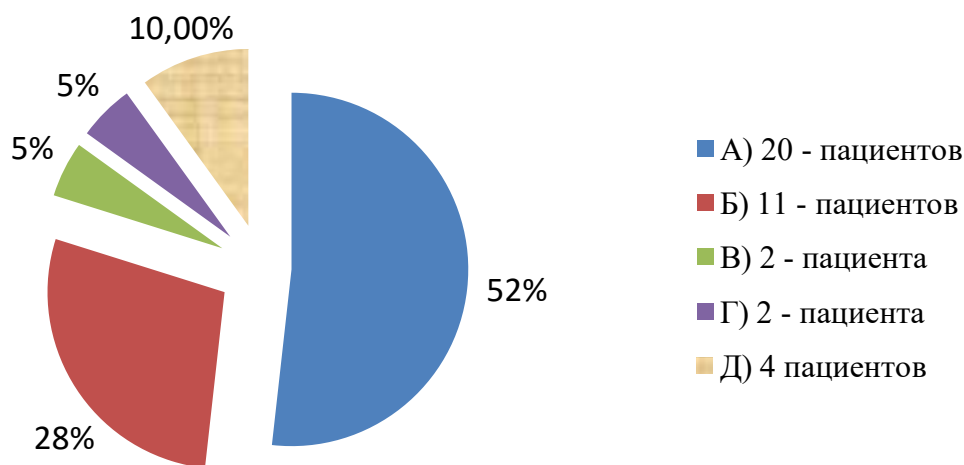


Рисунок 3. Способы лечения больных со злокачественными опухолями кожи и окружающих структур периорбитальной области (ЗОКОСПО)

вторичных, третичных опухолей как модель для оценки успешности современных подходов лечения и прогнозирования при ЗОКОСПО. Среди 39 (100%) больных со ЗОКОСПО у 6 (15,4%) больных установлены вторичные опухоли. В основном среди мужского пола в возрасте от 59 до 83 лет из них: у 4 (66,7%) была установлена синхронная аденома предстательной железы, у 2 (33,3%) были установлены синхронные злокачественные первично множественные опухоли кожи обеих век и кожи внутреннего угла глаза, спинки носа, щеки. Таким образом, вторичные опухоли при ЗОКОСПО были в основном доброкачественного генеза синхронные и исходили из гормонально активных органов, в частности предстательной железы, а злокачественные синхронные исходили из кожи лица, что необходимо учитывать при проведении первичной, вторичной, третичной профилактики среди мужского пола населения.

Для улучшения непосредственных, отдаленных результатов лечения больных со ЗОКОСПО в онкологической практике применяются сочетанные, комбинированные, комплексные подходы.

Согласно рисунку 3, при лечении 39 (100%) больных со ЗОКОСПО были применены следующие методы:

а) 20 (51,3%) больным было проведено хирургическое лечение от типичного иссечения (с пластикой местными тканями 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) 11 (28,2%) пациентам проведено комбинированное лечение (предоперационная лучевая терапия разовой очаговой дозой 2 грей суммарно 30-40 Грей), затем были выполнены оперативные вмешательства в виде вышеперечисленных объемов;

в) 2 (5,1%) больным проведено комплексное лечение (два курса химиотерапии, и предоперационная лучевая терапия разовой очаговой дозой 2 грей суммарно 30-40 Грей) затем были выполнены адекватные оперативные вмешательства;

г) 2 (5,1%) больным проведено лучевая терапия, д) только у 4 (10,25%) пациентам с паллиативной целью была проведена лучевая терапия из-за отказа их от операции.

Рецидивы злокачественных опухолей кожи и окружающих структур периорбитальной области среди 39 (100%) пациентов не наблюдались.

Оценка качества жизни проведена у 39 (100%) пациентов со ЗОКОСПО по шкале Карновского и установлено; у 33 (84,6%) пациентов она улучшилась её от минимальных 60% до максимального 100%, а у остальных 6 (15,4%) больных со ЗОКОСПО по шкале Карновского качество жизни варьировала от минимальных 60% до максимального 80%.

Заключение. Адекватные подходы лечения среди 39 (100%) больных со ЗОКОСПО позволил получить: а) у 20 (51,3%) отменный результат, б) у 13 (33,3%) - хороший результат, в) у 2 (5,1%) - удовлетворительный результат, г) у 4 (10,25%) пациентов получен неудовлетворительный результат. Качество жизни пациентов ЗОКОСПО по шкале

Карновского улучшилось от минимальных 60% до 100%.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 7 см. в REFERENCES)

1. Василевская Е.А. Современные методы лечения базальноклеточного рака кожи / Е.А. Василевская, К.Л. Варданян, Э.М. Дзыбова // Клиническая дерматология и венерология. 2015. -№3. – С. 4-11.

2. Васильев Н.В. Рак Меркеля. Особенности заболевания и факторы прогноза / Н.В. Васильев и др. // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. - 2015. -№4. – С. 63-68.

3. 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.

4. Пачес А.И. Рак кожи. Опухоли головы и шеи. Клиническое руководство 5-е изд. /А.И. Пачес// М.:2013. С.47-79.

5. Пшениснова К. П. Курс пластической хирургии: Руководство для врачей. Том1: Общие вопросы. Кожа и ее поражения. Голова и шея / К. П. Пшениснова. // –Я.; Рыбинск: Рыбинский дом печати, 2010. -754 с.

6. Решетов И.В. Клинические характеристики и возможности лекарственной терапии неоперабельного местнораспространённого базальноклеточного рака кожи/ И.В. Решетов, О.В. Маторин, Н.В. Бабаскина // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. - 2014.-. №2.- С.44-48.

REFERENCES

1. Vasilevskaya E.A. Sovremennyye metody lecheniya bazalnokletochnogo raka kozhi [Modern methods of treatment of basal cell skin cancer]. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya - Clinical dermatology and venereology*, 2015, No. 3, pp. 4-11.

2. Vasilev N.V. Rak Merkelya. Osobennosti zabolevaniya i faktory prognoza [Merkel Cancer. Peculiarities of the disease and prognosis factors]. *Sarkomy kostey, myagkikh tkaney i opukholi kozhi - Bone and soft tissue sarcomas and skin tumors*, 2015, No. 4, pp. 63-68.

3. Kulikov E.P. Rezultaty i kachestvo zhizni bolnykh posle pilorosokhrannoy rezeksii zheludka pri rake [Outcomes and quality of life of patients after pylorus-sparing gastric resection for cancer]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2018. 144 p.

4. Paches A.I. Rak kozhi. Opukholi golovy i shei. *Klinicheskoe rukovodstvo 5-e izd.* [Skin cancer. Tumors of the Head and Neck. Clinical Manual 5th ed..]. Moscow, 2013. pp. 47-79.

5. Pshenisonova K. P. *Kurs plasticheskoy khirurgii: Rukovodstvo dlya vrachey. Tom 1: Obshchie voprosy. Kozha i ee porazheniya. Golova i sheya* [A Course in Plastic Surgery: A Guide for Physicians. Volume 1: General Is-

sues. The skin and its lesions. Head and neck]. Rybinsk, Rybinskiy dom pechati Publ., 2010. 754 p.

6. Reshetov I.V. Klinicheskie kharakteristiki i vozmozhnosti lekarstvennoy terapii neoperabilnogo mestnorasprostranyonnogo bazalnokletochnogo raka kozhi [Clinical characteristics and drug therapy options for inoperable locally advanced basal cell skin cancer]. *Onkologiya. Zhurnal im. P.A. Gertsena - Oncology. Journal named after P.A. Herzen.*, 2014, No. 2, pp. 44-48.

7. Aaronson N. K. Measuring quality of life in every oncological patient. *Nederland's Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2011, Vol. 155, No. 45, pp. 37-49.

ХУЛОСА

Н.И. Базаров, Ф.А. Имомов, Ф.И. Шукуров, И.К. Ниязов, Ж.А. Кобилов, Д.М. Мазхабов, Р.И. Юльчиев

ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ, ТАШХИС ВА САМАРАНОКИИ ТАБОБАТИ ОМОСҲОИ ЯГОНА ВА АВВАЛИЯЮ СЕРШУМОРИ БАДСИФАТИ ПУСТ ВА ТАРКИБҲОИ АТРОФИИ МАВКЕИ ПЕРИОРБИТАЛӢ (ОЯББПТАМП)

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ, ташхис ва баҳодиҳии самаранокии табобати омосҳои ягона, аввалияю сершумор ва ҷараёнҳои омосмонанди пуст ва таркибҳои атрофии мавкеи периорбиталӣ.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Таҳлили ретроспективи маводҳои клиникӣ - таърихи бемории 39 бемор бо омосҳои гуногуни ягона ва аввалияю сершумори бадсифати пуст ва таркибҳои атрофии мавкеи периорбиталӣ гузаронида шуда, самаранокии табобати онҳо дар шароити Муассисаи давлатии “Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ”-и ВТ ҶИА ҚТ аз 2015 то 2016 баҳодиҳӣ карда шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи он. Баҳодиҳии самаранокии табобати (БСТ) 39 (100%) беморон бо омосҳои ягона ва аввалияю сершумори бадсифати пуст ва таркибҳои атрофии мавкеи периорбиталӣ (ОЯББПТАМП) дар 20 (51,28%) беморон натиҷаи аъло, дар 13 (33,35%) – натиҷаи хуб, дар 2 (5,12%) натиҷаи қаноатбахш ва дар 4 (10,25%) натиҷаи ғайриқаноатбахш нишон дод. Сифати ҳаётии беморон зимни ОЯББПТАМП аз нишондиҳандаҳои минималии 60% то 100% беҳтар шуд.

Хулоса. Усулҳои мувофиқи табобати ОЯББПТАМП имкон доданд, ки натиҷаҳои қаноатбахш ва аълоро дар маҷмӯъ 85% беморон ноил гардид.

Калимаҳои калидӣ. Омосҳои бадсифати пуст ва таркибҳои атрофии мавкеи периорбиталӣ, онкология.

Д.М. Кадыров, Ф.Д. Кодиров, Ш.Ш. Сайдалиев, З.В. Табаров

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ, СОЧЕТАННОГО С ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ и СЗН Республики Таджикистан

Сайдалиев Ширинджон Шарифович - кандидат медицинских наук, асс. кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Айни 46; Тел.: +992918673601; E-mail: Aka.74@mail.ru

Цель исследования. Совершенствование тактики хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений, сочетающихся с пилородуоденальным стенозом.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты диагностики и хирургического лечения 105 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, распределенных на две группы: первая - 54 пациента, у которых применена индивидуализированная тактика с максимальным использованием современного эндо- и фармакологического гемостаза, выполнены преимущественно плановые операции; вторая - 51 больной, у которых применена активная хирургическая тактика без использования эндогемостаза, и с преимущественным использованием «традиционных» вариантов резекции желудка.

Результаты исследования и их обсуждение. При активной хирургической тактике число экстренных операций составило 29,4%, отсроченных - 54,9%, плановых - 15,7%. Применение преимущественно резекционных (76,4%) и паллиативных (19,6%) операций явилось одной из причин высокой частоты послеоперационных осложнений (37,2%) и летальности (13,7%). Использование современных возможностей эндо- и фармакологического гемостаза способствовало повышению эффективности лечения, снижению экстренных (11,0%), отсроченных (9,2%) и повышению плановых операций (79,8%), что способствовало снижению послеоперационных осложнений (9,2%) и отсутствию летальности.

Закключение. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки тактика, основанная на применении эндо- и фармакологического гемостаза способствует снижению оперативной активности по экстренным и отсроченным показаниям, переводу ситуации к категории плановых операций, что способствует снижению частоты послеоперационных осложнений и летальности.

Ключевые слова: язвенная болезнь, сочетанные осложнения, кровотечение, стеноз, хирургическое лечение.

D.M. Kadyrov, F.D. Kodirov, Sh. Saidaliev, Z.V. Tabarov

SURGICAL TREATMENT TACTICS OF GASTRODUODENAL ULCEROUS BLEEDING COMBINED WITH PYLORODUODENAL STENOSIS

State Institution “Institute of Gastroenterology” of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Tajikistan

Shirinjon Sharifovich Saydaliev - Candidate of Medical Sciences, Assessor of Surgical Diseases Chair №1 of “Avicenna Tajik State Medical University”. Republic of Tajikistan, Dushanbe, 1 Pr. Aini 46 Tel.: +992918673601 E-mail: Aka.74@mail.ru

Aim. To improve the surgical treatment tactics of gastroduodenal ulcerous bleeding combined with pyloroduodenal stenosis.

Material and methods. Results of diagnostics and surgical treatment of 105 patients with DUD, divided into two groups were analyzed: the first - 54 patients, in which individualized tactics with maximum use of modern endo- and pharmacological hemostasis was used, mainly planned operations were executed; the second - 51 patients, in which active surgical tactics without endohemostasis was used, mainly “traditional” variants of gastric resection were used.

Results. In case of active surgical tactics the number of urgent operations made up 29,4%, delayed - 54,9%, planned operations - 15,7%. The use of resection (76,4%) and palliative (19,6%) operations was one of the causes of a high frequency of postoperative complications (37,2%) and lethality rate (13,7%). The use of modern endo- and

pharmacological hemostasis techniques contributed to the efficacy of treatment, a decrease in urgent (11,0%) and delayed (9,2%) operations, and an increase in elective operations (79,8%), which promoted the decrease of postoperative complications (9,2%) and absence of lethality.

Conclusion. In DUD the tactics based on endo- and pharmacological hemostasis contributes to a decrease of operation activity by urgent and delayed indications, transfer of the situation to the category of the planned operations that promotes the decrease in the frequency of postoperative complications and lethality.

Keywords: peptic ulcer disease, combined complications, bleeding, stenosis, surgical treatment.

Актуальность. Среди осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) особенно грозными и недостаточно изученными считаются сочетанные осложнения, частота которых, по литературным данным, колеблется от 25 до 30% [1, 3, 8]. Сочетание язвенного гастродуоденального кровотечения (ЯГДК) с пилорoduоденальным стенозом (ПДС) наблюдается у 4,2-39,4% больных [1]. Летальность в послеоперационном периоде среди этих больных колеблется от 3,9% до 57,0%, что значительно превышает данный показатель при одном из этих осложнений [2, 11].

Эндоскопия является ключевым звеном в диагностике и лечении язвенных кровотечений, и направлена на достижение гемостаза, снижение частоты рецидивов кровотечения и летальности, уменьшение необходимости в экстренном оперативном лечении [4, 5, 9, 11]. Однако, ряд авторов, мотивируя сложности эндогемостаза и склонности таких язв к частому рецидиву кровотечения, проповедуют активную хирургическую тактику, выполняя по экстренным и отсроченным показаниям резекционные и паллиативные операции [2, 3].

Хирургическое вмешательство на высоте кровотечения у больных суб- и декомпенсированным стенозом, отягощенных анемией и глубоким нарушением гомеостаза считается одной из причин фатального исхода операций [1, 11]. Тактика лечения данной категории больных остается нерешенной проблемой абдоминальной хирургии. Большинство хирургов при сочетании дуоденостеноза с кровотечением из язвы применяют резекцию желудка в различных модификациях [3, 7, 8], что является одной из причин высокой частоты послеоперационных осложнений и летальности. В связи с этим имеется потребность в исследовании особенностей диагностики и лечения больных с кровотечением из язв ДПК, сочетающихся с ПДС.

Материалы и методы исследования. Материалом для настоящего исследования служили анализ результатов диагностики и хирургического лечения 105 больных с ЯБ ДПК, осложненной гастродуоденальным кровотечением на фоне рубцово-язвенного стеноза. В зависимости от прове-

денной тактики хирургического лечения больные распределены на две группы. Первую (основная) группу составили 54 пациента, оперированных в клинике Института гастроэнтерологии, у которых применена индивидуализированная тактика с максимальным использованием современного эндоскопического и фармакологического (современные ингибиторы протонной помпы (ИПП)) гемостаза, а при выборе сроков и метода операции учитывались состояние устойчивости гемостаза и стадия пилорoduоденального стеноза.

Вторую (сравнительная) группу составили 51 больных, оперированных в условиях ГУ Городского центра скорой медицинской помощи г. Душанбе, активная хирургическая тактика без применения эндогемостаза, а в качестве антисекреторной терапии применялись блокаторы H_2 -рецепторов гистамина третьего поколения (фамотидин), сроки операций определялись исходя из активности кровотечения без учета стадии стеноза. В основной группе мужчин было 47 (69,1%), женщин - 7 (30,9%). В группе сравнения мужчин было 45 (61,3%), женщин - 6 (38,7%) больных. В исследуемых группах больных 16 (14,9%) составили пациенты молодого возраста (20-44 года) и большинство (89 (64,5%)) составили больные в возрасте от 45 до 59 лет, т.е. в наиболее трудоспособном возрасте. Тяжелых сопутствующих заболеваний, влияющих на тактику лечения, у больных первой и второй групп не было.

Пациентам первой группы были выполнены преимущественно щадящие методы хирургического лечения. У больных второй группы применены преимущественно «традиционные» варианты резекции желудка. Длительность язвенного анамнеза колебалась от 5 до 21 года и более, в среднем $16,1 \pm 1,4$ года, причем анамнез более 5 лет отмечен в среднем у 62,9% больных. Степень ПДС оценивали согласно классификации М.И. Кузина (1985). Активность кровотечения оценивалась при urgentной эндоскопии по критериям Forrest (1987).

В основной группе, помимо системной гемостатической, антисекреторной, заместительной терапии, выполняли эндоскопический гемостаз

(ЭГ) как в целях остановки продолжающегося кровотечения (Forrest IA-IB), так и в превентивных целях (Forrest IIA-IVB) инъекционно-инфильтративным и электрохирургическими способами. Особое внимание уделяли правильному применению антисекреторной терапии с помощью ИПП (Эзомепразол, Пантопразол) в достаточно высоких дозах (200 мг в сутки, вводимых болюсно 80 мг в/в, а затем 120 мг в виде постоянной инфузии в течение 24 часов), поддерживая при этом pH желудочной среды выше 5,0 - 6,0.

В группе сравнения эндоскопия использовалась для диагностики активности кровотечения, эндогемостаз не проводился из-за отсутствия технических возможностей. В качестве антисекреторной терапии применялся фамотидин болюсно 40 мг в/в, а затем по 20 мг каждые 4 часа. Кроме эндоскопического гемостаза и антисекреторной терапии всем больным назначали традиционную гемостатическую и инфузионно-трансфузионную терапию. После окончательной остановки кровотечения больным второй группы проведено рентгеноконтрастное исследование желудка для уточ-

нения стадии стеноза. Больным основной группы проведено комплексное обследование секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка. Статистический анализ полученных результатов проведен методом вариационной статистики. Достоверность различий оценивали при помощи параметрических и непараметрических критериев.

В зависимости от степени ПДС больные основной и контрольной группы были распределены следующим образом: в основной группе компенсированный стеноз диагностирован у 7 (12,9%), субкомпенсированный – у 14 (26,0%), декомпенсированный – у 33 (61,1%).

В контрольной группе компенсированный стеноз диагностирован у 5 (9,8%) больных, субкомпенсированный – у 35 (68,6%), декомпенсированный – у 11 (21,6%). Характеристика активности кровотечения по Forrest (1987) при различных стадиях стеноза в рассматриваемых группах больных представлена в табл. 1.

В обеих группах больных с учетом сочетания ЯГДК с ПДС при выборе хирургической тактики исходили из состояния гемостаза в язве, угрозы

Таблица 1

Характеристика активности кровотечения по Forrest (1987) при различных стадиях стеноза в рассматриваемых группах

Forrest	Стадия ПДС					
	I		II		III	
	Первая группа (n=7)	Вторая группа (n=19)	Первая группа (n=14)	Вторая группа (n=24)	Первая группа (n=33)	Вторая группа (n=8)
FIA	1	2	1	-	-	-
FIB	2	5	8	-	2	-
FIIA	2	5	1	11	5	-
FIIB	2	7	2	13	14	-
FIIC	-	-	2	-	12	8

Примечание: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ – статистическая значимость различия показателей при межгрупповом сравнении (по критерию χ^2)

рецидива геморрагии, выраженности кровопотери и ПДС, а также метаболических нарушений в организме больных.

Результаты исследования и их обсуждение. Удостоверившись в надежности гемостаза в язве, больным с суб- и декомпенсированным стенозом назначали комплексную предоперационную подготовку сроком не менее 2 нед.: противоязвенная терапия, декомпрессия желудка, прокинетики, энтеральная питательная поддержка, коррекция нарушений гомеостаза и анемии.

В основной группе больных, мы определили следующие показания к срокам операций (эк-

тренные, отсроченные и плановые) по поводу язвенного гастродуоденального кровотечения, сочетающегося с ПДС:

– неотложное хирургическое вмешательство выполнено больным компенсированным стенозом с продолжающимся кровотечением, у которых не удалось остановить кровотечение эндоскопическим методом и применением таргетной терапии современными ИПП, а также больным, у которых в стационаре наступил рецидив кровотечения;

– отсроченные операции в течение 24-72 часов и более от момента поступления применялись у больных компенсированным или суб-

компенсированным стенозом с остановившимся кровотечением, но с эндоскопическими признаками неустойчивого гемостаза, после стабилизации гемодинамики, коррекции анемии, диспротеинемии и водно-электролитного баланса;

– плановые операции через 2-3 недели подвергались большинство больных с суб- и декомпенсированным стенозом с остановившимся кро-

вотечением и признаками устойчивого гемостаза. Сроки и метод операции у них определялись по данным клинического обследования в зависимости от стадии стеноза и адекватности коррекции нарушений гомеостаза. В таблице 2 представлены характер оперативных вмешательств и частота послеоперационных осложнений в рассматриваемых группах больных.

Таблица 2

Характер оперативных вмешательств и число послеоперационных осложнений в рассматриваемых группах больных

Название операций	Первая группа (n=54)		Вторая группа (n=51)	
	Число операций	Осложнения абс.,%	Число операций	Осложнения абс.,%
Дуоденотомия, прошивание язвы, ДП	2	-	8	6 (75,0%)
Дуоденотомия, иссечение язвы, ДП	3	-	-	-
Дуоденотомия, иссечение язвы, ДП, СПВ	2	-	1	-
Дуоденотомия, прошивание язвы, ДП, СПВ	5	-	-	-
СПВ, ДП	20	1 (5,0%)	-	-
СПВ, ПГДА	12	2 (16,7%)	-	-
РЖ по Б-П	10	2 (20,0%)	34	8 (23,5%)
РЖ по Б-I	-	-	2	1 (50,0%)
Иссечение язвы, ПП по Финнею	-	-	2	1 (50,0%)
АЭ Б-II, СВ	-	-	1	1 (100,0%)
РЖ по Ру	-	-	3	2 (66,7%)
Итого	54	5 (9,3%)	51	19 (37,3%)
p	$\chi^2=11,658, p<0,001$			

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей общего числа осложнений между группами (по критерию χ^2).

В основной группе у подавляющего большинства больных (39-72,2%) были выполнены радикальные органосохраняющие операции, резекция желудка была применена у 10 (18,5%) больных, паллиативные операции – у 5 (9,2%) больных. При этом число послеоперационных осложнений составило – 9,2%.

В группе сравнения у 39 (76,4%) больных были применены резекционные способы, у 10 (19,6%) – паллиативные операции и лишь у одного больного применена радикальная органосохраняющая операция. Послеоперационные осложнения наблюдались у 19 (37,2%) больных. При изучении результатов хирургического лечения больных установлена их зависимость от предпринятой тактики лечения и срочности выполненных операций (табл. 3).

В основной группе больных, благодаря применению эндоскопического гемостаза и адекват-

ной антисекреторной терапии, число экстренных операций снизилось до 11,1%, отсроченных до 9,2%. Так, наибольшее число осложнений наблюдалось после выполнения экстренных и отсроченных операций во второй группе больных. Летальные исходы наблюдались только во второй группе после экстренных (33,3%) и отсроченных (7,1%) операций. Летальных исходов после плановых операций как в первой, так и второй группе больных не наблюдалось.

В основной группе больных, у которых применены современные методы эндоскопического гемостаза в сочетании с адекватной антисекреторной терапией ИПП, экстренные операции на высоте кровотечения или его рецидива применялись лишь у 6 (11,1%) больных, отсроченные операции – также у 6 (11,1%), плановые – у подавляющего большинства больных (77,8%), что способствовало снижению частоты послеоперационных осложне-

Таблица 3

Частота послеоперационных осложнений и летальности в зависимости от срочности операций

Сроки операции	Первая группа (n= 54)			Вторая группа (n= 51)		
	Экстренные (n=6)	Отсроченные (n=5)	Плановые (n=43)	Экстренные (n=15)	Отсроченные (n=28)	Плановые (n=8)
П/о осложнения	0	0	5 (11,6%)	9 (60,0%)*	8 (28,6%)	2 (25,0%)
Летальность	0	0	0	5 (33,3%)	2 (7,1%)	0

Примечание: * $p < 0,05$ – при сравнении с таковыми показателями в первой группе (по точному критерию Фишера)

Таблица 4

Частота послеоперационные осложнений в основной группе больных в зависимости от вида и срочности операций

Вид и объём операции	Экстренные		Отсроченные		Плановые	
	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.
Дуоденотомия, прошивание язвы, ДП	1	-	1	-	-	-
Дуоденотомия, иссечение язвы, ДП	1	-	2	-	-	-
Дуоденотомия, иссечение язвы, ДП, СПВ	2	-	-	-	-	-
Дуоденотомия, прошивание язвы, ДП, СПВ	2	-	3	-	-	-
СПВ, ДП	-	-	-	-	20	-
СПВ, ПГДА	-	-	-	-	12	-
РЖ по Б-II	-	10	-	17	10	7
РЖ по Б-I	-	-	-	1	-	1
СВ, АЭ, Б-II	-	-	-	1	-	-
РЖ по Ру	-	1	-	2	-	-
Иссечение язвы, ПП Г-М, СПВ	-	-	-	1	-	-
Прошивание язвы, ПП по Финнею	-	1	-	1	-	-
Прошивание язвы, ПП по Г-М	-	3	-	5	-	-
Итого	6 (11,1%)	15 (29,4%)	6 (11,1%)	28 (54,9%)	42 (77,8%)	8 (15,7%)
Осложнения	-	9 (60%)*	-	8(28,5%)	5(11,9%)	2 (25,0%)
Летальность	0	5 (33,3%)	0	2 (7,1%)	0	0

Примечание: * $p < 0,05$ – при сравнении с таковыми показателями в первой группе (по точному критерию Фишера);

ний более чем в четыре раза (9,2% против 37,2%). Летальные исходы в основной группе больных не наблюдались (табл. 4).

В группе сравнения у 15 (29,4%) больных выполнены экстренные операции на высоте кровотечения с послеоперационными осложнениями. Отсроченные операции в связи с неэффективностью консервативного лечения, рецидива кровотечения в стационаре или высокого его риска по эндоскопическим критериям локального гемостаза выполнены у 28 (54,9%) больных с развитием послеоперационных осложнений у 8 (28,5%) из них. Плановые резекции желудка выполнены 8 (15,7%)

больным с послеоперационными осложнениями у 2 (25%) из них. Частота послеоперационной летальности в этой группе больных составила 13,7% (см. табл. 5).

Представленные результаты хирургического лечения больных с сочетанием гастродуоденального кровотечения и ПДС свидетельствуют, что применение активной хирургической тактики с применением преимущественно резекционных методов операций, но без попытки остановить его путем эндогемостаза и использования современных возможностей антисекреторной терапии, приводит к значительному повышению частоты

Таблица 5

Частота и характер послеоперационных осложнений в зависимости от тактики лечения в рассматриваемых группах больных

Характер послеоперационных осложнений	Основная группа (n= 54)		Группа сравнения (n= 51)	
	осложнения	летальный исход	осложнения	летальный исход
Рецидив кровотечения	—	—	5 (9,8%)	3 (5,9%)
Панкреонекроз	—	—	2 (3,9%)	1 (2,0%)
НШДК	1 (1,9%)	—	3 (5,9%)	1 (2,0%)
ПФГ 2 – 3 ст.	2 (3,7%)	—	1 (2,0%)	—
ПОН	—	—	2 (3,9%)	1 (2,0%)
Тромбоэмболия (ТЭЛА)	—	—	1 (2,0%)	1 (2,0%)
Нагноение раны	2 (3,7%)	—	3 (5,9%)	—
	—	—	2 (3,9%)	—
Итого, абс., %	5 (9,3%)	—	19 (37,3%)*	7 (13,7%)*

Примечание: ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ – статистическая значимость различия показателей при сравнении между группами (по точному критерию Фишера). НШДК - несостоятельность швов дуоденальной культи; ПФГ- послеоперационный функциональный гастростаз; ТЭЛА-тромбоэмболия ветвей легочной артерии; ПОН – полиорганная недостаточность.

послеоперационных осложнений и летальности. Хирургическая тактика, основанная на применении эндоскопического и фармакологического гемостаза, дифференцированного выбора сроков и методов операций способствует снижению оперативной активности по экстренным и отсроченным показаниям, выполнению хирургического вмешательства в плановом порядке, после адекватной коррекции нарушений гомеостаза и анемии.

Заключение. Успех в лечении ЯГДК напрямую связан с уровнем внедрения эндоскопического гемостаза [5, 6]. Высокую частоту послеоперационных осложнений (37,2%) и летальности (13,7%) при СКДЯ в группе сравнения можно объяснить минимальным уровнем использования эндогемостаза и более агрессивной хирургической тактикой, когда экстренная оперативная активность составила 29,4%, отсроченной - 54,9%. При статистическом анализе выявлена прямая связь между оперативной активностью и летальностью при ЯГДК [6, 10]. При сочетании рубцово-язвенного стеноза ДПК с кровотечением из язвы ситуация не вписывается в общепринятые принципы хирургической тактики. Задача усложняется тем, что при суб- и декомпенсированном стенозе имеющиеся исходно нарушения гомеостаза усугубляются тяжелой кровопотерей, поэтому выполнение экстренных и срочных вмешательств у тяжелых больных значительно ухудшает прогноз операции. Основной задачей при экстренной госпитализации больных с СКДЯ является остановка кровотечения, максимальное снижение оперативной активности

или её отсрочки путем применения современных возможностей эндогемостаза и таргетной антисекреторной терапии ИПП, перевод ситуации из ряда экстренной и отсроченной к категории плановой операции. Если данная задача решена успешно, необходимо решить вторую – устранение стеноза одним из радикальных способов операций, выполняемых в плановом порядке, которые у больных основной группы составили 79,8%. Такая тактика позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений у больных СКДЯ до 9,2%, а летальности до 0.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакимян В.А. Тактика хирурга при сочетанных осложнениях язвенной болезни / В.А. Авакимян, Г.К. Карипиди, С.В. Авакимян, М.Т. Дидигов, Е.С. Бабенко // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. - № 5(160). - С. 7-11.
2. Дибиров М.Д. Выбор метода лечения пенетрирующих пилоробульбарных язв, осложненных кровотечением / М.Д. Дибиров, О.Х. Халидов, В.К. Гаджимурадов // Вестник ДГМА. - 2017, - №1 (22). - С. 48-52.
3. Кубачев К.Г. Факторы риска и лечебная тактика при рецидивных язвенных гастродуоденальных кровотечениях / К.Г. Кубачев, Э.Ю. Качесов, О.А. Петропавловская, В.В. Хромов, А.В. Поддымова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - №1.- 2017. -С. 32-37.
4. Кубышкин В.А. Организация и результаты хирургической помощи при язвенном гастродуоде-

нальном кровотечении в стационарах центрального федерального округа / В.А. Кубышкин, В.П. Сажин, А.В. Федоров, Г.А. Кривцов и др. // Хирургия. - 2017. - №2. - С. 4-9.

5. Липницкий Е.М. Причины рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения / Е.М. Липницкий, А.В. Алекберзаде, М.Р. Гасанов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2017. №3 - С. 10.

6. Никитин В.Н. «Трудная культя» при осложненных гигантских пенетрирующих пилорoduоденальных язвах / В.Н. Никитин, С.Г. Клипач // Новости хирургии. - 2017, - №6 (25) - С. 574-582.

7. Нишанов Ф.Н. Хирургическая тактика при сочетанных осложнениях язв двенадцатиперстной кишки / Ф.Н.Нишанов, М.Ф.Нишанов, Д.Ш. Хожиметов, Б.С. Робиддинов // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. - 2018; №3 (13). - С. 43-46.

8. Петров Ю.В. Хирургическая тактика при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях / Ю.В. Петров, С.В. Федоров, С.Н. Хунафин, А.Ф. Власов // Пермский медицинский журнал. - 2019.- том XXXI, № 6. - С. 20-24.

9. Ревিশвили А.Ш. Современные тенденции в неотложной абдоминальной хирургии в Российской Федерации / А.Ш. Ревিশвили, В.П. Сажин, В.Е. Оловянный, М.А. Захарова // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2020. - № 7. - С. 6-11.

10. Сажин В.П. Влияние заболеваемости язвенным гастродуоденальным кровотечением на эффективность лечения. Статистическое наблюдение / В.П. Сажин, А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, И.В. Сажин, М.П. Постолов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2021. №1. - С. 27-33.

11. Таранов И.И. Хирургическое лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных с пилорoduоденальным стенозом / И.И. Таранов, В.А. Бондаренко, М.В. Турбин, А.А. Колесниченко // Кубанский научный медицинский вестник. - 2014.- № 4(146). - С. 115- 120.

REFERENCES

1. Avakimyan V.A. Taktika khirurga pri sochetannykh oslozhneniyakh yazvennoy bolezni [Surgeon's tactics for combined complications of peptic ulcer disease]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik – Kuban scientific medical bulletin*, 2016, No. 5 (160), pp. 7-11.

2. Dibirov M.D. Vybor metoda lecheniya penetrirovushchikh pilorobulbarnykh yazv, oslozhnennykh krvotocheniem [Choice of treatment method for penetrating pylorobulbar ulcers complicated by bleeding]. *Vestnik Dagestanskoy gosudarstvennoy meditsinskoy akademii - Bulletin of the Dagestan State Medical Academy*, 2017, No. 1 (22), pp. 48-52.

3. Kubachev K.G. Faktory riska i lechebnaya taktika pri retsidivnykh yazvennykh gastroduodenalnykh krvotocheniyakh [Risk factors and treatment tactics for recurrent ulcerative gastroduodenal bleeding]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavookhraneniya - Herald of institute of postgraduate education in health sphere*, 2017, No. 1, pp. 32-37.

4. Kubyshekin V.A. Organizatsiya i rezultaty khirurgicheskoy pomoshchi pri yazvennom gastroduodenalnom krvotochenii v statsionarakh tsentralnogo federalnogo okruga [Organization and results of surgical care for ulcerative gastroduodenal bleeding in hospitals of the Central Federal District]. *Khirurgiya - Surgery*, 2017, No. 2, pp. 4-9.

5. Lipnitskiy E.M. Prichiny retsidiva yazvennogo gastroduodenalnogo krvotocheniya [Causes of recurrence of ulcerative gastroduodenal bleeding]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2017, No. 3, pp. 4-10.

6. Nikitin V.N. «Trudnaya kulya» pri oslozhnennykh gigantskikh penetrirovushchikh piloroduodenalnykh yazvakh [“Difficult Stump” in Complicated Giant Penetrating Pyloroduodenal Ulcers]. *Novosti khirurgii - News of surgery*, 2017, No. 25 (6), pp. 574-582.

7. Nishanov F.N. Khirurgicheskaya taktika pri sochetannykh oslozhneniyakh yazv dvenadtsatiperstnoy kishki [Surgical tactics for combined complications of duodenal ulcers]. *Vestnik Natsionalnogo Mediko-khirurgicheskogo Tsentra im. N.I. Pirogova - Bulletin of the National Medical and Surgical Center: N.I. Pirogov*, 2018, Vol. 13, No. 3, pp. 43-46.

8. Petrov Yu.V. Khirurgicheskaya taktika pri yazvennykh zheludochno-kishechnykh krvotocheniyakh [Surgical tactics for ulcerative gastrointestinal bleeding]. *Permskiy meditsinskiy zhurnal - Perm medical journal*, 2019, Vol. 31, No. 6, pp. 20-24.

9. Revishvili A.Sh. Sovremennye tendentsii v neotlozhnoy abdominalnoy khirurgii v Rossiyskoy Federatsii [Current Trends in Emergency Abdominal Surgery in the Russian Federation]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2020, No. 7, pp. 6-11.

10. Sazhin V.P. Vliyanie zaboлеваemosti yazvennym gastroduodenalnym krvotocheniem na effektivnost lecheniya. Statisticheskoe nablyudenie [Influence of the incidence of ulcerative gastroduodenal bleeding on the effectiveness of treatment. Statistical observation]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2021, No. 1, pp. 27-33.

11. Taranov I.I. Khirurgicheskoe lechenie yazvennykh gastroduodenalnykh krvotocheniy u bolnykh s piloroduodenalnym stenozom [Surgical treatment of ulcerative gastroduodenal bleeding in patients with pyloroduodenal stenosis]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy*

vestnik – *Kuban scientific medical bulletin*, 2014, No. 4 (146), pp. 115-120.

ХУЛОСА

Д.М. Қодиров, Ф.Д. Қодиров,
Ш.Ш. Сайдалиев, З.В. Табаров

УСУЛИ ЧАРРОҲИИ РЕШҲОИ ХУН- РАВАНДАИ ГАСТРОДУОДЕНАЛӢ ДАР ЯКҚОЯГӢ БО ТАНГШАВИИ МАВЗЕИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛӢ

Мақсади тадқиқот. Роҳҳои такмилдиҳии усулҳои чарроҳии решҳои хунравандаи гастродуоденалӣ дар якқоягӣ бо тангшавии пилородуоденалӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар мақола санҷиши натиҷаи таъхис ва табобати 105 нафар беморони гирифтори решӣ хунравандаи гастродуоденалӣ дар якқоягӣ бо тангшавии пилородуоденалӣ оварда мешаванд, ки беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: гурӯҳи якум ин 54 нафар бемороне, ки дар онҳо тактикаи фардикунонидашуда бо истифодаи усулҳои ҳозиразамони даруннигари (эндоскопӣ) ва фармакологӣ (доругӣ) бо бартарияти истифодаи чарроҳии нақшавӣ ва гурӯҳи дуюм ин 51 нафар бемороне, ки дар онҳо тактикаи ғайри чарроҳӣ бо истифодаи усулҳои эндоскопии хунманъкунӣ (гемостатики) бо бартарияти истифодаи чарроҳии анъанавии рафъ-

кунии (резексионӣ) меъда анҷом дода шудаанд оварда шудааст.

Натиҷаҳо. Ҳангоми истифодаи тактикаи ғайри чарроҳӣ микдори чарроҳии таъҷилӣ - 29,4%, мавқуфгузошта - 54,9% ва нақшавӣ - 15,7%-ро ташкил доданд. Бартарияти истифодаи чарроҳии резексионӣ (76,4%) ва паллиативӣ (19,6%) сабаби барзиёдгари микдори оризаҳо (37,2%) ва ғайри пас аз чарроҳӣ (13,7%) гардиданд.

Баръакс истифодаи усулҳои ҳозиразамони даруннигари ва фармакологии решҳои хунравандаи тангшудаи пилородуоденалӣ ба беҳтаршавӣ ва самаранокии усулҳои табобати чарроҳӣ оварда ба пастшавии микдори чарроҳии таъҷилӣ (11,0%) ва мавқуфгузошта (9,2%) оварда микдори чарроҳии нақшавиро то ҳадди 79,8% баланд бардоштанд. Ин ҳам бошад ба пастшавии микдори оризаҳо (9,2%) ва бартарифкунии ғайри пас аз чарроҳӣ оварданд.

Хулоса. Ҳангоми решҳои хунравандаи тангшудаи мавзеи пилородуоденалӣ усули табобати истифодашудаи фарди бо истифода аз усулҳои даруннигари ва фармакологии гемостазӣ ба пастшавии нишондодҳои ғайри чарроҳӣ бо нишондодҳои таъҷилӣ ва мавқуфгузошта оварда, ҳолати ҷойдоштаро аз шакли таъҷилӣ ба нақшавӣ мусоидат мекунад, ки дар натиҷа ғайричарроҳӣ пас мегарданд.

Калимаҳои асосӣ: бемории реш, оризаҳои омехта, хунравӣ, тангшавӣ (стеноз), табобати чарроҳӣ.

УДК 616.155.392-002.1-053.2

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-42-49

И.И. Караев

СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ

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

Караев И.И. - соискатель ГУ «Научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»;
тел.: +992917383333

Цель исследования. Улучшения результатов лечения детей с острым лейкозом после химиотерапии

Материалы и методы исследования. Было исследовано 85 детей с ОЛ, находившихся на лечении в отделении детской гематологии Национального медицинского центра РТ «Шифобахи» и областном онкологическом центре г. Бохтар за период 2015-2019 гг. В исследуемую группу включены 32 ребенка с диагнозом ОЛМ и 53 с острым ОЛЛ.

Всем детям проведено комплексное обследование, включающее клинические, рентгеноэндоскопические, лабораторные анализы, УЗИ, КТ, стерильную пункцию и анализ ликвора.

Результаты исследования и их обсуждение. При обращении в стационар у всех госпитализированных детей имела место полноценная клинико-лабораторная картина ОЛ.

Мы изучали 2 группы больных с ОЛ, получивших КИТ двумя схемами. 1 группа - больные с ОЛ получали стандартную терапию. 2 группа - больные с ОЛ, дополнительно к стандартной схеме, получали реамберин в сочетании с ремаксолом. Эти препараты способны защищать организм пациента с ОЛ от токсичности химиопрепаратов, используемых при лечении ОЛ, при этом они не снижают противоопухолевое действие химиопрепаратов.

Выводы.

1. У детей с ОЛ отмечается выраженное нарушение гемостаза по сравнению со здоровыми детьми.
2. Проведении КИТ детей в сочетании реамберин с ремаксолом является более эффективным по сравнению со стандартной терапией, т.к. значительно снижаются маркеры интоксикации.

Ключевые слова: острый лейкоз, гемостаз, дети, химиотерапия, реамберин, ремаксол.

I.I. Karaev

THE STATUS OF SOME HEMOSTASIS PARAMETERS IN CHILDREN WITH ACUTE LEUKEMIA AFTER CHEMOTHERAPY

National Clinical Research Center of Pediatrics and Children's Surgery

Karaev I.I. - candidate of State Institution "Republican Scientific Clinical Centre of Pediatrics and Children's Surgery"; Tel. +992917383333

Aim. To improve treatment outcomes of children with acute leukemia after chemotherapy.

Materials and Methods. Eighty-five children with AL who were treated at the Department of Pediatric Hematology of the National Medical Center of Tajikistan "Shifobakhsh" and the Regional Cancer Center of Bokhtar during the period 2015-2019 were studied. The study group included 32 children diagnosed with AML and 53 with ALL.

All children underwent a comprehensive examination including clinical, X-ray and endoscopic, laboratory tests, ultrasound, CT scan, sternal puncture, and analysis of cerebrospinal fluid.

Results and discussion. On admission to the hospital, all hospitalized children had a complete clinical and laboratory picture of AL.

We studied 2 groups of patients with AL who received KIT by two schemes. Group 1 - patients with AL received standard therapy. Group 2 - patients with AL, in addition to the standard regimen, received reamberine in combination with remaxol. These medications can protect patients with AL from the toxicity of chemotherapeutic agents used for the treatment of AL, at the same time they don't decrease the antitumor action of chemotherapeutic agents.

Conclusions. 1. A marked impairment of hemostasis in children with AL compared to healthy children is observed.

2. Conducting KIT in children in combination reamberine with remaxol is more effective compared to standard therapy, as markers of intoxication are significantly reduced.

Keywords: acute leukemia, hemostasis, children, chemotherapy.

Актуальность. По данным различных зарубежных канцер-регистров показатели заболеваемости острыми лейкозами (ОЛ) в мире составляет около 5-6 случаев на 100 тыс. населения в год. У детей наиболее чаще встречаются лимфобластные формы ОЛ и составляют 80-90% [6, 8].

Анализ литературы по изучению показателей заболеваемости ОЛ в странах СНГ показали, что среднегодовая заболеваемость ОЛ в Российской Федерации (2008-2014 гг.) у детей составляет от 3,5 до 4,16 на 100 тыс. населения в год [1]. В Республике Таджикистан в период 2000-2009 гг. варьировала от 1,92 до 2,40 на 100 тыс. населения [3]. В Кыргызстане за период 1985-2004 гг. составила 0,7 на 100 тыс. населения [4].

По морфологическим признакам ОЛ у детей классифицируется как острый лимфобластный

лейкоз (ОЛЛ) и острый миелобластный лейкоз (ОМЛ), на долю ОЛЛ у детей приходится 80% и на ОМЛ 15-17% случаев от общей структуры заболеваемости ОЛ [2]

Высокая смертность от лейкозов отмечается в Восточной Европе, в частности, среди мужчин и женщин в Венгрии (8 и 5), Чехии (7 и 4), Словакии (7 и 4), США (7 и 4), Израиле (7 и 5), В России смертность от лейкозов равна 5 и 4 среди мужчин и женщин соответственно. Показатели смертности ниже в Китае (3 и 2) и Японии (4 и 3)

Показатели выживаемости часто используются врачами как стандартный способ обсуждения прогноза (перспективы) ребенка. Общая 5-летняя выживаемость при ОЛЛ у детей составляет примерно 90%, а при ОМЛ 65-70% [5, 7].

Таблица 1

Распределение детей основной группы с ОЛ по возрасту

Нозология	Возраст детей				Всего
	3-7 лет	7-10 лет	10-14 лет	14-18 лет	
ОМЛ	6 (7,1%)	10 (11,8%)	11 (12,9%)	5 (5,9%)	32 (37,6%)
ОЛЛ	12 (14,1%)	25 (29,4%)	7 (8,2%)	9 (10,6%)	53 (62,4%)
Всего	18 (21,2%)	35 (41,2%)	18 (21,2%)	14 (16,4%)	85 (100%)

Примечание: % - от общего количества больных

Цель исследования. Улучшения результатов лечения детей с острым лейкозом после химиотерапии

Материалы и методы исследования. Было исследовано 85 детей с ОЛ, находившихся на лечении в отделении детской гематологии Национального медицинского центра РТ «Шифобахш» и областном онкологическом центре г. Бохтар за период 2015-2019 гг. В исследуемую группу включены 32 ребенка с диагнозом ОЛМ и 53 с острым ОЛЛ. В качестве контрольной группы были включены 20 детей, без гематологических отклонений.

При изучении половых особенностей основной группы было установлено, что 51 (60,0%) составили мальчики и 34 (40,0%) девочки с острыми лейкозами, из них было 32 (37,6%) больных с ОМЛ мальчики 18 (57,3%), девочек 14 (43,7%) и 53 (62,3%) больных с ОЛЛ мальчики 30 (56,7%), девочек 23 (43,4%) (табл. 1). Следует отметить, что ОЛ в основной группе диагностировано у детей от 7 до 10 лет, что составило более 41,0%.

Всем детям проведено комплексное обследование, включающее клинические, рентгеноэндоскопические исследования, лабораторный анализы, УЗИ, КТ, стерильную пункцию и анализ ликвора.

Результаты полученных данных подверглись статистической обработке с использованием методов критерия знаков и критерия Вилкоксона, вариационной статистики по критерию Стьюдента-Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение. При обращении в стационар у всех госпитализированных детей имела место полноценная клинико-лабораторная картина ОЛ.

Верификация диагноза основывалась на данных морфологического и цитохимического анализа костного мозга и крови. Обнаружение в стерильном пунктате злокачественных клеток, число которых превышало свыше 20, дало основание к постановке диагноза ОЛ, а на основе анализа ликвора установлена степень поражения мозга.

Все дети с различными формами ОЛ получали полихимиотерапию в различных схемах.

30 (35,3%) из исследуемых детей с ОЛ по тяжести общего состояния госпитализированны в ОРИТ. Из них 16 (18,8%) детей были с ОМЛ, а 14 (16,4%) - с ОЛЛ. Тяжесть состояния оценивалось по шкале ECOG и составляла 3-4 баллов.

При поступлении в ОРИТ детей с ОЛЛ и ОМЛ мы придерживались федеральной клинической рекомендации по диагностике и лечению детей с ОЛЛ и ОМЛ, Советов ассоциаций гематологов и онкологов РФ и Республики Таджикистан.

При выборе терапии учитывались тяжесть состояния, характер органических нарушений, периоды заболеваемости, сопутствующие патологии, а также другие показатели.

Программа КИТ у больных с ОМЛ и ОЛЛ, проводимая в отделении гематологии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», курируемая ГУ «РНКИ П и ДХ» МЗ и СЗН РТ, основывается на общих принципах с учетом индивидуальных особенностей:

во-первых, устранение анемии, восстановление кислородной емкости крови, гиповолемии, нарушения гемодинамики, которые достигаются путем нормализации транкапиллярного обмена, гидродинамического, онкотического и осмолярности в плазме крови;

во-вторых, проведение комплекса мероприятий, направленных на стабилизацию регионарной и центральной гемодинамики, микроциркуляции и реологии крови;

в-третьих, устранение кризиса смешанной гипоксии, путем устранения нарушения дыхания, улучшение кислородотранспортной функции крови, и кислородотерапии;

в-четвертых, коррекция нарушений водно-электролитного, белкового обмена, гемостаза, КОС, покрытие энергзатрат, профилактика ДВС-синдрома и СПОН;

в-пятых, при необходимости притивомикробная терапия, терапия воспалительных и септических осложнений.

Мы изучали 2 группы больных с ОЛ, получивших КИТ двумя схемами:

1 группа - больные с ОЛ получали стандартную терапию.

2 группа - больные с ОЛ дополнительно к стандартной схеме в программу КИТ включен реамберин в сочетании с ремаксолом.

Эти препараты способны защищать организм пациента с ОЛ от токсичности химиопрепаратов, используемых при лечении ОЛ, при этом не снижают противоопухолевые действия химиопрепаратов.

2 схема КИТ показала значительные положительные результаты по сравнению с традиционной стандартной схемой терапии, проведенной у детей 1 группы с ОЛ. Показатели гемостаза, электролитов и биохимических анализов достоверно улучшились во 2 группе (табл.2).

Показатели ВСК по Ли-Уайту статистически достоверно повышаются на 36,7% ($p<0,001$) у больных при поступлении по сравнению с контрольной группой. После проведения КИТ традиционной схемы отмечается статистический достоверное повышение на 26,7% ($p<0,001$) по сравнению с показателями при поступлении и на 7,3% снижено по сравнению с показателями ВСК контрольной группы у больных 1 группы. У больных с ОЛ 2 группы после КИТ отмечается недостоверное снижение на 6,7% по сравнению с контрольной группой, достоверное повышение на 21,9% ($p<0,01$) по сравнению с показателями при поступлении и на 15,8% ($p<0,001$) по сравнению с показателями 1 группы после лечения, что указывает на большую эффективность проведенной терапии у 2 группы чем 1 группы (табл. 2). В показателях АЧТВ при поступлении по сравнению с контрольной группой отмечается достоверное их повышение у больных с ОЛ на 13,1% ($p<0,01$). При сравнении показателей АЧТВ у 1 группы после лечения отмечается тенденция к повышению на 2,9% АЧТВ по сравнению с контрольной группой и снижение на 8,9% ($p<0,001$) по сравнению с показателями при поступлении (табл. 2).

Во 2 группе показатели АЧТВ после лечения имели тенденция к снижению на 4,5% по сравнению с контрольной группой, статистически достоверное снижение на 15,6% ($p<0,001$) по сравнению с показателями при поступлении и на 7,3% отмечается тенденция снижения по сравнению с 1 группой после лечения.

Показатели МНО при поступлении по сравнению с контрольной группой отмечаются статистически достоверное их повышение у больных с ОЛ на 11,1% ($p<0,05$). Показатели МНО у 1 группы после проведенного лечения отмечаются тенден-

цию к повышению на 2,8% МНО по сравнению с контрольной группой и снижение на 7,5% по сравнению с показателями при поступлении. При сравнении показателей МНО у 2 группы после лечения отмечается недостоверное снижение на 2,8% по сравнению с контрольной группой, достоверное снижение на 12,5% ($p<0,001$) по сравнению с показателями при поступлении и на 5,4% ($p<0,05$) достоверное снижение по сравнению с 1 группой после лечения (табл. 2).

При анализе показателей фибриногена у детей с ОЛ при поступлении отмечаются выраженные нарушения: при сравнении достоверно на 37,2% ($p<0,001$) были снижены по сравнению с нормой. После проведения лечения в двух различных схемах отмечаются разные результаты: у больных с ОЛ первой группы уровень фибриногена снижен на 16,9% ($p<0,01$) по сравнению с нормой, достоверно повышен на 32,3% ($p<0,05$) по сравнению с показателем при поступлении у больных с ОЛ (табл. 2). У детей 2 группы с ОЛ после комплексной интенсивной терапии по сравнению с 1 группой отмечается значительное улучшение показателей фибриногена, что указывает на эффективность 2 схемы терапии: по сравнению с показателями фибриногена при поступлении отмечается достоверное повышение фибриногена на 50,0% ($p<0,001$) и на 13,7% ($p<0,05$) по сравнению с 1 группой, а по сравнению с нормой отмечается статически недостоверное снижение на 5,5% показателей фибриногена.

При сравнительном анализе ВС гепарина у контрольной группы и при поступлении отмечается: достоверное повышение этих показателей на 32,0% ($p<0,001$) при поступлении по сравнению с контрольной группой. Сравнительный анализ после проведенного лечения у больных 1 группы показал достоверное повышение ВС гепарина на 24,3% ($p<0,001$) по сравнению с контрольной группой и снижение на 5,8% ($p<0,05$) по сравнению с показателями при поступлении. Следует отметить, что оптимизированная КИТ у больных 2 группы дала положительный эффект: показатель ВС гепарина у больных 2 группы достоверно повышен на 15,4% ($p<0,001$) по сравнению с контрольной группой, достоверно снижен на 12,6% ($p<0,001$) по сравнению с показателем ВС гепарина при поступлении, а при сравнении с 1 группой отмечается достоверное снижение на 7,2% ($p<0,05$) (табл. 2).

Показатель АТIII при поступлении у детей с ОЛ был повышен на 2,3%, а у больных 1 группы после лечения повышен на 1,3% по сравнению с

Таблица 2

Показатели гемостаза после КИТ у детей с острым лейкозом

Показатели	Контрольная группа, n=20	ОЛ при поступлении, n=30	1 группа после КИТ, n=16	2 группа после КИТ, n=14
ВСК по Ли-Уайту, мин	6,0±0,3	8,2±0,5 +36,7%***	7,6±0,1 +26,7%*** +7,3%	6,4±0,2 +6,7% 21,9%** 15,8%***
АЧТВ, сек	37,4±1,2	42,3±1,09 +13,1%**	38,5±1,08 +2,9% - 8,9%*	35,7±1,1 - 4,5% - 15,6%*** - 7,3%t
МНО	1,08±0,5	1,2±0,2 +11,1%*	1,11±0,3 +2,8% - 7,5%	1,05±0,2 - 2,8% - 12,5%*** - 5,4%*
Фибриноген, г/л	3,6±0,16	2,26±0,2 - 37,2%***	2,99±0,1 - 16,9%** +32,3%*	3,4±0,2 - 5,5% +50,0%*** +13,7%*
ВС гепарина, сек	7,8±0,3	10,3±0,2 +32,0%***	9,7±0,3 +24,3%*** - 5,8%*	9,0±0,2 +15,4%*** - 12,6%*** - 7,2%*
АТШ, %	86,6±3,1	88,6±4,1 +2,3%	87,7±3,2 +1,3% - 1,01%	86,8±3,3 +0,2% - 2,1% - 1,0%
ФАК, %	16,5±1,4	18,4±1,1 +11,5%t	17,6±1,2 +6,7% - 4,3%	16,9±1,2 +2,4% - 8,1% - 4,0%t
Д-димер, нг/мл	250,6±37,7	360,5±21,0 +43,6%***	320,7±14,2 +27,7%* - 11,1%t	280,6±11,5 +11,7%t - 22,2%** - 12,5%*
Нб, г/л	125,6±5,4	86,1±4,3 - 31,5%***	100,2±6,1 - 20,4%** +16,3%*	106,3±5,8 - 15,6%* +23,2%** +6,0%t
Нт, %	40,2±2,2	33,0±1,1 - 17,9%**	36,0±1,6 - 10,4%t +9,0%t	38,3±2,3 - 4,7% +16,0%* +6,4%t
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	280,8±16,4	205,3±12,5 - 26,8%***	220,7±13,8 - 21,6%** +7,3%	240±11,5 - 14,5%* +17,0%* +9,0%t

Примечание: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001, % - первый ряд отношений при поступлении и группы к контрольной группе, второй ряд отношений 1 группы к поступлению, третий ряд отношений 2 группы к 1 группе.

контрольной группой. АТШ после лечения у больных 1 группы имеется тенденция к снижению на 1,1% по сравнению с показателями АТШ при поступлении. Показатель АТШ у больных 2 группы после КИТ достоверно повысился на 0,2% по сравнению с показателем АТШ при поступлении, и у больных 1 группы после КИТ снижен на 2,1% и 1,0% соответственно (табл. 2).

В показателях ФАК при поступлении у детей с ОЛ была тенденция к повышению на 11,5% по сравнению с контрольной группой. При сравнении показателей ФАК у больных 2 группы после КИТ с показателями ФАК при поступлении отмечается снижение на 4,3%, а по сравнению с контрольной группой повышение на 6,7%. Проведенная оптимизированная КИТ у больных 2 группы показала больше эффект, чем в 1 группе. Отмечается достоверное повышение ФАК на 2,4% по сравнению с контрольной группой. При сравнении с показателями ФАК при поступлении отмечается снижение на 8,1%, а при сравнении с 1 группой на 4,0%.

Как известно Д-димер является маркером ДВС-синдрома и этот показатель был достоверно повышен при поступлении на 43,6% ($p<0,001$) по сравнению с показателями контрольной группы. Показатели Д-димера после лечения у больных заметно улучшились во 2 группе, чем 1 группе, по сравнению с показателями при поступлении: у больных 1 группы по сравнению с контрольной группой и данными при поступлении показатель Д-димера достоверно повышен на 27,7% ($p<0,05$) и отмечается тенденция к снижению на 11,1% соответственно; у больных 2 группы по сравнению с контрольной группой, показатели при поступлении и 1 группы после лечения показатель Д-димера отмечает тенденцию к повышению на 11,7%, достоверно снижен на 22,2% ($p<0,01$) и на 12,5% ($p<0,05$) соответственно, что указывает на эффективность оптимизированной комплексной интенсивной терапии у больных 2 группы (табл. 2).

Как правило, течение ОЛ сопровождается снижением гемоглобина, что неизбежно приводит к анемии тяжелой степени. Поэтому, исходя из цели и задач нашего исследования, мы изучали уровень Нб у детей с ОЛ при поступлении, где отмечалось достоверное снижение Нб на 31,5% ($p<0,001$) по сравнению со здоровыми детьми (контрольная группа). После получения целенаправленного антианемического лечения у больных 2 группы по сравнению с контрольной группой, данные при поступлении и данные после лечения у больных 1 группы, показатель Нб достоверно снижен на

15,6% ($p<0,05$), достоверно повышен на 23,2% ($p<0,01$) и наблюдается тенденция к повышению на 6,0% соответственно, что указывает на эффективность оптимизированной комплексной интенсивной терапии у больных 2 группы; у больных 1 группы по сравнению с контрольной группой и данными при поступлении показатель Нб достоверно снижен на 20,4% ($p<0,01$) и достоверно повышено на 16,3% ($p<0,05$) соответственно.

При исследовании показателей Нт у больных с ОЛ при поступлении отмечается достоверное снижение Нт на 17,9% ($p<0,01$) по сравнению с данными со здоровыми детьми, которые входят в контрольную группу. После проведенной КИТ в разных схемах у больных 1 группы по сравнению с контрольной группой и данными при поступлении показатель Нт отмечает тенденцию к снижению на 10,4% и тенденцию к повышению на 9,0% соответственно; а у больных 2 группы по сравнению с контрольной группой данные при поступлении и данные после лечения у больных 1 группы показатель Нт достоверно снижен на 4,7%, достоверно повышен на 16,0% ($p<0,05$) и тенденция к повышению на 6,4% соответственно, что указывает на эффективность схемы КИТ, проведенной у больных 2 группы.

Так как ОЛ относится к заболеваниям кровеносных органов, тромбоцитопения при данной патологии неизбежна. Доказательством этого является достоверное снижение тромбоцитов у детей с ОЛ при поступлении на 26,8% ($p<0,001$) по сравнению с контрольной группой. Однако, после КИТ количество тромбоцитов заметно увеличивается в обеих группах, больше во 2 группе: отмечается достоверное снижение уровня тромбоцитов во 2 группе на 14,5% ($p<0,05$) по сравнению с контрольной группой, когда этот показатель по сравнению с контрольной группой при поступлении был снижено на 26,8% ($p<0,001$); у больных 1 группы снижение количества на 21,6% ($p<0,01$) по сравнению с контрольной группой, а по сравнению с показателям тромбоцитов при поступлении отмечается повышение на 7,3%. Другим доказательством эффективности 2 схемы КИТ является то, что у детей 2 группы достоверно повышено количество тромбоцитов на 17,0% ($p<0,05$), чем у больных 1 группы, и тенденция к повышению на 9,0% по сравнению с данными, полученными при поступлении (табл. 2).

Таким образом, проведенное исследование показателей гемостаза выявило значительное отклонение от норм этих показателей при посту-

плении у детей с ОЛ. Проведённая комплексная интенсивная терапия в 2 схемах даёт ожидаемые положительные результаты в обеих группах. Однако, при сравнении межгрупповых данных отмечается значительное улучшение показателей гемостаза у детей с ОЛ 2 группы по сравнению с 1 группой, что связано больше всего с патогенетически основанной проведённой 2 схемой оптимизированной комплексной терапии больных, страдающих острым лейкозом.

Мы также изучили показатели биохимических анализов крови, для определения степени нарушений гомеостаза у больных детей с ОЛ, а также влияние проведённой КИТ по 2 схемам.

При поступлении у больных с ОЛ показатель общего белка крови достоверно снижен на 17,9% ($p < 0,01$) по сравнению с контрольной группой. После КИТ показатель общего белка крови в обеих группах повысился, больше у больных 2 группы. Отмечается достоверное снижение общего белка у больных 1 группы после лечения по сравнению с контрольной группой на 8,5% ($p < 0,05$) и тенденция к повышению на 11,4% по сравнению с показателем при поступлении. Недостоверное снижение на 4,7% общего белка по сравнению с контрольной группой, а также достоверное повышение на 16,0% ($p < 0,01$) по сравнению с показателями при поступлении и тенденция к повышению на 4,2% по сравнению с 1 группой указывают на большую эффективность 2 схемы терапии (табл. 2).

При поступлении у больных с ОЛ показатель общего билирубина крови достоверно повышен на 50,1% ($p < 0,01$) по сравнению с контрольной группой. После КИТ показатель общего билирубина крови в обеих группах снизился, больше у больных 2 группы. Отмечается тенденция к повышению общего билирубина у больных 1 группы после лечения по сравнению с контрольной группой на 25,8% и снижение на 16,7% по сравнению с показателем при поступлении. Недостоверное повышение на 6,7% общего билирубина по сравнению с контрольной группой, а также достоверное снижение на 29,3% ($p < 0,01$) по сравнению с показателем при поступлении и тенденция к снижению на 15,1% по сравнению 1 группой указывают на большую эффективность 2 схемы комплексной интенсивной терапии (табл. 2).

При поступлении у больных с ОЛ показатель мочевины крови достоверно повышен на 77,8% ($p < 0,01$) по сравнению с контрольной группой. После КИТ показатель мочевины крови в обеих группах повысился, больше у больных 2 группы.

Отмечается достоверное повышение мочевины крови у больных 1 группы после лечения по сравнению с контрольной группой на 46,3% ($p < 0,05$) и тенденция к снижению на 17,7% по сравнению с показателем при поступлении. Повышение на 18,5% мочевины крови по сравнению с контрольной группой, а также достоверное снижение на 33,3% ($p < 0,001$) по сравнению с показателем при поступлении и тенденция к снижению на 18,9% по сравнению с 1 группой указывают на большую эффективность 2 схемы КИТ (табл. 2).

Выводы.

1. У детей с ОЛ отмечается выраженное нарушение гемостаза по сравнению со здоровыми детьми.

2. При проведении КИТ детей в сочетании с реамберин и ремаксолом является более эффективным по сравнению со стандартной терапией, т.к. значительно снижаются маркеры интоксикации.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 5-8 см. в REFERENCES)

1. Каприн А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность) / П. Г. В. Каприн А.Д., Старинский В.В. – 2016. Вып. М.: МНИОИ.
2. Нагорная Н.В. Острый лейкоз у детей / Н.В. Нагорная [и др.] // Здоровье ребенка. - 2013. - №2 (45). – С. 11-14.
3. Рахматов М.К. Некоторые социально-демографические аспекты заболеваемости лейкозами населения Республики Таджикистан (2000-2009г) / М.К. Рахматов–Душанбе, 2011.
4. Усенова А.А. Эпидемиологические особенности лейкозов в Кыргызстане / А.А. Усенова. Бишкек, 2006

REFERENCES

1. Kaprin A.D. *Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2014 godu (zabolevaemost i smertnost)* [Malignant neoplasms in Russia in 2014 (morbidity and mortality)]. Moscow, MNIOI Publ., 2016.
2. Nagornaya N.V. *Ostryy leykoz u detey* [Acute leukemia in children]. *Zdorove rebenka - Child health*, 2013, No. 2 (45), pp. 11-14.
3. Rakhmatov M.K. *Nekotorye sotsialno-demograficheskie aspekty zabolevaemosti leykozami naseleniya Respubliki Tadzhikistan (2000-2009g)* [Some Socio-Demographic Aspects of the Incidence of Leukemia in the Population of Tajikistan (2000-2009)]. Dushanbe, 2011.
4. Usenova A.A. *Epidemiologicheskie osobennosti leykozov v Kyrgyzstane* [Epidemiological features of leukemia in Kyrgyzstan]. Bishkek, 2006.
5. American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures*. Atlanta, 2018.

6. Arber D.A. The 2016 revision to the World Health Organization classification of myeloid neoplasms and acute leukemia. *Blood*, 2016, Vol. 127, No. 20, pp. 2391-2405.

7. National Cancer Institute. *Childhood Acute Myeloid Leukemia. Other Myeloid Malignancies Treatment (PDQ®)–Health Professional Version*. Available at: <https://www.cancer.gov/types/leukemia/hp/child-aml-treatment-pdq> on December 29

8. Park H.J. Statistics of hematologic malignancies in Korea: incidence, prevalence and survival rates from 1999 to 2008. *The Korean Journal of Hematology*, 2012, Vol. 47, No. 1, pp. 28-38.

ХУЛОСА

И.И. Қараев

ҲОЛАТИ БАЪЗЕ НИШОНДИҲАНДАҲОИ ГЕМОСТАЗ ДАР КЎДАКОНИ ГИРИФТОР БА ЛЕЙКОЗИ ШАДИД БАЪДИ КИМИЁДАРМОНӢ

Мақсади таҳқиқ. Беҳтар намудани натиҷаҳои муолиҷаи кӯдакони гирифтор ба лейкози шадида баъди кимиёдармонӣ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: 85 кӯдаки мубтало ба ЛШ таҳқиқ карда шуд, ки дар давраи солҳои 2015-2019 барои муолиҷа дар шуъбаи кӯдаконаи гематологияи ММТ ҶТ «Шифобахш» ва маркази вилоятии саратоншиносии ш. Бохтар қарор доштанд. Гурӯҳи таҳти таҳқиқ аз 32 кӯдак

бо таъхиси ЛШМ ва 53 бемори мубтало ба ЛШЛ иборат буд.

Дар мавриди тамоми кӯдакон муолиҷаи маҷмӯӣ татбиқ шуд, ки таҳлили клиникӣ, рентгено-эндоскопӣ, лабораторӣ, ТУС, ТК, пунксияи сарисинағӣ ва таҳлили моеи мағзиро дар бар мегирифт.

Натиҷаи таҳқиқ ва муҳокимаи онҳо. Ҳангоми мурочиат ба беморхона дар тамоми кӯдакони бистаришуда манзараи клиникӣ-лаборатории ЛШ ба назар мерасид. Мо ду гурӯҳи беморонро омӯхтем, ки аз ЛШ ранҷ мебуданду КИТ-ро аз рӯйи ду нақша қабул кардаанд. Гурӯҳи 1 - беморони гирифтор ба ЛШ, буда муолиҷаи стандартӣ қабул карданд. Гурӯҳи 2 – беморони гирифтор ба ЛШ, ки илова ба нақшаи стандартӣ ба барномаи КИТ реамберинро яқоя бо ремаксолом гирифтаанд. Доруҳои мазкур қобилияти дорад, ки организми бемори мубтало ба ЛШ-ро аз масмумияти доруҳои кимиёвӣ ҳифз менамояд, ки ҳангоми муолиҷаи ЛШ истифода мешавад ва зимнан таъсири зиддиомосии препаратҳои кимиёвӣ кам намешаванд.

Хулоса. 1. Дар кӯдакони мубтало ба ЛШ ихтилолоти зоҳиршудаи гемостаз қиёсан ба кӯдакони солим ба мушоҳида мерасад.

2. Ҳангоми амалинамоии КИТ яқоя кардани реамберин бо ремаксолом дар муқоиса ба муолиҷаи стандартӣ натиҷабахш ба ҳисоб меравад, зеро маркерҳои масмумиятро хеле коҳиш медиҳад.

УДК 616.311-005-02:613.84

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-49-54

С.М. Каримов, Г.Э. Муллоджанов

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ИНТЕРФЕРОНА ПРИ ТЕРАПИИ ВИРУСНЫХ ПАТОЛОГИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Каримов Сафарахмад Мунаварович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ; 734026, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 59; E-mail: rfrimov.safar67@gmail.com

Цель исследования. Провести клиническое испытание мажевой формы человеческого лейкоцитарного интерферона у соматических больных с рецидивирующим герпетическим стоматитом.

Материал и методы исследования. Было отобрано 98 соматических больных с вирусной патологией слизистой оболочки полости рта в возрасте от 20 до 60 лет и старше с целью изучения клинической эффективности использования лейкоцитарного интерферона. Порядок клинических исследований регламентировался

специальной программой: используемые препараты зашифровывались, расшифровка их проводилась после анализа результатов клинического исследования. Препарат 1 – плацебо (2% эмульсия лидокаина на винилине), препарат 2 – интерфероновая мазь, препарат 3 – 0,5% оксолиновая мазь. После активной реализации комплексного лечения кариесологического и пародонтологического характера больные с мукологической патологией были разделены на 3 группы: 1-я группа включала 31 больного, получавшего курс лечения препаратом 1; 2-я – 34 человека, принимавших препарат 2; 3-я – 33 пациента, использовавшие препарат 3.

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее выраженным клиническим эффектом при лечении рецидивирующего герпетического стоматита у соматических больных с сочетанной стоматологической патологией обладал препарат 2, который оказал местное обезболивающее и противовоспалительное действие. Показатели выздоровления больных, получавших этот препарат по сравнению с пациентами 3-й группы, сокращались в среднем на 2 дня, 1-й группы – более чем на 1 день.

Заключение. Использование в курсе лечения герпетического стоматита оксолиновой мази и препарата №1 не способствовало профилактике развития у большинства пациентов вторичных элементов на слизистой ротовой полости (24,0% и 44,0% соответственно). При использовании в терапии препарата №2 новые высыпания на слизистой ротовой полости наблюдались лишь в 6% случаев, что говорит о наличии у данного лекарственного средства хорошего противовирусного эффекта.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, соматическая патология, рецидивирующий герпетический стоматит, лейкоцитарный интерферон.

S.M. Karimov, G.E. Mullodzhanov

CLINICAL RESULTS OF THE USING LEUCOCYTE INTERFERON FOR THE THERAPY OF VIRAL PATHOLOGY OF THE ORAL MUCOUS IN SOMATIC PATIENTS WITH COMBINED DENTISTRY PATHOLOGY

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

Karimov Safarakhmad Munavarovich – Candidate of Medical Sciences, assistant professor of the Therapeutic Dentistry Department SEE IPEHS RT, 734026, Dushanbe, I. Somoni st., tel.: 988-71-09-92

Aim. To conduct a clinical test of the unguent form of human leukocyte interferon in somatic patients with relapsing of herpetic stomatitis.

Material and methods. 98 somatic patients with viral pathology of the oral mucous at the age of 20 to 60 years and older were studied to identify the clinical efficiency of the leukocyte interferon. The order of the clinical studies was specified by a special program: preparations were decrypted, decryption was conducted after the analysis of the results of the clinical study. Preparation 1 – placebo (2% emulsion of lidocaine on vinilin), preparation 2 – interferon's unguent, preparation 3 – 0.5% oxoline unguent. After active implementation of the complex treatment of patients with mucologic pathology were divided into 3 groups: 1st group included 31 patients who got a course of the treatment by preparation 1; 2nd - 34 persons, 2 have taken preparation; 3rd - 33 patients, 3 used preparation.

Results. The most expressed clinical effect in the treatment of relapsing of herpetic stomatitis in somatic patients with combined dentistry pathology was shown by preparation 2, which had local anesthetic and anti-inflammation action. Indicators of the recovery of patients who got this preparation in contrast with patients of the third group decreased on average by 2 days, the 1st groups - by more than 1 day.

Conclusion. Using oxolin's unguent and preparation 1 in course of the treatment of herpetic stomatitis did not prevent the development of secondary elements in the oral mucous (24.0% and 44.0% accordingly) in most of the patients. Using preparation 2, new elements on oral mucous were observed only in 6.0% of cases, which shows it good antiviral effect.

Key words: oral mucous, somatic pathology, relapsing of herpetic stomatitis, leukocyte interferon.

Актуальность. Заболевания слизистой оболочки полости рта имеют общие факторы риска такие, как плохая гигиена, нерациональное питание, курение и генетическая предрасположенность. Патология слизистой оболочки полости рта - частое заболевание, отличающееся торпидностью к

лечению и частыми рецидивами [2, 4, 6]. Известно, что патологические изменения слизистой оболочки полости рта являются нередкими заболеваниями и об этом говорят ряд авторов [1, 3, 5].

Проанализировав доступную литературу, следует отметить, что отсутствуют работы в указан-

ном аспекте у пациентов с сочетанной стоматологической патологией в зависимости от общего состояния организма, и решение этой задачи является одной из актуальных проблем в мукологическом направлении.

Цель исследования. Провести клиническое испытание мазевой формы человеческого лейкоцитарного интерферона у соматических больных с рецидивирующим герпетическим стоматитом.

Материал и методы исследования. В период с 2018 по 2020 гг. из общего числа соматических больных с сочетанной стоматологической патологией (287 человек), было отобрано 98 больных с вирусной патологией слизистой оболочки полости рта в возрасте от 20 до 60 лет и старше с целью изучения клинической эффективности использования лейкоцитарного интерферона. В обследованном контингенте женщин было больше (65,3%), чем мужчин (34,7%). Порядок клинических исследований регламентировался специальной программой: используемые препараты зашифровывались, расшифровка их проводилась после анализа результатов клинического исследования. Препарат 1 – плацебо (2% эмульсия лидокаина на винилине), препарат 2 – интерфероновая мазь, препарат 3 – 0,5% оксолиновая мазь.

После активной реализации комплексного лечения кариесологического и пародонтологического характера больные с мукологической патологией были разделены на 3 группы: 1-я группа включала 31 больного, получавшего курс лечения препаратом 1; 2-я – 34 человека, принимавшие препарат 2; 3-я – 33 пациента, использовавшие препарат 3.

Диагностику рецидивирующего герпетического стоматита проводили с учетом анамнестических данных и характерных клинических симптомов. Мониторинг процесса выздоровления проводили по данным субъективного и объективного осмотра. В медицинской карте пациента регистрировали динамические изменения в течении вирус-герпетических патологий слизистой ротовой полости. Отдельное внимание уделялось методам купирования герпетического процесса, противовоспалительной эффективности испытуемых лекарственных средств и их переносимость пациентами.

Обработку результатов исследования проводили с использованием методов математической статистики. Во всех сериях опытов определяли среднее арифметическое (M), ошибку среднего (m) и достоверность различий (p) средних величин оценивали с помощью критерия Стьюдента. Различия принимали за достоверные показатели

между средними для уровней доверительной вероятности больших ($p < 0.05$).

Результаты исследования и их обсуждение. Рост числа вирус-герпетических патологий слизистой ротовой полости у пациентов с сопутствующими соматическими заболеваниями вызвало необходимость разработки эффективных методов их терапии. Широкий спектр фармакологических препаратов, используемых для лечения этой группы заболеваний, свидетельствует об их недостаточной эффективности. Перспективным нам представляется изучение возможности использования интерферона, обладающего наряду с этиотропным также иммуномоделирующим действием. Выпускаемый Российской промышленностью интерферон хорошо зарекомендовал себя при лечении различных клинических форм герпетической инфекции, в том числе и острого герпетического стоматита. В то же время обычно используемая жидкая форма лекарственного препарата не обеспечивает длительного контакта его с пораженной слизистой оболочкой полости рта. С этой целью нами проведены клинические испытания мазевой формы человеческого лейкоцитарного интерферона активностью 20 000 МЕ в 1 г.

Под наблюдением находилось 98 пациентов в возрасте от 20 до 40 лет с соматической патологией в сочетании со среднетяжелыми формами рецидивирующего герпетического стоматита. У большей части пациентов в первые сутки заболевания наблюдалось увеличение температуры тела, увеличение подчелюстных лимфатических узлов, в ряде случаев пациенты отмечали появление болевых ощущений в суставах.

На слизистой ротовой полости, в области губ и на участках красной каймы появлялись характерные для данной патологии эрозивные поражения, при этом часто наблюдалось появление герпетической везикулярной сыпи и на коже лица. Больным обрабатывали пораженную слизистую оболочку полости рта одним из зашифрованных препаратов, который затем вместе с инструкцией вручался больному для использования в домашних условиях. Испытуемые лекарственные средства назначали пациентам, которые обращались за помощью в период до 48 часов от момента обнаружения сыпи на слизистой ротовой полости.

Критериями эффективности применения этих лекарственных средств при мукологической терапии являлись сроки эпителизации и полного выздоровления пациентов 1-й и 2-й групп с проведением сравнительного анализа данных пока-

зателей группой пациентов, у которых в лечении использовалась 0,5% оксолиновая мазь.

В начале лечения препаратами 1 и 2 у наблюдаемых пациентов наблюдалось улучшение общего состояния, снижение интенсивности болей, что позволило заметно облегчить прием пищи. Данные лекарственные средства хорошо подвергались фиксации на влажной поверхности слизистой ротовой полости и способствовали ускорению эпителизации.

Препарат 3 не оказывал обезболивающего действия, в связи с чем в ряде случаев потребовалось назначение анальгетиков местно. На слизистой ротовой полости плохо фиксировалась оксолиновая мазь и довольно быстро смывалась слюной с пораженной зоны, поэтому ее терапевтический эффект снижался. На губах при контакте с воздухом оксолиновая мазь окрашивалась в фиолетовый цвет, что вызывало недовольство части больных.

Сроки наступления эпителизации у больных, получивших местно оксолиновую мазь, составили в среднем $5,06 \pm 0,11$ дня. Вплоть до 4-го дня с момента обращения у 24,6% больных этой группы в период наблюдения на слизистой оболочке рта отмечали появление свежих герпетических высыпаний. Полное выздоровление больных (от начала заболевания до момента исчезновения герпетических высыпаний) составило $7,02 \pm 0,16$ дня.

После аппликации лекарственного средства №1, обладающего хорошими анестетическими свойствами, пациенты со стоматологической и соматической патологией позволяли более тщательно выполнять профессиональную гигиену ротовой полости. Эпителизация афтозных и эрозивных дефектов наблюдалась в среднем спустя $4,25 \pm 0,29$ суток от момента начала терапии, а полное выздоровление отмечалось в среднем к $6,15 \pm 0,39$ суткам наблюдения. Необходимо отметить, что в 44,8% случаев у пациентов данной группы отмечалось появление новых высыпаний рядом с образовавшимися афтами и эрозиями.

Уже в первые дни после начала лечения с использованием препарата №2 у пациентов наблюдалось улучшение общего состояния, снижение интенсивности болей, восстановление нормальной температуры тела. Во время аппликации данного препарата проявлялось его противовоспалительное действие в виде уменьшения отека на слизистой ротовой полости рта, отмечалось обратное развитие без вскрытия большей части везикулов с серозным содержимым.

У больных с сочетанной стоматологической и соматической патологией спустя $3,2 \pm 0,1$ суток от момента начала применения терапия наблюдалась эпителизация пораженных зон на слизистой ротовой полости, а выздоровление пациентов отмечалось на $5,02 \pm 0,36$ сутки. Только у 6% пациентов не позднее 48 часов от начала терапии наблюдалось появление новых высыпаний на слизистой ротовой полости. Необходимо отметить, что ни один из изучаемых препаратов не вызвал нежелательного побочного действия.

Наиболее выраженным клиническим эффектом при лечении рецидивирующего герпетического стоматита у больных с сочетанной пародонто-мукологической патологией обладал препарат 2, который оказал местное обезболивающее и противовоспалительное действие. Показатели выздоровления больных, получавших этот препарат по сравнению с пациентами 3-й группы, сокращались в среднем на 2 дня, 1-й группы – более чем на 1 день.

Известное терапевтическое действие обнаружено и у препарата 1 при назначении которого заметно снижалась болезненность, уменьшалась местная воспалительная реакция, ускорялась эпителизация афт и эрозий. Выздоровление больных 1-й группы наступало на 0,8 дня раньше пациентов 3-й группы.

Приходится констатировать, что использование в курсе лечения герпетического стоматита оксолиновой мази и препарата №1 не способствовало профилактике развития у большинства пациентов вторичных элементов поражения на слизистой ротовой полости (24,0% и 44,0% соответственно). При использовании в терапии препарата №2 новые высыпания на слизистой ротовой полости наблюдались лишь в 6% случаев, что говорит о наличии у данного лекарственного средства хорошего противовирусного эффекта.

В виду ограниченного периода наблюдения мы не смогли оценить противорецидивный эффект испытываемых лекарственных средств. В то же время мы обнаружили, что во 2-й группе пациентов в течение всего периода наблюдения случаи рецидива заболевания наблюдались у 2 больных, а в 1-й и 2-й группах больных случаи повторного развития герпетического стоматита наблюдались в 13 (41,9%) и 10 (29,4%) наблюдениях, соответственно. У пациентов с рецидивирующей формой герпетического стоматита, в терапии которых использовался препарат №2, течение заболевания было более легким по сравнению с долечebным

периодом, также отмечалось увеличение продолжительности периода ремиссии.

Таким образом, результаты нашего исследования у соматических больных с пародонто-мукологической патологией показывают выраженный противогерпетический эффект мазевой формы интерферона и позволяют рекомендовать его для широкого внедрения в мукологическую практику.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 5-6 см. в REFERENCES)

1. Вашурин И.В. Состояние полости рта у пациентов с хронической сердечной недостаточностью / И.В. Вашурин, К.Г. Гуревич, В.Д. Вагнер // Стоматология для всех. 2011. № 1. С. 4-7.

2. Орехова Л.Ю. Состояние органов полости рта и изменение тканевого кровотока слизистой оболочки полости рта у больных с хронической сердечной недостаточностью / Л.Ю. Орехова, М.Г. Рыбакова, А.А. Бармашева // Стоматология. 2013. № 4. С. 23-25.

3. Робакидзе Н.С. Иммуногистохимические характеристики слизистой оболочки рта при сочетанной патологии / Н.С. Робакидзе // Материалы XXI и XXII Всероссийских научно-практических конференций. М., 2016. С. 134-136.

4. Токмакова С.И. Язвенно-некротический стоматит на фоне острых лейкозов / С.И. Токмакова, О.В. Сысоева, Ю.В. Луницына // Российский стоматологический журнал. 2017. № 6. С. 46-47.

REFERENCES

1. Vashurin I.V. Sostoyanie polosti rta u patsientov s khronicheskoy serdechnoy nedostatochnostyu [Oral health in patients with chronic heart failure]. *Stomatologiya dlya vseh - Dentistry for all*, 2011, No. 1, pp. 4-7.

2. Orekhova L.Yu. Sostoyanie organov polosti rta i izmenenie tkanevogo krvotoka slizistoy obolochki polosti rta u bolnykh s khronicheskoy serdechnoy nedostatochnostyu [Oral health and changes in oral mucosal tissue blood flow in patients with chronic heart failure]. *Stomatologiya - Dentistry*, 2013, No. 4, pp. 23-25.

3. Robakidze N.S. [Immunohistochemical characteristics of oral mucosa in combined pathology] *Materialy XXI i XXII Vserossiyskikh nauchno-prakticheskikh konferentsiy* [Materials of XXI and XXII All-Russian Scientific-Practical Conferences]. Moscow, 2016, pp. 134-136. (In Russ.)

4. Tokmakova S.I. Yazvenno-nekroticheskiy stomatit na fone ostrykh leykozov [Necrotic ulcerative stomatitis on the background of acute leukemia]. *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal - Russian Dentistry Journal*, 2017, No. 6, pp. 46-47.

5. Du Y., Li H. Expression of E-cadherin in oral lichen planus. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 2015, Vol.10, No. 4, pp. 1544-1548.

6. Georgacopoulou E.A. Oral lichen planus as a pre neoplastic inflammatory model. *Journal of Biomedicine and Biotechnology*, 2012, Vol. 10, pp. 759-762.

ХУЛОСА

С.М. Каримов, Ғ.Э. Муллоҷонов

НАТИҶАҶОИ КЛИНИКИИ ИСТИФОДАИ ИНТЕРФЕРОНИ ЛЕЙКОСИТАРӢ ҲАНГОМИ ТАБОБАТИ ПАТОЛОГИЯҶОИ ВИРУСИИ ПАРДАИ ЛУОБИИ ДАҶОН ДАР БАЙНИ БЕМОРОНИ СОМАТИКИИ ПАТОЛОГИЯҶОИ ҲАМҶОЯИ СТОМАТОЛОГИДОШТА

Мақсади тадқиқот. Гузаронидани озмоиши клиникӣ намуди марҳамии интерферони лейкоситарӣ дар байни беморони соматикӣ стоматити герпетикӣ авҷгирандадошта.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. 98 нафар беморони соматикӣ патологияи вирусии пардаи луоби ковокии даҳондошта синнашон аз 20 то 60 ва зиёда бо мақсади омӯзиши самаранокии истифодаи интерферони лейкоситарӣ интиҳоб карда шуд. Номбарии тадқиқоти клиникӣ бо истифода аз нақшаи махсус коргузорӣ карда шуд: маводҳои истифодашуда пас аз таҳлили натиҷаҳои клиникӣ тадқиқот номгузорӣ карда шуд. Маводи доруворӣ якӯм – платсебо (эмулсияи 2% лидокаин дар винилин), маводи доруворӣ дуюм – марҳамии интерферонӣ, маводи доруворӣ сеюм – марҳамии 0,5% оксолин. Пас аз ҷорикунони фаъоли табобати маҷмуавии сифати кариесологӣ ва пародонтологидошта, беморони мукологӣ ба 3 гурӯҳ тақсим шуданд: гурӯҳи якум 31 нафар беморони маводи доруворӣ якӯмро интиҳобкарда; гурӯҳи дуюм – 34 нафар беморони маводи доруворӣ гурӯҳи дуюмро интиҳобкарда; гурӯҳи сеюм – 33 нафар беморони маводи доруворӣ гуруҳи сеюмро интиҳобкарда.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он. Ҳангоми табобати стоматити герпетикӣ авҷгиранда аз ҳама самаранокии барзиёд байни беморони соматикӣ патологияҳои ҳамҷояи стоматологидошта, ки маводи доруворӣ дуюм гурӯҳро интиҳоб намуданд ва он хусусияти беҳискунонии ҷузъӣ ва зиддиинтиҳобиро доро мебошад, мушоҳида карда шуд. Нишондодҳои сикатшавии ин гурӯҳ беморон, нисбати беморони гурӯҳи сеюм, бо ҳисоби миёна ба миқдори 2 шабонарӯз тезтар, нисбати якӯм гурӯҳи беморон зиёда аз як шабонарӯзро ташкил дод.

Хулоса. Ҳангоми табобати стоматити герпетикӣ истифодаи марҳами оксолиний ва маводи дорувории рақами якӯм пешгирии ба амал омадани элементҳои дуомдараҷаи пардаи луоби ковокии даҳонро на он қадар таъмин намуд (мутаносибан 24,0% ва 44,0%). Ҳангоми истифодаи марҳами интерферони лейкоситарӣ бошад, танҳо дар 6%-и

ходиса элементҳои дуомдараҷа дар пардаи луоби ковокии даҳон ба назар расид, ки ин аз самаранокии баланди зиддивирусии маводи номбурда шаҳодат медиҳад.

Калимаҳои калидӣ: пардаи луоби ковокии даҳон, патологияи соматикӣ, стоматити герпетикӣ, авчгиранда, интерферони лейкоситарӣ.

УДК 618.3-06; 616.98-036-07-08:578.834.11

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-54-60

Д.Г. Каримова

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА SARS-COV-2-АССОЦИИРОВАННЫХ ЛЕТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра акушерства и гинекологии №1, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Каримова Давлатби Гулбидиновна - соискатель кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»;

Цель исследования. Снижение показателей материнской смертности путем изучения клинических особенностей течения летальных SARS-COV-2-ассоциированных пневмоний у беременных с целью последующей оптимизации диагностики, акушерской тактики и лечения

Материал и методы исследования. Было обследовано 70 беременных женщин: со среднетяжелым – 34 (48,6%), тяжелым – 11 (15,7%) и крайне тяжелым течением – 25 (35,7%) SARS-CoV-2. Объем исследования соответствовал стандарту обследования беременных при коронавирусной инфекции SARS-CoV-2. От общего числа обследованных в 7 случаях (1%) заболевание закончилось летально.

Результаты исследования и их обсуждение. Основными симптомами летальных случаев пневмоний, которые проявлялись с первых дней начала заболевания и стремительно прогрессировали были: повышение температуры тела до уровня фебрильных величин от момента начала заболевания – 7 (100%), выраженная слабость – 7 (100%), нарастающий сухой и малопродуктивный кашель – 7 (100%). Нарастающая одышка и тахипноэ при госпитализации в стационар также определялись у всех погибших беременных. Боли в грудной клетке преобладали у большинства 4 (57,1±20,2%) погибших беременных. Симптомы интоксикации были выражены и проявлялись артралгией – 4 (57,1±20,2%), миалгией – 3 (42,9±20,2%), головная болью – 3 (42,9±20,2%). Токсическое поражение сердечно-сосудистой системы проявлялось тахикардией 7(100%) и гипотонией в 4 (57,1±20,2%) случаях.

Вывод. Особенностью клинических симптомов летальных SARS-CoV-2-ассоциированных пневмоний у беременных во второй половине гестации следует считать сочетание фебрильной лихорадки, малопродуктивного кашля, нарастающей одышки и тахипноэ.

Ключевые слова: вирусные пневмонии и беременность, коронавирусные инфекции, SARS-CoV-2, респираторные вирусные инфекции, материнская смертность.

D.G. Karimova

CLINICAL CHARACTERISTICS OF SARS-COV-2-ASSOCIATED LETHAL PNEUMONIA IN PREGNANT WOMEN

Department of Obstetrics and Gynecology №1, SEI Avicenna Tajik State Medical University

Davlatbi Gulbidinovna Karimova - fellow of the Department of Obstetrics and Gynecology № 1 of the SEI Avicenna Tajik State Medical University;

Aim. To reduce maternal mortality by examining the clinical features of the course of lethal SARS-COV-2-associated pneumonia in pregnant women to further optimize diagnosis, obstetric management, and treatment.

Material and Methods. 70 pregnant women were examined: 34 (48.6%) with moderate, 11 (15.7%) with severe, and 25 (35.7%) with extremely severe SARS-CoV-2. The scope of the study corresponded to the standard examination of pregnant women with SARS-CoV-2 coronavirus infection. Of the total number examined, 7 cases (1%) were fatal.

Results and discussion. The main symptoms of lethal cases of pneumonia, which manifested from the first days of the disease and progressed rapidly were: an increase in body temperature to febrile values from the beginning of the disease - 7 (100%), marked weakness - 7 (100%), increasing dry and unproductive cough - 7 (100%). Increasing dyspnea and tachypnea on admission to the hospital were also determined in all pregnant women who died. Chest pain predominated in the majority, 4 (57.1±20.2%) of the pregnant women who died. The symptoms of intoxication were pronounced and manifested as arthralgia - 4 (57.1±20.2%), myalgia - 3 (42.9±20.2%), headache - 3 (42.9±20.2%). Toxic lesion of the cardiovascular system was manifested by tachycardia in 7(100%) and hypotension in 4 (57,1±20,2%) cases.

Conclusion. The combination of febrile fever, low-productive cough, increasing dyspnea, and tachypnea should be considered as specific clinical symptoms of lethal SARS-CoV-2-associated pneumonia in pregnant women in the second half of gestation.

Keywords: viral pneumonia and pregnancy, coronavirus infections, SARS-CoV-2, respiratory viral infections, maternal mortality.

Актуальность. У беременных SARS-CoV-2 может протекать от легких форм острой респираторной инфекции до тяжелой пневмонии и тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС), а также может приводить к почечной, полиорганной недостаточности и смерти [1-5]. Легкое течение у беременных наблюдаются в 91%, среднетяжелое и тяжелое в 8%, крайне тяжелое в 1% [1-5].

Сведения о причинах и частоте материнской смертности по данным последних исследований посвященных новой коронавирусной инфекции во время гестационного процесса противоречивы. В некоторых публикациях отмечается возрастающая частота материнской смертности. Так, в Иране из 9 беременных с тяжелой формой SARS-CoV-2 во втором и третьем триместре беременности умерло 7 женщин [8-10]. Процент смертности от инфекции SARS-CoV-2 среди беременных может достигать 25% [10].

В связи с этим представляет научный интерес изучение клинического течения летальных случаев SARS-COV-2-ассоциированных пневмоний у беременных с целью оптимизации своевременной диагностики, тактики и лечения данных пациентов.

Цель исследования. Снижение показателей материнской смертности путем изучения клинических особенностей течения летальных SARS-COV-2-ассоциированных пневмоний у беременных.

Материал и методы исследования. За период пандемии 2020-2021 года в родильный стационар при Городском медицинском центре было госпитализировано 70 беременных женщин с диагнозом SARS-CoV-2-ассоциированной пневмонией. Анализ были подвергнуты амбулаторные карты беременных, которые велись в ЦРЗ по месту жительства, обменные карты беременных, истории беременных, которые заполнялись в процессе госпитализации в ковидном стационаре до момента летального исхода.

Из общего количества беременных (70) были со среднетяжелым течением 34 (48,6%) женщины, с тяжелым – 11 (15,7%) и крайне тяжелым течением – 25 (35,7%). Всем беременным проводились общеклинические, акушерские и клинико-лабораторные методы исследования (общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма). Для подтверждения диагноза «внебольничная пневмония» проводилась обзорная рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, либо компьютерная томография. Частота материнской смертности от общего числа поступивших беременных с признаками пневмонии, вызванного вирусом SARS-CoV-2 (70 беременных женщин), составило 7 (1%) случаев. У всех погибших женщин прижизненно диагноз «пневмония коронавирусной этиологии» был подтвержден методом ПЦР, а также в дополнении был использован ИФА, в процессе которого определялись в крови специфические иммуноглобулины М и G SARS-CoV-2.

Статистическая обработка материала выполнялась с использованием соответствующих функций Microsoft Excel 2016 и программного обеспечения Statistica 10.0 для Windows (StatSoft Inc., USA). Данные представлены в виде абсолютных значений и процентов для категориальных данных. Категориальные данные и пропорции сравнивались с использованием критерия хи-квадрат, в том числе с поправкой Йетса и точного двустороннего критерия Фишера. Значения $p < 0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст умерших беременных составил 31,9 лет, вариационные изменения колебались от 25 до 37 лет. Изучение частоты гибели беременных женщин с признаками коронавирусной пневмонии в зависимости от возраста показала, что 2/3 (5 (71,4%)) из них составили беременные в возрасте от 30 до 39 лет, лишь у 1/3 (2 (28,6%)) летальных

исходов возникло в возрасте 20-29 лет. Распределение паритета в изучаемой группе было таковым: первородящие составили 57,1%, повторнородящие 42,9%.

Изучение мест проживания умерших беременных показало, что 42,9% из них проживали в сельской местности, а 57,1% проживала в городе Душанбе. Изучение социального статуса показало, что преимущественно погибшие беременные при жизни были домохозяйками (85,7%), и лишь 14,3% беременных относились к категории работающих женщин.

Вариации срока гестации, в котором инициировалась материнская смертность, колебалась от 21 до 36 недель, в среднем - 27,8 недель. Таким образом, во втором триместре беременности погибло 4 (57,1%) беременных женщин, а в третьем 3 (42,9%). Особенность гинекологического анамнеза заключалась в том, что 5 (71,4%) беременных перед возникновением данной беременности страдали первичными, либо вторичными формами бесплодия. При этом первичное бесплодие отмечалось в 2 (28,6%) случаях, которое было скорректировано с помощью использования вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) – 2 случая (28,6%) в период пандемии. В 3 (42,9%) случаях перед возникновением данной беременности отмечалось вторичное бесплодие. Частой патологией в данной категории беременных отмечались эпизоды развития функциональных кист и опухолей яичников. Репродуктивная функция была осложнена наличием прерывания беременности у 3 (42,9%) беременных.

Инфекционный анамнез был отягощен наличием частых респираторных инфекций, таких как ОРВИ и грипп. Среди них преобладали ОРВИ - 6 (85,7%), эпизоды гриппа имели место в 2 (28,6%) случаях, либо их сочетание также в 2 (28,6%) случаях.

Сопутствующая экстрагенитальная патология у погибших беременных определялась в 6 (85,7%) случаях. В 6 (85,7%) случаях у погибших беременных от коронавирусной пневмонии была диагностирована патология мочевыделительной системы, которая была представлена хроническим пиелонефритом (85,7%), пороками развития мочевыделительной системы (14,3%) и хронической почечной недостаточностью (14,3%). Эндокринные расстройства, в виде метаболического синдрома выявлялись у 3 (42,9%) беременных. У каждой третьей (42,9%) погибшей определялась патология сердечно-сосудистой системы, которая была пред-

ставлена хроническими гипертензиями (14,3%) и варикозной болезнью 28,6%. Заболевания крови в виде железодефицитных анемий диагностировались у 2/3 беременных (71,4%). Аллергозы определялись у каждой пятой беременной 28,6%. В большинстве случаев летальных исходов 85,7% беременных отмечались сочетание одновременно несколько нозологических единиц (патологии мочевыделительной системы, метаболического синдрома и железодефицитных анемий).

Учитывая высокую частоту метаболического синдрома у изучаемого контингента, мы проанализировали ИМТ у каждой погибшей беременной (табл. 1).

Таблица 1

Особенности роста-весовых взаимоотношений в категории погибших беременных женщин

Количество погибших беременных	Пневмония коронавирусной этиологии (n=7)
	ИМТ
1	23,2
2	39,1
3	32,1
4	31,3
5	27,3
6	26,5
7	26,7
Средний индекс массы тела	29,5

Лишь у одной погибшей беременной определялся нормальный индекс массы тела - 23,2 (табл. 2). В трёх случаях определялась избыточная масса тела (42,9%) и у оставшихся 3 умерших беременных наблюдалось ожирение различной степени (42,9%).

При анализе осложнений беременности в случаях, которые закончились летально, осложненное течение гестации определялось у каждой второй беременной (57,1%). Ведущей патологией беременности оказались гипертензивные нарушения во время беременности 2 (28,9%). Они были представлены умеренной преэклампсией в 2 (28,9%) случаях. У каждой третьей беременной беременность была многоплодной (28,9%). Также, у каждой третьей (28,9%) женщины беременность возникла при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО), которые проводились в период пандемии. У каждой пятой (14,3%) течение гестационного процесса

Таблица 2

Распределение умерших беременных с коронавирусной пневмонией в зависимости от индекса массы тела

ИМТ	ИМТ < 18,5		ИМТ ≥ 18,5 И < 25		ИМТ ≥ 25 И < 30		ИМТ ≥ 30 И < 35		ИМТ ≥ 35 И < 40		ИМТ ≥ 40	
	Ниже нормального		Нормальный		Избыточный		Ожирение 1 ст		Ожирение 2 ст		Ожирение 3 ст	
	АБС.	%	АБС.	%	АБС.	%	АБС.	%	АБС.	%	АБС.	%
Беременные с коронавирусными пневмониями	0	0,0	1	14,3	3	42,9	2	28,6	1	14,3	0	0,0

осложнилось антенатальной гибелью плода, преждевременными родами, многоводием, родовым разрывом плодных оболочек и нарушением кровотока фето-плацентарного комплекса.

При поступлении в ковидный родильный стационар клиническая картина SARS-COV-2-ассоциированной пневмонии проявлялась остро и в дальнейшем, в палате интенсивной терапии (ПИТ), сопровождалась стремительным нарастанием симптомов прогрессирующего поражения легких. Основными симптомами крайне тяжелого течения коронавирусной инфекции являлись повышение температуры тела до уровня фебрильных величин (100%), выраженная слабость (100%) беспокоила на протяжении всей длительности пребывания в ПИТ. Кашель, один из ранних симптомов, определялся во всех случаях и в большинстве был сухим и малопродуктивным. Одышка, как ведущий симптом прогрессирующей пневмонии, при поступлении в стационар выявлялся у всех погибших беременных. Боли в грудной клетке преобладали у большинства (4 (57,1±20,2%)) погибших бере-

менных. Симптомы интоксикации, выраженность которых нарастала одновременно с нарастанием одышки, были представлены такими симптомами как артралгия в 4 (57,1±20,2%) случаях, миалгия – в 3 (42,9±20,2%), головная боль – в 3 (42,9±20,2%). Токсическое поражение сердечно-сосудистой системы проявлялось тахикардией и снижением артериального давления, которое определялось в 4 (57,1%) случаях.

Основные параметры гемодинамики, функции внешнего дыхания и результаты лучевых методов исследования поражения легочной ткани представлены в следующей табл. 3.

Нарастающая одышка, как ведущий симптом прогрессирующего поражения легочной ткани, определялась во всех случаях. При этом ЧДД колебалась от 28 до 35 в минуту, среднее значение данной величины равнялась 29,9±2,09. Одновременное определение сатурации кислорода было низким и колебалось от 75 до 93%, среднее значение данной величины равнялось 82,9±6,14. В 100% случаев определялась выраженная тахикар-

Таблица 3

Зависимость показателей гемодинамики и функции внешнего дыхания от уровня поражения легких

№	Срок гестации, нед.	ЧДД, в 1 мин.	Сатурация крови, %	Пульс, уд. в 1 мин.	Индекс Альговера
1	26	29	85	105	1,2
2	24	35	76	120	1
3	35	32	75	110	1,2
4	36	28	86	104	1,2
5	28	35	83	111	1,2
6	21	30	82	130	1,3
7	23	20	93	100	0,9
Средние значения величин		29,9±2,09	82,9±6,14	112,4±12,98	1,1±0,18

дия ($112,4 \pm 12,98$). У 4 (57,1%) беременных при поступлении наблюдалась гипотония. Результаты оценки индекса Альговера показали состояние гиповолемии у данного контингента. Всем беременным, поступившим в ковидный стационар с клиническими симптомами пневмонии, проводились исследования поражения легочной ткани. При этом использовались лучевые методы диагностики, такие как рентгенография легких, в 2 проекциях 3 (42,9%), либо использовали компьютерную томографию 4 (57,1%). Диагностическими критериями легочной деструкции на фронтальных рентгенограммах были: деформация легочного рисунка, очаговая инфильтрация, инфильтрация прикорневых зон, деформация и уплотнением корней легких. На томограммах проявлениями данных процессов следует считать появление патогномичного симптома «матовое стекло», очагами консолидации, ретикулярными изменениями. Во всех случаях процесс был двухсторонним.

У всех погибших беременных SARS-CoV-2-ассоциированная пневмония осложнилась ОРДС, предикторами которого в данном контингенте исследуемых следует считать острое начало и быстрое нарастание ДН, наличие прямого этиологического фактора – вирусной пневмонии, нарастающая одышка и тахипноэ, на рентгенограммах наличие двухсторонних инфильтратов, на КТ – участков консолидации и симптома «матового стекла», сни-

жение SpO_2 ниже 90% в соответствии с кривой диссоциации оксигемоглобина соответствующей PaO_2 60 мм рт.ст. Прогрессирующий острый респираторный дистресс синдром инициировал острую дыхательную недостаточность итогом которого явилась гибель беременных женщин.

Во всех 7 случаях, учитывая наличие одышки, беременные получали респираторную поддержку (показание – $SpO_2 < 90\%$). Респираторную поддержку начинали с ингаляции увлажненным кислородом в положении больной с приподнятым головным концом кровати. При неэффективности данной методики, нарастающем тахипноэ, снижении SpO_2 , производилась неинвазивная вентиляция легких с постоянным положительным давлением в течение всей фазы выдоха и вдоха (CPAP), которая была использована в 3 (42,9%) случаях. Интубация и искусственная вентиляция легких (ИВЛ) применялась при неэффективности методов неинвазивной респираторной поддержки (85,7%). В связи с прогрессирующей дыхательной недостаточностью в 5 (71,4%) случаях беременные были родоразрешены путем экстренного кесарева сечения. Двое беременных погибли не родоразрешенными. Гибель 3-х родоразрешенных беременных наступила через сутки, четвертой женщины на 2 сутки, а пятой - на 6 сутки после родоразрешения. Средняя продолжительность жизни родильниц по-

Таблица 4

Признаки, локализация и объёмы поражения легких, выявленные лучевыми методами исследования у погибших беременных

№	Признаки	Локализация патологического процесса в легких	Диагноз	Уровень поражения на КТ
1	«матовое стекло», участки консолидации, ретикулярные изменения	двухсторонний	Двухсторонняя полисегментарная пневмония	75%
2	«матовое стекло», Уплотнение интерстиция, Уплотнение корней	двухсторонний	Двухсторонняя полисегментарная пневмония	75%
3	Инфильтрация корней, очаговая инфильтрация, деформация корней	двухсторонний	Двухсторонняя полисегментарная пневмония	—
4	Усиление, деформация легочного рисунка, деформация и инфильтрация корней	двухсторонний	Двухсторонняя бронхопневмония	—
5	«матовое стекло», участки консолидации,	двухсторонний	Двухсторонняя полисегментарная пневмония	50%
6	«матовое стекло», очаги консолидации	двухсторонний	Двухсторонняя полисегментарная пневмония	45%
7	Деформация легочного рисунка, деформация и инфильтрация корней	двухсторонний	Двухсторонняя бронхопневмония	—

сле экстренного абдоминального родоразрешения составила 2,2 суток.

Заключение. Таким образом, анализ случаев материнской смертности при тяжелых формах SARS-CoV-2 показал, что высокая патогенность данного вируса в условиях беременности (с 21 по 36 неделю гестации) стала причиной острого начала и стремительного прогрессирования поражения легочной ткани.

Особенностью клинических симптомов летальных SARS-CoV-2-ассоциированных пневмоний у беременных во второй половине беременности следует считать сочетание фебрилитета со стремительным нарастанием сухого кашля, прогрессирующей одышки и тахипноэ.

Летальность при тяжелых формах SARS-CoV-2 тесно сопряжена со сроком гестации. Гибель беременных, при тяжелых формах SARS-CoV-2, возникала только во второй половине беременности. Двухсторонние тотальные, диффузные изменения в легочной ткани свидетельствуют о масштабах деструкции альвеолярного аппарата и о непредотвратимости летального исхода в условиях второй половины беременности.

У всех погибших беременных SARS-CoV-2-ассоциированная пневмония осложнилась ОРДС, предикторами которого явились:

- избыточная масса тела и ожирение у большинства беременных
- абдоминальная гипертензия, обусловленная 2 и 3 триместром беременности
- быстрое начало и стремительное нарастание ДН
- наличие прямого этиологического фактора повреждения легочной ткани и альвеол – вирусной пневмонии
- нарастающая одышка и тахипноэ
- на рентгенограммах наличие двухсторонних диффузных инфильтратов
- на КТ – участков консолидации и симптома «матового стекла»
- снижение SpO₂ ниже 90% в соответствии с кривой диссоциации оксигемоглобина соответствующей PaO₂ 60 мм. рт. ст.

ЛИТЕРАТУРА

(см. пп. 5-10 в REFERENCES)

1. Белокриницкая Т.Е. Тяжелые формы гриппа у беременных: факторы риска, особенности клинического течения, профилактика / Т.Е. Белокриницкая, Д.А. Тарбаева, А.Ю. Трубицына // Врач. – 2013. № 2. – С. 32-36.

2. Жаркин Н.А. Грипп и вызванная им пневмония у беременных: уроки пандемии / Н.А. Жаркин, Н.Д. Подобед // Журнал практического врача акушера-гинеколога. – 2010. – Т. 1, № 18. С. 11–15.

3. Сандакова Е.А. Клинические особенности течения вирусных инфекций дыхательных путей у женщин во время беременности / Е.А. Сандакова, Е.А. Садовниченко, И.В. Фельдблюм // Пермский медицинский журнал. – 2012. – Т. 29, № 6. С. 30-37.

4. Синчихин С.П. Новая коронавирусная инфекция и другие респираторные вирусные заболевания у беременных: клиническая лекция / С.П. Синчихин, Л.В. Степанян, О.Б. Мамиев // Гинекология. – 2020. Т. 22, №2. С. 6-16

REFERENCES

1. Belokrinitskaya T.E. Tyazhelye formy grippa u beremennykh: faktory riska, osobennosti klinicheskogo techeniya, profilaktika [Severe forms of influenza in pregnant women: risk factors, features of clinical course, prevention]. *Vrach – Doctor*, 2013, No. 2, pp. 32-36.

2. Zharkin N.A. Gripp i vyzvannaya im pnevmoniya u beremennykh: uroki pandemii [Influenza and influenza-induced pneumonia in pregnant women: lessons from the pandemic]. *Zhurnal prakticheskogo vracha akushera-ginekologa - Journal of practical obstetrician-gynecologist*, 2010, Vol. 1, No. 18, pp. 11-15.

3. Sandakova E.A. Klinicheskie osobennosti techeniya virusnykh infektsiy dykhatelnykh putey u zhenshchin vo vremya beremennosti [Clinical features of the course of viral respiratory tract infections in women during pregnancy]. *Permskiy meditsinskiy zhurnal – Perm Medical Journal*, 2012, Vol. 29, No. 6, pp. 30-37.

4. Sinchikhin S.P. Novaya koronavirusnaya infektsiya i drugie respiratornye virusnye zabolevaniya u beremennykh: klinicheskaya lektsiya [New coronavirus infection and other respiratory viral diseases in pregnant women: a clinical lecture]. *Ginekologiya – Gynecology*, 2020, Vol. 22, No. 2, pp. 6-16

5. Chen N., Zhou M., Dong X.L. Epidemiological and clinical characteristics Of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*, 2020, No. 395, p. 507

6. Dede F.S., Celen S., Bilgin S. Maternal deaths associated with H1N1 influenza virus infection in Turkey. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2011, Vol. 10, No. 118, pp. 1216-1222.

7. Kash J.C., Taubenberger J.K. The Role of Viral, Host, and Secondary Bacterial Factors in Influenza Pathogenesis. *The American Journal of Pathology*, 2015, Vol. 6, No. 185, pp.1528-1536.

8. Swartz D., Graham A. Potential Maternal and Infant Outcomes from Coronavirus 2019-nCoV (SARSCoV-2) Infecting Pregnant Women: Lessons From SARS, MERS, and Other Human Coronavirus Infections. *Viruses* 2020, pp. 1-16.

9. Zhou F., Yu T., Du R. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*, 2020.

10. Hantoushzade S., Aagaard K. Maternal death due to COVID -19. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2020.

ХУЛОСА

Д.Г. Каримова

ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКИИ ПНЕВМОНИЯИ МАРГОВАРИ SARS-COV-2 ВОБАСТА ДАР ЗАНОНИ ҲОМИЛАДОР

Мақсади тадқиқот: Омӯзиши хусусиятҳои клиникии чараёни пневмонияи марговари SARS-COV-2 дар занони ҳомиладор бо мақсади оптимизатсияи ташхис ва идоракунии акушерӣ.

Мавод ва усули тадқиқот. 70 зани ҳомила бо категорияҳои вазнини миёна 34 (48,6%), вазнин 11 (15,7%) ва аз ҳад зиёд вазнин 25 (35,7%) SARS-CoV-2 муоина карда шуданд. Ҳаҷми тадқиқот ба стандарти ташхиси занони ҳомила бо сирояти короновируси SARS-CoV-2 мувофиқ буд. Аз шумораи умумии парвандаҳои тафтишшуда 7 ҳолат (1%) бо марг анҷом ёфтааст.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Аломатҳои асосии пневмонияи марговар боло рафтани ҳарорати бадан то ба дараҷаи фебрилӣ - 7 (100%) буданд. Заифии шадид - 7 (100%) дар тамоми давраи беморӣ ҳалалдор мекунад. Дар ҳама ҳолат сулфа яке аз нишонаҳои аввалин буда, он хушк ва бесамар буд - 7 (100%). Нафастангӣ ҳамчун аломати аввалини пневмонияи марговари прогрессивӣ тадриҷан пайдо шуда, ҳангоми ба беморхона муроҷиат кардан дар ҳамаи занони ҳомиладори фавтида муайян карда мешуд. Дар аксарият – 4 нафар (57,1±20,2%) занони ҳомиладор дарди қафаси сина дида мешуд. Аломатҳои заҳролудшавӣ остеоалгия - 4 (57,1±20,2%), миалгия - 3 (42,9±20,2%), дарди сар - 3 (42,9±20,2%) буданд. Зарари токсикӣ ба системаи дилу рағҳо дар 7 (100%) ҳолати тахикардия ва дар 4 ҳолат (57,1±20,2%) ҳамчун гипотония зоҳир шудааст.

Хулоса. Табларза, сулфаи хушк, нафастангӣ авҷгиранда ва тахипное як хусусияти нишонаҳои бармаҳали клиникии занони ҳомилаи бо пневмонияи леталии SARS-CoV-2-вобаста дар нимаи дуоми ҳомиладорӣ ҳисобида шавад.

Калимаҳои калидӣ: пневмонияи вирусӣ ва ҳомиладорӣ, сироятҳои короновирусӣ, SARS-CoV-2, сироятҳои вирусии роҳи нафас, фавти модарон.

УДК 616.315-007.254

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-60-64

М.М. Косимов, З.Я. Юсупов, Ш.М. Джумаев

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ МНЕНИЯ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ О ПРОБЛЕМАХ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА

ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», Душанбе, Республика Таджикистан

Косимов Махмадулло Махмадиевич – кандидат медицинских наук, директор ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»; г. Душанбе, 5 проезд ул. Худжанди 13; E-mail: pik-stomatologiya@mail.ru

Цель исследования. Оценить результаты анкетирования врачей-специалистов о проблемах организации и проведения комплексной реабилитации пациентов с расщелиной верхней губы и нёба.

Материал и методы исследования. В процессе проведения исследования по оценке осведомлённости врачей-специалистов в вопросах комплексной реабилитации пациентов с врожденными расщелинами верхней губы и нёба нами был использован метод анкетирования. В процесс исследования были вовлечены различные специалисты, которые по роду своей деятельности имеют дело с детьми, страдающими данной патологией.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам анализа анкетирования опрошенные челюстно-лицевые хирурги в 100% случаев указали, что пациентов с врожденной патологией челюстно-лицевой области принимают практически несколько раз в месяц (от 2 до 8 детей); тогда как 70% врачей-ортодонтов

указали, что к ним первично обращаются с такой патологией 5 раз в год, 25% - 3 раз в год, 5% - более 8 раз. Причем к ортодонтам обращаются в основном из сельской местности.

Заключение. Результаты опроса показали, что большая ответственность в организации помощи пациентам с врожденной расщелиной верхней губы и неба возлагается на челюстно-лицевых хирургов.

Ключевые слова: расщелиной верхней губы и неба, врожденная патология.

M.M. Kosimov, Z.Ya. Yusupov, Sh.M. Dzhumaev

RESULTS OF EVALUATION OF THE OPINION OF SPECIALISTS ON THE PROBLEMS OF COMPREHENSIVE REHABILITATION OF PATIENTS WITH CLEFT LIP AND PALATE

State Institution "Scientific and Clinical Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery", Dushanbe, Republic of Tajikistan

Kosimov Makhmadullo Makhmadievich – Candidate of Medical Sciences, Director State Institution "Scientific and Clinical Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery", Dushanbe, 5 passage Khujandi street-13, E-mail: pik-stomatologiya@mail.ru

Aim. To evaluate the results of a survey of medical specialists on the problems of organizing and conducting a comprehensive rehabilitation of patients with cleft lip and palate.

Material and Methods. In the process of conducting a study to assess the awareness of medical specialists on the issues of complex rehabilitation of patients with congenital cleft lip and palate, we used the questionnaire method. The research process involved various specialists who, by the nature of their activities, deal with children suffering from this pathology.

Results. According to the results of the questionnaire, the interviewed maxillofacial surgeons in 100% of cases indicated that patients with congenital pathology of the maxillofacial region are admitted almost several times a month (from 2 to 8 children); while 70% of orthodontists indicated that they are initially treated with such a pathology 5 times a year, 25% - 3 times a year, 5% - more than 8 times.

Conclusion. The results of the survey showed that a great responsibility in organizing care for patients with congenital cleft lip and palate rests with maxillofacial surgeons.

Keywords: cleft lip and palate, congenital pathology.

Введение. На протяжении длительного времени класс заболеваний, к которым относятся врожденные расщелины верхней губы и неба (ВРВГН), продолжает сохранять ведущее место в структуре врожденных пороков развития. По данным ВОЗ (2016), распространенность ВРВГН в мире составляет 0,6-1,6 на 1000 новорожденных, тогда как среди всех врожденных аномалий развития новорожденных на долю данной патологии приходится от 15% до 25%.

Среди всех форм врожденных пороков развития группа заболеваний, связанных с расщелиной верхней губы и неба, занимает второе место в структуре врожденных аномалий. Данная группа заболеваний, как правило, относится к наиболее тяжелым порокам развития лица и челюсти по причине формирования значительных анатомических (косметических) и функциональных нарушений.

В Республике Таджикистан на протяжении последних 5 лет по данным «Национального регистра врожденных пороков развития» отмечается тенденция к росту частоты рождения детей с

данной патологией. По результатам исследований, проведенных в различных регионах Российской Федерации, частота детей с ВРВГН составляет 1 случай на 630-1280 новорожденных.

Имеющие место трудности организации специализированной помощи пациентам с врожденной патологией челюстно-лицевой области связаны с имеющими место сложностями в проведении хирургического и ортодонтического лечения. Данные проблемы не могут быть решены из-за повсеместной недоступности специализированной помощи, особенно в сельской местности, по причине кадрового дефицита и недостатка специализированных клиник.

Другой, не менее важной причиной, является недостаточный санитарный уровень и низкая медицинская активность семей пациентов. Причиной тому может служить низкий социальный уровень, что в совокупности может привести к поздней обращаемости, что, в свою очередь, влияет на низкий уровень и качество лечения и реабилитации пациентов с врожденной патологией челюстно-лицевой области [2].

Аномалиям развития верхней губы и нёба часто сопутствуют врождённые пороки развития других органов и систем (сердца, лёгких, почек и др.), что, в большинстве случаев, оказывает существенное влияние на прогноз исхода лечения и реабилитацию ребенка [4].

Анализ многочисленных литературных источников позволил нам разделить сроки проведения оперативных вмешательств на несколько возрастных периодов: 1 – когда сроки вмешательства регламентированы (от 0,5 года до 3-х лет), данный период можно отнести к очень ранним срокам пластики нёба; 2 – от 3-х до 6-ти лет, данный период вмешательства считается средним сроком пластики нёба; 3 – старше 7-8 лет, с большей уверенностью можно отнести к поздним срокам пластики нёба.

Разделение на сроки проведения вмешательства связано с конечным результатом, так при проведении операций по причине врождённых расщелин нёба в очень ранние (до 1 года) и ранние сроки (до 3-х лет) могут в большинстве случаев способствовать быстрому функциональному восстановлению возникших в результате заболевания функций, что в свою очередь приводит к профилактике вторичных воспалительных заболеваний ЛОР-органов.

При условии, если корригирующие вмешательства в виде пластики нёба проведены в более поздние сроки (7-8 лет), то тогда есть риск более позднего восстановления функций, нарушенных в результате заболевания, и высока вероятность развития вторичных воспалительных заболеваний ЛОР-органов [5, 6].

Данные мероприятия для детей, должны быть комплексными, особенно в тех случаях, когда имеют место сквозные расщелины, тяжелые степени деформации, двусторонне поражения челюсти. При организации медицинской, социальной и психологической помощи ребенку необходимо организовать комплексный подход с вовлечением специалистов разного профиля - ортодонта, педиатра, логопеда, оториноларинголога, ортопеда, психолога (работающего и с родителями) [8].

Цель исследования. Оценить результаты анкетирования врачей-специалистов о проблемах организации и проведения комплексной реабилитации пациентов с расщелиной верхней губы и нёба.

Материалы и методы исследования. В процессе проведения исследования по оценке осведомлённости врачей-специалистов в вопросах комплексной реабилитации пациентов с врожденными

расщелинами верхней губы и нёба нами был использован метод анкетирования. В процесс исследования были вовлечены различные специалисты, которые по роду своей деятельности имеют дело с детьми, страдающими данной патологией.

В процесс заполнения анкет были включены врачи ГУ НКИ Стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, ГУ МК «Шифобахш», ГУ «Истиклол» в г. Душанбе. Число привлеченных специалистов было следующим: 10 челюстно-лицевых хирургов, 9 человек - врачи стоматологи-ортодонты, 8 - врачи стоматологии-хирурги, врачи стоматологии-ортопеды - 10 человек, детские стоматологи-терапевты - 9 человек, врачи-неонатологи - 10 человек. Таким образом, общее число вовлеченных специалистов составило – 56 человек

Стаж врачей, принимавших участие в анкетировании, был в широком диапазоне - от 3 до 25 лет.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи статистической программы STATISTICA 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам анализа анкетирования опрошенные челюстно-лицевые хирурги в 100% случаев указали, что пациентов с врождённой патологией челюстно-лицевой области принимают практически несколько раз в месяц (от 2 до 8 детей); тогда как 70% врачей-ортодентов указали, что к ним первично обращаются с такой патологией 5 раз в год, 25% - 3 раз в год, 5% - более 8 раз. Причем к ортодонтам обращаются в основном из сельской местности. Другие специалисты, такие как детские стоматологи-терапевты в 50% случаев отметили, что встречают пациентов с данной патологией не чаще 1 раза в год, 15% - 1 раз в 2 года, каждый 3 специалист отметил, что непосредственно встречался с данной категорией больных всего несколько случаев за всю практику, хотя вне практики неоднократно встречали детей с ВРГН. Тогда как 60% врачей стоматологов-ортопедов указали на то, что при проведении приёма пациентов наблюдают детей с врождённой патологией челюстно-лицевой области каждый месяц, но 22% из них - 1 раз в 3 года, 10% - 1 раз в год, 5% - несколько случаев за всю практику. Но врачи этой специальности занимаются реабилитацией таких детей на протяжении всей врачебной практики.

Врачи стоматологи-хирурги в 70% случаев в анкете указали на встречаемость патологии 2 раз в год, тогда как 23% отметили, что всего несколько

случаев за всю практику. Различия в частоте случаев выявления больных с ВРВГН очень часто зависит от места работы специалиста и контингента обращающихся.

Практически все врачи-неонатологи указали, что встречаются детей с данной патологией каждый месяц; в 20% случаев врачи-педиатры также указали частоту встречаемости 1 раз в полгода, 25% - 1 раз в год, 10% - несколько случаев за всю практику, 10% - 1 раз в 2 года. Частота встречаемости также зависит от контингента обращающихся.

Оценка времени первого обращения за специализированной помощью к челюстно-лицевому хирургу родителей пациентов с расщелиной верхней губы и нёба показала, что в 75% случаев визит к специалисту происходит в первом полугодии жизни ребенка, 15% - в возрасте старше 3-х лет, 12,5% - 12 лет и старше. Тогда как к врачам стоматологам-ортодонтам в 50% случаев обращение за консультацией и лечением состоялось в период до 3 лет жизни пациента, в 35% - старше 3 лет, у 17% - старше 6 лет. К детским стоматологам-терапевтам в возрасте до года первично обратились в 15% случаев, 25% - в раннем возрасте (до 3 лет), 44% - старше 3 лет, 22% - родители детей старше 6 лет.

К врачам стоматологам-ортопедам в 100% случаев обращались родители пациентов 12 лет и старше для ортопедической реабилитации и рационального протезирования. Стоматологи-хирурги в 70% случаев встречаются детей с ВРГН после хирургического лечения в возрасте 14 лет и старше; 30% - младше 12 лет.

К врачам-педиатрам в 90% случаев отмечалось обращение родителей с детьми в возрасте 0-6 месяцев, в 10% - 6-12 месяцев.

На вопрос анкеты о том, кто, по мнению врачей-специалистов, играет ведущую роль в организации помощи пациентам с врожденной расщелиной верхней губы и нёба, получены следующие ответы: 100% - челюстно-лицевые хирурги,

В реабилитации детей после полной хирургической коррекции патологии на первое место, по мнению 46 респондентов, выходят врачи-ортодонты и детские стоматологи-терапевты, 10 отметили необходимость наблюдения участкового педиатра.

Врачи стоматологических специальностей отдельно отметили крайнюю необходимость в реабилитационный период участие логопеда, поскольку такие дети поздно и плохо начинают говорить. Возраст ребенка для правильной звукоустановки не должен быть менее 2,5 лет.

Оценивая тактику врачей-специалистов при первичном обращении пациентов, было установлено, что оперативное вмешательство проводится после консультаций ряда специалистов – педиатров, неонатологов, оториноларингологов, анестезиологов-реаниматологов.

После пластики ВРВГН в 67% случаев детьми занимаются врачи стоматологи-ортодонты, 13% переправляют пациентов к челюстно-лицевому хирургу, 17% больных проходят дальнейшее лечение у стоматологов-ортопедов. Это дети старше 12 лет.

Уточняя необходимость усовершенствования комплексного лечения и реабилитации пациентов, страдающих врожденной расщелиной верхней губы и нёба, мнение специалистов было следующим: 100% челюстно-лицевых хирургов и врачей-стоматологов-ортодентов, 90% детских стоматологов-терапевтов ответили «да». Затруднились ответить 11% стоматологов-ортопедов, 33% врачей стоматологов-хирургов ответили «нет», 67% - «затрудняюсь ответить»; 70% врачей-неонатологов отметили «да», а 30% затрудняются с ответом; врачи-терапевты – 75% указали на необходимость усовершенствования, 25% - с ответом затрудняются, по причине не достаточного клинического опыта.

Около 98,5% опрошенных челюстно-лицевых хирургов имеет мнение о том, что эффективное лечение и реабилитация пациентов с данной патологией налажены на базе ГУ НКИ С и ЧЛХ г. Душанбе, на втором месте находится ГУ НМЦ РТ «Шифобахш».

Мнение всех опрошенных врачей-специалистов сошлись в том, что необходимо усовершенствовать взаимодействие между врачами различных специальностей в комплексной реабилитации больных с врожденной расщелиной верхней губы и нёба.

Заключение. Результаты опроса показали, что большая ответственность в организации помощи пациентам с врожденной расщелиной верхней губы и неба возлагается на челюстно-лицевых хирургов.

Для достижения успешного результата лечения необходимо взаимодействие врачей смежных специальностей.

Только совместный подход челюстно-лицевых хирургов и врачей-ортодентов к проведению комплексной реабилитации пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба позволит достичь значительных результатов.

ЛИТЕРАТУРА
(п 8 см. в REFERENCES)

1. Артющевич А. С. Врождённые расщелины верхней губы и нёба: современные аспекты хирургического лечения / Д. А. Гричанюк, Ф. И. Висмонт, С. А. Артющевич // Современная стоматология. – 2004 – № 2 – С. 20-25.
2. Махкамов Э.У. Раннее лечение детей с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба: / Э.У. Махкамов// – М., 1981. – 31 с.
3. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области / Ю.И. Бернадский// – М.: Мед. лит., 1999. – 456 с.
4. Кабанова А.А. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста: учеб.-метод. пособие / А. А. Кабанова, С. А. Кабанова, С. С. Стельмаченок// – Витебск, 2013. – 376с.
5. Соколова А.В. Лечебная тактика при экссудативном среднем отите у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба / А.В. Соколова // Вестн. оториноларингологии. – 2003. – № 6. – С. 55–57.
6. Корсак А. К. Хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба в раннем возрасте / А. К. Корсак, А.В. Любецкий, В.И. Лапковский // Современ. стоматология. – 2007. – № 4. – С. 40–43.
7. Чернина Т. Н. Применение обогащенной тромбоцитами аутоплазмы в пластике дефектов альвеолярных отростков верхней челюсти и дна полости носа после операций хейло- и уранопластики / Т. Н. Чернина, А. В. Концевой // Новости хирургии. – 2008. – Т. 16, № 1. – С. 75–79.

REFERENCES

1. Artyushkevich A. C. Vrozhdyonnye rassscheliny verkhney guby i nyoba: sovremennye aspekty khirurgicheskogo lecheniya [Congenital cleft lip and palate: current aspects of surgical treatment]. *Sovremennaya stomatologiya – Modern dentistry*, 2004, No. 2, pp. 20-25.
2. Makhkamov E.U. *Ranee lechenie detey s vrozhdyonnyimi rassschelinami verkhney guby i nyoba* [Early treatment of children with congenital cleft lip and palate]. Moscow, 1981. 31 p.
3. Bernadskiy Yu.I. *Travmatologiya i vosstanovitelnaya khirurgiya cherepno-chelyustno-litsevoy oblasti* [Traumatology and reconstructive surgery of the cranio-maxillofacial region]. Moscow, Med. lit. Publ., 1999. 456 p.
4. Kabanova A.A. *Khirurgicheskaya stomatologiya i chelyustno-litsevaya khirurgiya detskogo vozrasta: ucheb.-metod. posobie* [Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery of Childhood: Textbook]. Vitebsk, 2013. 376 p.
5. Sokolova A.V. *Lechebnaya taktika pri eksudativnom srednem otite u detey s vrozhdennoy rassschelinoy verkhney guby i neba* [Treatment tactics for exudative otitis media in children with congenital cleft lip and palate]. *Vestnik otorinolaringologii – Bulletin of otorhinolaryngology*, 2003, No. 6, pp. 55-57.

6. Korsak A. K. *Khirurgicheskoe lechenie detey s vrozhdennymi rassschelinami verkhney guby i neba v rannem vozraste* [Surgical treatment of children with congenital cleft lip and palate at an early age]. *Sovremennaya stomatologiya – Modern Dendistry*, 2007, No. 4, pp. 40-43.

7. Chernina T. N. *Primenenie obogashchennoy trombotsitami autoplazmy v plastike defektov alveolyarnykh otrostkov verkhney chelyusti i dna polosti nosa posle operatsiy kheylo- i uranoplastiki* [Application of platelet-enriched autoplasm in plasty of maxillary and nasal cavity alveolar defects after cheilo- and uranoplasty]. *Novosti khirurgii - News of surgery*, 2008, Vol. 16, No. 1, pp. 75-79.

8. Falr M.L. *Social response to acoustic and visual characteristics of oral cleft* / M.L. Falr, E.L. McGlone // *Cleft Palate J.* – 1976. – Vol. 13, N 1. – P. 181–183.

ХУЛОСА

М.М. Қосимов, З.Я. Юсупов, Ш.М. Чумаев

НАТИҶАҶОИ АРЗЁБИИ АНДЕШАҶОИ ТАБИБОН-МУТАХАССИСОН ОИД БА МУШКИЛОТИ ОФИЯТБАХШИИ КОМПЛЕКСИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОР БА РОҒИ ЛАБИ БОЛО ВА КОМ

Мақсади таҳқиқ. Арзёбии натиҷаҳои анкетакунонии табибон-мутахассисон оид ба мушкilotи ташкил ва иҷрои офиятбахшии маҷмӯии беморони гирифтор ба роғи лаби боло ва ком.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Дар раванди амалинамоии таҳқиқи оид ба арзёбии огоҳии табибон-мутахассисон дар масъалаи офиятбахшии маҷмӯии бемороне, ки аз роғи модарзодии лаби боло ва ком ранҷ мебаранд, мо усули анкетакунониро ба кор бурдем. Дар раванди таҳқиқот мутахассисони гуногун чалб шуда буданд, ки аз рӯи навъи ғайолият бо кӯдакони ба ин гуна беморӣ гирифтор, сари кор доштанд.

Натиҷаи таҳқиқ ва муҳокимаи онҳо. Аз рӯи натиҷаи таҳлили анкетакунонӣ маълум гардид, ки 100% ҷарроҳони ҷоғу рӯй беморони гирифтор ба патологияи модарзодӣ мавзеи ҷоғу рӯйро моҳе якчанд маротиба (аз 2 то 8 кӯдак) қабул мекунанд; дар ҳоле ки 70% табибон-ортодонтҳо навиштаанд, ки ба онҳо вобаста ба патологияи мазкур бори аввал соле 5 маротиба, ба 25% соле 3 маротиба, ба 5% бошад, зиёда аз 8 маротиба муроҷиат мекунанд. Зимнан ба табибони ортодонт асосан беморони аз дехот омада муроҷиат мекунанд.

Хулоса. Натиҷаи пурсишҳо нишон доданд, ки дар ташкили ёрӣ ба беморони мубтало ба роғи модарзодии лаби боло ва ком масъулияти зиёд ба зимаи ҷарроҳони ҷоғу рӯй мебошад.

Калимаҳои калидӣ: роғи лаби боло ва ком, патологияи модарзодӣ.

М.С. Мамаджонова¹, Н.А. Шарипова¹, А. Вохидов², Н.Н. Абиджанова¹, Э.И. Назаров³

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВНУТРИУТРОБНОЙ И РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

¹ТГМУ им Абуали ибни Сино

²ГУ «МК Истиклол»

³Таджикский национальный университет

Вохидов Абдусалом – доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник ГУ МК «Истиклол», тел: 92 907707996; Email: avokhidov@hotmail.com

Цель исследования. Провести дифференциацию клинических признаков при внутриутробной и ранней неонатальной пневмонии.

Материалы и методы исследования. Исследования были проведены на базе Родильного отделения и отделения «Мать и дитя» второго этапа выхаживания ГУ МК «Истиклол» г. Душанбе. Всего был проведен ретроспективный анализ 260 карт развития новорожденных и историй болезни. Были сформированы две группы, 1 группу составили 110 (42,3%) новорожденных с подтвержден диагноз ВУП, вторую группу 150 (57,6%) с РНП. Статистический анализ материала выполнен с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 (StatSoft, USA).

Результаты исследования и их обсуждение. В анамнезе у (45,7%) матерей 1 группы, роды прошли преждевременно, во второй группе (37,3%). Среди матерей 1 группы настоящая беременность характеризовалась ($p > 0,05$) кольпитом (76,9%), анемией (71,3%), угрозой прерывания (48,6%), хронической гипоксией плода (57,4%), высока частота преждевременного излития околоплодных вод (34,6%), дискоординация родовой деятельности (25,0%). Статистически достоверно ($p < 0,001$) у (40,6%) детей второй группы наблюдали повышение температуры (выше 38°C). У большинства новорожденных с ВУП отсутствовал акт сосания - 74,8%, у 32,2% новорожденных ($p < 0,01$) отмечали отсутствие акта глотания. Одышка имело место у 97,7,5% детей с ВУП и 74,7% - РНП, в акт дыхания были вовлечены вспомогательная мускулатура, в связи с чем 69,6% новорожденные с ВУП и 76,3% с РНП ($p < 0,05$) нуждались в респираторной поддержке.

Заключение. Таким образом, ход течения и тип осложнения беременности у матерей, дети которых были, инфицированы были различны. Установлены дифференциально диагностические признаки между внутриутробной и ранней неонатальной пневмонией.

Ключевые слова. Беременность, новорожденные, внутриутробная и ранняя неонатальная пневмония.

M.S. Mamadzhonova¹, N.A. Sharipovoy¹, A. Vokhidov², N.N. Abidjanova¹, E.I. Nazarov³

DIFFERENTIALLY DIAGNOSTIC CRITERIA FOR INTRATUTAL AND EARLY NEONATAL PNEUMONIA

¹Avicenna Tajik state medical university

²GA MC "Istiklol"

³Tajik National University

Vohidov Abdusalom - Doctor of Medical Sciences, professor, leading researcher of the State Medical Institution "Istiklol", Tel: 92 907707996; Email: avokhidov@hotmail.com

Aim. To differentiate clinical signs in intrauterine and early neonatal pneumonia.

Materials and methods. The studies were carried out in the Maternity ward and the "Mother and Child" ward of the second stage of nursing of the State Institution "Istiklol" in Dushanbe. In total, a retrospective analysis of 260 newborn development records and medical records was carried out. Two groups were formed, group 1 consisted of 110 (42.3%) newborns with a confirmed diagnosis of intrauterine pneumonia, the second group - of 150 (57.6%) with early neonatal pneumonia. Statistical analysis of the material was performed using the Statistica 10.0 software package (StatSoft, USA).

Results. According to the anamnesis, 45.7% of 1st group mothers had premature childbirth, while in the second group 37.3% of mothers. Among the mothers of group 1, real pregnancy was characterized ($p > 0.05$) by colpitis (76.9%),

anemia (71.3%), threatened abortion (48.6%), chronic fetal hypoxia (57.4%), high frequency of premature rupture of amniotic fluid (34.6%), discoordination of labor (25.0%). Statistically significant ($p < 0.001$) (40.6%) in children of the second group observed an increase in temperature (above 38°C). The majority of newborns with intrauterine pneumonia did not have the act of sucking - 74.8%, 32.2% of newborns ($p < 0.01$) noted the absence of the act of swallowing. Dyspnea was observed in 97.75% of children with intrauterine pneumonia and 74.7% of children with early neonatal pneumonia, auxiliary muscles were involved in the breathing, and therefore 69.6% of newborns with intrauterine pneumonia and 76.3% with early neonatal pneumonia ($p < 0.05$) needed respiratory support.

Conclusion. *The course and the type of complications of pregnancy in mothers with infected children were different. Differential diagnostic signs between intrauterine and early neonatal pneumonia were established*

Keywords. *Pregnancy, newborns, intrauterine, and early neonatal pneumonia.*

Актуальность. Внутриутробное инфицирование (ВУИ) новорожденного относится к группе достаточно весомых медико-социальных проблем для современной неонатологии, акушерства и перинатологии. В структуре ВУИ лидирующие позиции занимает внутриутробная пневмония (ВУП) и ранняя неонатальная пневмония (РНП), определяя высокую частоту неонатальной заболеваемости и смертности. Однако, на сегодняшний день, к большому сожалению, отсутствуют достоверные данные об истинной распространенности ВУП и РНП [1, 2, 6].

Основываясь на современные данные исследователей стран СНГ и дальнего зарубежья численный состав возбудителей внутриутробных инфекций плода и новорожденного превышает 28 видов бактерий, вирусов, а также паразитов, около 10 видов грибов, 5 разновидностей простейших и риккетсии. Каждому из этапов внутриутробного развития свойственен определенный тип инфекций, так для антенатального периода чаще характерны вирусы; интранатальному - с одинаковой частотой специфичны как вирусы, так и комбинированная бактериально-грибково-трихомонадная инфекция [3, 4, 7].

По этой причине, частота выявления контаминации среди госпитализированных доношенных новорожденных составляет 65%, тогда как среди недоношенных - около 80%. Сам факт инфицирования плода и новорожденного имеет большую зависимость от типа и формы возбудителя у матери.

Мнение большинства исследователей едины в том, что имеется достоверная связь ВУИ от этиологического фактора (энтеровирусы, вирус простого герпеса (ВПГ), цитомегаловирус, вирус гриппа) причиной которых могут быть в 75% случаев бывают хронические заболевания, в 63% случаев - самопроизвольные аборты, а также угроза прерывания беременности (78%), гестоз (82%) и обострение хронической патологии (89%) [7, 4, 9].

Большое значение в провоцировании ВУИ плода отводится течению беременности на фоне

экстрагенитальных заболеваний, которые приводят к снижению иммунного статуса плода и новорожденного. Бактериальный вагиноз, с высокой частотой вероятности, способствует развитию восходящей инфекции [6, 11, 18] и приводит к инфицированию плаценты. Другой группой возбудителей ВУИ являются хламидии, вирусы и микоплазмы, которые выступают в роли этиологического фактора заболеваний гениталий у матери.

Процесс генерализации внутриутробной инфекции имеет определенную закономерность, причиной которых могут быть:

- активизация хронической инфекции во время беременности;
- большинство заболеваний беременных, провоцирующие ВУИ, протекает в латентной или субклинической форме;
- активация инфекционного агента возможно при любом отклонении в гомеостазе беременной [15, 16, 18],

Зачастую определенная группа детей нуждается в интенсивной терапии, включая искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Использование дополнительных средств интервенции всегда повышает риск формирования бронхолегочной патологии [9, 10], сам факт замещение функции легких оказывает пагубное влияние на слизистую оболочку трахеобронхиальной системы, провоцируя угнетение местного и общего иммунитета. Как правило возникающая пневмония достаточно трудно поддается лечению, с переходом в распространенную форму гнойного трахеобронхита, когда вероятность перехода в сепсис высока [2, 9].

Цель исследования. Провести дифференциацию клинических признаков при внутриутробной пневмонии и ранней неонатальной пневмонии.

Материалы и методы исследования. Исследования были проведены на базе Родильного отделения и отделения мать и дитя второго этапа выхаживания ГУ «МК Истиклол» г. Душанбе. Был проведен ретроспективный анализ 260 карт развития новорожденных и историй болезни.

По результатам ретроспективного анализа были сформированы две группы, 1 группу составили новорожденные у которых был подтвержден диагноз ВУП сразу после рождения, таковых было 110 (42,3%), вторую группу были включены 150 (57,6%) детей у которых диагноз РНП был установлен в течении первых 72 часов жизни.

Сведения из медицинской документации копировались в специально разработанную карту, которая включала несколько блоков: социальных данных, медико-социальных и медико-организационных. Статистический анализ материала выполнен с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 (StatSoft, USA). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Проведенный анализ 260, историй родов и послеродового периода показал, что более половины (53,3%) родов произошли преждевременно; в 42,8% случаев роды были срочными, у 3,9% запоздалыми. Оперативным путем были род-разрешены 19,6% женщин.

Проведенный сравнительный анализ показал, что в анамнезе матерей 1 группы, в 45,7% случаев роды прошли преждевременно. Во второй группе таковых было 37,3%. Было отмечено, что у большинства матерей 2 группы были прерывания беременности по медицинским показаниям. Среди матерей 1 группы настоящая беременность характеризовалось ($p > 0,05$) кольпитом (76,9%), анемией (71,3%), угрозой прерывания (48,6%), хронической гипоксией плода (57,4%). Была высока частота преждевременного излития околоплодных вод (34,6%), дискоординация родовой деятельности (25,0%).

Осложнения родов характеризовались отслойкой плаценты, обвитием пуповины, макроскопический анализ плаценты показал очаги дистрофии, обызвествления. Оценка общей продолжительности родов через естественные родовые пути в среднем составило $9,31 \pm 0,32$ часов, частота стремительных и быстрых родов было выявлено у каждой 4 женщины (27,5%). Урогенитальная инфекция чаще всего характеризуется высокой частотой стремительного и быстрого течения родового акта.

Среди матерей 2 группы были выявлены следующие патологии: гестоз, хроническая гипоксия плода, кольпит. Достаточно высокая частоты осложнений нарушений сократительной деятельности матки требовало необходимости оперативного родоразрешения. Частота таких родов среди детей

с ВУП превысило 25,3% случаев, у каждой третьей из числа оперированных (37,4%) имел место токсикоз.

Приведенные сведения из медицинских документов свидетельствуют о том, что данная группа заболеваний повышает риск развития фетоплацентарной недостаточности, что в свою очередь достаточно значительно повышают риск развития ВУП. Угроза прерывания беременности была выявлена в 24,5% случаев, около половины (48,9%) матерей во время беременности, чаще всего в первом триместре, перенесли ОРВ инфекцию. Среди матерей 2 группы с РНП в I триместре беременности ЖДА было диагностировано в 38,5% случаев, а во II половине беременности – данный показатель возрос до 64,3% случаев. Частота кольпита среди матерей, дети которых страдали РНП, имело место у 34,9% беременных, инфекция мочевыводящих путей зарегистрировано у 23,8%, хронический пиелонефрит в стадии обострение у 18,4%, цистит - у 13,8%.

Количественная и качественная характеристика околоплодных вод в анализируемых группах была различна. Динамика объема околоплодных вод, которая играет роль маркера внутриутробного инфицирования, была выявлена у 38,9% беременных с ВУП. По количественному характеру маловодия было выявлено у 24,6% женщин, тогда как многоводие у 14,3%.

Большинство страданий плода в антенатальном периоде приводит к развитию и распространению внутриутробной задержки развития плода, что нами было оценено в качестве объективного критерия тяжести нарушений гомеостаза у матери и плода, таковых было 42,6% среди детей с ВУП и 29,2% среди детей с РНП. Из них симметричной формой ВЗРП при ВУП страдали 64,9% детей, а асимметричной 35,1%. В группе детей страдающих РНП превалировала асимметричная форма ВЗРП.

Многофакторный анализ характера и особенностей клинического течения беременности и родов у женщин, чьи дети страдали, ВУП и РНП показал наличие раннего и позднего токсикоза, ЖДА. Генерализация ВУИ плода стала прогрессировать на фоне нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока, нестабильности оксигенации, что привело к нарушению трофики различных органов и тканей плода и далее новорождённого.

По нашему мнению, более пролонгированное время развития клинических признаков пневмонии у детей с РНП связано с тем, что за тот промежуток времени, когда еще клинические симптомы были не столь выражены, новорожденный успевает

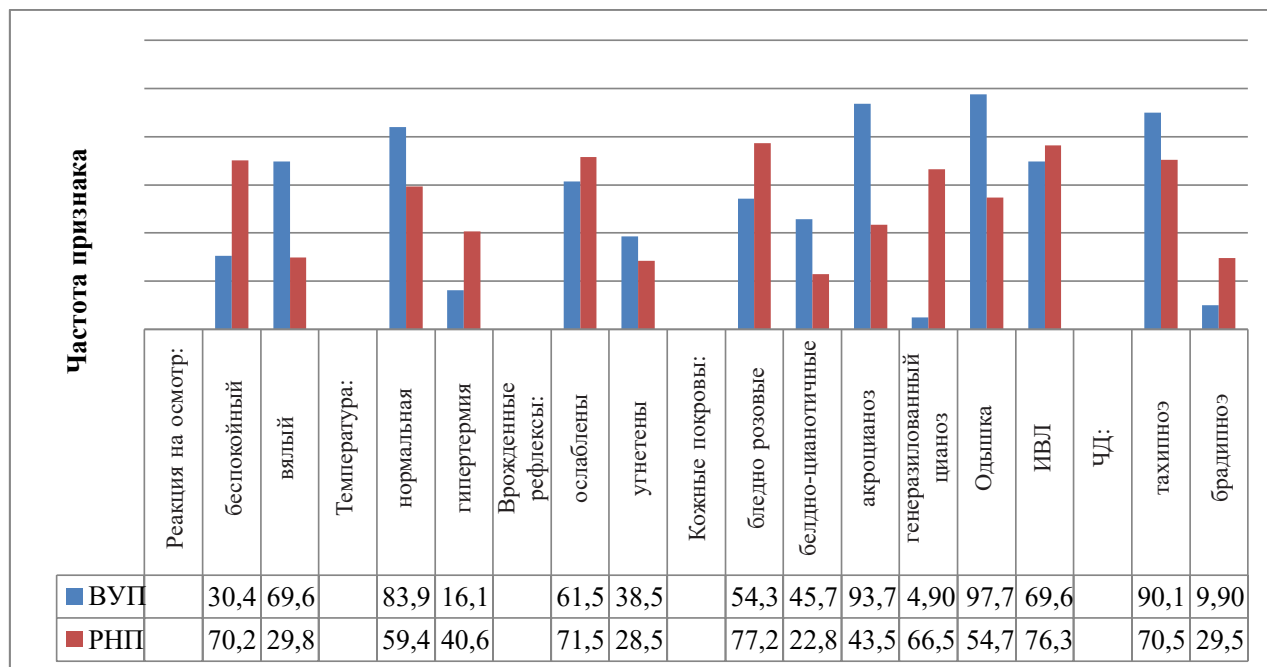


Рисунок 1. Дифференциально диагностические различия признаков при ВУП и РНП

немного получить грудное молоко, что дает ему не только силы, но и обогащает организм факторами иммунной защиты от инфекций. Вероятно, этот факт и свидетельствует о том, что симптомы неонатальной пневмонии проявляются не так выражено, но они схожи с ВУП.

Нами проведена дифференциация диагностических признаков у детей, страдающих ВУП и РНП (Рис. 1)

С учетом тяжести состояния все новорожденные были госпитализированы в ОРИТН родильного дома. Ретроспективный анализ показал, что клинические проявления врожденной пневмонии были определены сразу после рождения, а у детей с ранней неонатальной пневмонией спустя несколько часов и/или на протяжении первых трех суток.

Плодовый тип кровотока в некоторой степени компенсируется обеспечением питания плода через плаценту. По этой причине еще до рождения имеющее место воспаление легких еще незначительно. Однако, сразу после рождения младенца, с истечением некоторого времени от момента рождения, нарастают явления гипоксии тканей и на их фоне проявляются симптомы врожденной пневмонии [1, 4, 7].

Результаты обследования детей на предмет выявления возбудителей показал, что у большинства обследованных (76,9%) преимущественно были выделены различные возбудители TORCH-инфекций. У каждого 7 ребенка были иденти-

фицирована микро- и уреоплазма, что более чем в 1,5 раза чаще чем среди доношенных детей. Установленные клинические проявления и особенности материнского анамнеза указывали на то, что некоторые возбудители в ассоциации, обусловившей инфицирование новорожденного были идентичны.

Анализ показал, что клиника внутриутробных пневмоний полиморфна. Большинству новорожденных с самых первых часов жизни было характерно наличие признаков дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Степень выраженности перинатального поражения ЦНС существенно отличалась между обследованными группами. Сравнительный анализ клинических признаков инфицированных детей показал, что для детей с ВУП на начальном этапе была характерна вялая реакция на осмотр 69,6% нежели чем беспокойство 30,4% ($p < 0,001$). Тогда как для детей с РНП было свойственно несколько противоположная реакция на осмотр, превалировало число детей с беспокойством (70,2%), что статистически достоверно по отношению к детям с ВУП.

Как среди детей с ВУП, так и с РНП в большинстве случаев температурная реакция было нормальной (83,9% и 59,5% соответственно). Статистически достоверно ($p < 0,001$) у 40,6% детей второй группы наблюдали повышение температуры (выше 38°C). Как среди детей первой, так и второй группы чаще регистрировалось ослабление врожденных рефлексов – 61,5% и 71,5% соответ-

ственно, реже угнетение рефлексов (38,5% и 28,5% ($p < 0,05$)). У большинства новорожденных с ВУП, родившихся от преждевременных родов отсутствовал акт сосания (74,8%), у 32,2% новорожденных отмечали отсутствие акта глотания ($p < 0,01$).

Течение раннего неонатального периода у новорожденных с ВУП характеризовалось как среднетяжелое или тяжелое, показатели оценки по шкале Апгар были ниже 7-6 баллов. Клинические признаки гипоксии выражались бледностью кожных покровов, дыхательными расстройствами, одышкой, характерными изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы, признаками морфофункциональной незрелости, дистрофией кожи и ее дериватов, с признаками задержки внутриутробного развития различной степени выраженности, для некоторых детей было характерно наличие повышенного уровня стигматизации. Оценка состояния детей позволило установить, что для большинства детей с ВУП было свойственно наличие слабого крика, по причине гипоксии центральной нервной системы, и угнетенные врожденных рефлексов. Указанные клинические признаки общего состояния 56,7% контаминированных новорожденных явились показанием для их перевода в палату интенсивной терапии.

Клиническое течение раннего неонатального периода у контаминированных новорожденных в большинстве случаев достоверно чаще характеризовался наличием признаков нарушения неонатальной адаптации по церебральному типу. У некоторых детей, были выявлены осложнения инфекционно-воспалительного характера (конъюнктивиты, омфалит). У них позже восстанавливалась масса тела (в среднем на $15 \pm 2,3$ сутки), раннее начало желтухи. Проявления геморрагического синдрома были отмечены только у инфицированных детей.

У обследованных новорожденных с ранней неонатальной пневмонией кожные покровы были бледно-серые (77,5%), напротив у 45,7% детей при внутриутробных пневмониях наблюдалась бледность с цианотичным оттенком ($p < 0,01$). Достоверным проявлением ВУП является акроцианоз (93,7% ($p < 0,05$)) с преимущественным поражением дистальных участков тела: кончики носа и языка, кисти рук, стопы, губы, мочки ушей), а при ранних неонатальных инфекциях – центральный цианоз (66,5% ($p < 0,01$)), на фоне интоксикации отмечалась петехиальная сыпь.

Одышка преобладала при внутриутробных пневмониях, тогда как данная симптоматика была

выявлена у каждого 6 ребенка с ранней неонатальной пневмонией. В тоже время при внутриутробных пневмониях чаще регистрировалось тахипноэ (90,1% ($p < 0,05$)).

Установлено наличие различий и по физикальным данным, при обеих формах пневмоний чаще прослушивалось ослабленное дыхание (35,5% и 18,1% соответственно ($p > 0,05$)), в тоже время наличие жесткого дыхания чаще имело место при внутриутробных пневмониях (64,5% ($p < 0,05$)).

Анализ данных рентгенологического обследования детей как «золотого стандарта» диагностики пневмонии, показало различия этих двух видов пневмоний. Так для детей с внутриутробной пневмонией было характерно наличие обширных воспалительных изменений в легких - сегментарные и двусторонние очаговые (45,9% и 26,4% соответственно ($p < 0,001$)), тогда как наиболее типичными проявлениями при ранних неонатальных – двусторонние в 71,9% случаев и правосторонние – в 37,3% ($p < 0,001$).

Оценивая основной рентгенологический признак - очаговые тени, было установлено, специфичность 95,8%, чувствительность 24,4%. Практически идентичная ситуация установлена и среди детей с РНП, где специфичность этого признака также была высокой и составила 97,4%, однако чувствительность всего лишь 12,5%.

Другой рентгенологический признак как усиление бронхо-сосудистого рисунка регистрировался у новорожденных как с ВУП, (чувствительность 83,4%, специфичность 74,9%), так и РНП (чувствительность составила 72,4%, а специфичность 95,1%). Данный признак имеет большое диагностическое значение в связи с тем, что он свидетельствует о стадии воспалительного процесса - отек и гиперемия [12, 17].

Увеличение потребности организма ребенка в кислороде требует необходимости в активации дыхания, клинически данные явления проявлялись респираторными нарушениями - одышкой. Характер одышки выражался изменением параметров частоты, глубины и ритма дыхания, раздуванием крыльев носа. Одышка имело место у 97,5% детей с ВУП и 74,7% с РНП, в акт дыхания были вовлечены вспомогательная мускулатура, в связи с чем 69,6% новорожденных с ВУП и 76,3% с РНП ($p < 0,05$) нуждались в респираторной поддержке, для этих целей, дети были переведены на различные режимы ИВЛ.

Выводы.

1. Беременность у женщин родивших детей с ВУП была более отягощённой, в большинстве

случаев роды завершились преждевременно и чаще в качестве возбудителя выступали TORCH-инфекции, мико- и уреоплазма.

2. Установлены дифференциально диагностические признаки между внутриутробной и ранней неонатальной пневмонией.

3. В большинстве случаев различия регистрировались у детей с ВУП, которые проявлялись вялостью, акроцианозом, одышкой, тахипноэ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Саидмурадова Р.Х. Сепсис новорожденных (внедрение национального протокола) / Р.Х. Саидмурадова, К.К. Махкамов, Н.Дж. Бузрукова, Н.А. Ходжибекова // Вестник ИПО СЗ РТ -2015. -№3. -С.12-17

2. Джумаева Л.Ф. Пневмония у новорожденных и детей грудного возраста: этиологическая структура и клинко-рентгенологические особенности / Л.Ф. Джумаева, К.И. Исмоилов, С. Саторов, Д.Д. Табарова // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана – 2018. -№2. -С. 197-203

3. Кушнарера М.В. и др. Комплексное лечение вентиллятор-ассоциированной пневмонии у новорожденных детей / М.В. Кушнарера и др // Российский. Вестник Перинатологии и Педиатрии. -2016. -№ 61. -С. 92-99

4. Васильев В.В. Диагностика и прогнозирование некоторых врожденных инфекций в системе «беременная – плод – ребенок первого года жизни / В.В. Васильев, Н.В. Скрипченко, Е.С. Романова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. -2013. -№ 3. -С. 92-97.

5. Лобзин Ю. В. Ключевые аспекты проблемы врожденных инфекций / Ю. В. Лобзин, В. В. Васильев // Журнал инфектологии. -2014. -№3. -С.5–14

6. Адамян Л.В. Современные подходы к диагностике и лечению внутриутробных инфекций/ Л.В. Адамян, В.Н. Кузьмин, К.Н. Арсланян. //Проблемы репродукции. -2015 -№ 5. -С. 115-119

7. Дарьина М.Г. Нерешенные задачи статистического учета данных о внутриутробных инфекциях / М.Г. Дарьина, И.Г. Техова, К.Н. Мовчан // Медицинский альманах. -2015. -№5. С. 71–74.

8. Иванова М.В. Эпидемиологические особенности внутриутробных и внутрибольничных инфекций новорожденных в Российской Федерации / М.В. Иванова, А.Я. Миндлина, Р.В. Полибин, А.В. Ушанова // Инфекция и иммунитет. -2019. -№1. -С.193-202.

9. Заплатников А.Л. Внутриутробные инфекции: диагностика, лечение, профилактика / А.Л. Заплатников, Н.А. Коровина, М.Ю. Корнева, А.В. Чебуркин // Медицина неотложных состояний. -2015. -№ 1. С. 25–33.

10. Ткаченко А.К. К понятию «внутриутробное инфицирование и внутриутробная инфекция / А.К. Ткаченко, О.Н. Романова, Е.М. Марочкина //Журнал Гродненского государственного медицинского университета. -2017. -№1. -С.103-109.

11. Перепелица С. А. Этиологические и патогенетические факторы развития внутриутробных инфекций у новорожденных (обзор) / С. А. Перепелица // Общая реаниматология. -2018. -№3. -С. 54–67.

12. Зубков В.В. Диагностическая значимость признаков пневмонии у новорожденных детей / В.В. Зубков // Акушерство и гинекология. – 2012. – №7. – С. 68-73.

13. Сиротина З.В. Внутриутробная пневмония / З.В. Сиротина // Здоровоохранение Дальнего Востока -2015. -N 3. -С.75-80

14. Кирилочев О. К. Современное состояние проблемы цитомегаловирусной инфекции у новорожденных / О. К. Кирилочев, А. И. Кибирова, Е. И. Каширская // Астраханский медицинский журнал. -2015. -№2. -С. 6–17.

15. Ширалиева Р.К. Особенности перинатального поражения центральной нервной системы у недоношенных детей с внутриутробными вирусными инфекциями/ Р.К. Ширалиева, Г.М. Гурбанова, Н.Д. Рагимова // Фундаментальные исследования. -2014. - №10. -С.367-370

16. Кожевникова Т.Н. Структура заболеваний органов дыхания у новорожденных и недоношенных детей / Т.Н. Кожевникова, А.С. Короткова, П.Г. Гладких // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2017. №2. Публикация 2-6. Url: <http://www.medtsu.tula.ru/vnmt/bulletin/e2017-2/2-6.pdf> (дата обращения: 20.04.2017). Doi: 10.12737/article_59099f4694e215.23818115.

17. Перепелица С.А. Особенности рентгенологических изменений в легких у недоношенных новорожденных с дыхательной недостаточностью / С.А. Перепелица, А.М. Голубев, В.В. Мороз // Общая Реаниматология. -2011. -№1. -С.25-30

18. Шукюрова Ф.А. Ультразвуковые признаки внутриутробного инфицирования плода / Ф.А. Шукюрова // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1 (часть 10) – С. 2104-2107

REFERENCES

1. Saidmuradova R.Kh. Sepsis novorozhdennykh (vnedrenie natsionalnogo protokola) [Neonatal sepsis (implementation of a national protocol)]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya - Herald of institute of postgraduate education in health sphere*, 2015, No. 3, pp. 12-17.

2. Dzumaeva L.F. Pnevmoniya u novorozhdennykh i detey grudnogo vozrasta: etiologicheskaya struktura i kliniko-rentgenologicheskie osobennosti [Pneumonia in neonates and infants: etiological structure and clinical and radiological features]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana - Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan*, 2018, No. 2, pp. 197-203.

3. Kushnareva M.V. Kompleksnoe lechenie ventilyator-assotsirovannoy pnevmonii u novorozhdennykh detey [Complex treatment of ventilator-associated pneumonia in newborns]. *Rossiyskiy Vestnik Perinatologii i Pediatrii*

– *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*, 2016, No. 61, pp. 92-99.

4. Vasilev V.V. Diagnostika i prognozirovaniye nekotorykh vrozhdennykh infektsiy v sisteme «beremennaya – plod – rebenok pervogo goda zhizni» [Diagnosis and prognosis of some congenital infections in the system “pregnant – fetus – child of the first year of life”]. *Rossiyskiy Vestnik Perinatologii i Pediatrii – Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*, 2013, No. 3, pp. 92-97.

5. Lobzin Yu. V. Klyuchevye aspekty problemy vrozhdennykh infektsiy [Key aspects of the problem of congenital infections]. *Zhurnal infektologii – Journal of Infectology*, 2014, No. 3, pp. 5-14.

6. Adamyan L.V. Sovremennyye podkhody k diagnostike i lecheniyu vnutritrobnnykh infektsiy [Modern approaches to diagnosis and treatment of intrauterine infections]. *Problemy reproduktivnoy – Problems of Reproduction*, 2015, No. 5, pp. 115-119.

7. Darina M.G. Nereshennyye zadachi statisticheskogo ucheta dannykh o vnutritrobnnykh infektsiyakh [Unresolved problems in statistical recording of data on intrauterine infections]. *Meditsinskiy almanakh – Medical Almanac*, 2015, No. 5, pp. 71-74.

8. Ivanova M.V. Epidemiologicheskie osobennosti vnutritrobnnykh i vnutribolnichnykh infektsiy novorozhdennykh v Rossiyskoy Federatsii [Epidemiological features of intrauterine and nosocomial infections of newborns in the Russian Federation]. *Infektsiya i immunitet – Infection and Immunity*, 2019, No. 1, pp. 193-202.

9. Zaplatnikov A.L. Vnutritrobnnye infektsii: diagnostika, lechenie, profilaktika [Intrauterine infections: diagnosis, treatment, prevention]. *Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy – Emergency Medicine*, 2015, No. 1, pp. 25-33.

10. Tkachenko A.K. K ponyatiyu «vnutritrobnnoe infitsirovaniye i vnutritrobnnaya infektsiya» [To the concept of intrauterine infection]. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta – Journal of Grodno State Medical University*, 2017, No. 1, pp. 103-109.

11. Perepelitsa S.A. Etiologicheskie i patogeneticheskie faktory razvitiya vnutritrobnnykh infektsiy u novorozhdennykh (obzor) [Etiological and pathogenetic factors in the development of intrauterine infections in newborns (review)]. *Obshchaya reanimatologiya – General resuscitation*, 2018, No. 3, pp. 54-67.

12. Zubkov V.V. Diagnosticheskaya znachimost priznakov pnevmonii u novorozhdennykh detey [Diagnostic significance of signs of pneumonia in newborn children]. *Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and gynecology*, 2012, No. 7, pp. 68-73.

13. Sirotnina Z.V. Vnutritrobnnaya pnevmoniya [Intrauterine pneumonia]. *Zdravookhraneniye Dalnego Vostoka – Healthcare of the Far East*, 2015, No. 3, pp. 75-80.

14. Kirilochev O. K. Sovremennoye sostoyaniye problemy tsitomegalovirusnoy infektsii u novorozhdennykh [Current status of cytomegalovirus infection in newborns]. *Astrakhanskiy meditsinskiy zhurnal – Astrakhan medical journal*, 2015, No. 2, pp. 6-17.

15. Shiraliev P.K. Osobennosti perinatalnogo porazheniya tsentralnoy nervnoy sistemy u nedonoshennykh

detey s vnutritrobnnyimi virusnymi infektsiyami [Peculiarities of perinatal lesions of the central nervous system in preterm infants with intrauterine viral infections]. *Fundamentalnye issledovaniya – Basic Research*, 2014, No. 10, pp. 367-370.

16. Kozhevnikova T.N. [Structure of respiratory diseases in newborns and premature infants]. *Vestnik novykh meditsinskiykh tekhnologiy*, 2017, No. 2 (In Russ.) Available at: <http://www.medtsu.tula.ru/vnmt/bulletin/e2017-2/2-6.pdf> (accessed: 20.04.2017).

17. Perepelitsa S.A. Osobennosti rentgenologicheskikh izmeneniy v legkikh u nedonoshennykh novorozhdennykh s dykhatelnoy nedostatochnostyu [Peculiarities of radiological changes in the lungs of premature infants with respiratory failure]. *Obshchaya reanimatologiya – General resuscitation*, 2011, No. 1, pp. 25-30.

18. Shukuyurova F.A. Ultrazvukovyye priznaki vnutritrobnnogo infitsirovaniya ploda [Ultrasound signs of fetal intrauterine infection]. *Fundamentalnye issledovaniya – Basic Researches*, 2015, No. 1 (10), pp. 2104-2107

ХУЛОСА

**М.С. Мамаджонова, Н.А. Шарипова,
А. Вохидов, Н.Н. Абиджанова, Э.И. Назаров**

ТАШХИСИ ТАФРИКАВИ ИЛТИХОБИ ШУШХО ДАР КУДАКОНИ СИННИ БАРМАХАЛ

Мақсад. Гузаронидани дифференсиатсияи аломатҳои клиникӣ дар пневмонияи дохилибатнӣ ва дар кудакони давраи бармаҳали неонатологӣ.

Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот. Тадқиқотҳо дар заминаи шӯъбаи таваллуд ва шӯъбаи «Модар ва кӯдак»-и марҳилаи дуҷуми парастории Муассисаи давлатии МДМТ «Истиклол» дар Душанбе гузаронида шуданд. Дар маҷмӯъ, таҳлили ретроспективии 260 таърихи инкишофи кӯдакон ва таърихи беморӣ гузаронида шуд. Дар тадқиқотҳо ду гурӯҳ ташкил карда шуданд, гурӯҳи 1-ӯм иборат аз 110 (42,3%) кӯдакони навод бо ташхиси тасдиқшудаи пневмонияи дохилибатнӣ буда, гурӯҳи дуюм бошад аз беморон 150 (57,6%) бо пневмонияи давраи бармаҳали неонатологӣ мебошанд. Таҳлили омории мавод бо истифодаи бастаи нармфзори Statistica 10.0 (StatSoft, ИМА) гузаронида шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи он. Аз анамнез маълум гашт, ки 45,7% модарони гурӯҳи 1-ӯм таваллудӣ бармаҳал карданд, дар гурӯҳи 2-юм бошад ин 37,3% сифатро дар бар мегирад. Дар байни модарони гурӯҳи 1, ҳомиладорӣ воқеӣ ($p > 0,05$) бо қолпит (76,9%), камхунӣ (71,3%), исқоти ҳамл (48,6%), гипоксияи музмини ҳомила (57,4%), ба-

сомади баланди шикастани бармаҳали моеъи амниотик (34,6%), танзими меҳнат (25,0%) муайян карда шудааст.

Дар кӯдакони гурӯҳи дуюм аз ҷиҳати омӯри муҳим ($p < 0.001$) (40.6%) баландшавии ҳароратро (аз 38°C боло) мушоҳида кардаанд. Аксарияти наврозони гирифтори пневмонияи дохилибатнӣ амали мақидан надоштанд - 74,8%, 32,2% кӯдакони навроз ($p < 0,01$) набудани акти фурубариро қайд карданд. Диспное дар 97,7,5% кӯдакони гирифтори пневмонияи дохилибатнӣ ва 74,7% дар пневмонияи бармаҳали давраи неонатолӣ мушоҳида карда шуд, мушакҳои ёрирасон ба амали нафаскашӣ иштирок

намуданд ва аз ин рӯ 69,6% кӯдакони навроз бо пневмонияи дохилибатнӣ ва 76,3% бо пневмонияи бармаҳали давраи неонатолӣ ($p < 0.05$) ба ёрии нафаскашӣ ниёз доштанд.

Ҳамин тавр, чараёни равиш ва намуди оризаҳои ҳомиладорӣ дар модароне, ки кӯдаконашон сироят ёфтаанд, гуногун буданд. Аломатҳои таъхироти дифференсиалии байни пневмонияи дохилибатнӣ ва наврозии бармаҳал муқаррар карда шуданд.

Калимаҳои калидӣ. Ҳомиладорӣ, кӯдакони навроз, пневмонияи дохилӣ ва наврозии бармаҳал.

УДК- 616.9 (575.3)

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-72-80

А.С. Мирзоев

ВНЕДРЕНИЕ ЭКСПРЕСС-ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ ЧЕРЕЗ ОКОЛОДЕСНЕВЫЕ МАЗКИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра эпидемиологии, гигиены и охраны окружающей среды с курсом микробиологии и вирусологии, ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Мирзоев Азамджон Сафолович – к.м.н., заведующий кафедрой эпидемиологии, гигиены и охраны окружающей среды с курсом микробиологии и вирусологии ГОУ ИПОвСЗРТ; Республика Таджикистан, 734026, г. Душанбе, ул. И. Сомони 59; E-mail: azamdjon@mail.ru

Цель исследования. Изучение эффективности улучшения доступности тестирования ключевых групп населения путём внедрения нового метода экспресс тестирования на ВИЧ через околодесневые мазки в Республики Таджикистан.

Материалы и методы. Анализ нормативно-правовых документов Республики Таджикистан в области ВИЧ/СПИД и статистическая обработка материалов ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом».

Результаты исследования и их обсуждение. В статье представлены результаты анализа рекомендаций нормативно правовых документов международного уровня, в частности материалы ЕРБ ВОЗ, ЮНЕЙДС и ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом» по вопросам внедрения нового метода экспресс тестирования на ВИЧ через тесты слюны. Данный метод позволил расширить охват тестирования уязвимых групп населения, которые по каким либо причинам отказывались пройти тестирование в существующих медицинских учреждениях. За период до марта 2018 года всего было протестировано 18849 бенефициаров. От общего количества протестированных выявлено 739 случаев с положительным результатом первого теста. Из них 484 случая были подтверждены на базе ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом», из числа которых 403 случая подтверждены как впервые выявленные.

Заключение. Экспресс тестирование на ВИЧ через околодесневые мазки среди ключевых групп населения, таких как половые и инъекционные партнеры, людей живущих с ВИЧ инфекцией показал высокую эффективность и доступность. Пациенты, без каких-либо опасений соглашались на прохождение тестирования. Высокая чувствительность и специфичность тестов снижает количество пациентов с «ложно-положительным» и «ложно-отрицательными» результатами. Простота в использовании, безопасность и безболезненная процедура тестирования приводил к тому, что метод был успешно и в короткий срок внедрен, как среди государственных учреждений, так и среди общественных организаций, которые работают в направлении профилактики ВИЧ инфекций.

Ключевые слова: Слюнные экспресс тесты, эффективность слюнных тестов, Таджикистан.

A.S. Mirzoev

IMPLEMENTATION OF RAPID SALIVA TESTS FOR HIV IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Department of Epidemiology, Hygiene, and Environmental Protection with a course in Microbiology and Virology, State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan".

Mirzoev Azamjon Safolovich - Head of the Department of Epidemiology, Hygiene, and Environmental Protection with a course in Microbiology and Virology of State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan»; the Republic of Tajikistan, 734026, Dushanbe, st. I. Somoni 59, e-mail: azamdjon@mail.ru.

Aim. To study the effectiveness of improving the accessibility of testing for key populations by introducing a new method of rapid HIV testing by pericardial swabs in the Republic of Tajikistan.

Materials and methods. Analysis of the normative legal documents of the Republic of Tajikistan in the field of HIV / AIDS and statistical processing of materials from the State Institution "Republican Center for the Prevention and Control of AIDS".

Results. The article presents the results of the analysis of the recommendations of international legal documents, in particular, the materials of the WHO Regional Office for Europe, UNAIDS, and the State Institution "Republican Center for the Prevention and Control of AIDS" on the introduction of a new method of rapid HIV testing through saliva tests. This method made it possible to expand the coverage of testing for a vulnerable group of the population, which for any reason refused to be tested in existing medical institutions. In the period up to March 2018, a total of 18,849 beneficiaries were tested. Of the total number of tested, 739 cases were identified with a positive result on the first test. Of these, 484 cases were confirmed based on the Republican Center for the Prevention and Control of AIDS, of which 403 cases were confirmed as newly diagnosed.

Conclusion. Rapid saliva testing for HIV among key populations, such as sexual and injecting partners, is highly effective and affordable. Patients, without any fear, agreed to undergo testing. The high sensitivity and specificity of the tests reduce the number of patients with "false positive" and "false negative" results. Ease of use, safety, and painless testing procedure led to the fact that the method was successfully introduced in a short time both among government institutions and among public organizations that work towards the prevention of HIV infections.

Keywords: Rapid saliva tests, effectiveness, Tajikistan.

Актуальность. На сегодняшний день ВИЧ остается одной из основных проблем глобального масштаба и сохраняет свою напряженность в системе общественного здравоохранения. Пандемии других заболеваний, таких как COVID-19, замедляет прогресс борьбы со СПИДом и провоцирует возникновение трудностей к своевременному доступу к услугам, которые получают люди, живущие с ВИЧ инфекцией (ЛЖВ. Прежде всего это может отрицательно влиять на своевременном доступе ЛЖВ к антиретровирусным препаратам и снижению охвата тестирования среди близких окружений ЛЖВ и ключевых групп населения.

В настоящее время в Республике Таджикистан используются самые современные методы диагностики ВИЧ-инфекции. На ранней стадии эпидемии в основном использовалась диагностика методом иммуноферментного анализа (ИФА) и последующим подтверждением методом иммуноблота. При заборе материала на ИФА в основном использовалась сыворотка крови, которая собиралась из венозной крови пациента. Процедура была

болезненной и требовалось не только привлечение обученного медицинского персонала, но и набор стерильных материалов для забора крови. Также были трудности в хранении и доставке забранных материалов в лабораторию.

Начиная с 2004 года для определения ВИЧ постепенно переходили с венозной крови на капиллярную, которая облегчала процедуру взятия материала, однако, риск занесения других инфекций пациенту оставалось высоким.

Используемые тесты на ВИЧ всё чаще нацелены на обнаружение антител, которые вырабатываются иммунной системой организма при появлении ВИЧ-инфекции. У большинства ВИЧ-инфицированных людей антитела вырабатываются на 28 день после попадания вируса в организм человека. Этот период называется «серонегативным окном», в течение которого антитела к ВИЧ не вырабатываются в достаточном количестве для выявления с помощью стандартных тестов, симптомы не проявляются, а передача ВИЧ уже возможна.

Особое значения имеет своевременное получения результата тестирования на ВИЧ-инфекцию. Если получение ответа на тестирование методом ИФА занимает в среднем 3-6 дней, результаты экспресс тестирования можно получить в течение 20-40 минут. Это значительно облегчает диагностику и сокращает время перехода к лечению и уходу.

Однако, ни один тест на ВИЧ сам по себе не обеспечивает полную диагностику ВИЧ-инфекции. Для подтверждения требуется дополнительное тестирование, которое должно проводиться квалифицированным медицинским или социальным работником на местах или в учреждении здравоохранения. ВИЧ-инфекцию можно выявлять с высокой степенью точности выполняя переквалифицированные ВОЗ тесты в соответствии с утвержденным на национальном уровне алгоритмом исследования [1].

Экспресс тесты на ВИЧ с использованием околоснежных мазков является одним из самых безопасных методов тестирования и не требует дополнительных лабораторных оборудований и обучение персонала.

Цель исследования. Изучение эффективности улучшения доступности тестирования ключевых групп населения путём внедрения нового метода экспресс тестирования на ВИЧ через околоснежные мазки в Республики Таджикистан.

Материалы и методы исследования. Анализ нормативно-правовых документов Республики Таджикистан в области ВИЧ/СПИД и статистическая обработка материалов ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом».

Результаты исследования и их обсуждение. Новая Глобальная стратегия по СПИДу на 2021–2026 гг. «Ликвидировать неравенство, покончить со СПИДом» — это смелый подход, который использует призму неравенства для устранения пробелов, препятствующих прогрессу в искоренении СПИДа [2].

Согласно новой стратегии ЮНЕЙДС 95-95-95 «Fast Track - прекращение эпидемии СПИДа к 2030 году»: 95% всех людей, живущих с ВИЧ, будут знать свой ВИЧ-статус, 95% всех людей с диагнозом ВИЧ-инфекции будут получать антиретровирусную терапию, и 95% всех людей, получающих антиретровирусную терапию, будут иметь неопределяемую вирусную нагрузку. Чтобы достичь первую 95, необходимо расширить услуги тестирования и уровень охвата, особенно среди ключевых и уязвимых групп населения. Применение современных методов тестирования, в част-

ности, применение экспресс тестов через слюну, позволяет не только сократить время проведения тестирования, но и полностью исключить инфицирование пациента.

Для своевременного получения медицинских, социальных и других услуг, а также для своевременного начала лечения ВИЧ-инфекции, пациенты имеющие рискованное поведение в отношении заражения ВИЧ должны знать свой ВИЧ-статус. Также необходимо укреплять и расширить консультирование и тестирование в целях снижения риска передачи ВИЧ-инфекции [3].

В Таджикистане для диагностики ВИЧ-инфекции используются самые современные и безопасные тесты с высокой чувствительностью и специфичностью. Алгоритм диагностики ВИЧ-инфекции совершенствован исходя из рекомендации ЮНЕЙДС и ВОЗ. Для подтверждения диагноза достаточно провести двукратное тестирования экспресс методом и однократно ИФА, тем самым отпадает необходимость постановки дорогостоящего теста на иммуноблоттинг.

В рамках Национальной стратегии по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2015-2017 гг., утвержденного решением Национального координационного комитета по профилактике и борьбе со СПИД, туберкулез и малярией в Республики Таджикистан (Протокол №27 от 18 июля 2014 года) и цели Глобальной стратегии совместной программы Организация Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу с целью расширения охвата ключевых групп населения консультированием и тестированием, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан приказом утвердил внедрения нового метода диагностики ВИЧ с использованием быстрых тестов через околоснежных мазков (слюна) [4,5].

Данный метод позволил расширить охват тестирования уязвимой группы населения, которые по каким либо причинам отказывались пройти тестирование в существующих медицинских учреждениях. Одним из положительных аспектов внедрения нового метода заключалась в том, что общественные организаций, которые работали в направлении профилактики ВИЧ/СПИД имели право на внедрение и использования этого метода.

Преимущества экспресс метода тестирования на ВИЧ с использованием быстрых тестов через околоснежные мазки являются: доступность проведения теста в любом месте; время получения результата теста 20 минут; высокая чувствительность

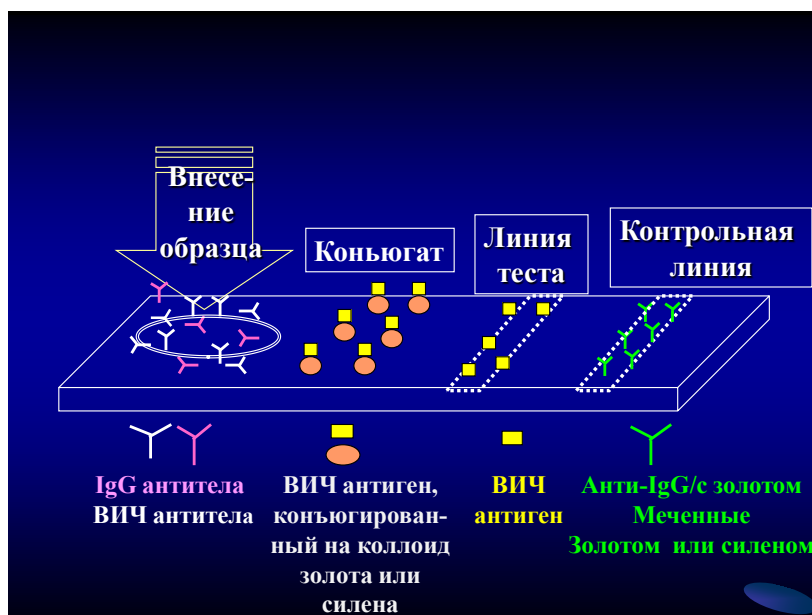


Рисунок 1. Метод основанный на капиллярном потоке

(100%); высокое специфичности (99,8%); простота в использовании; компактность и легкость; отсутствие контакта с кровью при тестировании.

ВОЗ подчеркивает, что в определенных ситуациях применение экспресс-тестов является более эффективным, поскольку позволяет децентрализовать консультирование и тестирование на ВИЧ, и, следовательно, расширить доступ к тестированию уязвимых групп населения [6].

Наиболее современные экспресс-тесты, в том числе тесты через околоротовые мазки основаны на принципе капиллярного потока (иммунохроматографические тесты). При этом вирусные антигены конъюгируются с коллоидным золотом или силеном (рис.1).

Для проведения тестирования достаточно нанести каплю крови или другой исследуемой жидкости на адсорбируемую полосу, содержащую все необходимые реагенты и конъюгаты. Образец диффундирует вдоль пластинки, на которую в определенной последовательности нанесены необходимые реагенты, и при наличии антител к ВИЧ в определенной зоне пластинки образуется окрашенная полоска.

В данном методе используется дополнительно контрольная линия, чтобы удостовериться в правильности проведения анализа. Наличие единственной контрольной полоски свидетельствует об отрицательном результате, наличие двух полосок – о положительном результате.

Экспресс-тесты подходят для применения в развивающихся странах, где оснащение лабора-

торий недостаточно, бывают перебои с подачей электроэнергии и отсутствует квалифицированный лабораторный персонал [7,8]. Также экспресс-тесты применяют при определении ВИЧ-статуса необследованных рожениц.

Жидкость из десневых борозд, которая представляет собой транссудат, образующийся при диффузии плазмы из залегающих в краях десен капилляров. Подобно плазме этот транссудат содержит антитела, но их концентрация примерно в 400 раз меньше, чем в плазме, за счет разведения слюной (продуктом слюнных желез) [9].

В пакет набора теста входит буферный раствор и тестовой набор. Также, пластмассовые подставки (штатив) отдельно (вне пакета) предоставляются производителем и входят в набор тестов (рис. 2,3). Пакет набора герметично упакован и в секции тестового набора имеется влагопоглотительный мешочек предохраняющий пластинки теста от попадания влаги.

Минимум за 15 минут до начала процедуры забора слизистого транссудата ротовой полости не рекомендуется употреблять пищу и любые напитки, в том числе и обычную питьевую воду. При использовании средств по уходу за полостью рта процедуру целесообразно проводить не ранее, чем через 30 минут. Забор материалов может произвести, как и обученный сотрудник, так и сам пациент после того, как сотрудник объясняет ему правила забора материала (рис. 4).

Взятый образец вставляется на буферный раствор. Время экспозиции составляет от 20 до



Рисунок 2. Буферный раствор теста

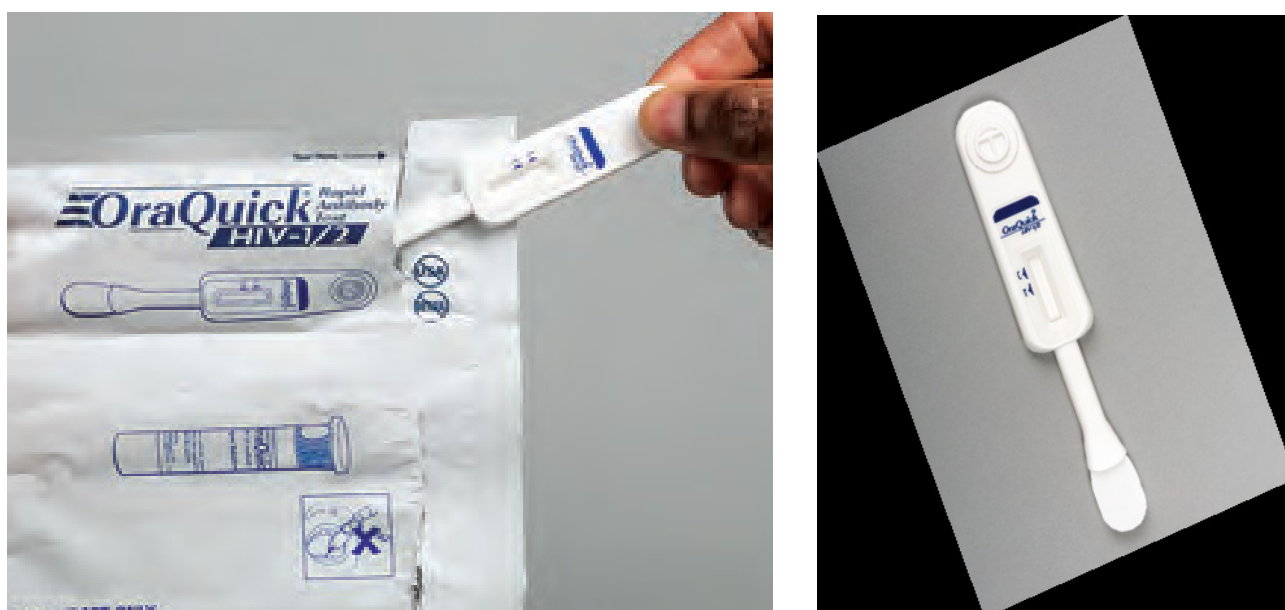


Рисунок 3. Тест

40 минут. Производители тестов не рекомендуют чтение результата теста после 40 минут. Интерпретация и учет результатов теста проводится после указанного времени (рис.5).

Экспресс тестирование на ВИЧ через околодесневые мазки была внедрена среди людей, употребляющих инъекционные наркотики и партнеров людей, живущих с ВИЧ-инфекцией в пилотных регионах, таких как г.Душанбе, 5-ти районах республиканского подчинения и городах и районах Согдийской области.

За период до марта 2018 года всего было протестировано 18 849 бенефициаров. От общего количества протестированных выявлено 739 случаев с положительным результатом первого теста. Из них 484 случая были подтверждены на базе ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом», из числа которых 403 случая подтверждены как впервые выявленные (Таблица 1).

Необходимо отметить, что часть пациентов, имеющих положительный результат тестирования через слюну, получили послетестовое и психосо-



Рисунок 4. Методика взятие мазков



Положительный

Отрицательный

Недействительный

Рисунок 5. Интерпретация результатов теста

циальное консультирование со стороны сотрудников центров СПИД и общественных организаций. Целью данной консультации является изменение их отношения к своему статусу, смягчению стрессовых ситуаций, консультирование и психологическая помощь.

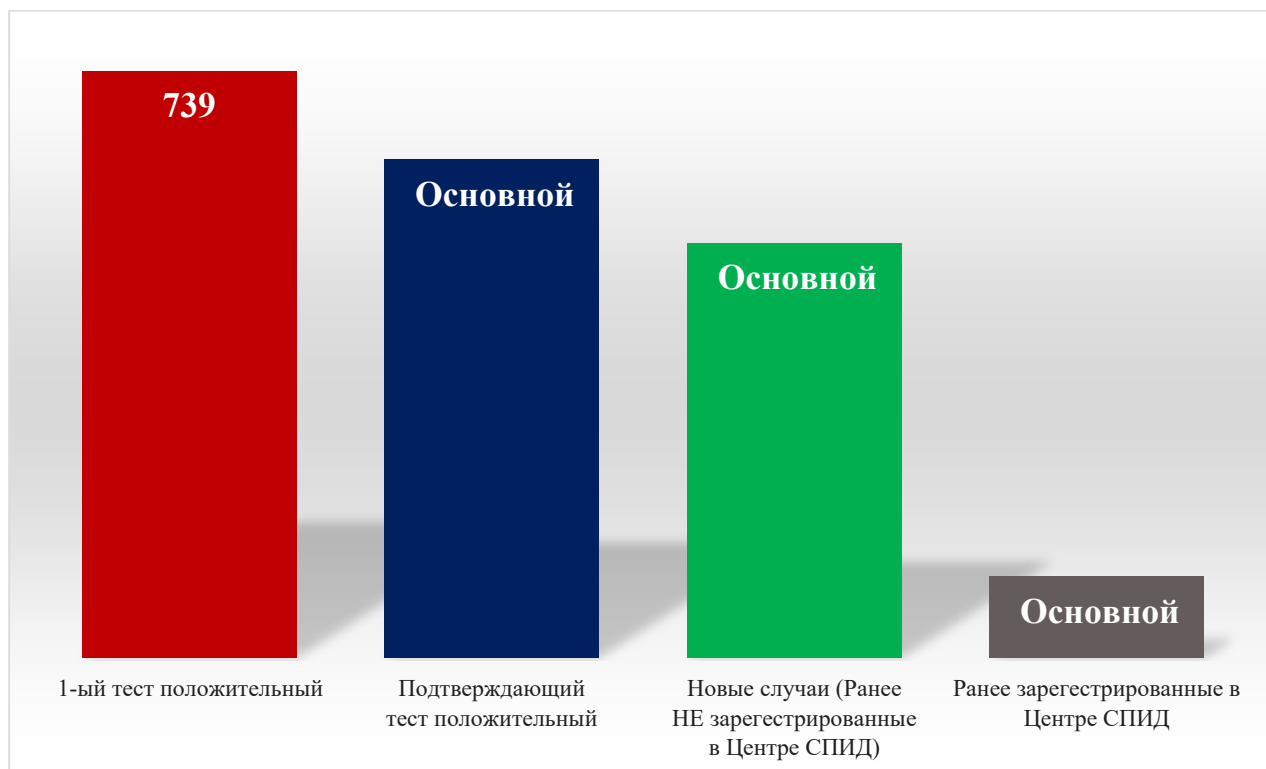
Такой высокий процент выявления говорит о прицельном тестировании среди наиболее уязвимых групп населения. Потребители инъекционных наркотиков и партнеры людей, живущих с ВИЧ инфекций имеют постоянный непрерывный риск к ВИЧ-инфекции.

Использование метода «равный-равному» сотрудниками центров СПИД дает возможность улучшить доверительные отношения и готовность клиента к получению диагностических и других услуг.

В рамках реализации международных проектов направленных на профилактику ВИЧ на период 2017-2019 годов в страну было закуплено более 82350 штук экспресс тестов околосенных мазков на ВИЧ. Было подготовлено более 500 специалистов из числа работников центров СПИД и общественных организаций.

Таблица 1

Количество положительных случаев экспресс тестирование на ВИЧ через
околодесневых мазков (октябрь 2016 – март 2018)



Заключение. Экспресс тестирование околодесневых мазков на ВИЧ среди ключевых групп населения, таких как половые и инъекционные партнеры показал высокую эффективность и доступность. Пациенты, после проведения дотестового консультирования без каких-либо опасения соглашались на прохождение тестирования.

Высокая чувствительность и специфичность тестов снижает количество пациентов с «ложноположительным» и «ложноотрицательными» результатами. Простота в использовании, безопасность и безболезненная процедура тестирования привело к тому, что метод был успешно и в короткие сроки внедрен, как среди государственных учреждений, так и среди общественных организации, которые работают в направлении профилактики ВИЧ инфекций.

Стоимость экспресс тестов околодесневых мазков на ВИЧ (от 3 до 5 долларов США за один тест) намного выше, чем обычные капиллярные экспресс тесты и тесты на ИФА. Простота и безопасность использования экспресс тестов околодесневых мазков на ВИЧ приводит к тому, что они наиболее эффективны при полевой работе с ключевыми группами населения.

В связи с чем, рекомендуем провести ниже следующее мероприятия:

Расширить использование экспресс тестов околодесневых мазков на ВИЧ среди других ключевых групп населения. Широко использовать для экстренных ситуаций (экстренное переливание крови, родоразрешения без ясного статуса, экстренные операции и другое);

Повысить уровень информированности населения о существовании данных тестов;

Систематически проводить обучение медицинских, лабораторных работников и работников общественных организаций, занимающихся вопросами профилактики ВИЧ инфекции среди населения;

Создание единой базы данных по результатам экспресс тестов околодесневых мазков на ВИЧ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Основные факты. Бюллетень ВОЗ (17 июля 2021 года). <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
2. Пресс-релиз Координационного совета Программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД (ЮНЕЙДС). <https://www.unaids.org/ru/resources/>

presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2021/march/20210325_new-global-aids-strategy.

3. Основные требования к проведению тестирования на ВИЧ-инфекцию и консультирования на базе неправительственных организаций. Проект Агентство США по международному развитию (USAID) «Флагман» по ВИЧ в Центральной Азии.

4. Национальной стратегии по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2015-2017гг.

5. Приказ Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан № 934 от 26 декабря 2016 года.

6. Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях. ВОЗ и ЮНЕЙДС май 2007. <http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc/ru/>.

7. Infection Control Hospital Epidemiology 2001; 22:289. <https://books.google.com.tj/books?id=y-wKh8oIdn8C&pg=PT4977&lpg=PT4977&dq=7.%09Infection+Control+Hospital+Epidemiology+2001;+22:289>

8. Модуль Гален «Профилактика ВИЧ-инфекции в работе ЛПУ». 2005, IAPAC- ALEN.

9. Бюллетень ВОЗ Серологическая диагностика ВИЧ-инфекции по образцам ротовой жидкости. 1994;72 (1) 135-143. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2486497/>

REFERENCES

1. *Osnovnye fakty. Byulleten VOZ* [Basic facts. WHO Bulletin]. Available at: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> (17 iyulya 2021 goda).

2. *Press-reliz Koordinatsionnogo sojeta Programma Organizatsii Obedinennykh Natsiy po VICH/SPID (YUNEYDS)*. [Press release from the Coordinating Board of the United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)]. Available at: https://www.unaids.org/ru/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2021/march/20210325_new-global-aids-strategy.

3. *Osnovnye trebovaniya k provedeniyu testirovaniya na VICH-infektsiyu i konsultirovaniya na baze nepravitel'stvennykh organizatsiy. Proekt Agentstvo SSHA po mezh-dunarodnomu razvitiyu (USAID) «Flagman» po VICH v Tsentralnoy Azii* [Basic requirements for HIV testing and counseling based on nongovernmental organizations. United States Agency for International Development (USAID) Flagship Project on HIV in Central Asia].

4. *Natsionalnoy strategii po protivodeystviyu epidemii VICH/SPID v Respublike Tadjikistan na period 2015-2017gg* [National Strategy to Combat the HIV/AIDS Epidemic in the Republic of Tajikistan for the Period 2015-2017].

5. *Prikaz Ministerstvo zdravookhraneniya i sotsialnoy zashchity naseleniya Respubliki Tadjikistan № 934 ot 26 dekabrya 2016 goda* [Order No. 934 of the Ministry of

Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan, December 26, 2016].

6. VOZ i YUNEYDS. *Rukovodstvo po voprosam VICH-testirovaniya i konsultirovaniya po initiative med-itsinskikh rabotnikov v lechebno-profilakticheskikh uchrezhdeniyakh* [Guidance on provider-initiated HIV testing and counseling in health care facilities]. Available at: <http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc/ru/>. may 2007.

7. *Modul Galen «Profilaktika VICH-infektsii v rabote LPU»* [Galen Module “HIV Prevention in the Work of Health Care Facilities”]. IAPAC- ALEN Publ., 2005.

8. *Byulleten VOZ Serologicheskaya diagnostika VICH-infektsii po obraztsam rotovoy zhidkosti* [WHO Bulletin Serological Diagnosis of HIV Infection by Oral Fluid Samples]. 1994, No. 72 (1), pp. 135-143. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2486497/>

9. *Infection Control Hospital Epidemiology*. Available at: <https://books.google.com.tj/books?id=ywK-h8oIdn8C&pg=PT4977&lpg=PT4977&dq=7.%09Infection+Control+Hospital+Epidemiology+2001;+22:289> (2001).

ХУЛОСА

А.С. Мирзоев

ВОРИД НАМУДАНИ УСУЛИ ТАШХИСИ ТАЪЧИЛИИ ВНМО БО ИСТИФОДА АЗ МОЛИШАКИ МИЛК ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши самаранокии бехтаршавии дастрасии ташхиси гурӯҳҳои калидии аҳоли тавассути ворид намудани тестҳои таъчили оид ба ВНМО бо истифода аз молишаки милк дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили ҳуҷҷатҳои меъёрию ҳуқуқии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар самти ВНМО/БПНМ ва таҳлили маводҳои омории МД «Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бар зидди ВНМО».

Натиҷаи таҳқиқот. Дар мақола натиҷаҳои таҳлили тавсияҳои меъёрию ҳуқуқии сатҳи байналмилалӣ, аз ҷумла маводҳои Бюрои Аврупои Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурусти (ТУТ), ЮНЕЙДС ва МД «Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бар зидди ВНМО» оид ба ворид намудани усули нави ташхис бо тести таъчили ВНМО бо истифода аз молишаки милк оварда шудаанд. Усули мазкур барои васеъ намудани фарогирии гурӯҳҳои калидӣ ба ташхис, ки бо қадом сабабҳои аз гузаштани ташхис дар муассисаҳои тандурустӣ даст мекашиданд, мусоидат менамояд. Дар давраи то моҳи март соли 2018 ҳамагӣ 18 849 нафар аз

тести таъчилии молишаки милк гузаштаанд. Аз шумораи умумии ташхисшудагон дар 739 ҳолат натиҷаи тести якум мусбӣ муайян карда шуд, аз ин шумора 484 ҳолат дар МД «Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бар зидди ВНМО» тасдиқи худро ёфтаанд, ки 403 нафари онҳо якумин маротиба дарёфт шудаанд.

Хулоса. Ташхиси таъчилии ВНМО бо истифода аз молишаки милк дар байни гурӯҳҳои калидии аҳоли ба монанди шарикони алоқаи чинсӣ ва шарикони тазриқи шахсони бо ВНМО зиндагикунанда, самаранокии баланд ва дастрасии худро нишон дод. Мизочон бе ягон ҳарос барои гузаштани таш-

хис розигии худро додаанд. Ҳассосияти баланд ва ҳосияти тестҳо шумораи мизочонро бо натиҷаҳои «мусбии бардурӯғ» ва «манфии бардурӯғ» коҳиш медиҳад. Осонии истифода, беҳатарӣ ва тартиби санҷиши бедард боиси он гардид, ки ин усул дар як муддати кӯтоҳ ҳам дар муассисаҳои давлатӣ ва ҳам дар байни ташкилотҳои ҷамъиятӣ, ки дар самти пешгирии сирояти ВНМО кор мекунанд, бомуваффақият қорӣ карда шуд.

Калимаҳои калидӣ: тестҳои таъчилии молишаки милк, самаранокии тестҳои таъчилӣ, Тоҷикистон.

УДК: 616-089-059:618.1-089

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-80-89

Г.К. Раджабова¹, Г.Н. Ашурова², Ф.И. Махмадов²

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ ПАТОЛОГИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ГЕНИТАЛИЙ

¹ГУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

²Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Махмадов Фарух Исроиллович – д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Тел.: +(992)900754490; Email: fmahmadov@mail.ru

Цель исследования. Оценить роль видеолaparоскопии в диагностике и лечении неотложных патологий органов брюшной полости и гениталий.

Материал и методы. Исследование основано на анализе лечения 240 женщин с острыми патологиями органов брюшной полости и гениталий, поступивших в период с 2012 по 2020 годы. По частоте сочетания острых патологий органов брюшной полости и гениталий, преобладали острый аппендицит и различные осложненные формы кисты правого яичника, что составило 33,3% (n=80) пациенток. Наряду с этим встречались такие сочетания, как острый калькулезный холецистит + миома матки – 20,0%, острый калькулезный холецистит + киста яичника – 18,3%, осложненные формы миомы матки + грыжи передней брюшной стенки – 13,7%, осложненные формы кисты яичника + грыжи передней брюшной стенки – 7,9%, осложненные формы кисты яичника + спаечная болезнь – 6,7%.

Результаты исследования и их обсуждение. В определенных случаях (19,2%), видеолaparоскопия первично оказалась диагностической, а в остальных 80,8% – целенаправленно произведены с целью хирургической коррекции. Послеоперационные осложнения у женщин основной и группы сравнения составили 7,5% и 13,3% соответственно. Послеоперационных койко-дней составило 4,8±1,7.

Заключение. Видеолaparоскопия является важным способом определения диагностической тактики, что вполне можно трансформировать в лечебную.

Ключевые слова. Неотложные патологии органов брюшной полости и гениталий, лапароскопические вмешательства, лапароскопические симультанные операции.

G.K. Radzhabova¹, G.N. Ashurova², F.I. Makhmadov²

DIAGNOSTIC AND SURGICAL TACTICS FOR EMERGENCY PATHOLOGIES OF THE ABDOMINAL AND GENITAL ORGANS

¹State Institution “Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan”

²Avicenna Tajik State Medical University

Mahmadov Farukh Isroilovich - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Surgical Diseases No. 1, Avicenna TSMU Abuali ibn Sino; Tel.: +(992)900754490; Email: fmahmadov@mail.ru

Aim. To evaluate the role of video laparoscopy in the diagnosis and treatment of concomitant urgent pathologies of the abdominal organs and genitals.

Material and methods. The study is based on an analysis of the treatment of 240 women with combined acute pathologies of abdominal organs and genitalia, who were admitted for the period 2012 to 2020. According to the frequency of the combination of acute pathologies of abdominal organs and genitalia, acute appendicitis and various complicated forms of cysts of the right ovary prevailed, which amounted to 33.3% (n=80) of patients. Along with this, there were such combinations as acute calculous cholecystitis (ACC) + uterine fibroids - 20.0%, ACC + ovarian cyst - 18.3%, complicated forms of uterine fibroids + hernia of the anterior abdominal wall - 13.7%, complicated forms of ovarian cyst + hernia of the anterior abdominal wall - 7.9%, complicated forms of ovarian cyst + adhesive disease - 6.7%.

Results. In certain cases (19.2%), video laparoscopy initially turned out to be diagnostic, and in the remaining 80.8%, it was purposefully performed for surgical correction. Postoperative complications in women of the main and comparison groups were 7.5% and 13.3%, respectively. Postoperative bed-day continued 4.8 ± 1.7 .

Conclusion. Videolaparoscopy is an important way to determine diagnostic tactics, which can be easily transformed into a therapeutic one.

Keywords. Urgent combined pathologies of the abdominal cavity and genital organs, laparoscopic interventions, laparoscopic simultaneous operations.

Актуальность. Неотложные патологии органов брюшной полости (НСП ОБП) и гениталий до сих пор составляет актуальную патологию, требующую дискуссий в структуре гинекологической заболеваемости [1-3], и по статистике, не имеет тенденции к снижению.

Актуальность НСП ОБП и гениталий заключается еще в том, что их последствия зачастую приводят к необратимым патологическим процессам, негативно влияющее на репродуктивную функцию женщин [4, 5]. Вместе с тем, при данной сочетанной патологии отсутствуют отчетливые характерные особенности клинических проявлений и динамики течения, что закономерно усложняют раннюю диагностику и диффдиагностику, что часто заставляет хирургов или гинекологов оперировать этих женщин на стадии того или иного тяжелого осложнения [6, 8, 9]. Подобные случаи из-за гнойного очага, массивного спаечного процесса, порой заканчиваются различными интра- и послеоперационными осложнениями, и не позволяют выполнять радикальные операции. Однако несмотря на изобилие научных публикаций, касательно данной проблемы, несомненно, многие её аспекты продолжают оставаться нерешенными [2, 7, 9].

Применяемая на сегодняшний день как диагностическую, так и хирургическую тактика введения женщин с НСП ОБП и гениталий, нередко оказывается неадекватной, т.к. частота диагностических ошибок на госпитальном уровне достигает 37,2%, а еще в 31,9% случаев диагноз оказывается неполноценным, в том числе и определение степени тяжести доминирующего органа, что сказывается

на объеме предоперационных мероприятий [9, 10]. Сложившаяся ситуация подтверждает необходимость дальнейшего изучения диагностической и хирургической тактик введения при неотложных патологиях органов брюшной полости и гениталий.

Цель исследования. Оценить роль видеолaparоскопии в диагностике и лечении сочетанных неотложных патологиях органов брюшной полости и гениталий.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование выполнялось среди 240 женщин с острыми патологиями ОБП и гениталий, поступивших в ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» и в ГУ Медицинский комплекс «Истиклол» и Родильный дом №2 г. Душанбе, являющихся клиническими базами кафедры хирургических болезней №1 и акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино в период с 2012 по 2020 годы. Следует отметить, что более 87,0% женщин с сочетанными ОП ОБП и гениталий составили пациентки детородного возраста. Женщины старших возрастных категорий (старше 50 лет) - 12,5%.

По частоте ОП ОБП и гениталий, преобладали острый аппендицит и различные осложненные формы кисты правого яичника (ОФКЯ), что составило 33,3% (n=80) пациенток. Наряду с этим встречались такие сочетания, как острый калькулезный холецистит (ОКХ) + миома матки (ММ) – 48 (20,0%), ОКХ + киста яичника – 44 (18,3%), осложненные формы миомы матки + грыжи передней брюшной стенки (ПБС) – 33 (13,7%),

осложненные формы кисты яичника + грыжи ПБС – 19 (7,9%), осложненные формы кисты яичника + спаечная болезнь (СБ) – 16 (6,7%).

Такие факторы как продолжительность операции, промежуток времени от начала заболевания до операции и правильный выбор способа вмешательства, которые, по сути, являются определяющими, мы отнесли к значимым предикторам исхода заболевания у женщин с НП ОБП и гениталий.

До проведения операций и выбора тактики хирургического лечения у 40 женщин с миомой тела матки и ее осложненных форм (n=15) тщательно изучали репродуктивный анамнез, что, по сути, и определяло объем проводимого вмешательства, включая органосохраняющие и органудаляющие.

С учетом той или иной НП ОБП и гениталий, характера их осложнений и доминирующего органа, были проведены разные виды хирургических вмешательств. В том числе женщинам основной группы (n=120) оперативные вмешательства, касательно коррекции неотложных сочетанных патологий органов брюшной полости и гениталий, произведены малоинвазивным способом, с применением лапароскопической технологией. А женщинам контрольной группы (n=120) – традиционные, открытые операции.

Этапность операции зависела от доминирующего органа и решалась совместным консилиумом акушер-гинекологов и хирургов.

С целью диагностики НП ОБП и гениталий были применены УЗ-исследование, МРТ и лапароскопия.

Статистический анализ полученных результатов выполнялся с помощью программы «Statistica 10.0» for Windows (StatSoft® Inc, США). Нормальность распределения выборки оценивалась по критериям Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Количественные значения описаны в виде среднего значения (M) и стандартной ошибки (m), качественные значения описаны в виде процентных отношений (%). При парном сравнении двух независимых количественных групп использовался U-критерий Манна-Уитни, для зависимых групп использовался T-критерий Вилкоксона. При сравнении качественных групп использовался критерий χ^2 , в том числе с поправкой Йетса (при $n < 10$) и по точному критерию Фишера при ($n < 5$).

Результаты исследования и их обсуждение.

Подготовка женщин с патологиями органов гениталий требует расширения стандартов предоперационного обследования на предмет диагностики сочетанных экстрагенитальных заболеваний, нуж-

дающихся в хирургической коррекции. Вместе с тем правильный индивидуальный подбор больных с сочетанной патологией, адекватная предоперационная подготовка женщин, индивидуализированный выбор метода и объема операции, более того с увеличением объема операции, не оказывает влияния на частоту послеоперационных осложнений, ведет к значительной экономии финансовых средств как на госпитальном, так и на амбулаторном этапе.

Показанием к лапароскопическим симулированным вмешательствам вставили на основании степени операционно-анестезиологического риска по ASA. В основном оперированные женщины относились к I и II степени операционно-анестезиологического риска (89,2%). Среди обследованных женщин основной группы сопутствующие соматические заболевания имело место у 69 (57,5%).

Группа авторов [1, 3] утверждают, что длительный карбоксиперитонеум во время симулированной лапароскопической операций при хирургических и гинекологических патологиях, не оказывает существенного влияния на показатели гемодинамики в послеоперационном периоде, что расширяет возможности проведения указанных симулированных вмешательств.

Наиболее приемлемым, по нашему мнению, является тактика ведения женщин с НСП ОБП и гениталий, основанное на своевременную диагностику и патогенетически обоснованную коррекцию неотложного доминирующего органа. Патогенетическая обоснованность в данной тактике обусловлена уменьшением выраженности синдрома воспалительного ответа, полиорганной недостаточности и предупреждением развития инфекционных осложнений, что достигается за счет последовательной коррекции опасных для жизни осложнений патологий (кровотечение, перитонит), очагов эндотоксикоза и снижения уровня токсинов в крови.

Однозначно, в определенных случаях (19,2%), видеолaparоскопия первично оказалось диагностическим, а в остальных 80,8% случаях – лечебным (рис. 1).

Следует отметить, что у женщин с НСП ОБП и гениталий видеолaparоскопия, как малоинвазивный метод, безусловно в 100% случаев является эффективным диагностическим мероприятием, которое практически во всех случаях позволяет трансформироваться – в лечебную.

Частой сочетанной патологией ОБП и гениталий явилась сочетание острого аппендицита

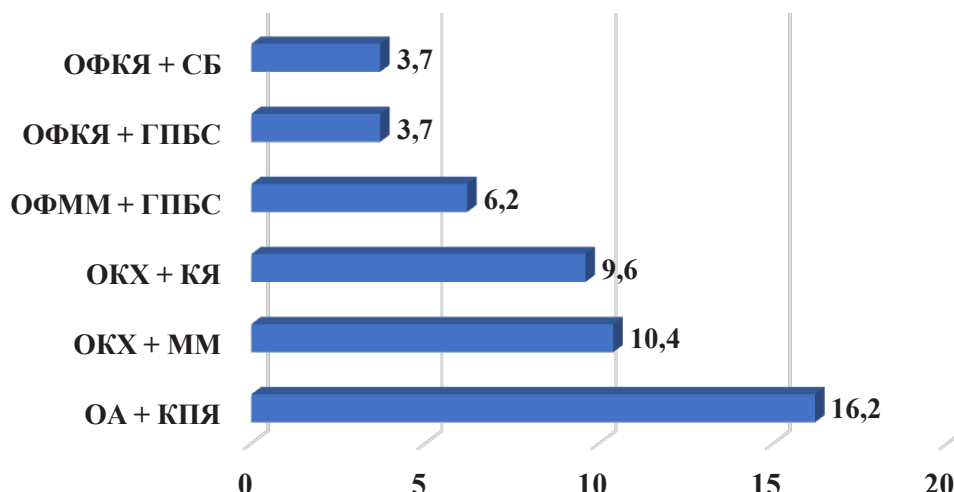


Рис. 1. Лапароскопическая находка у женщин основной группы с НСП ОБП и гениталий, в%

и кисты правого яичника, что встречалась у 39 (32,5%) женщин основной группы. При этом следует отметить, что в 31 (79,5%) наблюдений, киста правого яичника была диагностирована до операции, с помощью УЗ-сонографии, а в 8 (20,5%) наблюдений – диагностированы интраоперационно, при видеолaparоскопии.

Немаловажно, что одним из важных моментов, влияющих на состояние женщин при сочетании с патологиями ОБП, является внутреннее кровотечение. Данное осложнение было отмечено в 19 (15,8%) наблюдениях, осложненных форм кист яичника и миомы матки (при разрыве кисты яичников и кровотечениях из миоматозных узлов матки).

В связи с этим, мы сочли приемлемым учитывать у этой категории больных шоковый индекс (ШИ) Альговера, зависимость её величины от объема кровопотери. По результатам последнего в совокупности с проведенным лабораторными и инструментальными методами исследования, были выставлены показания к оперативным вмешательствам.

У 3 (15,8%) женщин с тяжелым геморрагическим шоком, госпитализированные с нестабильной гемодинамикой, применяли активную тактику введения, т.е. женщинам на операционном столе проведена катетеризация подключичной вены и начато применение противошоковых мероприятий, забор крови для проведения лабораторного анализа.

У женщин с объемом кровопотери более 1,0 литра (n=8) считали целесообразным изучить характер изменений показателей лактата крови и внутрибрюшного давления (ВБД) до проведения видеолaparоскопии и в послеоперационном периоде (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, при ВБД I степени (n=5) за 24 часа после операции показатели лактата крови и ВБД имели тенденцию к восстановлению, намного быстрее, по сравнению со 2-ой и 3-ей степени ВБД (показатели ВБД до операции составляли $16,9 \pm 0,18$ мм рт.ст., показатели лактата крови составляли в среднем $2,87 \pm 0,03$ ммоль/л, спустя 24 часа эти показатели составили соответственно $11,24 \pm 0,61$ мм рт.ст. и $2,90 \pm 0,07$ ммоль/л соответственно). В целом проведенные исследова-

Таблица 1

Сравнительные показатели ВБД и лактата крови в динамике у женщин внутренними кровотечениями (n=8)

Показатели	До операции	Через 6 часов	Через 12 часов	Через 24 часа	p
ВБД I степени (n=5)					
ВБД, мм рт.ст.	$13,1 \pm 0,25$	$10,32 \pm 0,21$	$10,11 \pm 0,17$	$9,68 \pm 0,32$	<0,001
Лактат крови, ммоль/л	$1,5 \pm 0,03$	$3,17 \pm 0,05$	$2,12 \pm 0,03$	$1,4 \pm 0,01$	<0,001
ВБД II-III степени (n=3)					
ВБД, мм рт.ст.	$16,9 \pm 0,18$	$14,41 \pm 0,07$	$13,85 \pm 0,24$	$11,24 \pm 0,61$	<0,001
Лактат крови, ммоль/л	$2,87 \pm 0,03$	$3,73 \pm 0,04$	$3,34 \pm 0,03$	$2,90 \pm 0,07$	<0,001

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей в динамике (по критерию Фридмана)

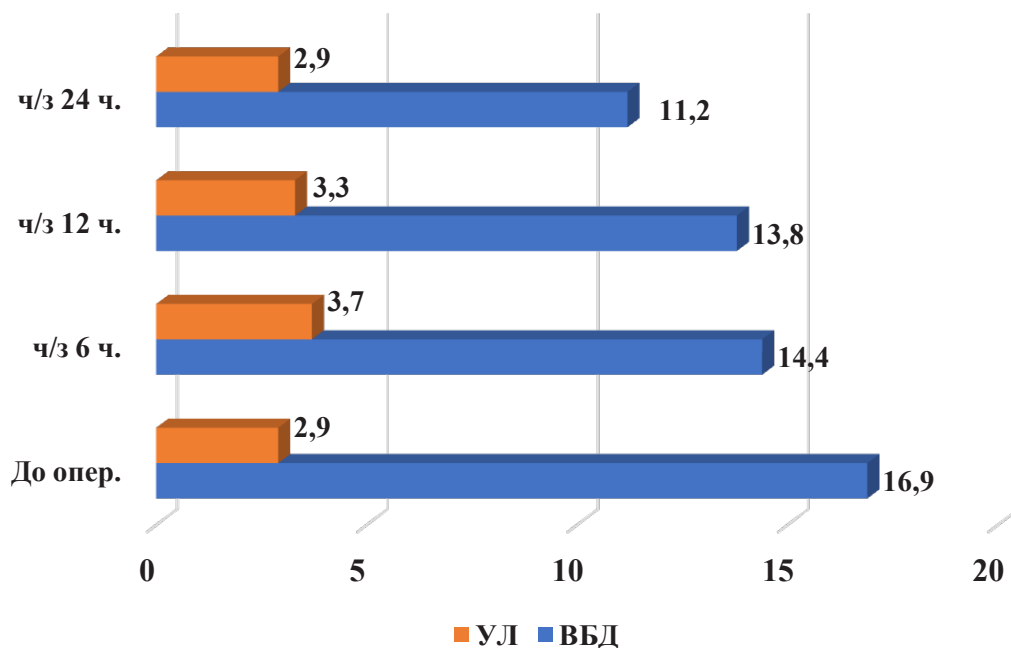


Рис. 2. Изменение показателей ВБД и лактата крови при I-ой степени ВБД
Примечание: УЛ – уровень лактата, ммоль/л, ВБД – внутрибрюшное давление, мм рт.ст.

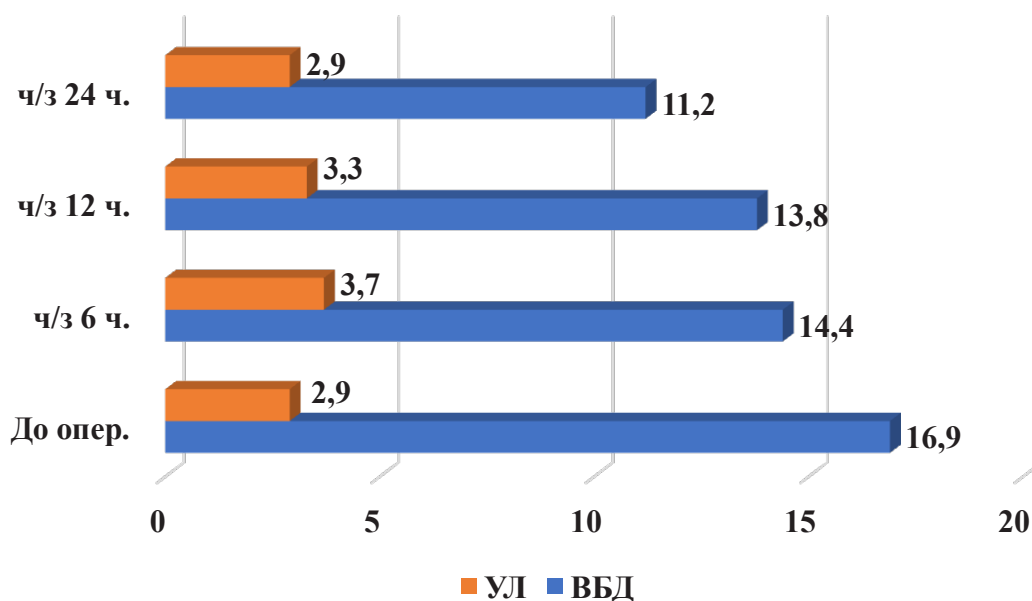


Рис. 3. Изменение показателей ВБД и лактата крови при II и III-ей степени ВБД

ния показателей ВБД и лактата крови у женщин с НСП ОБП и гениталий, осложненным внутренним кровотечением, разной степени показали определенную информативность уровня лактата крови (рис. 2).

Следует отметить, что у пациентов с I степенью ВБД для коррекции последнего также параллельно были применены консервативные мероприятия, как вставление назогастрального зонда, клизмы, перидуральная анестезия, применение миорелаксантов и антигипоксантов.

В 25 случаях острого калькулезного холецистита, у женщин выявлена миома матки, которые с анамнеза имели осложненные формы, как неоднократное маточное кровотечение. После проведения комплекса диагностических исследований и предоперационной подготовки вставлена показание к симультанной лапароскопической холецистэктомии, консервативной миомэктомии (n=3) и ампутации матки (n=22). Вмешательства произведены с применением 4 троакарных портов (рис. 4).



Рис. 4. Область лапаропортов при симультанной лапароскопической холецистэктомии и ампутации матки

У одной женщины при лапароскопии обнаружено массивный спаечный процесс малого таза (из анамнеза больная ранее перенесла тубэктомию справа). В связи с чем была произведена ЛХЭ + адгезиолизис + ампутация матки (рис. 5).

Диссекция и гемостаз при симультанных вмешательствах проведены технологией «LigaSure», что отличается минимальным изменением близлежащих тканей. Вместе с тем при работе технологии «LigaSure» не происходит образование дыма, что, следовательно, сокращает время симультанных операций. К дополнительным преимуществам можно отнести случаи, когда процесс диссекции или гемостаза проводится в непосредственной близости от камеры, за счёт образования мелкодисперсной взвеси, при биполярной электро-

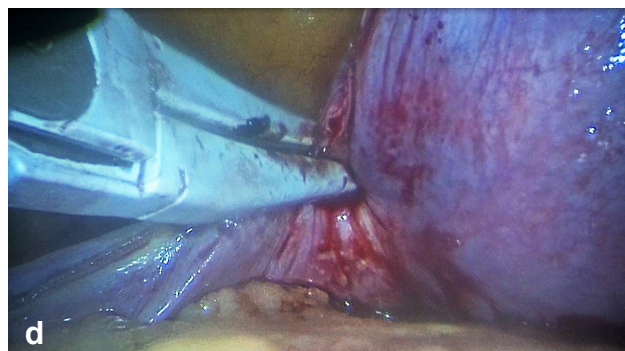
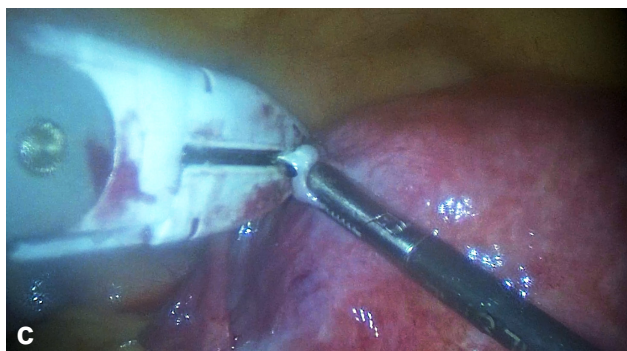
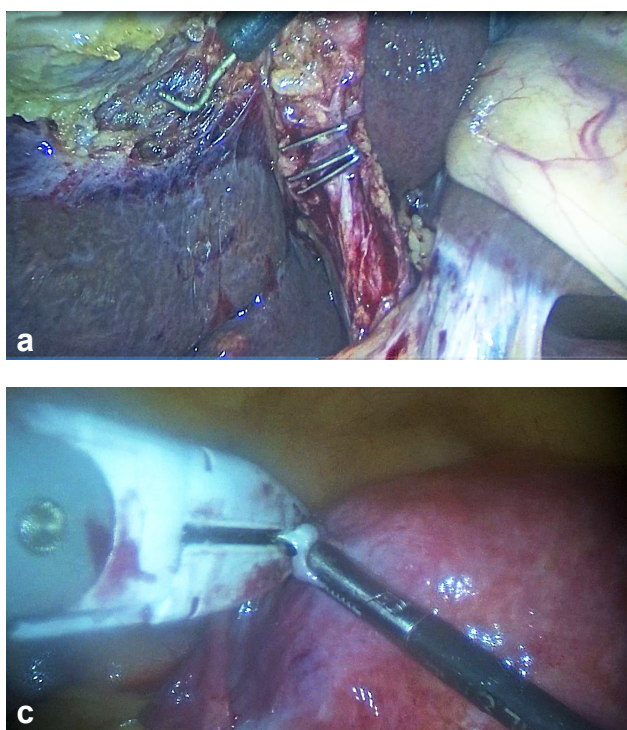


Рис. 5. Этапы симультанной ЛХЭ (а), адгезиолизиса малого таза (b) и лапароскопической ампутации матки с применением технологии «LigaSure» (с, d)

коагуляции условия обзора области воздействия периодически ухудшается. Последнее практически не встречается при применении технологии «Liga-Sure».

В 15 (12,5%) случаях в основной группе, женщины были госпитализированы с осложненными формами миомы матки (кровотечение у 5, перекрут и нагноение миоматозного узла у 10 женщин), сопутствующей вправимыми грыжами передней брюшной стенки (пупочная грыжа - у 9 женщин, послеоперационная грыжа - у 3 и паховая грыжа

- у 3). Учитывая изложенное, также были произведены лапароскопические органосохраняющие (консервативная миомэктомия - в 7 наблюдениях) и органудаляющие (ампутация матки - в 8 наблюдениях).

В одном случае (2,5%) у пациентки установлена картина ОКХ, сопутствующей миомой матки, у которой имеется переход миоматозного узла в шейку. С учетом стабильности гемодинамики, и раннее досконального обследования по поводу миомы матки, включая морфологическое исследова-

ние из биоптата матки, совместным консилиумом с гинекологом, из-за прорастания миоматозного узла в шеечный отдел матки, не исключали возможности экстирпации. Действительно во время лапароскопии установлена переход узла по передней стенке шейки матки, что решало тактику в пользу экстирпации.

У 9 (7,5%) женщин отмечались осложненные формы кисты яичника и спаечного процесса малого таза, т.е. наличие аднексальных спаек, что, в частности, являлись причинами вторичного бесплодия, у женщин детородного возраста. Следует отметить, что в целом у 66 (55,0%) женщин основной группы при лапароскопии имелась картина спаечного процесса разной степени. Однако последнее было наверняка связано с ранее перенесенными воспалительными процессами органов гениталий. С учетом изложенного в сравниваемых группах акцентировали лишь на 7,5% у которых имелись картина спаечной болезни малого таза III и IV степени.

Для оценки степени аднексальных спаек у данного контингента женщин, выявленных в ходе выполнения видео лапароскопии, применялась классификация r-AFS (1985). Согласно степени спаечного процесса малого таза, у 29 (43,9%) женщин установлено спаечный процесс I степени, у 28 (42,4%) - II, у 7 (10,6%) - III, и у 2 (3,1%) - IV степени спаечного процесса.

Во всех случаях было выполнено лапароскопический адгезиолизис с восстановлением нормальной анатомии внутренних половых органов.

В 38 (57,6%) случаях из 66, по показаниям проведено гистероскопия и хромокопия. При этом типичная эндоскопическая картина хронического эндометрита установлено у 16 (42,1%) женщин указанной группы. Зачастую определялась бледно-розовая, неравномерной толщины и окраски слизистая оболочка, а участки истончения эндометрия - с выраженным сосудистым рисунком. Соскоб был умеренным или скудным. В 31 (81,6%) наблюдениях были выявлены синехии, в виде нежных белесых волокон, идущих от одной стенки матки к другой. Преобладающей локализацией синехий (n=29) была область устья маточных труб.

При констатации вышеуказанных патологий гистероскопическими ножницами и щипцами производилось механическое разрушение синехий, с контрастированием маточных труб. В случае проходимости маточной трубы контраст полностью поступал в ее устье, создавая так называемый

эффект «воронки», слегка окрашивая данную зону матки.

Диагноз эндометрит во всех случаях выставлялся только при обнаружении микробиологической обсемененности материала, взятого из полости матки.

Между тем крайне необходимо при НСП ОБП и гениталий определении критериев способа операции, как на ОБП, так и гениталий, с учетом доминирующего органа (табл. 2).

Таблица 2

Критерии выбора последовательности лапароскопических операций при неотложных сочетанных патологиях органов брюшной полости и гениталий

Сочетание патологии	Первый этап	Второй этап
ЛХЭ - Острый калькулезный холецистит Цистэктомия/КРЯ - Киста яичника	+	+
ЛХЭ - Острый калькулезный холецистит Ампутация матки/КМ – миома матки	+	+
Аппендэктомия - Острый аппендицит Цистэктомия/КРЯ - Киста яичника	+	+
Ампутация матки/КМ – ОФ миомы матки Герниопластика – Грыжи ПБС	+	+
Цистэктомия/КРЯ - ОФ кисты яичника Герниопластика – Грыжи ПБС	+	+
Цистэктомия/КРЯ - ОФ кисты яичника Адгезиолизис – спаечная болезнь МТ	+	+

Примечание: ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия, КРЯ – клиновидная резекция яичника, КМ – консервативная миомэктомия, ОФ – осложненные формы, ПБС – передняя брюшная стенка, МТ – малый таз.

Согласно приведенным объективным критериям при НСП ОБП и гениталий, выполняли различные по объему и характеру лапароскопические органосохраняющие и орган удаляющие вмешательства.

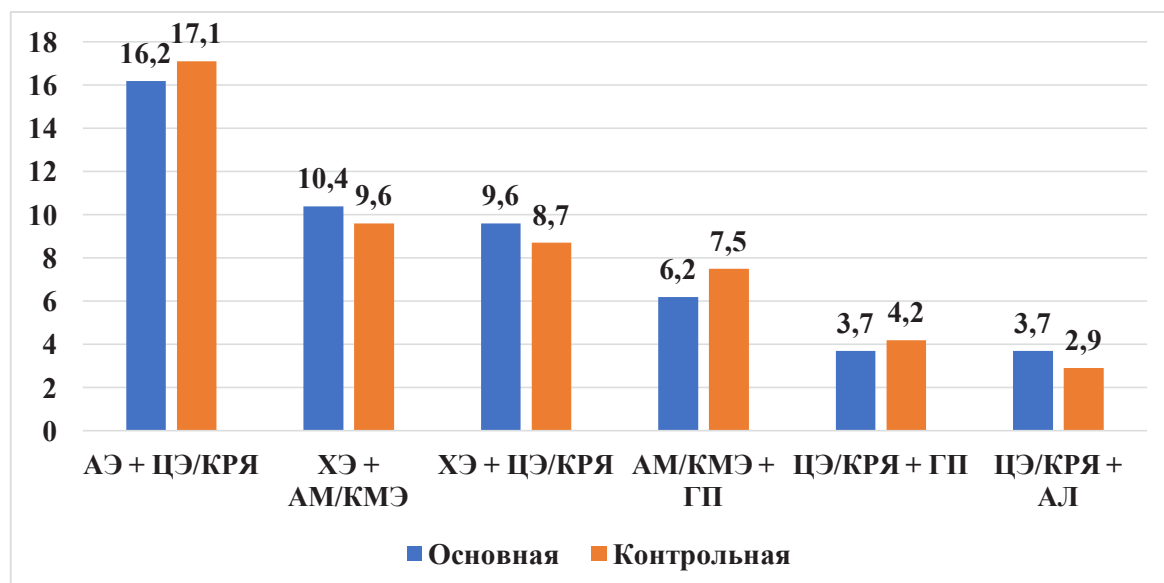


Рис. 6. Соотношение симультанных лапароскопических и открытых способов лечения женщин с неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости и гениталий (в%).

Примечание: АЭ+ЦЭ/КРЯ – аппендэктомия + цистэктомия/ клиновидная резекция яичника, ХЭ+АМ/КМЭ – холецистэктомия+ампутация матки/консервативная миомэктомия, ГП – герниопластика, АЛ – адгезиолизис.

Сравнительный результат лапароскопических и традиционных методов лечения женщин с НСП ОБП и гениталий, позволило нам разработать алгоритм хирургической тактики, с определением показаний и этапности выполнения вмешательств в лечении этой категории пациенток.

Предметом сравнения явилась группа женщин, оперированные лапароскопически (n=120) и группа – с традиционными способами лечения (n=120).

Такие показатели, как сроки удаления дренажной трубки, снижение микробной обсемененности урогенитального тракта, послеоперационное пребывание в стационаре и осложнения, пациентки оказались приемлемыми для сравнения групп.

Согласно литературным данным [7,8], положительная динамика пациенток с НСП ОБП и гениталий в послеоперационном периоде, в основном проявляется уменьшением или полным отсутствием болевого синдрома, симптомов интоксикации организма, уменьшением послеоперационного периода и быстрой реабилитации женщин.

В качестве сравнения учтены такие критерии, как длительность операции, продолжительность пребывания женщин на койке, количество послеоперационных осложнений и полная реабилитация пациенток, как в основной группе (ОГ), так и группы сравнения (ГС) (табл. 3).

Длительность операции при у женщин основной группы в среднем составило $59,4 \pm 11,7$ мин.,

Таблица 3

Сравнительные критерии эффективности лапароскопических и открытых вмешательств у женщин с неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости и гениталий ($M \pm SE$)

Критерии	ОГ (n=53)	ГС (n=35)	p
Длительность операции (мин.)	$59,4 \pm 11,7$	$73,8 \pm 13,4$	$=0,000$ (U =420,0; z =-4,33)
Послеоперационные койко-дни	$4,8 \pm 1,7$	$11,2 \pm 3,8$	$=0,000$ (U =0; z =-8,52)
Полная реабилитация (нед.)	$3,1 \pm 0,3$	$6,8 \pm 0,2$	$=0,000$ (U =0; z =-8,50)

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

а женщин группы сравнения - $73,8 \pm 13,4$ мин. Послеоперационный койко-день у женщин, оперированных лапароскопическим, составил $4,8 \pm 1,7$, напротив $11,2 \pm 3,8$ после открытых операций. Послеоперационные осложнения у женщин основной и группы сравнения составили 7,5% и 13,3% соответственно.

Закономерно полная реабилитация женщин, основной группы была меньше ($3,1 \pm 0,3$ недели), по сравнению с женщинами группы сравнения ($6,8 \pm 0,2$ недели). Немаловажным критерием также является разрез (открытие операции зачастую требуют два отдельных доступа, как в верхнем этаже, так и в нижнем, или один широкий разрез, являясь весьма травматичным), которое непосредственно влияет на интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде.

Осложнения после неотложных симультанных лапароскопических вмешательств отмечены у 9 (7,5%) женщин. Непродолжительное (в течение первых суток) выделение сукровичного отделяемого по контрольному дренажу отмечалось у 4 (3,3%) женщин, проведенные лапароскопический адгезиолизис с III и IV степени спаечного процесса малого таза, что были остановлены консервативными мероприятиями, не потребовавшими повторных вмешательств. В 3 (2,5%) наблюдениях отмечено нагноение троакарных ран, и в 1 (0,8%) – желчеистечение, что ликвидирована консервативно. Случаев конверсии не было. Послеоперационный койко-день составило $4,8 \pm 1,7$.

Из указанного анализа результатов хирургического лечения в сравниваемых группах, следует, что благодаря разработанным способам, профилактики послеоперационных осложнений, основная группа женщин имеет значительные преимущества (включительно во всех классах осложнений). Так, осложнения в послеоперационном периоде у женщин группы сравнения достигала 13,3% ($n=16$), когда этот показатель у пациентов основной группы составил всего 7,5% ($n=9$), что меньше на 5,8% случаев.

Выводы. 1. Видеолапароскопия является важным способом диагностики и лечения неотложных сочетанных патологий органов брюшной полости и гениталий;

2. Миниинвазивная хирургия неотложных патологий органов брюшной полости и гениталий, достоверно снижает тяжесть оперативного вмешательства, количество послеоперационных осложнений и сроки стационарного лечения больных.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 6-10 см. в REFERENCES)

1. Байгазаков А.Т. Перспективы применения эндовидеохирургических технологий в лечении сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний / А.Т. Байгазаков // Вестник КРСУ. – 2015. - №7, т.15. – С.21-23.
2. Галимов О.В. Лечение больных с сочетанной патологией органов малого таза с применением лапароскопических технологий / О.В. Галимов, Д.М. Зиганшин, С.Р. Туйсин и др. // Эндоскопическая хирургия. - 2012. - №3. - С. 25-28.
3. Гинекология: национальное руководство. Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова и др. 2-е изд., перераб и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 432 с.
4. Захаренко А.А. Острая абдоминальная боль / А.А. Захаренко, Р.И. Миннуллин, П.А. Ярцев // Скорая медицинская помощь: нац. рук. / под. ред. С.Ф. Багненко, М.Ш. Хубутия, А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннуллин. – М.: ГОЭТАР Медиа, 2015. – С.310-316.
5. Миннуллин Р.И. Анализ традиционной диагностической тактики при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и малого таза у женщин репродуктивного возраста на догоспитальном и стационарном этапах / Р.И. Миннуллин, Н.Н. Рухляда, А.Г. Мирошниченко, И.А. Соловьев, Р.Р. Алимов // Скорая мед. помощь. – 2014. – Т. 15, вып. 3. – С.51-55.

REFERENCES

1. Baygazakov A.T. Perspektivy primeneniya endovideokhirurgicheskikh tekhnologiy v lechenii sochetannykh khirurgicheskikh i ginekologicheskikh zabolevaniy [Prospects of Endovideosurgical Technologies in the Treatment of Combined Surgical and Gynecological Diseases]. *Vestnik Kyrgyzsko-Rossiyskogo Slavyanskogo universiteta - Bulletin of the Kyrgyz-Russian Slavic University*, 2015, Vol. 15, No. 7, pp. 21-23.
2. Galimov O.V. Lechenie bolnykh s sochetannoy patologiyey organov malogo taza s primeneniem laparoskopicheskikh tekhnologiy [Treatment of Patients with Combined Pelvic Organs Pathology Using Laparoscopic Technologies]. *Endoskopicheskaya khirurgiya - Endoscopic surgery*, 2012, No. 3, pp. 25-28.
3. *Ginekologiya: natsionalnoe rukovodstvo, 2-e izd.* [Gynecology: National Guide, 2nd ed.]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2017. 432 p.
4. Zakharenko A.A. *Ostraya abdominalnaya bol. Skoraya meditsinskaya pomoshch: nats. ruk* [Acute abdominal pain. Emergency Medical Care: National Handbook.]. Moscow, GOETAR Media Publ., 2015. pp. 310-316.

5. Minnullin R.I. Analiz traditsionnoy diagnosticheskoy taktiki pri ostrykh khirurgicheskikh zabolevaniyakh organov bryushnoy polosti i malogo taza u zhen-shchin reproduktivnogo vozrasta na dogospitalnom i statsionarnom etapakh [Analysis of Conventional Diagnostic Tactics in Acute Surgical Diseases of the Abdominal and Pelvic Organs in Women of Reproductive Age in the Prehospital and Inpatient Stages]. *Skoraya meditsinskaya pomoshch – Emergency*, 2014, Vol. 15, No. 3, pp. 51-55.

6. Gans, S.L. Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain. *Digestive Surgery*, 2015, Vol. 32, No. 1, pp. 23-31.

7. Hart S., Ross S., Rosemurgy A. Laparoendoscopic single-site combined cholecystectomy and hysterectomy. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2010, Vol. 17, No. 6, pp. 798-801.

8. Jennifer A. The Role of Appendectomy in Gynaecologic Surgery: A Canadian Retrospective Case Series. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, 2013, Vol. 35 (1), pp. 44-48.

9. Jocko J.A. The role of appendectomy in gynaecologic surgery: a canadian retrospective case series. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, 2013, Vol. 35, No. 1, pp. 44-48.

10. Laparoscopic incidental appendectomy during laparoscopic surgery for ovarian endometrioma. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2011, Vol. 1, No. 28, pp. 1-5.

ХУЛОСА

Г.Қ. Рачабова, Г.Н. Ашурова, Ф.И. Махмадов

УСУЛИ ТАШХИСӢ ВА ҶАРОҲӢ МАВРИДИ ПАТОЛОГИЯИ ФАВРИИ УЗВҲОИ КОВОКИИ БАТН ВА ЗАНОНА

Мақсади омӯзиш. Арзёбии нақши видеолапароскопия дар ташхис ва табобати патологияи таъҷилии узвҳои батн ва узвҳои таносул.

Мавод ва усулҳо. Таҳқиқот дар асоси таҳлили табобати 240 зан бо патологияи шадиди узвҳои ковокии батн ва занона, ки дар давраи солҳои 2012 то 2020 бистарӣ гаштаанд. Дар робита ба басомади омезиши узвҳои ковокии батн ва занона, аппендитсит ва шаклҳои гуногуни мураккаби кистаи тухмдонҳои рост бартарӣ доштанд, ки 33,3% (n=80) беморон буданд. Дар баробари ин, чунин омезишҳо ба монанди холестиститҳои шадиди калкулезӣ (ХШК) + миомаи бачадон - 20,0%, ХШК + кистаи тухмдон - 18,3%, шаклҳои мураккаби миомаи бачадон + чурраи девори пеши шикам (ЧДПШ) - 13,7%, мураккаб буданд. Шаклҳои кистаи тухмдонҳо + чурраи ДПШ - 7,9%, шаклҳои мураккаби кистаи тухмдонҳо + бемории лихомӣ - 6,7%-ро ташкил дод.

Натиҷаҳо. Дар ҳолатҳои алоҳида (19,2%) видеолапароскопия дар аввал хусусияти ташхисӣ ва дар 80,8%-и боқимонда бо мақсади ислоҳи ҷарроҳии мақсаднок гузаронида шудааст. Мушкilotи пас аз ҷарроҳӣ дар занони гурӯҳҳои асосӣ ва муқоисавӣ мутаносибан 7,5% ва 13,3%-ро ташкил медод. Рӯзи бистарӣ пас аз ҷарроҳӣ $4,8 \pm 1,7$ шабонарӯзро дар бар гирифт.

Хулоса. Видеолапароскопия як роҳи муҳими муайян кардани усули ташхис мебошад, ки онро ба осонӣ ба як намуди табобатӣ табдил додан мумкин аст.

Калимаҳои калидӣ. Патологияҳои фаврии яқояи узвҳои батн ва узвҳои таносул, даҳолатҳои лапароскопӣ, амалиётҳои ҳамзамони лапароскопӣ.

УДК 618.398

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-89-96

М.А. Саидова, С.Дж. Юсуфи, З.Х. Рафиева

РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ЗАПОЗДАЛЫХ РОДАХ

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Саидова Мастура Асоевна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Адрес: Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки 1/31, Тел.: +(992)985686830, E-mail: mastura.saidova@mail.ru

Цель исследования. Изучить частоту, факторы риска и течение родов у женщин с перенесенной беременностью в городе Душанбе.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ родов в городском родильном доме № 2, являющийся клинической базой кафедры акушерства и гинекологии № 2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, за период 2007-2011 гг.

Результаты исследования и их обсуждение. Частота переношенной беременности у женщин жительниц города Душанбе за 7 лет составляет от 3,9 до 0,83% случаев. Исследование показывает, что после введения национальных стандартов по индукции родов количество переношенных беременностей и вместе с ней осложнения, связанные с ним, снизилась. Среди женщин с переношенной беременностью каждая 2-я были первобеременными. Течение беременности и родов с переношенной беременностью характеризуется высоким процентом осложнений, который составляет $6,7 \pm 2,09\%$ и $70,8 \pm 2,16\%$ соответственно. Родоразрешились через естественные родовые пути 382 (72%) женщин, а путем операции кесарева сечение – 77 (15%).

Заключение. Несмотря на тенденцию снижения частоты запоздалых родов после введения национальных стандартов по индукции родов, акушерские и перинатальные исходы переношенной беременности заслуживают внимания.

Ключевые слова: переношенная беременность, роды, запоздалые роды, осложнения в родах.

M.A. Saidova, S.J. Yusufi, Z.Kh. Rafieva

RETROSPECTIVE STUDY OF THE COURSE OF PREGNANCY, OBSTETRIC AND PERINATAL OUTCOMES IN POST-TERM PREGNANCY

Avicenna Tajik State Medical University

Saidova Mastura Asoevna - Postgraduate student, Department of Obstetrics and Gynecology №2, Avicenna Tajik State Medical University; Address: 1/31 Rudaki Ave, Dushanbe, Tajikistan, Tel. (992)985 68 68 30, e-mail: mastura.saidova@mail.ru

Aim. To study the frequency, risk factors, and course of labor in women with post-term pregnancies in the city of Dushanbe.

Material and methods. The study is based on the retrospective analysis of childbirth in the city maternity hospital No. 2, which is the clinical base of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 2 of TSMU named after Avicenna for the period 2007 - 2011.

Results and discussion. The frequency of post-term pregnancy among women in Dushanbe over 7 years ranges from 3.9 to 0.83% of cases. The study shows that after the introduction of national standards on the induction of labor, the number of post-term pregnancies and, along with it, the complications associated with it decreased. Among women with post-term pregnancy, each 2 had the first pregnancy. The course of pregnancy and childbirth with a post-term pregnancy is characterized by a high percentage of complications, which is $6.7 \pm 2.09\%$ and $70.8 \pm 2.16\%$, respectively. 382 (72%) women delivered through the vaginal birth canal, and 77 (15%) women had a cesarean section.

Conclusion. In spite of the declination tendency of post-term pregnancies frequency after the introduction of national standards on induction of labor, the obstetric and perinatal outcomes of postmature pregnancy deserve attention.

Keywords: post-term pregnancy, childbirth, delayed childbirth, complications in childbirth.

Актуальность. Переношенная беременность является одной из важных проблем современного акушерства. Переношенная беременность продолжается дольше физиологической на 10-14 дней и заканчивается рождением перезрелого ребенка. Роды при переношенной беременности относятся к патологическим и называются запоздалыми [7].

Частота перенашивания беременности по данным отечественных и зарубежных авторов до 42 недель колеблется от 10 до 15%, после 42 полных недель – 5-6% [7, 8].

При перенашивания беременности увеличивается количество осложнений у матери и плода.

Распространенные последствия переношенной беременности включают макросомию плода, осложненную родовую деятельность, родовые травмы и увеличение частоты оперативного родоразрешения [3, 5, 7, 9, 13].

Течение переношенной беременности характеризуется высоким процентом осложнений (гестозы, анемия, гипоксия и асфиксия плода) [2-4, 6, 13], а также осложнений в родах (преждевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовых сил, клинически узкий таз, гипотоническое кровотечение, гипоксия и асфиксия плода, родовые травмы матери и плода) [5, 8-10, 12].

Цель исследования. Изучить частоту, факторы риска и течение родов у женщин с переносенной беременностью в городе Душанбе.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ течения и исхода родов при переносенной беременности за 5 лет (с 2007г. до 2011г.), до внедрения национальных стандартов по ведению индукции родов и начала использования индукции. Проанализировано всего 530 истории родов с переносенными новорожденными.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование проведено на базе городского родильного дома №2 города Душанбе. Для определения динамики изменения частоты переносенной беременности мы анализировали истории родов

женщин с переносенной беременностью за 2005 по 2015 гг.

Для более наглядной демонстрации изменения соотношения индекса переносенных беременностей к общему числу родов, рассмотрим изменения в тренде (рис. 1). Количество переносенных беременностей до внедрения и окончательного использования индукции родов в среднем составляла 2,97%, однако после внедрения стандартов ВОЗ и использования индукции при родах, данный показатель начал уменьшаться и в среднем составил 1,23% при достижении значения в 0,83% в 2015 г. Соответственно при сохранении тренда ожидается дальнейшее уменьшение количества переносенных родов к общему количеству родов.



Рисунок 1. Частота переносенных беременностей до и после внедрения стандартов ВОЗ

Возраст пациенток ретроспективной группы колебался от 18 до 40 лет, составляя в среднем $26,7 \pm 3,4$ г. Повозрастное распределение беременных ретроспективной группы наблюдения представлено в табл. 1.

Как следует из табл. 1, большинство рожениц находились в активном репродуктивном возрасте от 20 до 35 лет 447 (84,34%). При этом, треть пациенток 176 (33,34%) составляли женщины с возрастом 21-24 года, а четверть 133 (25,06%) в возрасте 25-29 лет.

Распределение обследованных по числу родов показало, что в группах было 246 (46,2%) перво-

родящих, 150 (28,3%) - повторнородящих и 134 (25,1%) - многорожавших.

На основе соматического анамнеза мы определили, что имеется большое количество эндокринных заболеваний 348 (65,66%), анемии – 330 (62,27%), хронического пиелонефрита – 313 (59,1%), хронических заболеваний органов дыхания – 225 (42,4%), перенесенных детских инфекций – 169 (31,8%).

Согласно данным исследования у большинства женщин 371 (70,0%) выявлена нормальная регуляция менструального цикла, однако, почти

Таблица 1

Распределение обследованных по возрасту

Возраст пациенток	2007 (n=100)		2008 (n=100)		2009 (n=105)		2010 (n=110)		2011 (n=115)		Всего за 5 лет (n=530)	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
18 лет и моложе	2	2,0	3	3,0	7	6,67	1	0,9	3	2,6	16	3,0
19 – 20 лет	7	7,0	8	8,0	8	7,62	12	10,9	15	13,0	50	9,4
21 – 24 года	30	30,0	33	33,0	33	31,43	35	31,8	45	39,1	176	33,2
25 – 29 лет	27	27,0	19	19,0	31	29,53	31	28,2	26	22,6	134	25,3
30 – 34 года	19	19,0	22	22,0	14	13,34	15	13,6	17	14,8	87	16,4
35 – 39 лет	10	10,0	10	10,0	10	9,53	14	12,7	6	5,2	50	9,4
40 и более	5	5,0	5	5,0	2	1,91	2	1,8	3	2,6	17	3,2
Всего по годам	100	18,87	100	18,87	105	19,82	110	20,76	115	21,7	530	100,0

Примечание: % - от общего количества больных по годам.

в каждом пятом наблюдении 67 (12,65%) имело место гипо- или гиперменструальный синдром.

Особенности и характеристика течения родов перенесенной беременности на основе ретроспективного исследования.

Как видно из таблицы 2 из 530 исследуемых беременных 382 (72,1%) женщин родили через естественные родовые пути, 77 (14,5%) путем кесарева сечения, 63 (12,1%) - вагинальные роды, закончившиеся оперативно (В/Э плода, акушерские щипцы), 212 (40%) - разрывы промежности, 102 (19,2%) - эпизиотомия и перинеотомия и также наблюдалась 4 (0,8) случая краниотомии.

Исходы родов представлены на рисунке 2.

Как видно из рисунка, у женщин с перенесенной беременностью частота кесарева сечения равна 77 (14,5%), вакуум-экстракции плода и акушерских щипцов – 63 (12,1%).

На рисунке 3 изображена наглядное распределение частота видов акушерских травм родовых путей у обследованных женщин ретроспективной группы.

В исследованной группе имелось большое количество разрывов мягких тканей родового канала - 170 (32,1%) случаев, и оперативное рассечение

Таблица 2

Особенности течения родов

Наименование	2007 (n=100)		2008 (n=100)		2009 (n=105)		2010 (n=110)		2011 (n=115)		Всего за 5 лет (n=530)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Роды закончившиеся через естественные родовые пути	69	69	77	77	80	76,19	77	70,0	79	68,7	382	72,08
Роды закончившиеся кесаревым сечением	12	12	10	10	10	9,52	24	21,82	21	18,26	77	14,53
Вагинальные роды закончившиеся оперативно (В/Э плода, акушерские щипцы)	14	14	10	10	11	10,47	14	12,73	14	12,17	63	11,89
Разрывы промежности (перинеорафия и др.)	40	40	43	43	46	43,81	45	40,91	38	33,04	212	40,00
Эпизиотомия и перинеотомия	20	20	22	22	19	18,10	20	18,18	21	18,26	102	19,25
Амниотомия	36	36	33	33	29	27,62	27	24,55	26	22,61	151	28,49
Краниотомия	3	3	1	1	0	0	0	0	0	0	4	0,75

Примечание: % - от общего количества больных по годам.

Исход родов при переносимой беременности

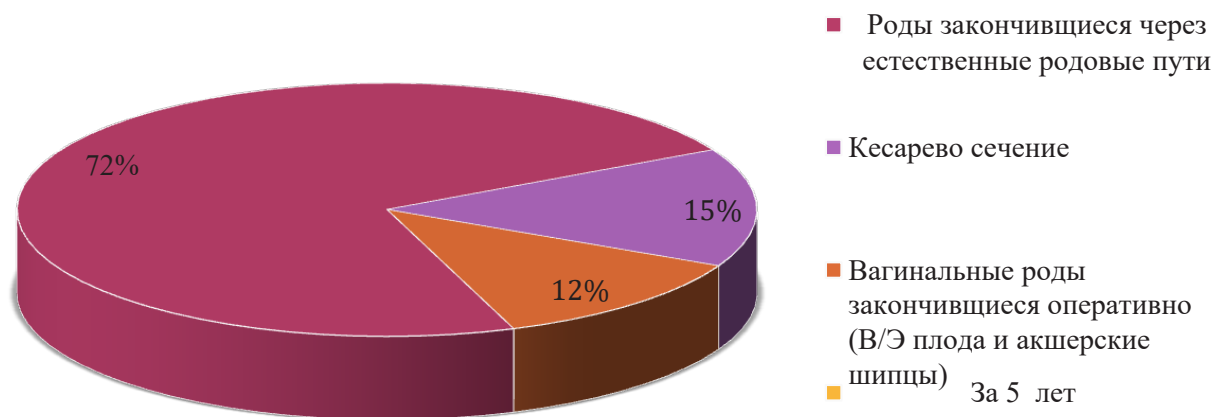


Рис 2. Исход родов у обследованных в ретроспективном группе.

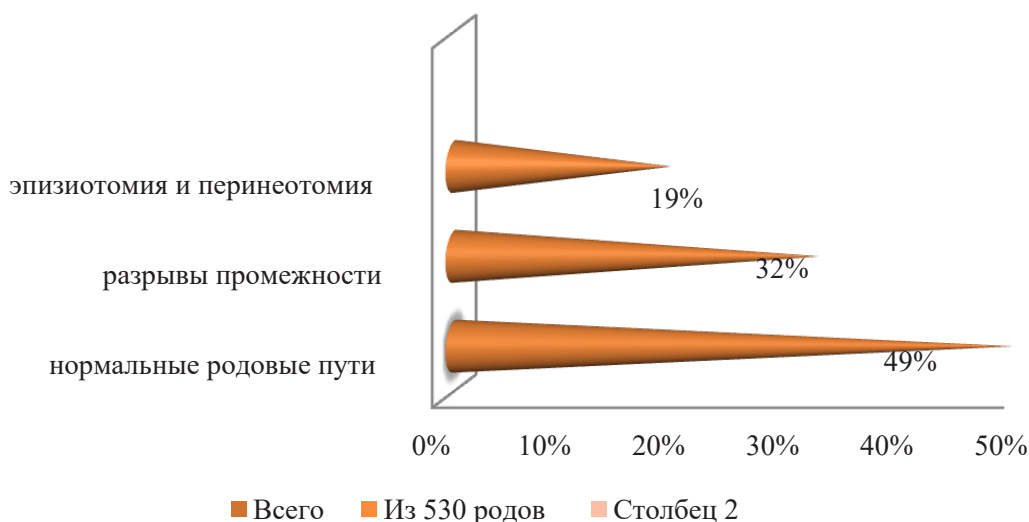


Рис 3. Частота разрывов и рассечения промежности у женщин с запоздалыми родами.

вульвы т.е. эпизиотомия и перинеотомия - 102 (19,2%) случая.

В табл. 3 представлена частота осложнении родов у пациенток ретроспективной группы.

Согласно данным таблицы наиболее часто беременность и роды у данной группы женщин осложнялись: хронической внутриутробной гипоксией плода в 253 (47,74%) случаях, маловодием - 137 (25,85%), обвитием пуповины вокруг шеи плода - 169 (31,89%), несвоевременным излитием вод - 135 (25,47%), затянувшаяся активная фаза - 113 (21,32%), аномалиями родовой деятельности - 96 (18,11%), ручное и инструментальное исследование полости матки - 96 (18,11%), явлениями дистресс-синдрома плода - 79 (14,91%), ангиоамнион - 65 (12,26%), обструктивные роды - 57 (10,75%), дистация плечиков - 50 (9,43%), гипото-

ническое кровотечение - 41 (7,74%) и многоводие - 31 (5,85%).

Новорожденные, родившиеся с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов составляют 253 (47,7%) ребенка, 6-7 баллов - 129 (24,3%), 5-6 баллов 66 (12,5%).

У новорожденных, родившихся от переносимой беременности, наблюдается средняя и низкая оценка по шкале Апгар несмотря на большой процент родов через естественные родовые пути.

Распределение новорожденных по полу показано на рис. 4.

Исследование показало, что большую часть составляют мальчики - 333 (63,4%) случая, а меньшую девочки - 197 (36,8%). К переносимой и пролонгированной беременности больше склонен мужской пол.

Таблица 3

Структура осложнений беременности и родов

Наименование	2007 (n – 100)		2008 (n – 100)		2009 (n – 105)		2010 (n – 110)		2011 (n – 115)		Всего за 5 лет (n – 530)	
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
ДРПО	29	29	27	27	26	24,76	28	25,45	25	21,74	135	25,47
Слабость родовой деятельности	18	18	16	16	22	20,95	21	19,09	19	16,52	96	18,11
Затянувшаяся активная фаза	22	22	20	20	25	23,81	27	24,55	19	16,52	113	21,32
Гипотоническое кровотечение	7	7	6	6	9	8,57	11	10,0	8	6,96	41	7,74
Ручное и инструментальное исследование полости матки	16	16	17	17	19	18,10	21	19,09	23	20,0	96	18,11
Обструктивные роды	12	12	9	9	11	10,48	15	13,64	10	8,66	57	10,75
Маловодие	24	24	29	29	31	29,52	33	30,0	20	17,39	137	25,85
Многоводие	5	5	4	4	7	6,66	9	8,18	6	5,21	31	5,85
Ангидроамнион	10	10	18	18	12	11,43	16	14,55	9	7,83	65	12,26
Дистация плечиков	8	8	10	10	13	12,38	12	10,90	7	6,09	50	9,43
Хр. в/у гипоксия плода	45	45	46	46	60	57,14	53	48,18	49	42,61	253	47,74
Дистресс плода	17	17	16	16	13	12,38	19	17,27	14	12,17	79	14,91
Обвитие пуповины вокруг шеи плода	33	33	31	31	39	37,14	30	27,27	36	31,30	169	31,89

Примечание: % - от общего количества больных по годам.

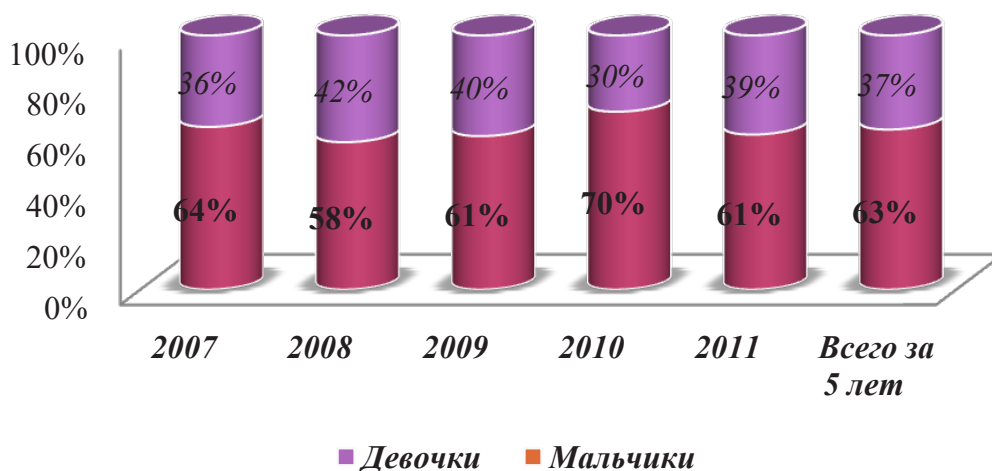


Рис 4. Распределение новорожденных по полу

Также имеется большое количество новорожденных, которые родились весом больше 4000 г. - то есть крупные.

Таким образом, запоздалые роды чаще происходят у первобеременных, в частности, у женщин с поздним менархе. Фактором риска перенесенной беременности являются перенесенные заболевания эндокринных желёз, перенесенные детские инфекции и инфекции мочевыводящих путей.

Выводы.

1. Частота перенесенной беременности у женщин жительниц города Душанбе за 7 лет составляет от 3,9 до 0,83% случаев.

2. После ведения национальных стандартов количество перенесенных беременностей и вместе с ней осложнений, связанных с ними, снизилась.

3. За анализируемый период установлено, что каждая 3-я женщина с перенесенной беременно-

стью была в активном репродуктивном возрасте (21-24 лет).

4. Среди женщин с перенесенной беременностью каждая 2-я были первобеременными.

5. При запоздалых родах чаще рождались новорожденные мужского пола

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 9-13 см. в REFERENCES)

1. Бережанская С. Б., Андреева Н.Б. Влияние перинатальной патологии на смертность и заболеваемость детей раннего возраста / С. Б. Бережанская, Н. Б. Андреева // Сб. науч. тр. - М. - 2012. - С. 87-92.

2. Буркитова А.М., Прохорова В.С., Болотских В.М. Актуальные диагностические и клинические проблемы при перенесенной беременности в современном акушерстве / А.М.Буркитова, В.С. Прохорова, В.М. Болотских // Журнал акушерства и женских болезней. - 2017. - Т. 66. - № 2. - С. 93-103.

3. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. - 4-е изд., перераб. и доп. / Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. С. 758-784

4. Милованов, А.П. Корреляционные связи морфологических и функциональных показателей плаценты и новорожденного при нормальной доношенной, пролонгированной и истинной-перенесенной беременности / А.П. Милованов, М.В. Федорова // Архив патологии. Медицина, 2011. - Т. 73, № 3. - С. 5-53.

5. Румянцева, В.П. Эффективность и исходы родовозбуждения при пролонгированной и перенесенной беременности / В.П. Румянцева, О.Р. Баев // Акуш. и гин., 2011. - № 6. - С. 47-52.

6. Подготовка шейки матки к родам у женщин с перенесенной беременностью / И.Ф.Фаткулин и др. // Казанский медицинский журнал. - 2010. - №3. - с. 390-392.

7. Чернуха, Е.А. Перенесенная и пролангированная беременность: руков. для врачей / Е.А. Чернуха // ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 208 с.

8. Чернуха, Е.А. Родовой блок / Е.А. Чернуха // М.: Триада-Х. - 2003. - 710 с.

REFERENCES

1. Berezhanskaya S. B., Andreeva N.B. *Vliyaniye perinatalnoy patologii na smertnost i zabolevaemost detey rannego vozrasta* [Impact of perinatal pathology on mortality and morbidity in young children]. Sb. nauch. tr. Moscow, 2012. pp. 87-92.

2. Burkitova A.M., Prokhorova V.S., Bolotskikh V.M. Aktualnye diagnosticheskie i klinicheskie problemy pri perenoshennoy beremennosti v sovremennom

akusherstve [Current Diagnostic and Clinical Problems of Premature Pregnancy in Modern Obstetrics]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney – Journal of Obstetrics and Women's diseases*, 2017, Vol. 66, No. 2, pp. 93-103.

3. *Klinicheskie rekomendatsii. Akusherstvo i ginekologiya. 4-e izd.* [Clinical guidelines. Obstetrics and Gynecology. 4th ed.]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2014. pp. 758-784

4. Milovanov, A.P. Korrelyatsionnye svyazi morfologicheskikh i funktsionalnykh pokazateley platsenty i novorozhdennogo pri normalnoy donoshennoy, prolongirovannoy i istinnoy-perenoshennoy beremennosti [Correlations between morphological and functional indices of the placenta and the newborn in normal term, prolonged, and true-period pregnancies]. *Arkhiv patologii. Meditsina - Pathology archive. The medicine*, 2011, Vol. 73, No. 3, pp. 5-53.

5. Rumyantseva, V.P. Effektivnost i iskhody rodovozbuzhdeniya pri prolongirovannoy i perenoshennoy beremennosti [Effectiveness and outcomes of obstetrics in prolonged and prolonged pregnancies]. *Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and gynecology*, 2011, No. 6, pp. 47-52.

6. Fatkulín I.F. Podgotovka sheyki matki k rodam u zhenshchin s perenoshennoy beremennostyu [Preparation of the cervix for delivery in women with a prolonged pregnancy]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal - Kazan medical journal*, 2010, No. 3, pp. 390-392.

7. Chernukha, E.A. *Perenoshennaya i prolanirovannaya beremennost: rukov. dlya vrachey* [Pregnancy Prematurity and Prolonged Pregnancy: Guidelines for Physicians]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2007. 208 p.

8. Chernukha, E.A. *Rodovoy blok* [Maternity block]. Moscow, Triada-Kh Publ., 2003. 710 p.

9. Smithers L.G. A whole-of-population study of term and post-term gestational age at birth and children's development. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2015, Vol. 122 (10), pp. 1303-1311.

10. Alexander J., McIntire D., Leveno K. Prolonged pregnancy: induction of labor and cesarean birth. *Obstetrics and Gynecology*, 2011, Vol. 97, No. 6, pp. 911-915.

11. Best practice in maternal-fetal medicine. Figo Working On Best Practice in Maternal-Fetal Medicine. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2015, Vol. 128, pp. 80-82.

12. Dekker RL. Labour induction for late-term or post-term pregnancy. *Women and Birth*, 2016, Vol. 29 (4), pp. 394-398.

13. Downe S. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2016, Vol. 123 (4), pp. 529-39.

ХУЛОСА

М.А. Саидова, С.Ч. Юсуфӣ, З.Х. Рафиева

ОМУЗИШИ РЕТРОСПЕКТИВИИ ЧАРАЁН ВА ОҚИБАТҲОИ ВАЛОДАТ, ҲАНГОМИ ҲОМИЛАДОРИИ АЗ МУҲЛАТГУЗАШТА

Таҳлили таърихи таваллуд дар таваллудхонаи шаҳрии №2, ки пойгоҳи клиникаи кафедрои акушерӣ ва гинекологияи №2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ Ибни Сино мебошад, гузаронида шудааст. Басомади ҳомиладории аз мӯҳлат гузашта дар сокинони занони ш. Душанбе дар давоми 7 сол аз 3,9 то 0,83% ҳолатҳоро ташкил мекунад. Тадқиқот нишон медиҳад, ки пас аз ворид кардани стандартҳои миллии оиди барангезиши валодат, шумораи ҳомиладории аз мӯҳлат гузашта ва дар баробари он, аворизҳои вобаста ба он коҳиш

ёфтаанд. Қариб ҳар як зани нахусттаваллудкарда ҳомиладории аз мӯҳлатгузашта доштанд. Чараёни ҳомиладорӣ ва таваллуд бо ҳомиладории аз мӯҳлат гузашта фоизи баланди аворизҳоро ҳос аст, ки мутаносибан $6,7 \pm 2,09\%$ ва $70,8 \pm 2,16\%$ -ро ташкил медиҳад. Заноне, ки тавассути роҳи табиӣ чинси валодат кардаанд 382 (72%) нафар буданд, ва 77 нафар (15%) бо воситаи ҷарроҳии қайсарӣ таваллудро ба анҷом расониданд.

Ҳамин тариқ, басомади ҳомиладории аз мӯҳлат гузашта дар занони шаҳри Душанбе баланд буда, пеш аз ворид шудани стандартҳои миллии оиди барангезиши валодат ва иборат аз ин шумораи зиёди аворизҳо ҳангоми ҳомиладорӣ ва таваллуд ба назар мерасид.

Калимаҳои калидӣ: ҳомиладории аз мӯҳлат гузашта, валодат, валодати аз мӯҳлат гузашта, аворизҳо ҳангоми валодат.

УДК 616.12-008.46:616-036

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-96-103

А.И. Файзуллоев

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В АССОЦИАЦИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ГОУ «ИПОВСЗРТ», кафедра терапии и кардио-ревматологии.

Файзуллоев Абуали Исупович - соискатель кафедры терапии и кардио-ревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Цель исследования. Представить клинико-функциональную характеристику хронической сердечной недостаточности в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 105 больных с верифицированным диагнозом хронической сердечной недостаточности в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа, которые находились на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГУ «РКЦК» МЗ СЗН РТ за период 01.09.2020 – 01.08.2021 гг. Из них мужчин – 48 (45,7%), женщин – 57 (54,3%). Все больные прошли общеклинические, лабораторные, инструментальные, а также функциональное обследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Комплексная оценка больных хронической сердечной недостаточности в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа ($n=105$) показала, что большинство больных (96,2%) имели метаболическую субкомпенсацию углеводного обмена - $HbA1c > 7\%$. Результаты оценки выраженности клинических симптомов по ШОКС, показатели почечной функции и гемодинамические показатели сердца у больных в группе пациентов хронической сердечной недостаточности в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа с артериальной гипертензией + ишемическая болезнь сердца достоверно отличались от группы пациентов с хронической сердечной недостаточностью в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа также артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточности в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа с ишемической болезнью сердца ($p < 0,05$).

Заключение. Этиологией хронической сердечной недостаточности в исследуемой нами группы является ИБС и артериальная гипертензия, которые имеют отличительные особенности в зависимости от пола и возраста. Степень проявления клинической симптоматики находится в прямой зависимости от функционального класса хронической сердечной недостаточности. Наиболее частыми спутниками хронической сердечной недостаточности в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа является ожирение и хроническая болезнь почек. Одним из неблагоприятных предикторов сердечно-сосудистых осложнений считается гипертрофия левого желудочка, колебания которой имело место у наблюдаемых нами больных.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, эхокардиография.

A.I. Faizulloev

CHRONIC HEART FAILURE IN ASSOCIATION WITH DIABETES MELLITUS

Department of Therapy and Cardio-Rheumatology.

Faizulloev Abuali Isupovich - fellow of Department of Therapy and Cardio-Rheumatology of SEI "Postgraduate Institute of Public Health Education of the Republic of Tajikistan".

Aim. To present clinical and functional characteristics of chronic heart failure in association with diabetes mellitus type 2.

Material and methods. 105 patients with a verified diagnosis of chronic heart failure in association with diabetes mellitus type 2 who were hospitalized at the cardiology department of State Institution "RCRC" of Ministry of Health and Social Welfare of RT during the period 01.09.2020 - 01.08.2021 were examined. Of them, men were 48 (45.7%), women 57 (54.3%). All patients underwent general clinical, laboratory, instrumental, as well as functional examinations.

Results and discussion. Complex evaluation of patients with chronic heart failure in association with diabetes mellitus type 2 ($n=105$) showed that the majority of patients (96,2%) had metabolic subcompensation of carbohydrate metabolism - $HbA1c > 7\%$. The results of assessing the severity of clinical symptoms according to the clinical evaluation scale, indicators of renal function, and hemodynamic parameters of the heart in the group of patients with chronic heart failure in association with type 2 diabetes mellitus with arterial hypertension + coronary heart disease were significantly different from the group of patients with chronic heart failure in association with type 2 diabetes mellitus also with arterial hypertension and chronic heart failure in association with coronary heart disease.

Conclusion. The etiology of chronic heart failure in our study group is CHD and arterial hypertension, which have distinctive features depending on gender and age. The degree of clinical symptomatology manifestation is directly dependent on the functional class of chronic heart failure. The most frequent companions of chronic heart failure in association with type 2 diabetes mellitus are obesity and chronic kidney disease. Left ventricular hypertrophy is considered to be one of the unfavorable predictors of cardiovascular complications, and its fluctuations were observed in our patients.

Keywords: chronic heart failure, diabetes mellitus, coronary heart disease, arterial hypertension, echocardiography.

Актуальность. Прогноз пациента с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) напрямую зависит от наличия сопутствующей патологии. Реалии сегодняшнего дня таковы, что возрастает доля пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями. В связи с этим увеличивается частота больных с кардиоваскулярными заболеваниями с исходом в ХСН. Эксперты всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) признают рост хронических заболеваний, включая сердечно-сосудистую заболеваемость, как глобальную эпидемию 21 века [3, 5]. По данным множества исследователей, высокая коморбидность приводит к росту смертности больных хроническими заболеваниями, высокой инвалидности, снижению качества жизни и социальной дезадаптации. Вопросы взаимного влияния ХСН и сахарного диабета (СД) 2 типа приобрели настолько высокую актуальность, что постоянно обновляются в регулярных Рекомендациях и, в частности, в 2019 году экспертами American Heart Association

опубликован особый вариант [6]. В Рекомендациях обсуждаются вопросы эпидемиологии, патофизиологии и ключевые стратегии терапии ХСН и СД 2 типа [2, 3, 9]. Распространенность ХСН среди лиц с СД 2 типа в 5-6 раз выше, чем при отсутствии диабета, а повышение уровня гликированного гемоглобина на 1% увеличивает риск развития ХСН на 10-36% [2, 7, 8].

Существенное влияние СД 2 типа на прогноз оказывает при ХСН с низкой фракции выброса левого желудочка (ЛЖ), а риск декомпенсации сердечной недостаточности повышается в 2 раза, чем у лиц с ХСН без диабета [5, 8]. При СД 2 типа основная роль в развитии ХСН принадлежит инсулинорезистентности, гипергликемии и гиперинсулинемии, в результате их воздействия ускоряется атеросклероз коронарных артерий, дисфункции кардиомиоцитов, т.е. формированием так называемой «диабетической кардиомиопатии» [1]. Среди обширных проблем «смертоносного дуэта» ХСН и СД 2 типа безопасность сахароснижающих средств играет ключевую роль и для оптимального

их контроля требуется мультидисциплинарный подход – кардиологи, эндокринологи, нефрологи и др. [2, 4, 9].

Цель исследования. Представить клинико-функциональную характеристику хронической сердечной недостаточности (ХСН) в ассоциации с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 105 больных с верифицированным диагнозом ХСН в ассоциации с СД 2 типа, которые находились на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГУ «РКЦК» МЗ СЗН РТ за период 01.09.2020 – 01.08.2021 гг. В данном этапе исследование включались больные с ХСН I-IV ФК по NYHA различной этиологии с СД 2 типа (n=105), в возрасте 45 лет и старше, мужчин – 48 (45,7%), женщин – 57 (54,3%). Больные с ХСН в ассоциации с СД 2 типа в зависимости от этиологии развития были разделены на 3 группы: I гр. – больные ХСН+СД 2 типа с АГ (n=30); II гр. – больные ХСН+СД 2 типа с ИБС (n=48); III гр. – больные ХСН+СД 2 типа с АГ и ИБС (n=27). Все больные прошли общеклинические, лабораторные, инструментальные, а также функциональные обследования (тест 6-минутной ходьбы и ШОКС).

Все статистические анализы были выполнены с помощью программного обеспечения для статистических вычислений Statistica 10.0 (StatSoft, USA). Непрерывные переменные выражались как среднее \pm стандартная ошибка либо стандартное отклонение. Парные сравнения количественных независимых переменных проводились с помощью U-критерия Манна-Уитни, множественные - с помощью H-критерия Крускала-Уоллиса. Категориальные переменные выражались в виде числа с процентным соотношением и сравнивались с помощью критерия χ^2 и точного критерия Фишера, для множественных сравнений использовался критерий χ^2 для произвольных таблиц. Для всех этапов двусторонний $p < 0,05$ считался статистически значимым.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 105 больных признаки ХСН I ФК (по NYHA) наблюдались у 4; II ФК – 67; III ФК – 27 и IV ФК - у 7 больных. Все больные имели верифицированные диагнозы ИБС, АГ II-III степени. На момент исследования 72% больных принимали комбинацию пероральных гипогликемических препаратов, антигипертензивных, мочегонных и антиагрегантов. Общая характеристика больных представлена в табл. 1.

Таблица 1

Клинико-anamnestическая демографическая характеристика больных (n=105)

Показатель	Значение
Возраст, лет (M \pm m)	61,2 \pm 6,8
ИМТ, кг/м ² (M \pm m)	31,7 \pm 7,5
Продолжительность болезни, лет (M \pm m)	7,1 \pm 2,4
Пол, абс (%): Мужчины	48 (45,7)
Женщины	57 (54,3)
СД 2 типа, абс (%)	105 (100,0)
Гликированный гемоглобин >7,0%, абс (%)	101 (96,2)
ИБС, абс (%)	48 (45,7)
АГ, абс (%)	30 (28,6)
ИБС+АГ, абс (%)	27 (25,7)
Дислипидемия, абс (%)	85 (81,0)
ХСН, абс (%)	105 (100,0)
Продолжительность ХСН, лет (M \pm m)	4,3 \pm 1,9
Средний ФК по NYHA (M \pm m)	2,6 \pm 1,2
I ФК, абс (%)	4 (3,8)
II ФК, абс (%)	67 (63,8)
III ФК, абс (%)	27 (25,7)
IV ФК, абс (%)	7 (6,7)
ШОКС, баллы (M \pm m)	6,9 \pm 3,7
Приверженность к курению, абс (%)	42 (40,0)
Среднее проходимое расстояние (6-минутная ходьба), м (M \pm m)	289,3 \pm 14,6

Примечание: % от общего количества больных.

Как видно из данных табл. 1 средний возраст $61,2 \pm 6,8$ лет, мужчин 45,7%, женщин 54,3%. Большинство больных 101 (96,2%) имели метаболическую субкомпенсацию углеводного обмена, $HbA1c > 7\%$. Причиной развития ХСН были ИБС – 45,7%, АГ – 28,6% и ИБС+АГ – 25,7%, а дислипидемия наблюдалась у 85 (81,0%) больных.

Средний ФК ХСН по NYHA составил $2,6 \pm 1,2$ с продолжительностью $4,3 \pm 1,9$ лет. Средний балл по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) – $6,9 \pm 3,7$; среднее проходимое расстояние в тесте 6-минутной ходьбы $289,3 \pm 14,6$ м.

Характеристика сопутствующей патологии представлена в рис. 1.

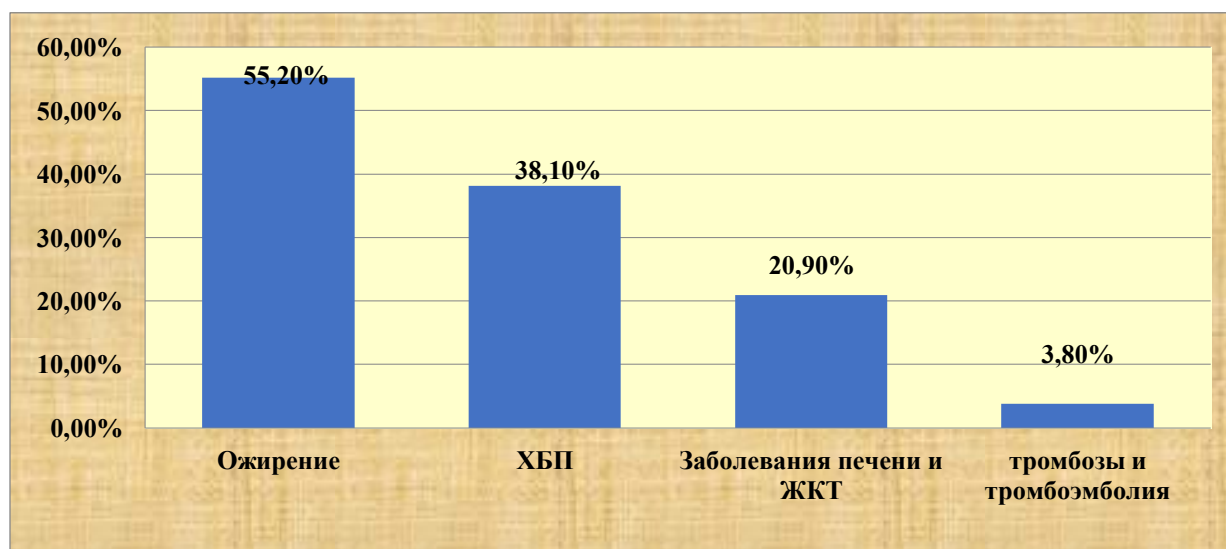


Рисунок 1. Характеристика сопутствующих заболеваний у больных с ХСН в ассоциации СД 2 типа

Как видно из данного рисунка у больных с ХСН в ассоциации с СД 2 типа наиболее частыми спутниками являются ожирение (55,2%), хроническая болезнь почек (ХБП – 38,1%) и замыкают тройку лидерства заболевание печени и ЖКТ (20,9%).

Больные с ХСН в ассоциации с СД 2 типа были разделены на 3 группы: I гр. – больные ХСН+СД 2 типа с АГ (n=30); II гр. – больные

ХСН+СД 2 типа с ИБС (n=48); III гр. – больные ХСН+СД 2 типа с АГ и ИБС (n=27). Клиническая характеристика больных ХСН в сочетании с СД 2 типа, включенных в исследование представлена в табл. 2.

В общей группе преобладали женщины – 57 (54,3%); длительность СД 2 типа в сравниваемых группах в среднем составила $7,1 \pm 2,4$ лет, при этом в III группе она была статистически значимо выше

Таблица 2

Клиническая характеристика больных ХСН и СД 2 типа ($M \pm m$)

Показатель	I группа ХСН+СД 2 типа с АГ (n=30)	II группа ХСН+СД 2 типа с ИБС (n=48)	III группа ХСН+СД 2 типа с АГ и ИБС (n=27)	p
Возраст	$57,2 \pm 3,9$	$53,7 \pm 4,1$	$55,5 \pm 4,2$	$>0,05$
Муж, n (%)	9 (30,0%)	25 (52,1%)	14 (51,9%)	$>0,05^{**}$
Жен, n (%)	21 (70,0%)	23 (47,9%)	13 (48,2%)	$>0,05^{**}$
Длительность СД, годы	$6,1 \pm 1,2$	$6,5 \pm 1,5$	$8,7 \pm 2,3$	$<0,05$
Длительность АГ, годы	$13,4 \pm 3,4$	–	$13,7 \pm 3,5$	$>0,05^*$
Длительность ИБС, годы	–	$5,1 \pm 2,4$	$5,9 \pm 3,5$	$>0,05^*$
ИМТ	$32,1 \pm 2,7$	$34,5 \pm 3,2$	$32,8 \pm 3,7$	$>0,05$

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса, *по U-критерию Манна-Уитни, **по критерию χ^2 для произвольных таблиц)

Таблица 3

Сравнительная характеристика лабораторных параметров в сравниваемых группах

Показатель	I группа ХСН+СД 2 типа с АГ (n=30)	II группа ХСН+СД 2 типа с ИБС (n=48)	III группа ХСН+СД 2 типа с АГ и ИБС (n=27)	P
Глюкоза натощак, ммоль/л	9,1±2,1	9,2±2,4	9,4±2,6	>0,05
Гликемоглобин HbA1c, %	8,6±0,9	8,7±0,9	9,1±1,4	>0,05
ЛПНП, ммоль/л	2,71±0,97	2,89±1,2	2,97±1,3	>0,05
ТГ, ммоль/л	1,89±0,8	1,94±1,1	1,97±1,0	>0,05
ОХ, ммоль/л	5,8±1,6	5,6±1,7	5,9±1,7	>0,05
Креатинин, ммоль/л	119±12,8	124,9±13,1	127,3±13,4	<0,05
СКФ, мл/мин/1,73м ²	82,8±11,6	81,8±12,8	80,1±11,9	>0,05

Примечание: HbA1c – гликированный гемоглобин, ЛПНП – липопротеид низкой плотности, ТГ – триглицерид, СКФ – скорость клубочковой фильтрации. p – статистическая значимость различия показателей между группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса)

(8,7±2,3 лет, p<0,05), чем в I и II группах - 6,1±1,2 и 6,5±1,5, соответственно.

Далее мы сочли необходимым представить характеристику некоторых биохимических показателей больных ХСН и СД 2 типа в сравниваемых группах (табл. 3).

Как видно из данных таблицы уровень глюкозы (9,4±2,6 ммоль/л) и показатели гликемоглобина (9,1±1,4%) достоверно выше в третьей группе больных (p>0,05) по сравнению с первой (глюкоза в крови - 9,1±2,1 ммоль/л; гликемоглобин - 8,6±0,9%) и второй (глюкоза в крови - 9,2±2,4 ммоль/л; гликемоглобин - 8,7±1,7%) группы. Обращает на себя внимание показатели креатинина в крови: в подгруппе больных ХСН+СД 2 типа с АГ+ИБС наблюдалось его достоверное увеличение (127,3±13,4) по сравнению с I – II группами - 119±12,8 и 124,9±13,1 соответственно (p<0,05)/

Клинические проявления ХСН в сочетании с СД 2 типа имело место во всех группах, среди которых – одышка (98%), отеки на нижних конеч-

ностях у (55%), гепатомегалия (42%) и др. Анализ клинических симптомов ХСН в сравниваемых группах представлен по шкале ШОКС и значение теста 6-минутной ходьбы (табл. 4).

Средний балл оценки клинических симптомов по шкале ШОКС в III группе пациентов с ХСН составил 7,8±2,2, что оказалось статистически значимо выше (p<0,01), чем в I и II гр. – 5,4±3,2 и 6,5±3,4, соответственно.

Анализ результатов ЭхоКГ параметров свидетельствовали о различиях систолической дисфункции в сравниваемых подгруппах. Так, у пациентов I группы у большинства (74%) систолическая функция ЛЖ была сохранена (ФВ>49%). Во второй подгруппе ФВ находилась в диапазоне 41% - 49% (45,1±3,2) и по современной классификации, можно расценить как ХСН с промежуточной ФВ. Средние значения ФВ у пациентов III группы – 39,2±3,3 (в 58% случаев), что на 23% и 16% (p<0,05) ниже по сравнению с пациентами I и II группы соответственно. Одним из небла-

Таблица 4

Показатели шкалы оценки клинического состояния (ШОКС) и тест 6-минутной ходьбы

Показатель	I группа ХСН+СД 2 типа с АГ (n=30)	II группа ХСН+СД 2 типа с ИБС (n=48)	III группа ХСН+СД 2 типа с АГ и ИБС (n=27)	P
Значение ШОКС M±m, балл	5,4±3,2	6,5±3,4 p ₁ >0,05	7,8±3,2 p ₁ <0,01; p ₂ <0,01	<0,01
Дистанция 6-минутной ходьбы, M±m, м	337,33±13,41	286,9±13,6	215,37±13,55	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса), p₁ – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в I группе, p₂ – по сравнению с таковыми во II группе (по U-критерию Манна-Уитни)

Таблица 5

Показатели внутрисердечной и центральной гемодинамики ХСН в сравниваемых группах

Показатель	I группа ХСН+СД 2 типа с АГ (n=30)	II группа ХСН+СД 2 типа с ИБС (n=48)	III группа ХСН+СД 2 типа с АГ и ИБС (n=27)	p
ТМЖП, мм	11,7±1,02	11,9±1,1	12,7±1,2	>0,05
ЛП, мм	39,8±2,7	40,4±3,2	41,4±3,6	<0,05
ТЗСЛЖ, мм	11,2±2,1	11,6±1,1	12,1±1,7	>0,05
КДР ЛЖ, мм	44,9±6,9	48,5±9,3 $p_1>0,05$	55,4±8,1 $p_1<0,001$; $p_2<0,01$	<0,01
КСР ЛЖ, мм	36,1±9,0	37,0±10,2 $p_1>0,05$	38,5±9,3 $p_1>0,05$; $p_2<0,05$	<0,05
ФВ ЛЖ, %	52,3±2,7	45,1±3,2 $p_1<0,01$	39,2±3,3 $p_1<0,001$; $p_2<0,05$	<0,001
ТМ ЛЖ, мм	11,7±3,0	11,9±2,9	12,9±1,9	>0,05
ММ ЛЖ, г	257,9±12,4	272,9±11,5 $p_1<0,01$	301,4±12,9 $p_1<0,01$; $p_2<0,001$	<0,001
ИММ ЛЖ, г/м ²	150,1±13,9	158,0±12,2 $p_1>0,05$	169,8±13,1 $p_1>0,05$; $p_2<0,01$	<0,05
ОТС ЛЖ	0,44±0,04	0,46±0,07	0,49±0,06	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса), p_1 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в I группе, p_2 – по сравнению с таковыми во II группе (по U-критерию Манна-Уитни)

гоприятных предикторов сердечно-сосудистых осложнений считается гипертрофия ЛЖ, колебания которой имело место у наблюдаемых нами больных. Так, у 100% больных I и III группы и у (83,3%) II группы была выявлена гипертрофия ЛЖ.

Известно, что ключевым звеном развития диастолической дисфункции является ремоделирование сердца вследствие фиброза и очевиден рост прогрессирования ХСН. В последние годы стереотипность механизмов ремоделирования сердца носит дискуссионный характер, который требует персонифицированный подход изучения

патофизиологических механизмов. В связи с вышеизложенным мы сочли необходимым оценить индивидуальные показатели относительная толщина стенок ЛЖ и индекс массы миокарда ЛЖ в сравниваемых группах (рис. 2).

Как видно из данных рисунка у больных I группы (ХСН+СД 2 типа и АГ) с достоверной частотой встречалась концентрическое ремоделирование левого желудочка (КГЛЖ) по сравнению с другими вариантами ремоделирования, так и в сравнении с пациентами II и III групп ($p<0,01$ и $p<0,05$ соответственно). У пациентов II группы с

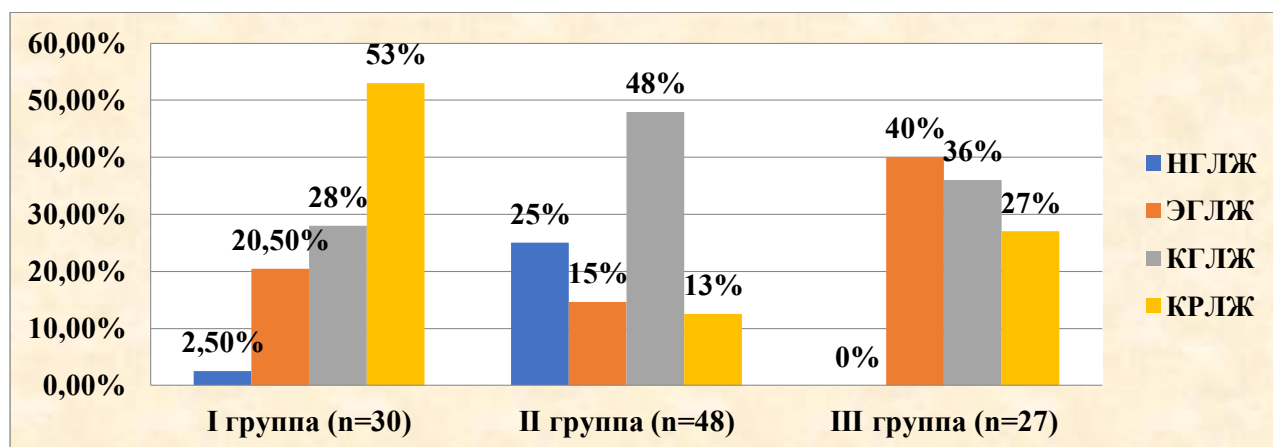


Рисунок 2. - Варианты геометрического ремоделирования сердца у больных ХСН в сочетании с СД 2 типа

частотой 47,9% превалировал вариант концентрическое гипертрофия левого желудочка (КГЛЖ), нормальная геометрия встречалась с частотой 25% и эксцентрическое гипертрофия левого желудочка (ЭГЛЖ) – в 14,6% случаев. У больных III группы (ХСН+СД 2 типа с АГ и ИБС) наблюдались наиболее выраженные отклонения, в которой не было зафиксировано нормальной геометрии миокарда, а другие варианты (КРЛЖ, КГЛЖ и ЭГЛЖ) встречались приблизительно с одинаковой частотой. Выявленные структурно-функциональные изменения сердца при ХСН с СД 2 типа обусловлены целым рядом механизмов, среди которых гипергликемия, инсулинорезистентность, гиперинсулинемия и окислительных стресс доминируют и приводят к активации симпатико-адреналовой системы и ренин-ангиотензин-альдостероновой системы с развитием эндотелиальной дисфункции в итоге, приводящей к КГЛЖ.

Заключение. В обследуемых нами группах больных (n=105) ХСН с СД 2 типа причиной ХСН являются ИБС и АГ, которые имели отличительные особенности в зависимости от пола и возраста. У большинства больных (96,2%) наблюдалась метаболическая субкомпенсация углеводного обмена - $HbA1c > 7\%$. Степень проявления клинической симптоматики находится в прямой зависимости от функционального класса (ФК) ХСН. Для больных с ХСН характерна высокая коморбидность. Наиболее частыми спутниками ХСН в ассоциации СД 2 типа является ожирение и ХБП. Одним из неблагоприятных предикторов сердечно-сосудистых осложнений считается гипертрофия ЛЖ, колебания которой имело место у наблюдаемых нами больных. Выявлены структурно-функциональные изменения сердца при ХСН с СД 2 типа приводящей к различным вариантам ремоделирования ЛЖ, которые обусловлены целым рядом механизмов, среди которых гипергликемия, инсулинорезистентность, гиперинсулинемия и окислительный стресс.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 6-9 см. в REFERENCES)

1. Багрий А.Э. Хроническая сердечная недостаточность и сахарный диабет 2 типа: состояние проблемы /А.Э. Багрий, Е.В. Супрун, Е.С. Михайличенко, И.А. Голодников// Российский кардиологический журнал. - 2020. - 25(4). - 3858. doi:10.15829/1560-4071-2020-3858
2. Кобалава Ж.Д. Современная парадигма патофизиологии, профилактики и лечения сердечной недостаточности при сахарном диабете 2 типа /Ж.Д. Кобалава, В.В. Медовщиков, Н.Б. Ешняязов, Э.Р. Хасанова//

Российский кардиологический журнал. – 2019. – Т.24, №11. - С. 98-111.

3. Крайем Н. Динамика распространенности хронической сердечной недостаточности и сахарного диабета в Нижегородской области с 2000 по 2017 год. /Н. Крайем, Д.С. Поляков, И.В. Фомин и др.// Кардиология 2018. – Т.58(52). - С. 25-32.

4. Султанов Х.С. Вариабельность артериального давления и приверженность к лечению мужчин среднего возраста больных с артериальной гипертензией на фоне контролируемой терапии/ Х.С. Султанов, Н.А.Алимова, Х.Ё. Шарипова// Ж. «Здравоохранение Таджикистана». - Душанбе. - 2015.- №3.- С. 42-49.

5. Хамидов Н.Х. Особенности ремоделирования миокарда левого желудочка у больных с артериальной гипертензией пожилого возраста с коморбидной депрессией/ Н.Х. Хамидов [и др.] // Вестник Авиценны. – 2017. - Том19 (2). – С. 172-176.

REFERENCES

1. Bagriy A.E. Khronicheskaya serdechnaya nedostatochnost i sakharnyy diabet 2 tipa: sostoyanie problemy [Chronic Heart Failure and Type 2 Diabetes Mellitus: The State of the Problem]. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal - Russian Journal of Cardiology*, 2020, Vol. 25 (4), pp. 3858.
2. Kobalava Zh.D. Sovremennaya paradigma patofiziologii, profilaktiki i lecheniya serdechnoy nedostatochnosti pri sakharnom diabete 2 tipa [Modern Paradigm of Pathophysiology, Prevention and Treatment of Heart Failure in Type 2 Diabetes Mellitus]. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal - Russian Journal of Cardiology*, 2019, Vol. 24, No. 11, pp. 98-111.
3. Kraiem N. Dinamika rasprostranennosti khronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti i sakharnogo diabeta v Nizhegorodskoy oblasti s 2000 po 2017 god [Dynamics of prevalence of chronic heart failure and diabetes mellitus in Nizhny Novgorod Oblast from 2000 to 2017.]. *Kardiologiya - Cardiology*, 2018, Vol. 58 (2), pp. 25-32.
4. Sultanov Kh.S. Variabelnost arterialnogo davleniya i priverzhennost k lecheniyu muzhchin srednego vozrasta bolnykh s arterialnoy gipertoniey na fone kontroliruemoy terapii [Blood pressure variability and adherence in middle-aged men with arterial hypertension on controlled therapy]. *Zdravookhranenie Tadjikistana - Healthcare of Tajikistan*, 2015, No. 3, pp. 42-49.
5. Khamidov N.Kh. Osobennosti remodelirovaniya miokarda levogo zheludochka u bolnykh s arterialnoy gipertoniey pozhilogo vozrasta s komorbidnoy depressiey [Peculiarities of left ventricular myocardial remodeling in elderly patients with arterial hypertension with comorbid depression]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bulletin*, 2017, Vol. 19 (2), pp. 172-176.
6. Cosentino F. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *European Heart Journal*, 2020, No. 41, pp. 255-323.

7. Dunlay S.M. Type 2 Diabetes Mellitus and Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association and the Heart Failure Society of America: This statement does not represent an update of the 2017 ACC/AHA/HFSA heart failure guideline update. *Circulation*, 2019, Vol. 140 (7), pp. 294-324.

8. Pavlovic A. Long-term mortality is increased in patients with undetected prediabetes and type-2 diabetes hospitalized for worsening heart failure and reduced ejection fraction. *European Journal of Preventive Cardiology*, 2019, No. 26, pp. 72-82.

9. Seferovic P.M. Type 2 diabetes mellitus and heart failure: A position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 2018, No. 20, pp. 853-872.

ХУЛОСА

А.И. Файзуллоев

НОРАСОИИ МУЗМИНИ ДИЛ БО ХАМРАДИФИИ ДИАБЕТИ ҚАНД

Мақсади омӯзиш. Дар асоси тадқиқоти проспективӣ пешниҳод кардани хусусиятҳои клиникӣ ва функционалии норасоии музмини дил бо ҳамрадифии диабети қанди навъи 2.

Мавод ва усулҳо. Маводи тадқиқот 170 нафар беморони дар шӯъбаи кардиологияи Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии клиникии кардиология» ВТ ҶИА ҚТ дар давраҳои 09.01.2020 - 08.01.2021 бистарӣ шуда дар бар мегирад. Онҳо ба ташҳиси тасдиқшудаи норасоии музмини дил, ки аз он 105 нафар дар яқоягӣ бо диабети қанди навъи 2 бо этиологияҳои гуногун, дар синни 45 сола ва калонтар, мардон - 48 (45,7%), занон - 57

(54,3%) мебошанд. Ба ҳамаи беморон муоинаи умумии клиникӣ, лабораторӣ, инструменталӣ ва функционалӣ гузаронида шудааст.

Натиҷаҳо. Арзёбии ҳамаҷонибаи беморони гирифтори норасоии музмини дил дар робита бо диабети қанди навъи 2 ($n = 105$) нишон дод, ки аксарияти беморони 101 (96,2%) даври субкомпенсацияи метаболикии мубодилаи карбогидратхоро доранд - $HbA1c > 7\%$. Натиҷаҳои арзёбии вазнинии нишонаҳои клиникӣ аз рӯи ШОКС, нишондиҳандаҳои функсияи гурда ва параметрҳои гемодинамикии дил дар беморони гурӯҳи беморони норасоии музмини дил бо ҳамрадифии диабети қанди навъи 2 бо ФШ + БИД аз гурӯҳи беморони гирифтори норасоии музмини дил бо ҳамрадифии диабети қанди навъи 2 бо ФШ ва норасоии музмини дил бо ҳамрадифии диабети қанди навъи 2 бо БИД ба таври назаррас фарқ карданд ($p < 0,05$).

Хулоса: Этиологияи норасоии музмини дил дар гурӯҳи омӯхтаи мо бо БИД ва ФШ вобастаги дорад, ки ин низ ба чинс ва синну сол хусусиятҳои фарқкунанда дорад. Дарачаи зуҳури нишонаҳои клиникӣ ба синфи функционалии норасоии музмини дил мутаносибан мустақим аст. Бемории ҳамрадифии маъмултарини норасоии дил бо ҳамрадифии диабети қанди навъи 2 фарбеҳӣ ва бо бемории музмини гурда вобаста мебошанд. Яке аз пешгӯиҳои номусоиди гипертрофияи мураккаби дилу рағҳо ин гипертрофияи меъдачаи чап ҳисобида мешавад, ки дар беморони мушоҳидакардамон тағйирёбанда буд.

Калимаҳои асосӣ: норасоии музмини дил, диабети қанд, бемории ишемикии дил (БИД), фишорбаландии шараёнӣ (ФШ), эхокардиография.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-103-108

УДК 616.344-077.64-06-089-053.2

А.С. Сафаров, Б.А. Сафаров, М.М. Сатторов

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА, ОСЛОЖНИВШЕГОСЯ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ И КРОВОТЕЧЕНИЕМ, У 8-МЕСЯЧНОГО РЕБЁНКА

¹ГУ «Национальный медицинский центр» РТ.

²ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Кафедра детской хирургии

Сафаров Абдулло Сафарович - к.м.н., доцент кафедры детской хирургии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; тел: +(992) 934169071; E-mail: safarbaha8080@mail.ru

Резюме. В данном наблюдении авторы описывают успешное лечение тяжелого осложнения, вызванного ятрогенным повреждением пищевода на фоне гнойно-септического процесса ротоглотки у 8-и месячного ре-

бенка, приводящего к прогрессированию септикопиемии с развитием медиастенита, деструктивной пневмонии с пиопневмотораксом слева, эрозивным кровотечением из плевральной полости, флегмоной грудной клетки с дефектом мягких тканей вокруг дренажной трубки.

Ключевые слова: ятрогенное повреждение пищевода, медиастенит, деструктивная пневмония, кровотечение, флегмона и дефект мягких тканей грудной клетки, катетер Фолея, дети.

A.S. Safarov, B.A. Safarov, M.M. Sattorov.

SUCCESSFUL TREATMENT OF ESOPHAGEAL INJURY COMPLICATED BY PLEURAL EMPYEMA AND BLEEDING IN AN 8-MONTH-OLD CHILD

¹State Institution “National Medical Center” of the Republic of Tajikistan.

²Department of Pediatric Surgery of State Institution “Avicenna Tajik State Medical University”.

Safarov Abdullo Safarovich - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Pediatric Surgery of Avicenna Tajik State Medical University; Tel: +(992) 934169071; E-mail: safarbaha8080@mail.ru

Abstract. In this case, the authors describe the successful treatment of a severe complication caused by iatrogenic damage to the esophagus with a purulent-septic process in an 8-month-old child, leading to the progression of septicopyemia with the development of mediastinitis, destructive pneumonia with pyopneumothorax on the left, erosive bleeding from the pleural cavity, phlegmonous chest with a soft tissue defect around the drainage tube.

Keywords: iatrogenic esophageal injury; mediastinitis; destructive pneumonia; bleeding; phlegmon and chest soft tissue defect; Foley catheter; children.

Актуальность. В связи с редкостью наблюдаемых случаев ятрогенного повреждения пищевода с его перфорацией на фоне гнойно-септического процесса ротоглотки у детей раннего возраста приводящего к массе септических осложнений (септикопиемии, флегмоне шеи, медиастениту, деструктивной пневмонии, эрозивному кровотечению, флегмоне грудной клетки, приводящей к дефекту мягких тканей вокруг дренажной трубки) требуются изобретательность со стороны лечащих врачей к выбору хирургической тактики лечения, особенностей кормления и поиска путей ликвидации всех названных осложнений с целью достижения положительных результатов [1-4].

Собственное клиническое наблюдение.

В детское приемное хирургическое отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» 14.09.2018 г. была доставлена девочка М. 8 месяцев из Согдийской области Республики Таджикистан с диагнозом: «Травматический свищ пищевода, сепсис, септикопиемическая форма, деструктивная пневмония слева, состояние после кровотечения из плевральной полости, острый лимфаденит, ринофарингит». Из анамнеза выяснилось, что 12 дней назад у больной появились боли в горле и повышение температуры тела. В связи с чем, родители обратились к местному лекарю. Со слов родителей лекарь пальцем проводил очищение ротоглотки. После чего у ребёнка произошло набухание шеи и грудной клетки, отмечалось затруднение дыхания. Ребёнка в тяжелом

состоянии доставили в ЦРБ. При рентгенографии грудной клетки отмечалась картина «пиопневмоторакса слева и медиастинальной эмфиземы». По экстренным показаниям произведено дренирование плевральной полости слева по Бюлау через 7 межреберье по средней подмышечной линии, через которую под давлением выделилось большое количество воздуха и гноя. Назначено антибактериальное и интенсивно-корректирующее лечение. На 3-й день отмечалось выделение принятой пищи из дренажа. На 10-е сутки отмечалось профузное кровотечение из дренажной трубки плевральной полости, при котором уровень гемоглобина в крови снизился до 4 г/л. После внутривенного введения кровоостанавливающих препаратов одноклассной эритроцитарной массы и инфузионных растворов произошла остановка кровотечения.

На следующий день больная переведена в ГУНМЦРТ «Шифобахш» и госпитализирована в отделение хирургии новорождённых и детей грудного возраста. Состояние ребёнка в момент поступления очень тяжёлое, отмечались симптомы выраженной интоксикации, одышка, высокая температура, вялость, бледность кожных покровов, отёк конечностей и нарушение периферического кровообращения. Вокруг дренажной трубки имеется дефект мягких тканей в размере 3х4 см и отмечаются признаки флегмоны стенки грудной клетки в размером 15х10 см. Из этой раны по дренажной трубке выделяется гной, функционирует

большой бронхиальный свищ. При аускультации в левом легком проводимость дыхания ослабленная, выслушиваются сухие и влажные хрипы. Сердечные тоны несколько приглушены. АД - 80/50 мм рт.ст., пульс - 128 уд/мин, ЧД - 33 мин. Живот обычной формы, не вздут, участвует в акте дыхания. Печень увеличена и выступает из правого подреберья на 2 см. Из анализов крови выявлены анемия (гемоглобин-8,6 г/л, эритроциты $2,7 \times 10^{12}$ г/л), гипопроотеинемия (альбумин 27 г/л, общий белок 48 г/л), гипокалиемия (К-2,6 ммоль/л), гипокоагуляция (фибриноген-177,6), высокий уровень тимол-вероналовой пробы - 4,3 ед.. В анализах мочи: белок 0,066%, лейкоциты до 18-21 в п/з.

При эзофагоскопии на расстоянии около 13 см ниже от уровня передних зубов в проекции верхней трети пищевода найден свищ размером 0,4x0,7 см, который покрыт гнойным фибринозным налетом. Для определения функционирования пищеводного свища на плевральной полости слева ребёнку дали выпить сладкую кипяченую воду, окрашенную метиловым синим. Краситель появился в дренажной трубке плевральной полости через 1 минуту. На бакпосеве, взятом из плевральной полости, ротоглотки и пищевода высеян *Klebsyella* и *Staph. aureus*.

С учётом вышеизложенного составлена программа лечения данного больного, которая состояла из общеукрепляющей, десенсибилизирующей, антибактериальной, иммуностимулирующей, дезинтоксикационной терапии и препаратов, улучшающих микроциркуляцию, переливание белковых препаратов (альбумин), крови и плазмы. На первом этапе антибактериального лечения начали с меропенема. Обеспечивалась постоянная подача увлажненного кислорода, который проходил через жидкую смесь из отхаркивающих трав.

Учитывая тяжесть состояния ребенка в желудок поставлен зонд и налажено почасовое зондовое кормление смесью «Нутрилон» по возрастной дозировке. В первые дни основную часть необходимых питательных ингредиентов восполняли за счёт парентерального питания, из расчёта 140 мл/кг веса ребёнка в сутки. После улучшения общего состояния больного постепенно перешли на полное зондовое энтеральное питание смесью «Нутрилон», из расчёта 200 мл/кг в сутки. Вес ребёнка в момент поступления составлял 6 кг. С целью предотвращения гастро-эзофагеального рефлюкса и попадания содержимого желудка в свищ пищевода зондовое кормление проводилось дробно - по 60 мл каждый час. Также с этой целью

кормление осуществлялось в положении приподнятого головного конца больного на 45° - 50° .

Одновременно проводилась ежедневная санация плевральной полости путём струйного введения антисептических растворов в дренажную трубку. Установлен пассивный дренаж по Бюлау.

Причиной развития флегмоны и дефекта мягких тканей вокруг дренажной трубки являлось затекание гноя из плевральной полости по стенке дренажной трубки. В этой связи возникла необходимость прикрытия дефекта тканей вокруг дренажной трубки, чтобы создать герметичность и появление отрицательного давления в полости плевры слева, которое способствовало бы закрытию пищеводно-плеврального свища.

С этой целью силиконовая трубка была заменена на видоизменённый нами катетер Фолея. На рис. 1 катетер Фолея в неизменённом виде.



Рис. 1. Катетер Фолея.

Мы выбрали катетер Фолея №20 и надели на него изготовленные нами резиновую и поролоновую прокладку. Резиновую прокладку вырезали из пробки флаконов для инфузионных растворов, а поролоновую из поролона. По середине прокладки проделали отверстие и сквозь него провели катетер так, чтобы её баллончик оказался впереди (рис.2). В таком виде катетер вводился в плевральную полость через рану и устанавливался так, чтобы её баллончик находился внутри плевральной полости за стенкой грудной клетки, а прокладки снаружи. Затем после надувания баллончика катетера прокладки направляли к грудной стенке одновременно натягивая катетер кнаружи (рис. 3).



Рис. 2. Прокладки для катетера Фолея.

Размер катетера нужно подбирать в зависимости от размера раны, чтобы как можно меньше оставалось пространства между стенкой катетера и стенкой раны. Таким образом создавалась герметичность вокруг дренажной трубки (катетер

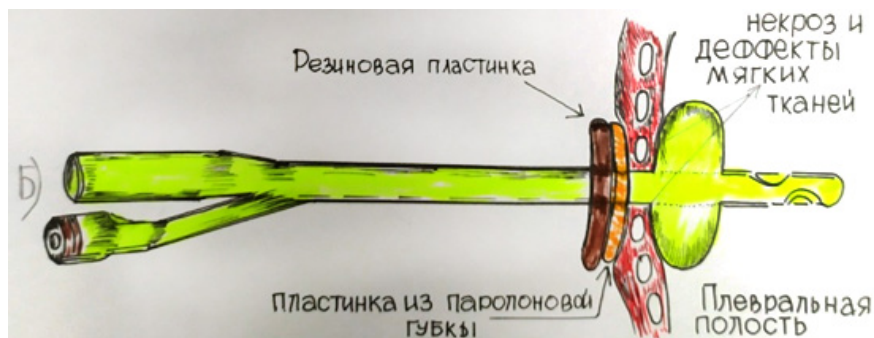


Рис. 3. Схематическое изображение видоизменённого катетера Фолея после её установки в ране.

Фолея). Наружный конец катетера подсоединялся к системе Бюлау. После установки видоизменённого катетера Фолея на фоне комплексного обоснованного лечения рана вокруг трубки начала постепенно уменьшаться в размере, а также количество гноя, выделяемого из плевральной полости. По этим признакам через каждые 15-20 дней меняли катетер на размер меньше. Спустя 2 месяца выделение гноя из дренажной трубки плевральной полости прекратилось, что оценивалось как признак закрытия пищеводно-плеврального свища. Для убеждения закрытия свища больному дали выпить воду, окрашенную метиленовым синим,

краситель не появился в дренажной трубке. На рентгенограмме левого легкого полностью расправилось, наличие инфильтратов в легком, уровня жидкости и свободного воздуха в плевральной полости не обнаружено. После чего дренажная трубка удалена, а рана на грудной стенке закрылась спустя 3 дня.

После выписке ребёнок находился под наблюдением. Каждые 3-месяца проводились осмотр и реабилитационное лечение с коррекцией питания. В отдалённом периоде через два года: ребёнок растёт и развивается хорошо, жалоб нет, глотание свободное без затруднений. Деформация грудной

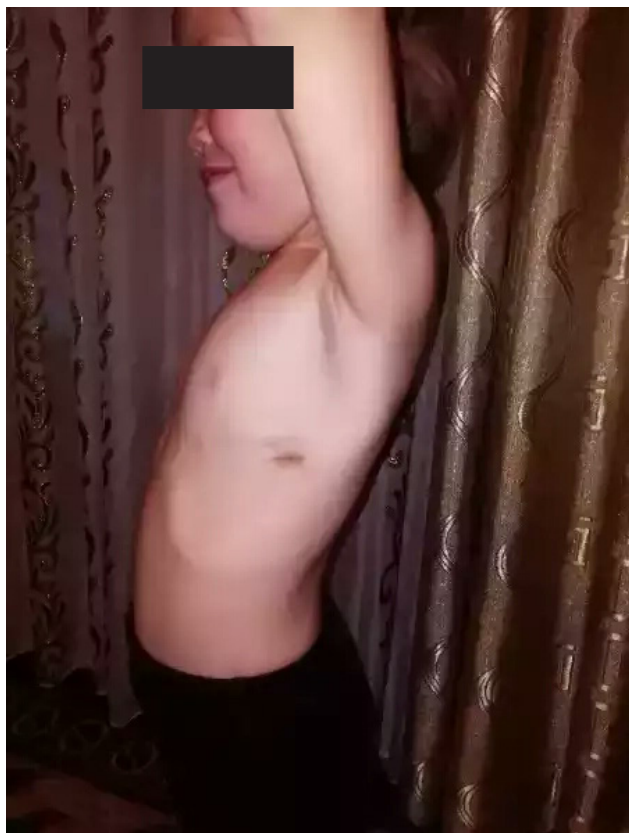


Рис. 4. Фото девочки М. спустя 2 года после выздоровления (вид сбоку)



Рис. 5. Фото девочки М. спустя 2 года после выздоровления (вид спереди)

клетки не отмечается. Аускультативно в легких проводится везикулярное дыхание. Проведена контрольная фиброэзофагоскопия, патологии в полости пищевода и ротоглотке не обнаружены. Представляется фото девочки на рисунках 4 и 5 на которых виден рубец после закрытия торакального свища.

Обсуждение. Повреждение пищевода у детей грудного возраста как следствие длительного нахождения инородного тела в нём, встречается редко (1). В большинстве случаев инородное тело застревает на первом физиологическом сужении пищевода и может там находиться долго, вызывая пролежень её стенки и перфорацию. При перфорации пищевода могут развиваться тяжёлые осложнения, грозящие летальным исходом ребёнка. По данным ряда авторов, летальный исход при перфорации пищевода достигает 10,5%, а при развитии медиастенита 40-45% (1, 3, 4). Схожая клиническая картина наблюдается и при гнойно-воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей и ротоглотки у детей раннего возраста. Местные лекари чаще всего прибегают к пальцевой санации глотки с намерением вскрыть абсцессы и снять гнойные налёты, что, вероятно, было проведено данному больному. Подобные манипуляции недопустимы, так как травма способствует разобщению гнойно-воспалительного процесса и нарушению целостности стенки органа. У данного больного развилось ятрогенное повреждение стенки пищевода, ставшее причиной распространения гнойного процесса в средостении и плевральной полости.

Подобное сообщение в литературе мы не встречали, хотя о ятрогенном повреждении пищевода при инструментальном извлечении инородного тела и слепом бужировании указывают большинство авторов (1-4). Что касается тактики хирургического лечения при повреждении пищевода, приводящем к таким осложнениям как флегмона шеи, медиастенит, пневмоторакс, пиопневмоторакс то большинство авторов рекомендуют на фоне комплексной интенсивно-корректирующей терапии дренировать плевральную полость и при необходимости медиастинум, а кормление осуществлять через гастростому.

Таким образом, наше сообщение демонстрирует эффективность применения видоизмененного катетера Фолея и исключение перорального приёма пищи путём налаживания зондового кормления при лечении дефекта грудной стенки как осложнения эмпиемы плевры вследствие перфорации пищевода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Возгомент О. В. О проблеме лечения детей с повреждением пищевода, вызванного инородными телами. / О. В. Возгомент // Трудный пациент, №6, Том 11, 2013. С.6-8.
2. Дулаев А.К. Результаты лечения пострадавших с повреждением пищевода в условиях многопрофильного стационара. / А. К. Дулаев., А.Е. Демко., С.Ш. Тания., А. И. Бабич // Политравма. 2020. №1, С.11-17.
3. Столяров С.И. Опыт хирургического лечения проникающих повреждений пищевода. / С. И. Столяров, А. В. Добров, В. П. Арсютов, В. Л. Григорьев // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. Том 2, №2-3, 2017. С. 302-307.
4. Хаджибаев А. М. Тактические аспекты лечения и послеоперационного ведения больных с повреждением пищевода инородными телами. / А. М. Хаджибаев и соавт. // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. Том 1, №3, 2016. С. 458-465.

REFERENCES

1. Vozgoment O.V. O probleme lecheniya detey s povrezhdeniem pishchevoda, vyzvannogo inorodnymi telami [On the problem of treatment of children with esophageal damage caused by foreign bodies]. *Trudnyy patsient - Difficult Patient*, 2013, Vol. 11, No.6, pp. 6-8.
2. Dulaev A.K. Rezultaty lecheniya postradavshikh s povrezhdeniem pishchevoda v usloviyakh mnogoprofilnogo statsionara [Results of Treatment of Patients with Esophageal Damage in a Multidisciplinary Hospital]. *Politravma - Polytrauma*, 2020, No. 1, pp. 11-17.
3. Stolyarov S.I. Opyt khirurgicheskogo lecheniya pronikayushchikh povrezhdeniy pishchevoda [Experience in surgical treatment of penetrating esophageal injuries]. *Vestnik neotlozhnoy i vosstanovitelnoy khirurgii - Bulletin of urgent and recovery surgery*, 2017, Vol. 2, No. 2-3, pp. 302-307.
4. Khadzhibaev A.M. Takticheskie aspekty lecheniya i posleoperatsionnogo vedeniya bolnykh s povrezhdeniem pishchevoda inorodnymi telami [Tactical aspects of treatment and postoperative management of patients with esophageal injury caused by foreign bodies]. *Vestnik neotlozhnoy i vosstanovitelnoy khirurgii - Bulletin of urgent and recovery surgery*, 2016, Vol. 1, No. 3, pp. 458-465.

ХУЛОСА

А.С. Сафаров, Б.А. Сафаров, М.М. Сатторов

ТАБОБАТИ ИЛЛАТЌЕБИИ СУРХРӮДА ДАР КӮДАКИ 8 МОӢА, КИ БО ЭМПИЕМАИ ПЛЕВРА ВА ХУНРАВӢ ОРИЗА ЁФТААСТ

Дар мақола муаллифони аз таҷрибаи табобати кӯдаки 8 моҳа, ки баъди бо ангишт садама расони-

дани табиби халқӣ бо суроҳшавии сурҳрӯда ориза ёфтааст аҳборот овардаанд. Баъди сӯроҳшавии сурҳрӯда пиопневмоторакс аз тарафи чап ба миён омадааст, ки боиси он торақосентез гузошта шудааст. Баъдан хунравӣ тавассути найчаи дренажӣ ва дефекти девори қафаси сина дар атрофи найчаи дренажӣ ба амал омадааст. Нисбати чунин оризаҳо муаллифони найчаи Фолей таъғирдодаро

бо ба роҳмонии ғизодиҳии мисробӣ истифода бурдаанд, ки дар натиҷа сӯроҳии сурҳрӯда ва дефекти девори қафаси сина маҳкам шуда, эмпиемаи плевра аз байн рафтааст.

Калимаҳои калидӣ: иллатёбии ятрогении сурҳрӯда; медиастенит; пневмонияи деструктивӣ; хунравӣ; флегмона ва дефекти бофтаҳои мулоими қафаси сина; найчаи Фолей; кӯдакон.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616.594.14-053.2

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-108-115

С.С. Бозоров

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Бозоров Савриддин Сулаймонович – докторант PhD 3-го года кафедры дерматовенерологии-ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Тел: 904187478. E-mail: savriddin_tj@mail.ru

В статье представлен анализ современных отечественных и зарубежных публикаций, посвящённых актуальным исследованиям этиологии и патогенеза гнездовой алопеции у детей. Приводятся сведения о частоте заболеваемости данным видом алопеции в популяции ее взаимосвязи с наследственностью, иммунными и средовыми факторами. Опираясь на обобщённые литературные данные, авторы акцентируют внимание на важной роли нарушений в системе перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты в развитии гнездовой алопеции. По мнению авторов, эти процессы приводят к нарушениям функции органов и систем, а также отражаются на состоянии местного кровотока и на функциональных параметрах кожи. В статье указаны данные литературы о роли нарушений микроциркуляции в развитии гнездовой алопеции, а также указаны патофизиологические механизмы ее развития у детей с дефицитом витамина Д. Приведенные результаты исследования о механизмах развития гнездовой алопеции у детей указывают, что при ведении детей с данной патологией необходимо предусматривать индивидуальный подход с учётом состояния местного кровотока, функциональных параметров кожи, сопутствующей патологии, уровня витамина Д в крови и нарушений в системе антиоксидантной защиты.

Ключевые слова: гнездовая алопеция, детский возраст, сопутствующая патология, иммунные нарушения, микроциркуляция, перекисное окисление липидов, витамин Д.

S.S. Bozorov

FACTORS AFFECTING THE DEVELOPMENT OF ALOPECIA AREATA IN CHILDREN

Department of Dermatovenereology of State Educational Institution «Avicenna Tajik State Medical University»

Bozorov S.S. – Doctorant Ph.D. of the department of Dermatovenereology of State Educational Institution «Avicenna Tajik State Medical University»; tel: 904187478. E-mail: savriddin_tj@mail.ru

The article presents an analysis of modern domestic and foreign publications on the research of the etiology and pathogenesis of the alopecia areata in children. The article brings up the information on the incidence of this type of alopecia in the population, its relationship with heredity, immune and environmental factors. According to generalized literary data, the authors focus on the importance of the role of violations in the lipid peroxidation system and antioxidant protection in the development of the nest alopecia. According to the authors, these processes lead to violations of the function of organs and systems which is reflected in the state of local blood flow and the functional parameters of the skin. The article indicates the literature data on the role of microcirculation violations in the development of the alopecia areata, as well as the pathophysiological mechanisms of its development in children with vitamin D deficiencies

The results of a study on the mechanisms for the development of the alopecia areata in children indicate that when conducting children with this pathology, it is necessary to envisage individual approach taking into account the local blood flow, functional parameters of the skin, concomitant pathology, level of vitamin D in the blood and violations in the antioxidant protection system.

Keywords: alopecia areata, children's age, concomitant pathology, immune disorders, microcirculation, lipid peroxidation, vitamin D.

Гнездная алопеция является хроническим органоспецифическим аутоиммунным воспалительным заболеванием с генетической предрасположенностью, характеризующееся поражением волосяных фолликулов и иногда ногтевых пластин, стойким или временным нерубцовым выпадением волос [16, 1]. В общей структуре дерматологических заболеваний гнездная алопеция встречается в 0,7-3,8% случаев [27], в популяции распространенность составляет 1:1000, причем риск развития данного заболевания у здоровых людей в течение жизни составляет 1,7% [17]. В структуре дерматологических заболеваний заболеваемость гнездной алопецией составляет около 2,1% [31, 36]. Среди детей частота распространенности гнездной алопеции составляет 18,1% [23, 27]. Считается, что пик заболеваемости приходится преимущественно на молодой возраст от 15 до 30 лет с тенденцией к снижению развития тотальной формы с каждым десятилетием жизни [1, 2]. По данным Гончаровой Э.В. [6] алопеции в 86% случаев диагностируется у детей в возрасте 6-15 лет, причем 89% из них составляет гнездная алопеция. Системный обзор эпидемиологии распространенности данной патологии волос показал аналогичную заболеваемость во всем мире, которая составляет около 2% случаев [39]. По мнению авторов, заболевание может развиваться в любом возрасте, а частота встречаемости увеличивается в течение жизни. Заболевание одинаково часто встречается у детей разного пола. Кроме того, не отмечается распределения данной патологии по расовому признаку.

Распространенность гнездной алопеции среди лиц мужского и женского пола почти не отличается, однако в ряде исследований выявлено, что преобладают лица мужского пола в соотношении 1,4:1,0. Авторы отмечают, что более тяжелое течение гнездной алопеции наблюдается у лиц мужского пола. По мнению других авторов, гнездная алопеция у лиц мужского пола чаще диагностируется в детском возрасте, а у лиц женского пола - в подростковом возрасте, причем у последних наблюдаются наиболее выраженные поражения ногтей и сопутствующие аутоиммунные заболевания [27].

Популяционные эпидемиологического исследования по изучению заболеваемости гнездной алопецией в течение всей жизни показало, что среди населения округа Олмстед, штата Миннесота данная патология встречается в 2,1% случаев, одинаково часто как среди мужчин, так и среди женщин [19]. Однако, по данным других авторов, существуют небольшие гендерные особенности, указывающие на более частую встречаемость гнездной алопеции у лиц женского пола, хотя, по мнению авторов, это может быть связано с более высокой обеспокоенностью женщин по поводу данного эстетического дефекта [33].

Гнездная алопеция, развивающаяся в детском возрасте, рассматривается как мультифакториальное заболевание, в развитии которого принимают участие генетические, иммунные и средовые факторы [1]. На сегодняшний день существование наследственности у больных гнездной алопецией подтверждается наблюдениями семейных случаев и высокой частотой ее выявления у близнецов [7, 30]. Считается, что данная патология является аутосомно-доминантным заболеванием с вариабельной экспрессивностью и неполной пенетрантностью, варьирующей в разных семьях. Семейный характер, по данным различных авторов, варьирует и составляет в среднем от 4 до 24% [30]. Другие исследователи выявили случаи гнездной алопеции у членов одной семьи в 10% случаев, что намного выше по сравнению с популяционными данными, которые составляют в среднем 1,7%. Доказано, что генетические случаи гнездной алопеции чаще проявляются тяжелыми клиническими формами и составляют 16-18%, по сравнению с легкими формами, частота которых составляет 7-13%. [33, 39].

Данные литературы указывают, что в развитии гнездной алопеции важное значение имеют генетические расстройства, которые наряду с гнездной алопецией вызывают сопутствующие дентальные, скелетные, офтальмологические аномалии [7]. Так, в исследованиях Ayuso V.K. и соавторов (2011), было описано три случая гнездной алопеции в возрасте 5, 8 и 15 лет с сопутствующим идиопатическим промежуточным увеитом. Исследователи выявили, что тяжесть увеита варьировала от

легкой до угрожающей для зрения, а выпадение волос у двух детей было представлено локальными поражениями, а у одного ребенка наблюдалось тотальное выпадение волос. Авторы считают, что сочетание данных видов патологии может быть основано на сходстве их сложного патогенеза. Однако для доказательства ассоциации между двумя аутоиммунными расстройствами необходимы дополнительные исследования [30]. По мнению авторов, некоторые генетические расстройства, ассоциированные с потерей волос, но не имеющие других аномалий в детском возрасте и во взрослом периоде жизни пациентов, могут быть перепутаны с другими причинами потери волос, например с синдромом свободного анагена (LAHS) или врожденной триангулярной алопецией.

Известно, что в патогенезе гнездной алопеции у детей ведущая роль отводится аутоиммунным нарушениям, которые приводят к образованию воспалительного клеточного инфильтрата, содержащего субпопуляции Т-лимфоцитов CD8⁺ и CD4⁺ (кластеры дифференцировки (хелперы и супрессоры)), макрофагов и клеток Лангерганса вокруг волосных фолликулов. Имеется точка зрения, что гнездная алопеция является своего рода аутоиммунной реакцией, обусловленной повышенной экспрессией Т-лимфоцитами волосных фолликулов [1].

На роль дисбаланса выработки цитокинов в патогенезе гнездной алопеции у детей указывает нередкое сочетание данной патологии с псориазом. Исследования, проведенные на Тайване, продемонстрировали, что пациенты с очаговой алопецией имеют более высокий риск развития псориаза по сравнению с населением в целом. Авторы считают, что в связи с тем, что в патогенезе псориаза важную роль играют дисбаланс выработки включая интерферона- γ , интерлейкина IL-12 и IL-2, эти факторы тоже могут иметь место в развитии гнездной алопеции [20].

Выявлено сочетание гнездной алопеции с другими дерматозами. Так, гнездная алопеция выявлена у 20,0% пациентов с атопией, в 3,5% - с витилиго, в 1,8% - с псориазом, в 0,9% с системной красной волчанкой. Доказано, что очаговая алопеция в 30 - 40% случаях выявляется у больных с аутоиммунным полиорганным синдромом, хотя не всегда данный синдром выявляется одновременно с данной патологией [14]. На связь гнездной алопеции указывают и другие исследования, которые указывают на то, что данная патология у наблюдаются у 8–28% больных детей с заболева-

ниями щитовидной железы, у 3–8%, страдающих витилиго, атопия у детей с гнездной алопецией встречается в 2 раза чаще, чем в общей популяции [4, 35].

Роль аутоиммунных нарушений в развитии гнездной алопеции у детей доказывается и другими исследованиями [15], в которых выявлены идентичные генетические маркеры алопеции и аутоиммунного тиреоидита: HLA-DR7, HLA-DR4, HLA-DR5. По мнению исследователей, дебют этих аутоиммунных заболеваний провоцируется инфекциями, загрязнением окружающей среды, действием ионизирующей радиации и другими факторами. Кроме того, регулярный контроль функции щитовидной железы и ее ультразвуковой структуры у детей с гнездной алопецией, а также своевременное назначение заместительной гормональной терапии, позволят предотвратить прогрессирование как дерматологических, так и многих других нарушений, обусловленных гипотиреозом.

В последние годы были опубликованы многочисленные сообщения о пациентах с очаговой алопеции, реагирующих на ингибиторы янус-киназы (JAK). Авторы доказали, что патогенез гнездной алопеции включает взаимодействия между генетическими, экологическими и иммунными факторами и опосредуется цитокинами интерфероном- γ и интерлейкином (ИЛ) -15. Ингибирование JAK, приводящее в некоторых случаях к возобновлению роста волос, подтверждает, что очаговая алопеция связана с сигнальным преобразователем киназы Janus и активатором сигнального пути транскрипции (JAK-STAT) [26].

В ряде исследований показано, что патогенетическими факторами развития гнездной алопеции являются заболевания эндокринной системы [1]. Доказана роль патологии щитовидной железы в развитии гнездной алопеции. Так, по данным Гончаровой Э.В. патология щитовидной железы встречается в 27% случаев, а заболевания желудочно-кишечного тракта в 31,8% [6]. Если у детей допубертатного возраста гнездная алопеция чаще сочетается с дефицитом железа, то в подростковом периоде данная патология сочетается с аутоиммунным тиреоидитом. По мнению исследователей, щитовидная железа и выпадение волос - неразрывно связанные между собой понятия. Это объясняется тем фактом, что волосной фолликул особенно чувствителен к действию гормонов щитовидной железы, которые регулируют выработку меланина, оказывают влияние на растущий волос, а также ограничивают запрограммированную

гибель клеток волосяных фолликулов. В то же время тироксин стимулирует клеточное деление и продлевает фазу роста. Поэтому, заболевания щитовидной железы часто приводят к выпадению волос, обусловленному сбоем клеточного цикла. Примерно у одной трети пациентов, страдающих данным эндокринным нарушением, наблюдается поредение волос разной степени выраженности [8]. Авторы изучили особенности тиреоидного статуса у детей с алопецией и выявили, что патология щитовидной железы выявлена у 27% детей, больных алопецией, из которых в 12% выявлен гипотиреоз, в 9% был диагностирован аутоиммунный тиреоидит, у 6% были обнаружены структурные изменения щитовидной железы, которые по данным ультразвукового исследования указывали на наличие макрофолликулов и диффузной гиперплазии. Другими предрасполагающими причинами алопеции являлись: патология со стороны желудочно-кишечного тракта (31,8%), дефицит железа (27%), атопический дерматит (13,6%). В пользу влияния нарушений эндокринной системы на развитие гнездной алопеции указывают [2]. По данным Возиановой С.В. и соавторов (2017) [4] в развитии гнездной алопеции у детей важную роль играют нарушения метаболического обмена, избыточной массой тела, нарушениями уровня тиреоглобулинов, риском развития гипертензии, высокому содержанию гликолизированного гемоглобина.

В литературе приводятся результаты обследования 3510 детей с очаговой алопецией, у которых были выявлены наиболее частые сопутствующие заболевания по сравнению с контрольной группой: атопический дерматит (17,4% против 2,2%), анемия (7,7% против 2,4%), ожирение (5,7% против 1,1%), дефицит витамина D (5,1% против 0,4%), гипотиреоз (2,6% против 0,2%), витилиго (1,4% против 0,04%), псориаз (1,4% против 0,07%), гиперлипидемия (1,4% против 0,2%) и депрессии (2,6% против 0,6%) [25]. То есть, дети с гнездной алопецией чаще страдают определенными аутоиммунными и метаболическими расстройствами по сравнению с детьми без данной патологии волос.

По мнению Бекбауовой Н.М. и соавторов (2012) с гнездной алопецией тесно связаны с заболеваниями кишечника и состоянием нервной системы [18]. На роль нарушений функции кишечника в патогенезе гнездной алопеции у детей также указывают исследования Borde A. и соавторов, которые считают, что важное значение при данной патологии имеет состояние микробиоты

кишечника и механизмы, участвующие во взаимодействии этих нарушений с иммунной системой, что может привести к локальному и или периферическому воспалению и, к разрушению волосяного фолликула [22].

Другие исследователи выявили у подавляющего числа детей с гнездной алопецией изменения со стороны шейного отдела позвоночника и функциональные изменения мозгового кровотока. В пользу нарушений мозгового кровотока в патогенезе гнездной алопеции указывают результаты исследований, указывающих на связь между гнездной алопецией и синдромом дефицита внимания, развивающийся у детей с перинатальными энцефалопатиями. Результаты показали, риск развития данной патологии у этих детей был выше по сравнению с группой детей без данного синдрома. Авторы доказали, что функциональные нарушения мозгового кровотока являются одной из причин развития гнездной алопеции у детей [29], так как обеднение микроциркуляторного русла дермы приводит к нарушениям трофики дермальной папиллы.

Существует мнение, что очаговая алопеция у детей, являясь Т-клеточно-опосредованным заболеванием часто ассоциируется с целиакией. Этот факт авторы подтверждают тем, что признаки очаговой гнездной алопеции у нее регрессировали спустя несколько месяцев после назначения ей безглютеновой диеты без использования каких-либо специфических топических дерматотропных лекарственных препаратов. При визуальном осмотре авторы выявили воронкообразные устья волосяных фолликулов в очагах алопеции, что, по их мнению, позволяет дифференцировать гнездную алопецию от псевдопеллады Брокка и других форм рубцового выпадения волос. По данным авторов, признаки очаговой гнездной алопеции регрессируют спустя несколько месяцев после назначения безглютеновой диеты без использования каких-либо специфических топических дерматотропных лекарственных препаратов [8].

В последнее время в литературе имеются сведения о роли витамина D в развитии алопеции, так как выявлено, что рецепторы витамина D (VDR) наиболее выражены в структурах волосяных фолликулов. Доказано, что экспрессия рецепторов витамина D на кератиноцитах является важным звеном в поддержании нормального цикла волос [13]. Кроме того, при отсутствии этих рецепторов задерживается рост волосяного фолликула [13]. В некоторых работах показано, что низкие значения

витамина Д наблюдаются в 93% больных с гнездной алопецией [24]. Снижение витамина Д в крови детей, страдающих гнездной алопецией доказано в исследованиях Nassiri S. [36], который выявил разницу витамина Д3 в группе больных гнездной алопецией по сравнению с контрольной группой. При этом, автор выявил наименьшие значения при 25 (ОН) D преимущественно у лиц женского пола, страдающих тотальной и универсальной формой гнездной алопеции. Однако, другие работы указывают на отсутствие связи между уровнем витамина D и клиническими проявлениями данной патологии [28]. В некоторых работах показано, что низкие значения витамина Д наблюдаются в 93% больных с гнездной алопецией [34].

Калинченко С. Ю. и соавторы, на примере гнездной алопеции изучили влияние дефицита витамина D в развитии аутоиммунных заболеваний и доказали, что появление гнездной алопеции у детей можно условно рассматривать как один из симптомов длительно существующего дефицита витамина D [9].

Авторы выявили, что нормализация уровня витамина D и гормонального фона может рассматриваться как патогенетический подход к лечению данного заболевания и профилактики других аутоиммунных патологий [5, 38]. При этом, было доказано наличие взаимосвязи иммунной и гормональной регуляции волосяного фолликула, так как полученные результаты показали, что при длительном дефиците витамина D у пациентов с генетической предрасположенностью существует большая вероятность развития гнездной алопеции [31]. В связи с этим, исследователи предлагают начинать терапию детей с гнездной алопецией с приема системных препаратов витамина D в лечебных дозировках в сочетании с топическим нанесением мазей, содержащих кальципотриол, на кожу в области очагов выпадения волос. Другие исследования [10] доказывают роль витамина Д в развитии гнездной алопеции у детей тем, что у них отсутствует экспрессия рецепторов VDR на кератиноцитах, которая необходима для поддержания нормального цикла, в связи с чем уменьшается эпидермальная дифференцировка и рост волосяного фолликула. Авторы выявили, что наименьшие показатели уровня витамина Д выявлены у лиц с тотальной и универсальной формой гнездной алопеции. Кроме того, было доказано отсутствие взаимосвязи между уровнем сывороточного 25 (ОН) D не только с рецидивом заболевания, но и с семейным анамнезом [21].

Доказана, роль дисмикрэлементоза у детей с гнездной алопецией. Имеются данные, указывающие на влияние нарушений микроэлементного статуса у больных гнездной алопецией. То есть, выявление низких показателей содержания цинка, меди, никеля, хрома и свинца в почве, позволяет прогнозировать уровни заболеваемости гнездной алопецией [13]. В дальнейших исследованиях авторы доказали, что причиной возникающего микроэлементного дисбаланса, возможно, является аутоиммунное воспаление в коже пациентов, страдающих данной патологией [11].

По данным других авторов, вероятность формирования высоких уровней заболеваемости гнездной алопецией повышается с повышенным содержанием металлов в почве, в то время как их содержание в атмосферном воздухе не оказывает существенного влияния на формирование данного вида заболеваемости. При этом, на основании таких показателей микроэлементного статуса, как уровень содержания свинца, висмута, кадмия, никеля, кобальта, меди, железа, марганца, хрома, стронция и цинка в крови и волосах выявило, что вероятность заболевания возрастает с увеличением концентрации в биологических средах металлов, обладающих прооксидантным действием, и снижается с увеличением содержания металлов, характеризующихся антиоксидантными.

В связи с этим, немаловажная роль в патогенезе гнездной алопеции отводится состоянию перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы [11]. Существуют работы, доказывающие увеличение концентрации малонового диальдегида, повышение активности супероксиддисмутазы и снижение каталитической активности каталазы. Результаты проведенных исследований свидетельствуют об активации перекисного окисления липидов, дисфункции антиоксидантной системы защиты организма и вероятном участии этих процессов в инициации и поддержании аутоиммунного воспаления в коже. То есть, дисфункция антиоксидантной системы и активация перекисного окисления липидов может быть взаимосвязана как с началом, так и с поддержанием аутоиммунного воспаления при гнездной алопеции. Выявленные нарушения в системе перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты приводят к усилению тканевой гипоксии и тяжести железодефицитного малокровия, что обуславливает повышение риска развития воспалительного процесса в волосяных фолликулах с последующим развитием очаговой алопеции. Считается, что наличие железодефицитной анемии,

как сопутствующее состояние у детей с гнездой алопецией ухудшает эффективность лечения, так как доказано, что у детей, страдающих железодефицитной анемией, наблюдается снижение содержания диеновых конъюгатов в сыворотке крови, кетодиенов с сопряженными триенами, шиффовых оснований, а также уменьшение активности ферментов супероксиддисмутазы, глутатионпероксидазы и снижение общего антиоксидантного статуса [12]. Нарушения антиоксидантной системы у больных гнездой алопецией может быть связано с дефицитом таких микроэлементов как цинк, медь и железо, что проявляется истощением ферментативного антиоксидантного статуса и приводит к нарушениям структуры волосных фолликулов. По данным зарубежных исследователей, дисфункция антиоксидантной системы и активация перекисного окисления липидов при гнездой алопеции обусловлена ассоциацией данной патологии с полиморфизмом гена PRDX5, продуктом которого является внутриклеточный антиоксидантный фермент PRDX5, относящийся к семейству ферментов, ответственных за преобразование активных форм кислорода в безвредные побочные продукты [40, 37].

Таким образом многочисленные причины, приводящие к развитию гнездой алопеции в детском возрасте, обуславливают сложность патогенетических механизмов развития данной патологии, что обусловлено тесной взаимосвязью predisposing факторов, которые в конечном итоге сказываются на иммунном статусе пациента, что еще более усугубляет течение заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 19-40 см. в REFERENCES)

1. Амирова Э.Ф. Оценка состояния перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы при железодефицитной анемии у детей с соматической патологией / Э.Ф. Амирова, Л.Ф. Латыпова, А.Г. Крюкова, Р.З. Богданова // *Дневник казанской медицинской школы*. -2018. -№III (XXI). -С.115-121.
2. Антонова С.Б. Выпадение волос (алопеция) у детей: этиология, эпидемиология, особенности клинического течения, дифференциальная диагностика / С.Б. Антонова, М.А.Уфимцева, Ю.М. Бочкарев, К.И. Николаева, Н. В. Савченко // *ПЕДИАТРИЯ*. -2020. -Том 99. -№ 6. - С.149-154.
3. Бучаева З. К. Динамика ряда показателей у больных очаговой алопецией после применения лазероплазмотерапии /З.К. Бучаева, П.М. Алиева// *Голова и шея*. -2019. – №2. – С. 28-32.
4. Бекбауова Н. М. Этиология гнездой алопеции у детей. /Н. М Бекбауова, Р. К Алиева, Ж. Н Жарасова, Абакыткызы, Г.Е. Рабаева // *Батыс Казахстан медицина журнал*. -2012. -3 (35). -С. 90.
5. Варга Р. Тиреоидный статус у детей и подростков с алопецией / Р.Варга, О. В. Щетинина // *Forcipe*. – 2019. – №. 2. -С.156-160.
6. Возианова С. В. Перспективы изучения влияния метаболического синдрома на возникновение и течение гнездой алопеции / С. В. Возианова, И.И. Гордая // *ДЕРМАТОЛОГИЯ*. – 2017. – №. 1. –С. 413.
7. Гаджигороева А.Г. Клиническая трихология. / А.Г. Гаджигороева // *Москва: Практическая медицина*, - 2014. - 182 с.
8. Гончарова Э.В. Тотальная алопеция при аутоиммунном тиреоидите, пути решения/ Э.В. Гончарова // *Научный журнал «Студенческий»*. – 2019. - № 11(55). – С. 42-48.
9. Дамарад А. Л. Генетические и врожденные синдромы, ассоциированные с потерей волос у детей: причины, клиническая картина / А.Л. Дамарад, А.А. Дубовик // *Дерматовенерология. Косметология*. – 2016. – №. 1. – С. 43-59.
10. Жучков М.В. Кожные проявления целиакии: что нужно знать практикующему врачу-гастроэнтерологу? /М.В.Жучков, С.Н.Котляров // *CONSILIUM MEDICUM*. -2017. -Том 19. - № 8.2. - Гастроэнтерология. -С. 45-51.
11. Калинин С.Ю. Гнездая алопеция как клиническое проявление аутоиммунного воспаления на фоне дефицита витамина D / С.Ю. Калинин, Л.О. Ворслов, Р.А. Терушкин // *ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: новости, мнения, обучение*. -2020. –Т. 9. - № 2. -С. 99-102.
12. Корнишева В.Г. Значение витамина D в иммунной системе и патогенезе аутоиммунных процессов кожи (обзор) / В.Г. Корнишева // *Проблемы медицинской микологии*. -2018. -Т. 20. -№3. -С.15-18.
13. Николаева Т. В. Показатели антиоксидантной активности и перекисного окисления липидов у больных гнездой алопецией / Т. В. Николаева и др. // *Оренбургский медицинский вестник*. – 2017. – №. 1 (17). -С. 29-32.
14. Сетко Н.П. Прогностическая модель формирования заболеваемости гнездой алопецией в зависимости от содержания металлов в объектах окружающей среды / Н. П. Сетко, Т. В. Николаева, Л. Г.Воронина // *Здоровье населения и среда обитания*. – 2017. – №. 4 (289). -С.14-18.
15. Созаева Л. С. Новые иммунологические методы диагностики аутоиммунного полиэндокринного синдрома 1-го типа (первый опыт в России) / Л. С. Созаева и др // *Проблемы эндокринологии*. – 2015. – Т. 61. – №. 3. – С. 27-31.
16. Паршина Н. В. Тиреоидный статус у детей и подростков с алопецией / Н. В. Паршина и др. // *Медицина: теория и практика*. – 2019. – Т. 4. – №. S.217
17. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. 5-е изд.: Деловой экспресс. – 2016. –С. 768.
18. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных гнездой алопецией. М., - 2015. –С.16.

REFERENCES

1. Amirova E.F. Otsenka sostoyaniya perekisnogo okisleniya lipidov i antioksidantnoy sistemy pri zhelezo-defitsitnoy anemii u detey s somaticheskoy patologiei [Evaluation of lipid peroxidation and antioxidant system in iron deficiency anemia in children with somatic pathology]. *Dnevnik kazanskoy meditsinskoy shkoly - Diary of the Kazan Medical School*, 2018, No. 3 (11), pp. 115-121.
2. Antonova S.B. Vypadenie volos (alopetsiya) u detey: etiologiya, epidemiologiya, osobennosti klinicheskogo techeniya, differentsialnaya diagnostika [Hair loss (alopecia) in children: etiology, epidemiology, features of the clinical course, differential diagnosis]. *Pediatrics - Pediatriya*, 2020, Vol. 99, No. 6, pp. 149-154.
3. Buchaeva Z.K. Dinamika ryada pokazateley u bolnykh ochagovoy alopetsiey posle primeneniya lazertoplazmoterapii [Dynamics of some indices in patients with focal alopecia after laser plasma therapy]. *Golova i sheya - Head and neck*, 2019, No. 2, pp. 28-32.
4. Bekbauova N.M. Etiologiya gnezdnay alopetsii u detey [Etiology of alopecia nervosa in children]. *Batys Kazakhstan meditsina zhurnal - West Kazakhstan Medical Journal*, 2012, No. 3 (35), pp. 90.
5. Varga R. Tireoidnyy status u detey i podrostkov s alopetsiey [Thyroid status in children and adolescents with alopecia]. *Forcipe*, 2019, No. 2, pp. 156-160.
6. Vozianova C.B. Perspektivy izucheniya vliyaniya metabolicheskogo sindroma na vozniknovenie i techenie gnezdnay alopetsii [Prospects for studying the effect of metabolic syndrome on the occurrence and course of alopecia nervosa]. *Dermatologiya - Dermatology*, 2017, No. 1, pp. 413.
7. Gadzhigorieva A.G. *Klinicheskaya trikhologiya* [Clinical Trichology]. Moscow, Prakticheskaya meditsina Publ., 2014. 182 p.
8. Goncharova E.V. Totalnaya alopetsiya pri autoimmunnom tireoidite, puti resheniya [Total alopecia in autoimmune thyroiditis, solutions]. *Nauchnyy zhurnal «Studencheskiy» - Scientific journal «Student»*, 2019, No. 11 (55), pp. 42-48.
9. Damarad A. L. Geneticheskie i vrozhdennyye sindromy, assotsirovannyye s poterey volos u detey: prichiny, klinicheskaya kartina [Genetic and congenital syndromes associated with hair loss in children: causes, clinical picture]. *Dermatovenerologiya. Kosmetologiya - Dermatology and Venereology. Cosmetology*, 2016, No. 1, pp. 43-59.
10. Zhuchkov M.V. Kozhnye proyavleniya tseliakii: chto nuzhno znat praktikuyushchemu vrachu-gastroenterologu? [Cutaneous manifestations of celiac disease: what does the practicing gastroenterologist need to know?] *Consilium Medicum*, 2017, Vol. 19, No. 8 (2), pp. 45-51.
11. Kalinchenko S.Yu. Gnezdnaya alopetsiya kak klinicheskoe proyavlenie autoimmunnoy vospaleniya na fone defitsita vitamina D [Nested alopecia as a clinical manifestation of autoimmune inflammation against vitamin D deficiency]. *Infektsionnye bolezni: novosti, mneniya, obuchenie - Infectious diseases: news, opinions, training*, 2020, Vol. 9, No. 2, pp. 99-102.
12. Kornisheva V.G. Znachenie vitamina D v immunnnoy sisteme i patogeneze autoimmunnykh protsessov kozhi (obzor) [The significance of vitamin D in the immune system and pathogenesis of autoimmune skin processes (review)]. *Problemy meditsinskoy mikologii - Problems of Medical Mycology*, 2018, Vol. 20, No. 3, pp. 15-18.
13. Nikolaeva T.V. Pokazateli antioksidantnoy aktivnosti i perekisnogo okisleniya lipidov u bolnykh gnezdnay alopetsiey [Antioxidant activity and lipid peroxidation parameters in patients with alopecia nervosa]. *Orenburgskiy meditsinskiy vestnik - Orenburg medical bulletin*, 2017, No. 1 (17), pp. 29-32.
14. Setko N.P. Prognosticheskaya model formirovaniya zaboлеваemosti gnezdnay alopetsiey v zavisimosti ot soderzhaniya metallov v obektakh okruzhayushchey sredy [Predictive model of the formation of incidence of alopecia nervosa depending on the content of metals in the environment]. *Zdorove naseleniya i sreda obitaniya - Healthcare and environment*, 2017, No. 4 (289), pp. 14-18.
15. Sozaeva L.S. Novye immunologicheskie metody diagnostiki autoimmunnoy poliiendokrinnogo sindroma 1-go tipa (pervyy opyt v Rossii) [New immunological methods for diagnosis of autoimmune polyendocrine syndrome type 1 (first experience in Russia)]. *Problemy endokrinologii - Problems of endocrinology*, 2015, Vol. 61, No. 3, pp. 27-31.
16. Parshina N.V. Tireoidnyy status u detey i podrostkov s alopetsiey [Thyroid status in children and adolescents with alopecia]. *Meditsina: teoriya i praktika - Medicine: theory and practice*, 2019, Vol. 4, pp. 217.
17. *Federalnye klinicheskie rekomendatsii. Dermatovenerologiya 2015: Bolezni kozhi. 5-e izd* [Federal Clinical Guidelines. Dermatovenerology 2015: Skin Diseases. 5th ed.] Moscow, Delovoy ekspress Publ., 2016. 768 p.
18. *Federalnye klinicheskie rekomendatsii po vedeniyu bolnykh gnezdnay alopetsiey* [Federal clinical guidelines for the management of patients with alopecia nervosa]. Moscow, 2015. pp. 16.
19. Ayuso V.K. Intermediate uveitis and alopecia areata: is there a relationship? Report of 3 pediatric cases. *Pediatrics*, 2011, Vol. 128, No. 4, pp. 1013-1018.
20. Barbach Y. The Association of Diffuse Alopecia Areata and Psoriasis Vulgaris in a Young Child. *Madridge Journal of Dermatology and Research*, 2018, Vol. 3, No. 2, pp. 81-82.
21. Bhat Y.J., Latif I., Sajad P. Vitamin D level in alopecia areata. *Indian Journal of Dermatology*, 2017, Vol. 62, No. 4, pp. 407-410.
22. Borde A., Åstrand A. Alopecia areata and the gut—the link opens up for novel therapeutic interven-

tions. *Expert opinion on therapeutic targets*, 2018, Vol. 22, No. 6, pp. 503-511.

23. Caldwell C.C. Prevalence of pediatric alopecia areata among 572,617 dermatology patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2017, Vol. 77, No. 5, pp. 980-981.

24. Chowdhury R. Vitamin D and risk of cause specific death: Systematic review and meta-analysis of observational cohort and randomised intervention studies. *British Medical Journal*, 2014, No. 348, p. 1903.

25. Conic R.Z. Comorbidities in pediatric alopecia Areata. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2020. p. 112.

26. Crowley E.L. The use of Janus kinase inhibitors in alopecia areata: a review of the literature. *Journal of cutaneous medicine and surgery*, 2019, Vol. 23, No. 3, pp. 289-291.

27. d'Ovidio R., Vessio M., d'Ovidio F.D. Reduced level of 25 hydroxyvitamin D in chronic relapsing alopecia areata. *Dermato-Endocrinology*, 2013, No. 5, pp. 271-280.

28. Dawe R.S. Alopecia Areata. *The New England Journal of Medicine*, 2012, No. 367, pp. 279-80.

29. Ho H.Y. Increased Alopecia Areata Risk in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and the Impact of Methylphenidate Use: A Nationwide Population-Based Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, Vol. 18, No. 3, pp. 1286.

30. Ito T. Recent advances in the pathogenesis of autoimmune hair loss disease alopecia areata. *Clinical and Developmental Immunology*, 2013, Vol. 2013.

31. Jabbari A., Nguyen N., Cerise J.E., Treatment of an alopecia areata patient with tofacitinib results in regrowth of hair and changes in serum and skin biomarkers. *Experimental Dermatology*, 2016, Vol. 25 (8), pp. 642-3.

32. Mahamid M., AbuElhija O., Samamra M., Association between Vitamin D levels and alopecia areata. *The Israel Medical Association Journal*, 2014, Vol. 16, pp. 367-370.

33. Messenger A.G., Mc.Killop J., Farrant P. British Association of Dermatologists' guidelines. for the management of alopecia areata 2012. *British Journal of Dermatology*, 2012, Vol. 166, pp. 916-926.

34. Mirzoyev S.A. Lifetime incidence risk of alopecia areata estimated at 2.1 percent by Rochester. Epidemiology Project, 1990-2009. *Journal of Investigative Dermatology*, 2014, Vol.134 (4), pp. 1141-1143.

35. Nassiri S., Saffarian Z., Younespour S. Association of Vitamin D level with alopecia areata. *Iranian Journal of Dermatology*, 2013, Vol. 16, pp.1-5.

36. Petukhova, L. Genome-wide association study in alopecia areata implicates both innate and adaptive immunity. *Nature*, 2010, Vol. 466, No. 7302, pp. 113-117.

37. Pratt C.H. Alopecia areata. *Nature Reviews Disease Primers*, 2017, Vol. 11, p.11.

38. Spano F., Donovan J.C. Official Publication of The College of Family Physicians of Canada. Alopecia areata. Part 1: pathogenesis, diagnosis, and prognosis. *Canadian Family Physician*, 2015, Vol. 61, No. 9, pp. 751-755.

39. Villasante Fricke A.C., Miteva M Epidemiology and burden of alopecia areata: a systematic review. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 2015, No. 8, pp. 397- 403.

40. Wood Z. A. Peroxiredoxin evolution and the regulation of hydrogen peroxide signaling. *Science*, 2003, Vol. 300, No. 5619, pp. 650-653.

ХУЛОСА

С.С. Бозоров

ОМИЛҲОИ МУАССИР ДАР РУШДИ АЛОПЕТСИЯИ ЛОНАВӢ ДАР КӢДАКОН

Дар мақола таҳлили нашрияҳои ватанӣ ва хориҷӣ, ки ба тадқиқотҳои муҳимми этиология ва патогенези алопетсияи лонавӣ дар кӯдакон бахшида шудаанд, пешниҳод карда мешавад. Ҳамчунин дар ин мақола маълумот дар бораи басомади гирифтورشавӣ ба намуди мазкури алопетсия дар популятсия ва вобастагии он бо ирсият, омилҳои масунӣ ва муҳитӣ оварда мешавад. Дар тақвия ба маълумотҳои адабиёт, муаллифон диққати хурд ба нақши муҳимми вайроншавии кори системаи оксидшавии перекиси липидҳо ва ҷимояи антиоксидантӣ дар рушди алопетсияи лонавӣ равона менамоянд. Ба фикри муаллифон ин ҷараёнҳо ба вайроншавии ваҳифаҳои узву системаҳо оварда расонида ва ҳамчунин ба ҳолати ҷараёни ҷузъии хун ва нишондиҳандаҳои функционалии пӯст таъсир мерасонанд. Дар мақола маълумотҳои адабиёт дар бораи нақши вайроншавии микросиркулятсия дар рушди алопетсияи лонавӣ ва ҳамчунин механизмҳои патофизиологии рушди он дар кӯдакони дорои норасоии витамини Д оварда шудаанд. Натиҷаҳои овардашудаи тадқиқот дар бораи механизмҳои рушди алопетсияи лонавӣ дар кӯдакон нишон медиҳанд, ки ҷангоми табобати кӯдакони гирифтори патологияи мазкур бояд усули инфиродӣ бо дарназардошти ҳолати ҷараёни ҷузъии хун, нишондиҳандаҳои функционалии пӯст, патологияҳои ҳамрадиф, сатҳи витамини Д дар хун ва вайроншавии кори системаи антиоксидантӣ ба роҳ монда шавад.

Калимаҳои калидӣ: алопетсияи лонавӣ, синну соли кӯдакона, бемориҳои ҳамрадиф, ихтилолҳои масунӣ, микросиркулятсия, оксидшавии перекиси липидҳо, витамини Д.

А.С. Эхсонов

НЕРЕШЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии

Эхсонов А.С. – соискатель кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»; тел. +99293577741; e-mail: ehsonov_87@mail.ru

В статье проведен обзор данных литературы, посвящённых некоторым аспектам диагностики и тактики лечения при переломах шейки бедра и их последствий при остеопорозе. Анализ литературы показывает, что остеопороз в основном встречается среди женщин в постменопаузальном периоде. Многие вопросы диагностики и лечения остеопороза в нашем регионе относятся к малоизученным проблемам. Удельный вес факторов риска развития остеопороза у населения нашего региона составляет 55,8%. Среди них преобладают зоб, сахарный диабет, низкая масса тела и гиподинамия. Однако, комплексных работ, посвященных этой проблеме с рассмотрением взаимосвязи остеопороза и комплексного (оперативного и консервативного) лечения перелома шейки бедра, немного или не проводились. В свете вышеизложенного становится очевидным необходимость проведения комплексного исследования по проблеме диагностики и лечения перелома шейки бедра и их последствий при менопаузальном остеопорозе у многорожавших женщин.

Ключевые слова: остеопороз, тазобедренный сустав, перелом шейки бедра, денситометрия, остеосинтез, эндопротезирование.

A.S. Ehsonov

UNRESOLVED ASPECTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF FEMORAL NECK FRACTURES AND THEIR CONSEQUENCES IN OSTEOPOROSIS

State Institution Avicenna Tajik State Medical University, Department of Traumatology, Orthopedics and Military Field Surgery

Ehsonov A.S. - candidate of the chair of traumatology, orthopedics and military field surgery of "Avicenna Tajik State Medical University; tel. +992935777441; e-mail: ehsonov_87@mail.ru

The article reviews the literature on some aspects of diagnosis and treatment tactics of femoral neck fractures and their consequences in osteoporosis. Analysis of the literature shows that osteoporosis mainly occurs in postmenopausal women. Many issues of diagnostics and treatment of osteoporosis in our region refer to poorly studied problems. The specific weight of risk factors for osteoporosis development among the population of our region is 55.8%. Goiter, diabetes mellitus, low body weight and hypodynamia prevail among them. However, there are few or no comprehensive works devoted to this problem with consideration of the relationship between osteoporosis and complex (surgical and conservative) treatment of femoral neck fracture. In the light of the above, the need for a comprehensive study of the problem of diagnosis and treatment of femoral neck fracture and its consequences in menopausal osteoporosis in multiparous women becomes evident.

Keywords: osteoporosis, hip joint, femoral neck fracture, densitometry, osteosynthesis, endoprosthesis.

В мире остеопороз, из-за наблюдаемой тенденции к увеличению его удельного веса в структуре заболеваемости, является важной глобальной проблемой общественного здоровья и медицинской науки. Актуальность этой проблемы обусловлена общеизвестными демографическими проблема-

ми в мире, которые связаны с прогрессирующим снижением рождаемости и возрастанием продолжительности жизни [1, 36]. Как следствие последнего, наблюдается увеличение удельного веса лиц пожилого и старческого возраста в структуре населения [1, 19]. Считалось, что эта проблема наи-

более остро стоит в экономически развитых странах мира [1]. Результаты недавних исследований в странах с менее развитой экономикой отвергают этот тезис [10]. Последствия этой тенденции остро отражаются на деятельности всей медицинской отрасли, в первую очередь, на травматологию и ортопедию, из-за возрастания удельного веса низкоэнергетических переломов (переломов, наступивших спонтанно или в результате незначительной травмы) и их последствий [6]. В результате низкоэнергетических переломов у лиц старше 70 лет в течение года до 20-30% наблюдаются летальные исходы [2].

Проблемы остеопороза наиболее актуальны у лиц пожилого и старческого возраста [3, 36]. Социально-экономическое значение остеопороза также связаны с высокой стоимостью оперативного лечения и восстановительной терапии. Удельный вес расходов на лечение при ПШБ достигает 85% от средств, расходуемых на лечение всех переломов. Сообщается, что эти расходы в 6 странах Европы за год составили 1,1 миллиард евро. Причем существенную долю этих затрат были связаны с необходимостью эндопротезирования при переломах шейки бедра (ПШБ) и остеосинтеза с длительной реабилитацией при переломах позвоночника [21]. В Бельгии общая стоимость годового лечения ПШБ составила 15 тыс. евро, в Англии – 12 тыс. фунтов стерлингов, в Канаде – 26500 канадских долларов [47]. В США суммарные годовые расходы на лечение низкоэнергетических переломов позвоночника в целом составили 1,3 миллиарда долларов. В Швеции годовые расходы на лечение одного больного с ПШБ составили 15 тыс. евро, с переломом позвоночника – 13 тыс. евро [22].

Данные литературы о частоте остеопороза и остеопоротических переломов варьируют в широких пределах, что, с нашей точки зрения, объясняется различной методикой проведения эпидемиологических исследований. По этой причине чрезвычайно сложно дать точную оценку заболеваемости, распространенности и социально-экономических последствий остеопороза. В тех странах, где были проведены качественные эпидемиологические исследования, частота остеопороза оказалась высокой и зависела от возраста и пола больных. В частности, у лиц пожилого возраста (60-74 года) их частота составила 40%, в старческом возрасте (75-90 лет) – 60% [10]. Частота остеопороза, установленная по данным денситометрии, в возрасте старше 50 лет у женщин составила 33%, у мужчин – 20%. По другим

данным согласно результатам эпидемиологических исследований в России суммарный удельный вес остеопороза (10%) и остеопении (20%) составляет 34 миллиона или 30% от общей численности населения [8, 11, 14]. Суммарный удельный вес остеопороза и остеопении у женщин старше 50 лет составляет 77,1%, у мужчин – 71,0%.

По данным литературы частота остеопороза от общего числа женщин на Украине составляет 28%, в Венгрии – 33% [10]. В Казахстане по данным изучения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) в возрастной группе 50-59 лет остеопении установлена у 27,3% мужчин и у 37,6% женщин, остеопороз - у 12,5% женщин и у 9,1% мужчин [3]. В Киргизии в возрастной группе старше 50 частота остеопороза по данным скринингового денситометрического исследования у женщин составила 34% женщин, у мужчин - 27% [10]. Проведенные комплексные международные исследования в странах Восточной Европы и Центральной Азии, в том числе с участием Таджикистана, показали недооценку роли остеопороза для здоровья населения, которые несут серьезную нагрузку на сектор здравоохранения [10].

По данным литературы различают первичный и вторичный остеопороз. В свою очередь первичный остеопороз делится на постменопаузальную, сенильную, ювенильную и идиопатическую формы. Общеизвестно, что причиной первичного остеопороза являются процессы, связанные с естественным старением организма. Развитие вторичного остеопороза связано с различными заболеваниями, в том числе заболеваниями эндокринной системы (болезнь и синдром Иценко-Кушинга, зоб, сахарный диабет) [1, 15], ревматизмом [19], некоторыми онкологическими заболеваниями, пиелонефритом, лейкозом, хронические заболевания легких, генетическими заболеваниями [11]. Развитию вторичного остеопороза способствуют также иммобилизация, оварэктомия, алкоголизм, алиментарный фактор, трансплантация органов, гиподинамия, а также прием кортикостероидов, иммунодепрессантов, антацидов и тиреоидных гормонов [11, 16]. Не вдаваясь в сути этих градаций в литературе, отметим, что в настоящей работе нами рассматривалась только постменопаузальная форма остеопороза.

К факторам риска развития остеопороза относятся пол, возраст, антропометрические данные, наследственная предрасположенность, алиментарный фактор, курение и алкоголизм. Одной из наиболее значимых факторов риска развития остеопо-

роза в странах Восточной Европы и Центральной Азии является алиментарный фактор, в частности недостаточное потребление кальция и витамина D [10]. В Казахстане, Киргизии, Таджикистане и Узбекистане, из-за преобладания эта проблема более актуальна из-за относительно низкого показателя среднего возраста населения (>30 лет) [10]. Несмотря на актуальность остеопороза в странах Центральной Азии, структура факторов риска с учетом демографических, климатогеографических, экономических и других факторов, существенно влияющих на развитие и течение остеопороза, не проводились [1, 3, 19]. Кроме того, в литературе описано позитивное влияние родов на течение остеопороза [14]. В литературе этот феномен объясняют присутствием фактора гормонального стресса. Но, как известно, эти умозаключения правомочны в отношении малорожавших женщин с соблюдением оптимальных сроков деторождения. К сожалению, работ, посвященных анализу факторов риска развития остеопороза у многорожавших женщин отсутствуют.

Клинические проявления остеопороза в виде болевого синдрома, дискомфорта, низкоэнергетических переломов и их последствия приводят к прогрессирующему снижению качества жизни больных. Установлено, что снижение качества жизни наиболее выражено после низкоэнергетического перелома позвоночника [6]. По мнению других исследователей, снижение качества жизни наиболее выражено после низкоэнергетического перелома проксимального отдела бедра [7].

В связи с невыраженной клинической картиной остеопороза низкоэнергетические переломы являются порой первым проявлением заболевания, которые заставляют больных обратиться за медицинской помощью, а врачей думать о наличии остеопороза у данного больного. По данным литературы к низкоэнергетическим переломам относятся повреждения, возникающие в результате остеопороза в связи с воздействием незначительно травмирующего агента, например, в результате падения с высоты собственного тела, с высоты до одного метра или спонтанно без воздействия травмирующего фактора [6]. К общепринятым локализациям низкоэнергетических переломов относят переломы дистального метафиза лучевой кости, проксимального отдела бедра, позвоночника, хирургической шейки плеча и дистального отдела голени. Низкоэнергетические переломы могут встречаться и в других местах опорно-двигательного аппарата [6]. Главным критерием отнесения

повреждения к ним следует считать описанный выше механизм их возникновения.

Низкоэнергетические переломы при остеопорозе многими авторами рассматриваются в качестве одной из актуальных проблем медицинской науки. Это, в первую очередь, объясняется высокой их частотой распространения. Частота низкоэнергетических переломов, как и тяжесть остеопороза, зависит от возраста больных. В возрасте до 70 лет частота низкоэнергетических переломов составила 30%, старше 70 лет – до 70% [24]. В целом по результатам эпидемиологических исследований в России частота низкоэнергетических переломов среди лиц до 50 лет среди мужчин вдвое меньше, чем у женщин (соответственно 13% и 24%), [6, 8]. У лиц старше 50 лет они наблюдаются у каждой второй женщины и у каждого пятого мужчины.

Значение низкоэнергетических переломов в клинике и течении остеопороза выше, чем снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ). Также значение последних возрастает в связи с тем, что они многими исследователями рассматриваются как один из интегральных показателей прогнозирования последующих переломов [11]. Например, их возникновение увеличивает риска развития последующих переломов у данного пациента от 2 до 7 раз [12, 22]. Среди лиц старше 50 лет частота низкоэнергетических переломов бедра в России в целом составила 100,9 на 100 тыс. населения, в том числе среди женщин 115,5 и среди мужчин 77,0 на 100 тыс. населения [8]. При изучении этого показателя в динамике в целом она составила 239,2 на 100 тыс. населения, в том числе среди женщин 275,2 и среди мужчин 179 на 100 тыс. населения, т.е. возросла в 2,4 раза [8]. Частота низкоэнергетических переломов дистального отдела лучевой кости составила 426 на 100 тыс. населения. У женщин этот показатель в 3,3-4,5 раза был выше, чем у мужчин (соответственно 563 и 201 на 100 тыс. населения) [8]. Частота низкоэнергетических переломов позвонков в России составляет 10,3% у мужчин и 12,7% у женщин. С возрастом этот показатель имеет тенденцию к возрастанию [8]. Частота низкоэнергетических переломов шейки плеча составила 169,9 и дистальной трети голени - 174,4 на 100 тыс. населения [8].

В структуре повреждений проксимального отдела бедра (ППОБ) удельный вес низкоэнергетических переломов составляет более 90%. Данные переломы составляют 53% у лиц старше 50 лет и 80% у лиц старше 75 лет [22]. Ежегодно в мире до 1,8 млн. людей получают переломы проксималь-

ного отдела бедра. Эти переломы составляют от 15% до 85% от общего количества переломов. В структуре ППОБ в половине наблюдений встречаются ПШБ.

Среди низкоэнергетических переломов особое место занимают ПШБ, частота которых прямо пропорциональна растет в зависимости от возраста больных [10]. Это обусловлено высокой их частотой, осложнений, летальности и инвалидности. В 1990 году в мире были диагностированы 1,3 млн. ПШБ, а к 2050 году по данным прогноза этот показатель возрастает в 3 раза [39]. В США двукратное увеличение общего количества ПШБ происходит каждые 20 лет [33]. В структуре переломов бедренной кости удельный вес ПШБ составляют до 67,8%, из которых до 80% приходится на лица пожилого и старческого возраста. По данным литературы частота ПШБ у лиц старше 50 лет в Венгрии у женщин составила 430 на 100 тыс. населения, – у мужчин 223 на 100 тыс. населения. На Украине этот показатель в целом колебалась от 117,1 до 171,1 на 100 000 населения [10]. По прогнозам в 2030 году, из-за обострения проблемы остеопороза, в том числе из-за старения населения, количество ПШБ в России составит 144 000 случаев в год [10]. В общей структуре ПШБ удельный вес низкоэнергетических переломов составляет 85,2% [10].

Общепризнано, что главной угрозой для жизни больного является не ПШБ, а его осложнения. Это связано с постельным режимом и развитием гипостатических осложнений. Развитие осложнений, в свою очередь, приводят к летальным исходам по причине развития пневмоний (55%), тромбоэмболии (20%), септических состояний вследствие развития глубоких пролежней (10%) [4, 5, 13, 15]. Согласно данным отечественных авторов при иммобилизации конечности вследствие ПШБ у четверти пациентов развиваются тромботическое поражение подкожных и/или глубоких вен нижних конечностей [4, 5, 13, 15].

Вопросы диагностики остеопороза относятся к числу актуальных проблем клинической медицины. Уровень диагностики остеопороза с применением денситометрии, который рассматривается как золотой стандарт диагностики данной патологии, остается очень низким – от 9 до 30% [9]. В Европе показатель обеспеченности населения денситометрами составляет 11 денситометров на 1 млн. населения, в России – 0,6, в Таджикистане – 0,22 [10]. В Центральной Азии и стран с такими социально-экономическими укладами и демогра-

фическими показателями на уровень диагностики остеопороза существенное влияние оказывает преобладание сельского населения. Некоторыми авторами это обстоятельство рассматривается как одна из основных причин неэффективной терапии остеопороза [10].

Многие разночтения в литературе в отношении статистики низкоэнергетических переломов и других сведений об остеопорозе объясняются отсутствием подкрепления результатов исследований данными денситометрии [10]. Это положение актуально не только для публикаций из стран с отсталой и развивающейся экономикой, но и также для экономически развитых стран мира. В частности, сообщается о низком (от 5% до 15%) удельном весе проведения денситометрии в исследованиях, посвященных эпидемиологии низкоэнергетических переломов [8, 23, 30]. Необходимо отметить, что работ, основанных на изучении остеопороза по данным денситометрии, немного [23, 30]. В них частота применения денситометрии составила до 30%. В литературе также сообщается о зависимости частоты проведения денситометрии от локализации низкоэнергетических переломов [10]. В частности, при низкоэнергетических переломах проксимального отдела бедра (НППОБ), которые имеют более важное клиническое значение, чем низкоэнергетические переломы другой локализации, частота применения денситометрии составила 50% [23]. При изучении остеопоротических переломов других локализаций денситометрия применялась в 3 раза меньше. Пренебрежение этим правилом многими исследователями рассматривается в качестве одной из причин недостаточной и неэффективной терапии остеопороза и низкоэнергетических переломов [11, 30]. В литературе также сообщается о целесообразности проведения денситометрии различных локализаций. Одни исследователи, включая Американскую ассоциацию клинических эндокринологов, при невозможности проведения денситометрии общепринятых локализаций (шейка бедра, позвоночник, дистальная треть лучевой кости), рекомендуют проводить периферическую денситометрию с учетом объективной оценки факторов риска развития остеопороза [23].

Основной причиной развития низкоэнергетических переломов при остеопорозе является снижение МПКТ [1, 18]. В литературе в отношении понятий «низкоэнергетический перелом» и «МПКТ» известны противоречивые трактования. Так, одни авторы эти термины рассматривают как

синонимы. Другие исследователи исходят из того, что при снижении МПКТ необязательно развитие низкоэнергетического перелома и наоборот [18]. В качестве аргументации этого подхода приводится зависимость прочности костной ткани от ее качества, которую трудно оценить из-за отсутствия объективных критериев [30]. Необходимо отметить, что среди больных, перенесших низкоэнергетические переломы, денситометрия не всегда позволяет выявить снижение МПКТ. В частности, сообщается о выявлении суммарного веса удельного веса остеопороза и остеопении от 26 до 50% [21]. Данный феномен наиболее подробно изучен в отношении ПШБ, при котором частота достоверно установленных случаев снижения МПКТ наиболее высокая – от 30% до 70% [25]. Частота остеопении по данным денситометрии при низкоэнергетических переломах более высокая по сравнению с остеопорозом и с учетом последнего доходит до 100% [26]. Частота остеопороза по данным денситометрии при низкоэнергетических переломах в зависимости от локализации последних колеблется от 26% до 51% [27]. Наиболее часто данные денситометрии коррелируют с частотой переломов проксимального отдела бедра, составляя от 54% до 68%. В то же время частота остеопении при низкоэнергетических переломах проксимального отдела бедра достигает до 100%, при переломах дистального отдела лучевой кости – 55% [29]. Это обстоятельство дало основание многими исследователями рассматривать факт выявления низкоэнергетических переломов как достоверный признак остеопороза [37].

В связи с возрастанием социально-экономического и медицинского значения остеопороза вопросы совершенствования ее диагностики с применением общедоступных, универсальных, общепризнанных и высокоэффективных методик приобрели особую актуальность. Необходимо отметить, что в литературе известны более 50 балльных шкал для диагностики повышенного риска низкоэнергетических переломов. Среди них наиболее широкое признание получила алгоритм FRAX [12, 25, 27, 31]. Данная методика предназначена для определения 10-летнего риска развития низкоэнергетических переломов у лиц старше 40 лет на основе учета факторов риска развития остеопороза. В ней также дополнительно учитывается МПКТ, а также индивидуальные особенности различных стран с учетом особенностей эпидемиологических исследований [12, 25, 27, 31]. Эта методика используется как для оценки проявлений

остеопороза у отдельного больного, так и при проведении эпидемиологических исследований. По данным литературы риск переломов по методике FRAX коррелирует с частотой риска развития остеопороза [25, 31]. Практическое значение данного алгоритма заключается в отнесении больного к одному из трех групп в плане 10-летнего риска развития низкоэнергетического перелома:

- низкий (до 10%) риск без необходимости патогенетической медикаментозной терапии остеопороза;
- средний (10-20%), требующий проведения профилактической патогенетической медикаментозной терапии остеопороза;
- высокий (более 20%), требующий проведения лечебной патогенетической медикаментозной терапии остеопороза.

Согласно эпидемиологическим исследованиям с помощью алгоритма FRAX средний риск переломов выявлен у 43% больных, высокий риск – от 7,8% до 26% обследуемых [12, 27]. Установлена прямо пропорциональная зависимость результатов диагностики остеопороза с помощью данного алгоритма с частотами факторов риска развития остеопороза, возраста и веса больных.

Проблема лечения ПШБ при остеопорозе как в настоящее время, так и в будущем, в связи с неуклонным ростом данного повреждения в структуре травм у стареющего населения, продолжает оставаться наиболее значимой среди медико-социальных задач клинической медицины. В литературе известны различные подходы при выборе тактики лечения обсуждаемых повреждений. Не останавливаясь на описание сути этих подходов, отметим, что, в связи с высокой эффективностью хирургических методов лечения, рекомендуемые ранее консервативные подходы в настоящее время отвергнуты большинством исследователями. Причиной тому являются их неэффективность и высокий удельный вес летальности, которая колеблется от 26 до 52,4% [23, 30]. В связи с тем, что причины, этиология, диагностика, лечение, исходы и прогноз при низкоэнергетических ПШБ и внесуставных низкоэнергетических переломах проксимального отдела бедра (НППОБ) при остеопорозе аналогичны или почти сопоставимы, при анализе оперативного лечения, мы в данной работе анализировали некоторые литературные источники по этим двум повреждениям, обозначив их условно как «низкоэнергетические переломы проксимального отдела бедра».

При консервативном лечении НППОБ осложнения наблюдаются до 70-75% наблюдений. Летальный исход при НППОБ в течение первого года жизни наблюдаются от 30% до 71% наблюдений. Основной причиной летальных исходов являлись пневмония, пролежни, гнойно-воспалительные осложнения и обострение соматических заболеваний [24].

С точки зрения организации хирургической помощи больным с ПШБ важное место занимают вопросы оптимизации противопоказаний и тактика лечения у последней категории больных. В качестве одной из причин неудовлетворительных исходов лечения при НППОБ рассматривается остеопороз. В настоящее время при рассмотрении тактики лечения НППОБ намечаются тенденции в сторону уменьшения показаний к консервативному и расширению показаний к оперативному лечению [23, 30]. Вместе с тем, среди сторонников оперативного лечения при НППОБ нет единства в вопросах срока выполнения операции, тактики оперативного лечения (остеосинтез или эндопротезирование), а также методики (биполярный, тотальный, цементный, безцементный) эндопротезирования тазобедренного сустава (ЭТС). Несмотря на то, что по причине внедрения ЭТС вопрос об остеосинтезе при обсуждаемых повреждениях у лиц пожилого и старческого возраста отодвинут на второй план, некоторые исследователи до сих пор приводят аргументы в пользу выполнения этой операции [35]. Основными противопоказаниями к оперативному лечению при НППОБ являются тяжелые соматические заболевания, которые наблюдались у 41,4±3,4% больных. В этой связи необходимо применять малоинвазивный остеосинтез и ранняя активизация больных. При оперативном лечении НППОБ методом остеосинтеза частота послеоперационных летальных исходов достигает до 10,5%, в первом году – до 22% [23, 35]. При оперативном лечении НППОБ наибольший удельный вес осложнений наблюдались в первые двое суток после операции.

В рамках хирургического лечения также известны несколько существенно отличающих друг от друга подходов, поэтому нельзя сопоставить их результаты. Различные варианты остеосинтеза, в том числе с применением малоинвазивных вариантов, в 20–30% наблюдаются ложные суставы и 15–20% - асептический некроз головки бедра. Недостатки различных вариантов остеосинтеза при ПШБ у лиц пожилого и старческого возраста обусловлены несколькими причинами.

Во-первых, наличием у них остеопороза, степень которого прогрессирует в зависимости от возраста пациента. Выполнение остеосинтеза на этом фоне не обеспечивает стабильную фиксацию. Кроме того, из-за отсутствия периоста и наличия остеопороза наблюдаются снижение репаративных процессов в зоне перелома, что и приводит к развитию ложного сустава и асептического некроза головки бедра.

Во-вторых, у данной категории больных после остеосинтеза приходится прибегнуть к длительной внешней иммобилизации и/или к ходьбе с костылями. Это обстоятельство на фоне измененного соматического статуса больных приводит к обострению существующих и развитию венозных тромботических осложнений [4, 5, 13, 16]. Данные литературы о частоте соматических заболеваний варьируют в широких пределах, что вероятно объясняется различием анализируемого материала по возрастной структуре. Удельный вес здоровых индивидуумов среди 70 летних пациентов составляет 27,2%, среди 80 летних – 17,2% [20]. По данным литературы у лиц старческого возраста частота ишемической болезни сердца составляет 81%, артериальной гипертонии – 73,7%, болезни легких – 21%, заболеваний ЖКТ – 62%, заболеваний мочеполовой сферы – 32,5%, дегенеративно-дистрофические заболевания суставов – 50-100% [20, 22]. Выполнение операции на этом фоне увеличивает риск анестезиологического обеспечения и требует их коррекцию в предоперационном периоде. Развитию осложнений способствуют остеопороз, гиперкоагуляция и гиподинамия [4, 5, 13].

В литературе при ПППОБ отмечается необходимость как можно раннего проведения оперативного лечения, т.к. удлинение сроков предоперационного периода в связи с развитием пневмонии, развитии осложнений и обострения сопутствующей патологии, приводит к ухудшению общего состояния больных и, следовательно, негативно отражается на конечных исходах лечения [35]. Немаловажное значение в плане снижения летальности также имеет проведение дыхательной гимнастики, массажа, ЛФК, профилактика тромбоэмболии и других нарушений.

В качестве причин высокого удельного веса осложнений и летальности после остеосинтеза обсуждается отсутствие ранней мобильности больного в послеоперационном периоде. Это побудило исследователей к расширению показаний к ЭТС. Согласно современным представлениям, операция ЭТС должна проводиться в первые трое

суток от момента травмы. Отсрочка этой операции приведет к развитию тромбоза глубоких вен, пролежней, эмболии легочной артерии, пневмонии, нарушению тонуса мышц и другим осложнениям [7, 17, 20]. При выборе оптимального метода эндопротезирования рекомендуется исходить из прогноза предполагаемой продолжительности жизни пациента после операции, ожидании пациента от операции и степени послеоперационного риска. В связи существенным отличием соматического статуса больных пожилого и старческого возраста объективная оценка их тяжести состояния крайне важны для выбора показаний к операции. В целом одни авторы при выборе показаний к операции применяют субъективную оценку тяжести состояния больных, другие - балльные методы. В литературе у данной категории больных упоминается о применении шкалы клиники Lachey (США) [30]. Однако, универсальных, общедоступных шкал, учитывающих особенности течения остеопороза у данной категории больных, в литературе нет.

Описанные для остеосинтеза при ПШБ не характерны для ЭТС, которое по сути относится к одним из прорывных направлений в восстановительной хирургии конца прошлого и начала настоящего столетия. Эта операция стала одной из распространенных восстановительных оперативных вмешательств. В мире ежегодно выполняется до одного миллиона ЭТС, четвертая часть которых приходится на США [33]. Операция ЭТС при НППОБ рассматривается как эффективный путь снижения длительности стационарного лечения, улучшении показателей восстановительного лечения, ранней активизации больных, а также снижения риска развития осложнений, инвалидности и летальности. Выполнение ЭТС способствует избежать таких осложнений, как ложный сустав, дегенеративно-дистрофические заболевания тазобедренного сустава (коксартроз, асептический некроз). Если в вопросах ЭТС у лиц молодого возраста в литературе среди исследователей достигнут определенный консенсус, то эти вопросы в отношении лиц пожилого и старческого возраста далеки от решения. Многие вопросы этой сложной и многогранной проблемы в литературе освещены достаточно противоречиво [38]. Это обусловлено наличием у больных пожилого и старческого возраста множества соматических заболеваний, остеопороза, дегенеративно-дистрофических заболеваний крупных суставов и возрастными изменениями в мягких тканях. У лиц пожилого и старческого возраста наблюдаемые до операции

соматические заболевания, которые усиливаются на фоне вынужденного постельного режима, диктуют особого подхода в плане обследования, планирования и проведения операции, послеоперационного лечения и реабилитации больных. В плане проведения операции она у данной категории больных носит более сложный характер, особенно при повторном оперативном лечении из-за безуспешного предшествующего остеосинтеза [17]. Проблемы, которые возникают при имплантации эндопротеза у обсуждаемой категории больных, обусловлены:

- техническими проблемами при фиксации компонентов эндопротеза на фоне остеопороза;
- высокой частотой интраоперационных перипротезных и диафизарных переломов;
- токсическим влиянием костного цемента на общее состояние у лиц пожилого и старческого возраста;
- проведением операции на фоне выраженных изменений со стороны органов и систем, а также на фоне первичных и вторичных осложнений;
- необходимостью применения дополнительных металлоконструкций (чашка Брушнайдера, винты, аутокости, деминерализованные трансплантаты и др.) с целью фиксации компонентов эндопротеза.

Решение этих проблем обуславливает соблюдение комплекса медицинских и организационных мероприятий, направленных на профилактику осложнений и летальности при ЭТС у обсуждаемой категории больных [28, 33].

На начальном этапе внедрения ЭТС в клиническую практику при сравнительном анализе результатов НППОБ у лиц преклонного возраста было установлено преимущество однополюсного ЭТС по сравнению с остеосинтезом [39]. Применялась методика однополюсного ЭТС эндопротезами конструкций Мура и Томпсона. Несмотря на положительные результаты, при таком подходе в половине случаев наблюдались неблагоприятные исходы. В последующем на замену однополюсных эндопротезов пришли более совершенные биполярные эндопротезы [20, 32, 39]. В настоящее время многие исследователи, в связи с высоким риском из-за соматических заболеваний и их осложнений, однополюсные и биполярные эндопротезы рекомендуют применять, как альтернатива, при наличии противопоказаний к тотальному ЭТС [32, 39].

В связи с высоким риском послеоперационных осложнений некоторые авторы вместо тотально-

го ЭТС рекомендуют расширить показания к биполярному ЭТС [32]. Другие авторы в качестве аргумента в пользу тотального ЭТС приводят высокий удельный вес протрузии, коксартроза и резэндопротезирования при биполярном ЭТС [39]. В настоящее время при высоком риске операции, сочетания сопутствующих заболеваний, наличия психических нарушений, суб- и декомпенсации общего состояния многие авторы рекомендуют выполнить биполярное ЭТС [26]. В остальных случаях считается целесообразным выполнение тотального ЭТС.

В настоящее время в развитых странах мира при ПШБ у лиц пожилого и старческого возраста, когда не имеются противопоказания, в основном выполняется тотальное ЭТС [28, 40]. В последнее время все чаще многими исследователями рекомендуется расширить показания к тотальному ЭТС. Это, в первую очередь, связано с усовершенствованием технологии операции и внедрением в клиническую практику малоинвазивных методов ЭТС. По данным литературы гемипротезирования выполнено в 58,8% случаев, тотальное ЭТС – в 41,2%. При тотальном ЭТС безцементная фиксация применялась в 59,5%, цементная фиксация – в 27,8% и гибридная фиксация – в 12,7%.

Показаниями к первичной ЭТС при ПШБ у лиц в возрасте до 65 лет является позднее обращение в клинику и оскольчатый характер перелома с наличием костных дефектов в шейке бедренной кости. По некоторым данным после тотального эндопротезирования при свежих переломах шейки бедра средний балл по шкале Харриса составила 91,2 балла. Позитивные исходы после ЭТС при ПШБ составили до 82,7% [38]. У лиц старческого и пожилого возраста с целью минимизации риска операции предлагается применение гемипротезов [20, 39]. Расширяя показания к данной операции, авторы сообщают о снижении внутрибольничной летальности до 3,8% и смертности в течение первого года жизни до 25,4% [20].

Внедрение в клиническую практику тотального ЭТС открыло новую эру в хирургическом лечении ПШБ и их последствий. При изложении показаний к операции ЭТС у лиц пожилого и старческого возраста одни исследователи, учитывая выраженные изменения соматического статуса больных, считают оправданным ограничении показаний к операции [38, 45]. Напротив, другие ратуют за расширение показаний к операции, т.к. это позволяет за короткий срок активизировать больных и снизить риск развития каскада после-

дующих осложнений, приводящих к летальному исходу [17].

Показания и выбор фиксации эндопротеза (безцементный и цементный) зависят от физической активности больного, массы тела, прогноза продолжительности жизни после операции, характера и тяжести соматических заболеваний, а также тяжести остеопороза. Многие исследователи в этом вопросе исходят из того, что окончательно вопрос о выборе метода цементной или безцементной фиксации компонентов эндопротеза должен решаться по совокупности показателей вышеуказанных интегральных показателей [7, 18]. При нормальной возрастной физической активности больного, низкой и средней массы тела, благоприятном прогнозе продолжительности жизни после операции, компенсированном характере общего состояния и отсутствия тяжелых форм остеопороза рекомендуется выполнение тотального безцементного ЭТС. В остальных случаях считают целесообразным выполнение тотального цементного ЭТС.

В литературе среди исследователей нет консенсуса относительно тактики лечения ПШБ у больных в возрасте 65-75 лет, у которых в отличие от людей старческого возраста (более 75 лет), компенсаторные возможности организма находятся в более благоприятном состоянии. Так, одни исследователи, учитывая более благоприятные изменения соматического статуса, невыраженность проявлений остеопороза и высокую стоимость эндопротезирования, ратуют за проведение остеосинтеза [35]. Вместе с тем, другие исследователи исходят из того, что выполнение эндопротезирования у данной категории больных более оправдано, чем остеосинтез [46]. В качестве аргументов в пользу ЭТС приводятся относительно высокий удельный вес ложного сустава, асептического некроза и других осложнений, которые развиваются у 30% больных после остеосинтеза [40]. Немаловажным фактором, ограничивающим применение остеосинтеза, является невозможность соблюдения активного двигательного режима после операции подавляющим числом больных в данном возрастном периоде [34].

Среди сторонников ЭТС у больных пожилого и старческого возраста с ПШБ также нет консенсуса по вопросу оптимального выбора способа фиксации компонентов эндопротеза. Так, одни исследователи рекомендуют прибегнуть к тотальному безцементному эндопротезированию [7]. Другие авторы, учитывая особенности соматического фона, двигательной активности и тяжелые про-

явления остеопороза, считают целесообразным расширить показания к тотальному цементному ЭТС [32]. Противники цементной фиксации в качестве аргумента приводят случаи развития гиперкоагуляции, развитие нестабильности в отдаленном периоде до 3% [33]. В пользу проведения цементной фиксации приводится ранняя общая активизация больных и нагрузка на оперированную конечность, что способствует минимизации риска развития осложнений [17].

Несмотря на очевидные преимущества, после ЭТС развиваются различные общие и местные осложнения. При ПШБ при оценке отдаленных результатов тотального ЭТС по шкале Харриса через год средний балл составил 91,2. Через 4,5 лет после операции этот показатель снизился до 83,3 баллов. При ППШБ перипротезные переломы отмечены у 2,9-5,5% пациентов, тромбозы глубоких вен нижних конечностей – у 10,6%, вывихи эндопротеза – 6,6%, поверхностное нагноение – 2,2%, глубокое нагноение с удалением эндопротеза – у 1,3%, неудовлетворительные исходы – у 2,7% и летальные исходы в первые 3 года – у 1,3% пациентов. Наихудшие результаты отмечены при гемипартропластике: перипротезные переломы отмечены у 4,0% пациентов, тромбозы глубоких вен нижних конечностей – у 83,8%, глубокое нагноение с удалением эндопротеза – у 0,3%, неудовлетворительные исходы – у 43,8% и летальные исходы у 3,8% пациентов. Летальность в первом году жизни составила 25,4% [2, 17-18].

С конца прошлого столетия в целом в литературе наблюдается тенденция в сторону расширения показаний к тотальному ЭТС при ПШБ у лиц пожилого и старческого возраста с увеличением среднего возраста больных. При анализе отдаленных результатов ЭТС при ПШБ у лиц пожилого и старческого возраста средняя возраст больных составила 68,7 лет. Соотношение цементной и безцементных видов фиксации у обсуждаемой категории больных составило 7:1. Через 9 лет после операции хорошие результаты отмечены у 96,7% больных, летальные исходы установлены у 0,9%. В отдаленном периоде 1,2% больным проведено ревизионное ЭТС [47]. По данным Гнетского С.Ф. (2013) положительные результаты при цементном тотальном ЭТС наблюдались в 91,9% наблюдений, при безцементном тотальном ЭТС – в 93% наблюдений. Частота неудовлетворительных исходов соответственно составила 8,1% и 7% [7]. Неудовлетворительные исходы связаны с развитием общих и местных осложнений.

Осложнения ЭТС делятся на общие и местные. Общие осложнения у обсуждаемой категории больных могут встретиться в различных сочетаниях. Это, в свою очередь, по нашему мнению, при ограниченных компенсаторных возможностях организма приводит к своеобразному синдрому «взаимного отягощения» с развитием взаимосвязанных и взаимоотягощающих друг друга каскада осложнений, которые способствуют ухудшению состояния больных с вероятным летальным исходом [20]. Основными причинами летальных исходов являются пневмония и сердечно-сосудистая недостаточность. По данным литературы в 40-60% могут встретиться тромбоэмболия [4, 5, 13, 17, 30]. Развитие тромбоэмболии легочной артерии в 1-3% случаев приводит к летальному исходу [5]. Как видно, среди общих осложнений ведущее место занимают гиперкоагуляционные осложнения. Причинами их развития являются венозный застой конечности, которая усиливается в послеоперационном периоде. Немаловажное значение в развитие гиперкоагуляции может играть применение цементной фиксации. Для профилактики этих осложнений рекомендуется комплексный подход с применением гепарина, спинальной анестезии, управляемой гипотонии, системных гемостатиков, антикоагулянтов, которые способствуют минимизации кровопотери и снижению осложнений [13]. Немаловажное значение также придается созданию гемоделиции, эластичному бинтованию конечностей, применению пневматических жгутов во время операции и ранней активизации больных в послеоперационном периоде [13].

Среди общих осложнений также особое место занимает развитие пневмонии, которое связано с вынужденным постельным режимом до и после операции. Профилактика и лечение данного осложнения проводится по общепринятым принципам. Общие осложнения в виде сердечно-сосудистой недостаточности по данным литературы встречаются в 3,6% наблюдений [13]. С целью их профилактики рекомендуется активное лечение сопутствующей патологии и ранняя активизация больных [34].

При развитии инфекции мочевых путей рекомендуют прибегнуть к минимальной катетеризации, при ее неэффективности целесообразно применить надлобковую пункцию [17].

Если общие осложнения до 3% наблюдений приводят к летальным исходам, то местные осложнения от 13,2% до 40,4% случаев могут стать причиной инвалидности [22]. Местные осложнения ЭТС, в свою очередь, делятся на ранние и

поздние. К наиболее значимым ранним местным осложнениям ЭТС относятся вывих эндопротеза, нагноение послеоперационной раны, перипротезные и диафизарные переломы, повреждения сосудисто-нервного пучка.

По данным литературы вывих эндопротеза встречается в 0,8 – 11,0% наблюдений [20]. Основными причинами вывиха эндопротеза являются нарушение техники операции в виде нарушения углов имплантации эндопротеза и ранняя нестабильность тазового компонента эндопротеза из-за ранней нагрузки на фоне остеопороза. Относительно высокий удельный вес вывихов эндопротеза (8,8%) у пожилых лиц объясняется дисбалансом мышц. С целью снижения частоты вывихов эндопротеза рекомендуется чашку имплантировать под углом 40-43° с антеверсией ее 10-13°, использовать большие головки, восстанавливать капсулу сустава и тщательно подшивать отсеченные наружные ротаторы к большому вертелу. В плане профилактики вывиха эндопротеза важное значение имеет правильный подбор методики эндопротезирования, а также тщательное предоперационное планирование с применением рентгенометрических показателей и соблюдение техники операции.

Нагноение послеоперационной раны встречается от 0,2% до 5% наблюдений. Основными ее причинами могут служить описанные в хирургии как общие, так и местные причины [17, 20].

Среди ранних местных осложнений могут встречаться пролежни, которые развиваются в основном в результате вынужденного постельного режима в дооперационном периоде. Их лечение проводится по общепринятым принципам.

Частота перипротезных и диафизарных переломов при безцементной фиксации составляет до 8%, при цементной фиксации – до 1% [20, 35, 39]. По данным других авторов этот показатель соответственно составляет 2% и 1%. Основными их причинами у лиц пожилого и старческого возраста являются тяжелые формы остеопороза и нарушение техники операции.

Наконец, в раннем периоде от 0,3% до 3% могут встречаться повреждение сосудисто-нервного пучка [13, 17]. Основными их причинами являются нарушение техники операции и выполнение ревизионного ЭТС. В последнем случае частота повреждений нервов достигает до 8,5% [17].

В отдаленном периоде после ЭТС могут наблюдаться нестабильность компонентов эндопротеза, нагноение, гетеротопическая оссификация, а также последствия травмы нервов.

По данным литературы в отдаленном периоде из-за нестабильности компонентов эндопротеза после тотального ЭТС в 15% при безцементной фиксации и в 1,5% после цементной фиксации выполняется ревизионное ЭТС [33]. Гетеротопическая оссификация после тотального ЭТС проявляется контрактурой сустава и иногда симптомами сдавления седалищного нерва [7]. В отдаленном периоде после ЭТС до 4% наблюдается развитие стойкого болевого синдрома, которого связывают с нестабильностью компонентов эндопротеза [7, 33]. Позднее нагноение после ЭТС встречается в 8% случаев, которого делят на септическое и асептическое нагноение. Как правило, септическое нагноение сопровождается выраженным болевым синдромом.

Лечение местных осложнений рекомендуют проводить дифференцированно с применением консервативных и оперативных подходов. При вывихе эндопротеза вначале прибегают к закрытому вправлению. Если его причиной является технические в виде нарушения угла имплантации компонентов эндопротеза, то выполняют ревизионное ЭТС [18, 33]. При перипротезных прибегают к цементной фиксации, при диафизарных переломах – к остеосинтезу проволоками [7]. При протрузии эндопротеза в полость малого таза выполняют укрепление дна вертлужной впадины чашками Брушнайтера или Мюллера с последующей цементной фиксации тазового компонента эндопротеза.

При нагноениях проводится комплексное и активное лечение раны. В случае неэффективности рекомендуется ранняя ревизия раны. При наличии тяжелой инфекции прибегают к удалению эндопротеза с вставлением различных конструкций из костного цемента. После ликвидации инфекции проводится повторное ЭТС ревизионными протезами [18, 33]. При повреждении сосудисто-нервного пучка прибегают к традиционному их оперативному лечению [17]. При послеоперационных невритах седалищного нерва проводится консервативное лечение [17]. В отдаленном периоде при нестабильности эндопротеза прибегают к ревизионному ЭТС [33]. При гетеротопической оссификации прибегают к хирургическому удалению. При вовлечении седалищного нерва эта операция должна сопровождаться невролизом [7].

В настоящее время медикаментозное лечение остеопороза считается общепринятым путем лечения уже имеющихся, профилактики новых

переломов и улучшения качества жизни больных [2, 11, 25, 31, 37, 40]. Также показано важное значение хирургического лечения переломов проксимального отдела бедра и позвоночника по сравнению с консервативным лечением в улучшении качества жизни больных [21, 42]. При этом также немаловажное значение имеет проведение комплексного восстановительного лечения. Качества жизни больных при остеопорозе также зависят от степени выраженности психоэмоциональных нарушений, которые связаны как с факторами риска, так и клинико-рентгенологическими признаками остеопороза [22]. Изучение психоэмоциональных нарушений важны не только с точки их объективной оценки, но и в плане их коррекции с целью профилактики падений и коррекции нарушений метаболизма костной ткани.

Эффективность медикаментозной терапии остеопороза и снижения частоты низкоэнергетических переломов под влиянием медикаментозной терапии доказана корпоративными международными исследованиями и с высоким уровнем доказательной базы [23, 30]. Также установлена прямая корреляция между прогрессирующим снижением МПКТ при отсутствии патогенетической терапии остеопороза [23]. Вместе с тем, в этом вопросе имеют место несколько других негативных аспектов, которые связаны с недостаточной доступностью денситометрии, недостаточным знанием практических врачей по остеопорозу, несоблюдением больным длительного медикаментозного режима приема патогенетических противоостеопоротических препаратов и другими причинами [23, 30]. По данным этих авторов удельный вес больных, которым назначалось медикаментозное лечение, составляет не более 40,0%. Причем основную долю больных, которым назначалась вышеуказанная терапия, составили получившиеся препараты кальция с витамином D₃.

В настоящее время низкая приверженность к патогенетической терапии остеопороза рассматривается в качестве одной из основных негативных сторон комплексной терапии остеопороза [11]. В отдельных публикациях сообщается о более высокой приверженности терапии остеопороза, которые способствовали значительному повышению МПКТ и профилактике последующих низкоэнергетических переломов. Также сообщается о низкой приверженности к терапии остеопороза среди пациентов, лечившихся в стационаре на фоне уже наступившего низкоэнергетического перелома [11].

Во всем мире частота терапии остеопороза остается низкой, т.е. до 40% [10]. В России только 50% больных получают патогенетическое медикаментозное лечение, в том числе препаратами кальция – 32%, альфакоальцитолом – 15%, кальцитонином лассоса – 29% и бифосфонатами – 2% [6]. В Европе приверженность терапии достигает до 80% [10], в России – от 15% до 42,6% [11]. Доказана, что под влиянием патогенетической медикаментозной терапии частота низкоэнергетических переломов снижается до 24% [10]. По данным международного корпоративного исследования [10] в странах Восточной Европы и Центральной Азии отмечается очень низкий уровень доступности современного медикаментозного лечения остеопороза. В большинстве Европейских стран по результатам денситометрии у больных Т-критерием $\leq -2,5$ на законодательном уровне принято полностью или частично компенсировать стоимость медикаментозного лечения [10].

Закключение. Подытоживая анализ литературы, необходимо отметить, что вопросы диагностики и лечения остеопороза в Таджикистане остается к малоизученным проблемам, что во многом объясняется специфическими местными особенностями (высокая рождаемость, высокий удельный вес многорожавших женщин, алиментарная недостаточность, а также высокая частота йододефицитных заболеваний, сахарного диабета и болезней почек и др.). Удельный вес факторов риска развития остеопороза составляет 55,8%. Среди них преобладают зоб, сахарный диабет, низкая масса тела и гиподинамия. Однако, комплексных работ, посвященных этой проблеме с рассмотрением взаимосвязи остеопороза и комплексного (оперативного и консервативного) лечения ПШБ, немного или не проводились. В свете вышеизложенного становится очевидным необходимость проведения комплексного исследования по проблеме диагностики и лечения ПШБ и их последствий при менопаузальном остеопорозе у многорожавших женщин.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 20-40 см. в REFERENCES)

1. Анварова Ш.С. Минеральная плотность костной ткани у женщин в постменопаузе, страдающих сахарным диабетом II типа, в регионе высокой рождаемости / Ш.С. Анварова, М.Э. Музафарова // Вестник Авиценны. – 2021. – Т. 23, № 1. – С. 67-72.

2. Волков Е.Е. Выживаемость эндопротезов тазобедренных суставов и возможности её повышения комплексной консервативной реабилитацией пациентов / Е.Е. Волков // Вестник восстановительной медицины. – 2013. – № 3. – С. 44–51.

3. Габдулина Г.Х. Результаты аудита состояния проблемы остеопороза в Республике Казахстан / Г.Х. Габдулина, Б.Г. Исаева, С.М. Исаева, О.М. Лесняк // Остеопороз и остеопатии. – 2020. – Т. 23, № 1. – С. 69–70.

4. Гаилов А.Д. Важнейшие аспекты диагностики и лечения острого варикотромбофлебита / А.Д. Гаилов, О.Н. Садриев, Э.С. Джуракулов, Д.Д. Султанов // Вестник Авиценны. – 2016. – № 3. – С. 95–103.

5. Гаилов А.Д. Острый илеофemorальный венозный тромбоз / А.Д. Гаилов, О.Н. Садриев, Е.Л. Калмыков, Д.Д. Султанов, Р.С. Камолов // Кардиология и сердечнососудистая хирургия. – 2016. – Т. 9, № 5. – С. 63–68.

6. Гладкова Е.Н. Эпидемиологическое исследование остеопоротических переломов у жителей Среднего Урала старших возрастных групп / Е.Н. Гладкова, В.Н. Ходырев, О.М. Лесняк // Научно-практическая ревматология. – 2014. – № 6. – С. 643–649.

7. Гнетецкий С.Ф. Социальное значение и результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава в старческом возрасте / С.Ф. Гнетецкий // Российский медицинский журнал. – 2013. – № 6. – С. 54–57.

8. Ершова О.Б. Эпидемиология переломов проксимального отдела бедренной кости у городского населения Российской Федерации: результаты многоцентрового исследования / О.Б. Ершова // Боль. Суставы. Позвоночник. – 2012. – № 3. – С. 88–90.

9. Захаров И.С. Биохимические маркёры в диагностике нарушений ремоделирования костной ткани при остеопорозе / И.С. Захаров, Г.И. Колпинский, Г.А. Ушакова, Г.В. Вавин // Вестник Авиценны. – 2013. – № 4. – С. 119–123.

10. Лесняк О.М. Аудит состояние проблемы остеопороза в странах Восточной Европы и Центральной Азии 2010 / О.М. Лесняк // Остеопороз и остеопатии. – 2011. – Т. 14, №2. – С. 3–6.

11. Лесняк О.М. Приверженность российских пациентов лечению остеопороза (Национальный проект «Сила в постоянстве») / О.М. Лесняк, Л.П. Евстигнеева, А.М. Коваль // Фарматека. – 2008. – № 3(157). – С.73–79.

12. Мешалкина Л.Ю. Сравнительная оценка десятилетней вероятности по шкале FRAX® и реальной частоты переломов у женщин пожилого возраста с остеопорозом / Л.Ю. Мешалкин // Клиническая геронтология. – 2012. – Т. 18, № 1–2. – С. 19–22.

13. Неъматзода О. Эпидемиология, факторы риска, диагностика и профилактика тромбоза

боких вен при переломах длинных костей нижних конечностей / О. Неъматзода, С.Х. Курбанов, Д.Ш. Махмудов // Вестник Авиценны. – 2021. – Т. 23, № 1. – С. 95–106.

14. Никитинская О.А. Социальная программа «Остеоскрининг Россия» в действии / О.А. Никитинская, Н.В. Торопцова // Фарматека. – 2012. – № 6. – С. 90–93.

15. Садриев О.Н. Диагностика и хирургическое лечение синдрома Иценко-Кушинга / О.Н. Садриев, З.С. Ахмаджонов // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 2. – С. 74–81.

16. Садриев О.Н. Сочетанные костно-сосудистые повреждения нижних конечностей / О.Н. Садриев, З.С. Ахмаджонов // Наука молодых. – 2015. – № 1. – С. 67–73.

17. Сафаров Дж.М. Осложнения при эндопротезировании тазобедренного сустава / Д.М. Сафаров // Вестник Авиценны. – 2017. – Т. 19, № 4. – С. 528–531.

18. Чеканов А.С. Реконструкция тазобедренного сустава деминерализованными аллоимплантатами при ревизионном эндопротезировании / А.С. Чеканов [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии имени Н. Н. Приорова. – 2015. – № 1. – С. 43–46.

19. Шукурова С.М. Остеопороз в ассоциации с ревматическими заболеваниями / С.М. Шукурова, О.Х. Мирзовалиев // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2020. – Т. 10, № 1. – С. 71–77.

REFERENCES

1. Anvarova Sh.S. Mineralnaya plotnost kostnoy tkani u zhenshchin v postmenopauze, stradayushchikh sakharnym diabetom II tipa, v regione vysokoy rozhdaemosti [Bone mineral density in postmenopausal women with type II diabetes mellitus in a high fertility region]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bulletin*, 2021, Vol. 23, No. 1, pp. 67–72.

2. Volkov E.E. Vyzhivaemost endoprotezov tazobedrennykh sustavov i vozmozhnosti eyo povysheniya kompleksnoy konservativnoy reabilitatsiyey patsientov [Survival rate of hip arthroplasties and possibilities of increasing it by complex conservative rehabilitation of patients]. *Vestnik vosstanovitelnoy meditsiny - Bulletin of rehabilitation medicine*, 2013, No. 3, pp. 44–51.

3. Gabdulina G.Kh. Rezultaty audita sostoyaniya problemy osteoporoza v Respublike Kazakhstan [Results of the audit of the state of osteoporosis in the Republic of Kazakhstan]. *Osteoporoz i osteopatii - Osteoporosis and Bone Disease*, 2020, Vol. 23, No. 1, pp. 69–70.

4. Gaibov A.D. Vazhneyshie aspekty diagnostiki i lecheniya ostrogo varikotromboflebita [The most important aspects of diagnosis and treatment of acute

varicthrombophlebitis]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bulletin*, 2016, No. 3, pp. 95-103.

5. Gaibov A.D. Ostryy ileofemoralnyy venoznyy tromboz [Acute ileofemoral venous thrombosis]. *Kardiologiya i serdechnososudistaya khirurgiya - Cardiology and cardiovascular surgery*, 2016, Vol. 9, No. 5, pp. 63-68.

6. Gladkova E.N. Epidemiologicheskoe issledovanie osteoporoticheskikh perelomov u zhiteley Srednego Urala starshikh vozrastnykh grupp [Epidemiological study of osteoporotic fractures in elderly residents of the Middle Urals]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya - Scientific and practical rheumatology*, 2014, No. 6, pp. 643-649.

7. Gnetetskiy S.F. Sotsialnoe znachenie i rezulyaty totalnogo endoprotezirovaniya tazobedrennogo sustava v starcheskom vozraste [Social Significance and Results of Total Hip Arthroplasty in Older Adults]. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal - Russian Medical Journal*, 2013, No. 6, pp. 54-57.

8. Ershova O.B. Epidemiologiya perelomov proksimalnogo otdela bedrennoy kosti u gorodskogo naseleniya Rossiyskoy Federatsii: rezulyaty mnogotsentrovogo issledovaniya [Epidemiology of proximal femur fractures in the urban population of the Russian Federation: results of a multicenter study]. *Bol. Sustavy. Pozvonochnik - Pain. Joints. Spine*, 2012, No. 3, pp. 88-90.

9. Zakharov I.S. Biokhimicheskie markery v diagnostike narusheniya remodelirovaniya kostnoy tkani pri osteoporoze [Biochemical markers in the diagnosis of bone remodeling disorders in osteoporosis]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bulletin*, 2013, No. 4, pp. 119-123.

10. Lesnyak O.M. Audit sostoyaniya problemy osteoporoza v stranakh Vostochnoy Evropy i Tsentralnoy Azii 2010 [An audit of the state of osteoporosis in Eastern Europe and Central Asia 2010]. *Osteoporoz i osteopatii - Osteoporosis and Bone Disease*, 2011, Vol. 14, No. 2, pp. 3-6.

11. Lesnyak O.M. Priverzhennost rossiyskikh patients lecheniyu osteoporoza (Natsionalnyy proekt «Sila v postoyanstve») [Commitment of Russian patients to osteoporosis treatment (National Project “Strength in Consistency”)]. *Farmateka*, 2008, No. 3 (157), pp. 73-79.

12. Meshalkina L.Yu. Sravnitel'naya otsenka desyatiletney veroyatnosti po shkale FRAX® i realnoy chastoty perelomov u zhenshchin pozhilogo vozrasta s osteoporozom [Comparative Assessment of Ten-Year FRAX® Probability and Actual Fracture Rates in Older Women with Osteoporosis]. *Klinicheskaya gerontologiya - Clinical gerontology*, 2012, Vol. 18, No. 1-2, pp. 19-22.

13. Nematzoda O. Epidemiologiya, faktory riska, diagnostika i profilaktika tromboza glubokikh ven pri perelomakh dlinnykh kostey nizhnikh konechnostey [Epidemiology, risk factors, diagnosis and prevention of deep vein thrombosis in lower limb long bone frac-

tures]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bulletin*, 2021, Vol. 23, No. 1, pp. 95-106.

14. Nikitinskaya O.A. Sotsialnaya programma «Osteoskrining Rossiya» v deystvii [Osteoscreening Russia social program in action]. *Farmateka*, 2012, No. 6, pp. 90-93.

15. Sadriev O.N. Diagnostika i khirurgicheskoe lechenie sindroma Itsenko-Kushinga [Diagnosis and surgical treatment of Icenko-Cushing's syndrome]. *Nauka molodykh (Eruditio Juvenium) - Sciences of the Young (Eruditio Juvenium)*, 2014, No. 2, pp. 74-81.

16. Sadriev O.N. Sochetannyye kostno-sosudistyye povrezhdeniya nizhnikh konechnostey [Combined bone and vascular injuries of the lower extremities]. *Nauka molodykh - Sciences of the Young (Eruditio Juvenium)*, 2015, No. 1, pp. 67-73.

17. Safarov Dzh.M. Oslozhneniya pri endoprotezirovaniy tazobedrennogo sustava [Complications of hip arthroplasty]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bulletin*, 2017, Vol. 19, No. 4, pp. 528-531.

18. Chekanov A.S. Rekonstruktsiya tazobedrennogo sustava demineralizovannymi alloimplantatami pri revizionnom endoprotezirovaniy [Reconstruction of the Hip Joint with Demineralized Alloy Implants in Revision Endoprosthetics]. *Vestnik travmatologii i ortopedii imeni N. N. Priorova - Bulletin of traumatology and orthopedics named after Priorov N.N.*, 2015, No. 1, pp. 43-46.

19. Shukurova S.M. Osteoporoz v assotsiatsii s revmaticheskimi zabolevaniyami [Osteoporosis in association with rheumatic diseases]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana - Bulletin of the Academy of medical sciences of Tajikistan*, 2020, Vol. 10, No. 1, pp. 71-77.

20. Bao N.R. Complications of bipolar hemiarthroplasty for the treatment of unstable intertrochanteric fractures in the elderly. *Zhongguo Gu Shang*, 2010, Vol. 23, No. 5, pp. 329-331.

21. Barake M. Osteoporotic hip and vertebral fractures in the Arab region: a systematic review. *Osteoporosis International*, 2021, Vol. 32, No. 8, pp. 1499-1515.

22. Borgstrom F. Costs and quality of life associated with osteoporosis-related fractures in Sweden. *Osteoporosis International*, 2006, Vol. 17, No. 5, pp. 637-650.

23. Camacho P.M. American association of clinical endocrinologists/American college of endocrinology clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis-2020 update. *Endocrine Practice*, 2020, Vol. 26 (1), pp. 1-46.

24. Crandall C.J. Osteoporosis Screening in Postmenopausal Women 50 to 64 Years-Old: Comparison of U.S. Preventive Services Task Force Strategy and Two Traditional Strategies in the Women's Health Initiative.

Journal of Bone and Mineral Research, 2014, Vol. 29, No. 7, pp. 1661-1666.

25. Donaldson M.G. Effect of alendronate for reducing fracture by FRAX® score and femoral neck bone mineral density: the Fracture Intervention Trial. *Journal of Bone and Mineral Research*, 2012, Vol. 27, No. 8, pp. 1804-1810.

26. Elsalawy A.A. Middle East experience from the Asia And Latin America Fracture Observational Study (ALAFOS): Baseline characteristics of postmenopausal women with osteoporosis using teriparatide. *Journal of International Medical Research*, 2020, Vol. 48, No. 8, pp. 300060520940855.

27. Fiore C.E. When the FRAX® test is applied to controlled clinical trials. *Clinical cases in Mineral and Bone Metabolism*, 2012, Vol. 9, No. 3, pp. 135-137.

28. Garcia-Rey E. Abductor Biomechanics Clinically Impact the Total Hip Arthroplasty Dislocation Rate: A Prospective Long-Term Study. *The Journal of Arthroplasty*, 2016, Vol. 31, No. 2, pp. 484-490.

29. Hadji P. Comparison of dual-energy X-ray absorptiometry with six quantitative ultrasonometry devices in women with hip fractures. *Climacteric*, 2015, Vol. 18, No. 3, pp. 411-418.

30. Kanis J.A. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporosis International*, 2019, Vol. 30, No. 1, pp. 3-44.

31. Kim K. Comparative cost-effectiveness of bazedoxifene and raloxifene in the treatment of postmenopausal osteoporosis in Europe, using the FRAX® algorithm. *Osteoporosis international*, 2014, Vol. 25, No. 1, pp. 325-337.

32. Kim Y. Risk Factors Associated with Dislocation after Bipolar Hemiarthroplasty in Elderly Patients with Femoral Neck Fracture. *Hip Pelvis*, 2016, Vol. 28, No. 2, pp. 104-111.

33. Kurtz S. Projections of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States from 2005 to 2030. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 2007, Vol. 89, No. 4, pp. 780-785.

34. LaMonte M.J. Association of Physical Activity and Fracture Risk Among Postmenopausal Women. *JAMA Netw Open*, 2019, Vol. 2, No. 10, pp. 1914084.

35. Lewis P.M. When is the ideal time to operate on a patient with a fracture of the HIP?: a review of the available literature. *The Bone and Joint Journal*, 2016, Vol. 98-B, No. 12, pp. 1573-1581.

36. Liu K. Serum levels of irisin in postmenopausal women with osteoporotic hip fractures. *Cytokine*, 2021, Vol. 148, pp. 155708.

37. McGowan B. Comparison of prescribing and adherence patterns of antiosteoporotic medications post-admission for fragility type fracture in an urban

teaching hospital and a rural teaching hospital in Ireland between 2005 and 2008. *Irish Journal of Medical Science*, 2013, Vol. 182, No. 4, pp. 601-608.

38. Min B.W. Result of Internal Fixation for Stable Femoral Neck Fractures in Elderly Patients. *Hip Pelvis*, 2016, Vol. 28, No. 1, pp. 43-48.

39. Ng D.Z. Unipolar versus Bipolar Hemiarthroplasty for Displaced Femoral Neck Fractures in the Elderly: Is There a Difference? *Annals of the Academy of Medicine of Singapore*, 2015, Vol. 44, No. 6, pp. 197-201.

40. Pullen W.M. Accuracy and reliability of digital templating in primary total hip arthroplasty. *Journal of Surgical Orthopedic Advances*, 2013, Vol. 22, No. 2, pp. 148-151.

ХУЛОСА

А.С. Эхсонов

ЧАНБАҲОИ ҲАЛНАШУДАИ ТАШХИС ВА МУОЛИҶАИ ШИКАСТАГИИ ГАРДАНАИ РОН ВА ОҚИБАТҲОИ ОНҲО ҲАНГОМИ ОСТЕОПОРОЗ

Зимни мақолаи барраси маълумотҳо аз адабиёте оварда шудаанд, ки ба баъзе чанбаҳои ташхис ва усули муолиҷаи ҳангоми шикастани гарданаи рон ва оқибатҳои онҳо бо остеопороз алоқаи зич доранд. Таҳлили адабиётҳо нишон медиҳад, ки остеопороз асосан дар байни занҳо дар марҳалаи баъди қатъи ҳайз ба назар мерасад. Дар манотиқи мо аксари масъалаҳои ташхис ва муолиҷаи остеопороз аз ҷумлаи мушкilotи ҳанӯз пурра омӯختанашуда боқӣ мемонад. Қисмати асосии омилҳои хатари инкишофи остеопороз дар аҳолии минтақаи мо 55,8%-ро ташкил медиҳад. Дар байни онҳо ҷоғар, диабетӣ қанд, лоғарӣ ва гиподинамия афзалият пайдо кардаанд. Аммо маҷмӯи корҳои ба мушкilotи мазкур бахшидашуда, ки робитаи дуҷонибаи остеопорозро бо муолиҷаи маҷмӯи (ҷарроҳӣ ё ғайриҷарроҳӣ)-и шикастагии гарданаи рон баррасӣ намуда бошад, кам аст ё умуман иҷро нашудааст. Дар партави гуфтаҳои боло маълум мегардад, иҷрои таҳқиқоти маҷмӯӣ оид ба мушкilotи ташхис ва муолиҷаи ШГР ва оқибатҳои он дар остеопорози давраи баъди қатъи ҳайз зимни занҳои бисёр таваллудкарда бисёрранд.

Калимаҳои калидӣ: остеопороз, банди косу рон, шикастани гарданаи рон, денситометрия, остеосинтез, эндопротезкунӣ.

**ЗОИРОВ ПОДАБОН ТОШМАТОВИЧ
(1942-2022)**

НЕКРОЛОГ



4 март соли 2022 донишманди маъруфи тоҷик, доктори илмҳои тиб, Узви вобастаи Академияи илмҳои ҚТ, Аълочии тандурустии ҚШС Тоҷикистон, устои мумтоз ва олими пухтакор, профессори кафедраи дерматовенерологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” Подабон Тошматович Зоиров аз олам даргузаштанд.

*Зиндаву ҷовид монд, ҳар кӣ нақӯном зист,
К-аз ақибаш зикри ҳайр зинда кунад номро.*

Подабон Зоиров 9 майи соли 1942 дар шаҳри Кӯлоб ба дунё омада, пас аз хатми ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (1965) бештари умри азизи худро фидои тандурустии аҳли ҷомеа сохтаанд. Боиси ифтихор аст, ки марҳум Подабон Зоиров ҳамчун устои мохир солҳои зиёд таълиму тарбия ва оморасозии мутахассисони ҷавони соҳаи тибро дар Донишгоҳи тиббӣ як самти муҳими фаъолияти касбии хеш қарор дода, ҳамчун омӯзгори мушфиқу меҳрубон ва саҳтгиру сетаҷаб сазовори ҳурмату эҳтироми баланд гаштаанд ва бесабаб нест, ки то имрӯз ҳамчун устои ҳақиқии якҷанд насли табибони соҳибмаълумоти ҷумҳурӣ шинохта мешаванд.

Фаъолияти меҳнатиашонро П.Т.Зоиров дар самти муолиҷаи бемориҳои пӯст оғоз намудаанд. Баъдтар оид ба масъалаҳои мубрами соҳаҳои дерматовенерология, эпидемиология, патогенез ва муолиҷаи дерматозҳои музмин ва бемориҳои

венерикӣ таҳқиқотҳои арзишманди илмӣ бурда, ҳамчун олими варзида на танҳо дар дохили ҷумҳурӣ, балки берун аз он маъруфияти зиёд пайдо намуданд.

Подабон Тошматович соли 1970 рисолаи номзadiaшро ва соли 1982 рисолаи докториашро Ҳимоя кардааст.

П.Т. Зоиров солҳои 1970-1978 ассистенти кафедраи дерматовенерология, солҳои 1979-1980 ходими хурди илмӣ, солҳои 1974-1980 ассистенти кафедра, аз соли 1983 мудири кафедраи бемориҳои пӯст ва венерикӣ, ноиби ректори Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино оид ба корҳои илмӣ (1996-2005) ва аз соли 2005-ум то кунун профессори кафедраи дерматовенерологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” буданд.

Ҳизматҳои бисёрсолаи устои гиромӣ Подабон Зоиров бо мукофотҳои олии Ватан-ордени «Шараф» дараҷаи II, Аълочии тандурустии ҚШС Тоҷикистон (1984), инчунин Ҷоизаи байналмилалӣ ЭКО дар соҳаи илм ва технология (2000) кадрдонӣ гаштаанд.

Соли 1997 Подабон Тошматович узви вобастаи Академияи илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон шомил гардидаанд.

Таҳти роҳбарии устод 30 нафар рисолаи номзадӣ ва 7 нафар рисолаи докториро Ҳимоя намуданд.

Оид ба масъалаҳои умдаи бемориҳои пӯст ва зухравӣ беш аз 300 асару мақолаҳои илмӣ ба таъъ расидааст.

Раёсати ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бинобар даргузашти олими нуктасанҷ, табиби беҳамто, педагоги мохир профессор Подабон Тошматович Зоиров ба наздикону пайвандон, ҳамкасбон ва шогирдони марҳум изҳори тасаллият менамояд.

Ёди неки тин марди шариф дар қалби қулли ихлосмандонаш то абад боқӣ хоҳад монд.

*Баъд аз вафот турбати мо аз замин маҷӯ,
Дар синаҳои мардуми ориф мазори мо*

Руҳат шод ва манзили охиратат обод бод, устои бузург!

Устодон, шогирдон ва кормандони маҷаллаи Нигаҳдории тандурустии Тоҷикистон ҳамдардии худро ба ҳешону наздикони Подабон Тошматович бинобар сабаби аз дунё гузаштанашон баён менамоянд.

**РАЧАБАЛИЕВ ШЕРАЛИ ФОЗИЛОВИЧ
(1942-2022)**



3 феввали соли 2022 Арбоби Шоистаи илм ва техникаи Тоҷикистон, д.и.т. профессор асаб-пизишк Рачабалиев Шерали Фозилевич аз олам даргузаштанд.

Шерали Рачабалиев 30 марти соли 1942 дар ноҳияи Куҳистони Мастҷоҳ таваллуд шудаанд. Баъди хатми мактаби миёна соли 1957 ба Омузишгоҳи тиббии шаҳри Сталинобод дохил шуд. Соли 1960 омузишгоҳро бо баҳои аъло хатм намуда ба Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино дохил шуданд. Соли 1966 донишгоҳи тиббиро ба итмом расонида,

фаъолияти кори аз августи 1964 ҳамчунин бародари шавкат дар беморхонаи Қараболо оғоз ёфт. Баъдтар табиби шуъбаи касалиҳои асаби қудакона ва мудири шуъбаи шуда қор қарданд. Соли 1970-1971 раиси иттифоқи касабии беморхонаи Қарияи боло. Соли 1972 то 1993 ассистент ва дотсенти кафедраи бемориҳои асаби Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон. Соли 1978 дар шаҳри Ленинград рисолаи номзадиро ҳимоя қард. Аз августи соли 1993 то соли 2010 дар Донишқадаи таҳсилоти баъди дипломи кормандони тиббии Тоҷикистон фаъолият намуданд ба ҳайси проректор оиди қорҳои таълим ва мудири кафедраи бемориҳои асаб ва генетикаи тиббӣ. Аз соли 1991 то 2010 Сарму-тахассиси ғайривохидии ВТ ҲИА ҚТ, сардори ҷамъияти асабпизишкон. Соли 1996 дар шаҳри Санкт-Петербург рисолаи докториро ҳимоя намуд.

Дар мавзӯи «Паҳншавии бемориҳои ирсии асабу мушакҳо дар Тоҷикистон, роҳҳои табобат ва пешгирии он». Аз соли 2000 профессор, соли 1999 бо Унвони Арбоби Шоистаи илм ва техникаи ҚТ муқофонида шудаанд. Дорандаи медал барои қорҳои шӯҷоъат ва медалҳои ҷашнии 10 солагӣ ва 15 солагии Қувваҳои Мусаллаҳи Тоҷикистон, барои гузаронидани қорҳо зидди бемории поли-омиелит дар ҚТ бо ифтихорномаи ТУТ муқофонида шудааст. 4-номзад ва як доктори илми тиб рисолаҳои ҳудро дар таҳти роҳбарии Рачабалиев Ш.Ф. ҳимоя намуданд.

Устод муаллифи 5 монография, 23 пешниҳоди методӣ ва зиёда аз 250 мақолаи илмӣ мебошад.

Устодон, шогирдон ва кормандони маҷаллаи Нигаҳдории тандурустии Тоҷикистон ҳамдардии ҳудро ба ҳешону наздикони Шерали Фозилевич бинобар сабаби аз дунё гузаштанашон баён менамоянд.

**ИСОЕВА МАВЧУДА
СИРОЧИДДИНОВНА
(1942-2022)**



Илми тибби муосири тоҷик талафоти калон дод. Яке аз мутахассисони варзидаи соҳаи дерматовенерология, донишманди маъруф, устои соҳибтаҷриба ва олими пухтакор, доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи дерматовенерологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” Мавчуда Сирочиддиновна Исоева 17 феввали соли 2022 баъди бемории вазнин аз олам даргузашт.

Исоева Мавчуда Сирочиддиновна 18-уми августи соли 1942 дар ноҳияи Колхозобод ба дунё омада, пас аз хатми ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (1967) тамоми умри азизи худро фидои тандурустии аҳли ҷомеа сохтаанд. Боиси ифтихор аст, ки Мавчуда Сирочиддиновна ба сифати устои моҳир тӯли солҳои зиёд дар Донишгоҳи тиббӣ

ба таълиму тарбия ва омодакунии мутахассисони ҷавони соҳаи тиб машғул гашта, ҳамчун устои ҳақиқии якҷанд насли табибони кишвар шуҳрати эътибори калон пайдо намуданд.

Фаъолияти меҳнатнашонро Исоева М.С. солҳои 1967-1969 ҳамчун сардухтури диспансери бемориҳои пӯст дар ноҳияи Конибодом оғоз намудаанд. Солҳои 1969-1971 ординатори клиникӣ дар кафедраи дерматовенерологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, солҳои 1971-1974 аспиранти кафедраи дерматовенерология, солҳои 1974-1980 ассистенти кафедра, солҳои 1980-1999 дотсенти кафедра ва аз соли 2000-ум то кунун профессори кафедраи дерматовенерологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” буданд.

Мавчуда Сирочиддиновна соли 1974 рисолаи номзодиашро ва соли 1999 рисолаи докториашро ҷимоя намудааст.

Ҳамчун олими сермаҳсул муаллифи таълифоти зиёди илмӣ буданд, ки имрӯз ҳам ҳамчун осори пураризиш дар байни олимони ва мутахассисони соҳа қимати зиёдеро соҳиб мебошанд. Хизматҳои бисёрсолаи устои гиромӣ Исоева Мавчуда Сирочиддиновна бо ордени «Шараф» ва унвони “Корманди шоистаи Тоҷикистон” қадр карда шудаанд.

Раёсати ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бинобар даргузашти профессор Исоева Мавчуда Сирочиддиновна ба наздикону пайвандон, ҳешу ақрабо ва шогирдони марҳум изҳори тасаллият менамояд.

Зери роҳбарии муаллима 5 нафар рисолаи номзадиро ҷимоя намудаанд.

Хотираи неки ин устои бузург ва олими варзида то абад дар ёди мо боқӣ хоҳад монд.

Устодон, шогирдон ва кормандони маҷаллаи Ниғаҳдории тандурустии Тоҷикистон ҳамдардии худро ба ҳешону наздикони Мавчуда Сирочиддиновна бинобар сабаби аз дунё гузаштанашон баён менамоянд.