

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Сардабир
У.А. ҚУРБОНОВ

д.и.т., профессор, ректори ТГМУ

Муовинони сардабир
М. Қ. ГУЛОВ - *д.и.т., проф.*
Ш. Ш. ПОЧОҶОНОВА - *д.и.т., проф.*

Муҳаррири масъул
Р.А. ТУРСУНОВ

Бобоев А.Б. - *д.и.т., проф. (беҳдошт)*
Додхоева М.Ф. - *акад. АИТВТ ҶТ,*
д.и.т., проф. (момопизишкӣ)
Зоиров П.Т. - *узви вобастаи АИ ҶТ,*
д.и.т., проф. (бемориҳои пӯст)
Исмоилов К.И. - *д.и.т., проф. (кӯдакпизишкӣ)*
Раҳмонов Э.Р. - *д.и.т., проф. (сироятшиносӣ)*
Рофиев Ҳ.Қ. - *д.и.т., проф. (вогиршиносӣ)*
Ҳамидов Н.Ҳ. - *узви вобастаи АИ ҶТ,*
д.и.т., проф. (илоҷия)

ШҶРОИ ТАҲРИРИЯ

Абдураҳмонов Ф.А. - *д.и.т., проф.*
Азизов А.А. - *д.и.т., проф.*
С.Х. Ал-Шукри - *д.и.т., проф. (Россия)*
Абдураҳмонова Ф.М. - *д.и.т., проф.*
Дабуров К.Н. - *д.и.т., проф.*
Ибодов С.Т. - *д.и.т., проф.*
Ишонқулова Б.А. - *д.и.т., проф.*
Қурбонوف К.М. - *акад. АИТВТ ҶТ, д.и.т., проф.*
Қурбонов С.С. - *д.и.т., проф.*
Раззоқов А.А. - *д.и.т., проф.*
М.Миршоҳӣ - *проф. (Франсия)*
Осимов А.С. - *д.и.т., проф.*
Расулов У.Р. - *д.и.т., проф.*
Раҳмонов Р.А. - *д.и.т., проф.*
П. Урсу (Молдова)
Сабурова А.М. - *д.и.т., проф.*
Субҳонов С.С. - *н.и.т., дотсент*
Халифаев Д.Р. - *д.и.т., проф.*
Холбеков М.Ё. - *н.и.т., дотсент*
Шарофова Н.М. - *д.и.т., проф.*
Шукуров Ф.А. - *д.и.т., проф.*
Юлдошев У.Р. - *д.и.т., проф.*

МУАССИС:

Донишгоҳи давлатии тиббии
Тоҷикистон ба номи
Абӯалӣ ибни Сино



ПАЁМИ СИНО

Нашрияти
Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон
ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Маҷаллаи илмӣ-тиббӣ
Соли 1999 таъсис ёфтааст
Ҳар се моҳ чоп мешавад

№3(56)/2013

Мувофиқи қарори Раёсати Комиссияи олии аттестатсионии (КОА) Вазорати маориф ва илми Федератсияи Россия маҷаллаи “Паёми Сино” (“Вестник Авиценны”) ба Феҳрести маҷаллаву нашрияҳои илмии тақризнависӣ, ки КОА барои интишори натиҷаҳои асосии илмии рисолаҳои номзадӣ

ва докторӣ тавсия медиҳад, дохил карда шудааст (аз 23 майи с.2003 таҳти рақами 22/17 ва тақриран аз 25 феввали с.2011)

Маҷалла дар Вазорати фарҳанги Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳти № 464 аз 5.01.1999 ба қайд гирифта шуд.
Санаи азнавбақайдгирӣ 22.10.2008 таҳти №0066мч

Сӯроғи таҳририя: 734003, Тоҷикистон,
шаҳри Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, ДДТТ
Тел. (+992 37) 224-45-83
Индекси обуна 77688
E-mail: avicenna@tajmedun.tj
Сомонаи маҷалла: www.avicenna.tsmu.tj

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

У. А. КУРБАНОВ

д.м.н., профессор, ректор ТГМУ

Зам. главного редактора

М. К. ГУЛОВ - *д.м.н., проф.*

Ш.Ш. ПАЧАДЖАНОВА - *д.м.н.*

Ответственный редактор

Р. А. ТУРСУНОВ

Бабаев А.Б. - *д.м.н., проф.* (гигиена)

Додхоева М.Ф. - *акад. АМН МЗ РТ, д.м.н., проф.*
(гинекология)

Зоиров П.Т. - *чл.-корр. АН РТ, д.м.н., проф.*
(кожные болезни)

Исмоилов К.И. - *д.м.н., проф.* (педиатрия)

Рафиев Х.К. - *д.м.н., проф.* (эпидемиология)

Рахмонов Э.Р. - *д.м.н., проф.* (инфектология)

Хамидов Н.Х. - *чл.-корр. АН РТ, д.м.н., проф.*
(терапия)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Абдурахманов Ф.А. - *д.м.н., проф.*

Азизов А.А. - *д.м.н., проф.*

С.Х. Аль-Шукри (Россия) - *д.м.н., проф.*

Абдурахманова Ф.М. - *д.м.н.*

Асимов А.С. - *д.м.н., проф.*

Дабуров К.Н. - *д.м.н., проф.*

Ишанкулова Б.А. - *д.м.н., проф.*

Ибодов С.Т. - *д.м.н., проф.*

Курбонов К.М. - *акад. АМН МЗ РТ,*
д.м.н., проф.

Курбонов С.С. - *д.м.н., проф.*

М. Миршохи (Франция) - *проф.*

Раззаков А.А. - *д.м.н., проф.*

Расулов У.Р. - *д.м.н., проф.*

Рахмонов Р.А. - *д.м.н., проф.*

П. Урсу (Молдавия)

Сабурова А.М. - *д.м.н., проф.*

Субхонов С.С. - *к.м.н., доц.*

Халифаев Д.Р. - *д.м.н., проф.*

Холбеков М.Ё. - *к.м.н., доц.*

Шарапова Н.М. - *д.м.н., проф.*

Шукуров Ф.А. - *д.м.н., проф.*

Юлдошев У.Р. - *д.м.н., проф.*

УЧРЕДИТЕЛЬ:

Таджикский государственный
медицинский университет
им. Абуали ибни Сино



ВЕСТНИК АВИЦЕННЫ

Издание

Таджикского государственного
медицинского университета
имени Абуали ибни Сино

Научно-медицинский журнал
Ежеквартальное издание
Основан в 1999 г.

№3(56)/2013

Решением Президиума ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации журнал "Вестник Авиценны" ("Паёми Сино") включён в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендуемых ВАК для публикации основных научных результатов диссертаций на соискание учёной степени кандидата и доктора наук (от 23 мая 2003г. №22/17 и повторно от 25 февраля 2011г.)

Журнал зарегистрирован
Министерством культуры РТ
Свидетельство о регистрации №464 от 5.01.1999г.
Вновь перерегистрирован №0066мч от 22.10.2008г.

Почтовый адрес редакции: 734003, Таджикистан,
г. Душанбе, пр. Рудаки - 139, ТГМУ
Тел. (+992 37) 224-45-83
Подписной индекс: 77688
E-mail: avicenna@tajmedun.tj
WWW страница: www.avicenna.tsmu.tj

Все права защищены.

Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера
либо воспроизведена любым способом без предварительного
письменного разрешения редакции.



СОДЕРЖАНИЕ

ХИРУРГИЯ

Курбанов У.А., Сарфарози М.Н., Давлатов А.А., Джанобилова С.М. Хирургическое лечение седловидной деформации носа	7
Исмоилов С.С., Гулов М.К., Гулшанова С.Ф. Состояние щитовидной железы у больных с хронической почечной недостаточностью терминальной стадии на программном гемодиализе	13
Махмадов Ф.И., Курбанов К.М., Нуров З.Х., Собиров А.Дж., Гулахмадов А.Д. Миниинвазивная технология в диагностике и лечении механической желтухи	18
Курбанов Дж.М. Опыт хирургического лечения осложнений лапароскопической холецистэктомии	24
Кодиров А.Р., Юсупова Ш., Идиев Б. Иммункоррекция у больных, перенёвших ампутацию нижних конечностей при диабетической гангрене	27
Джамилев Р.Д., Абдуллоев Д.А., Зокиров Р.А. Влияние острой кровопотери на изменение функции сердечно-сосудистой системы у больных пожилого и старческого возраста	30
Неверов В.А., Курбанов С.Х. Отдалённые результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава протезом «Plus Endoprothetik»	35

ТЕРАПИЯ

Мустафакулова Н.И., Ахмедова Д.С., Меликова Т.И. Особенности факторов риска, клинического течения и терапии затяжных пневмоний в Республике Таджикистан	40
Аминджанова С.С., Хамидов Н.Х., Хурсанов Н.М. Влияние гипотензивной терапии на функцию почек у больных с изолированной систолической артериальной гипертензией	46
Файзуллоев Х.Т., Раджабов М.Э., Одинаев Ш.Ф., Одинаев Ф.И. Эффективность стентирования коронарных артерий на госпитальном этапе у больных со стабильной стенокардией	50
Анварова Ш.С., Ниязова Н.Ф., Иноятова Н.А. Синдром тиреотоксикоза в пожилом возрасте в условиях йодного дефицита	55
Абдуллаев Ш.А., Шукурова С.М., Хамидов Ф.М. Медицинская реабилитация больных с хронической обструктивной болезнью лёгких в условиях санатория «Шифо»	60
Халимова Ф.Т., Малышева Е.В., Шукуров Ф.А., Гулин А.В. Комплексная диагностика антифосфолипидного синдрома	65
Махмудова Ш.А. Триггеры роста микогенной инфекции у женщин с воспалительными гинекологическими заболеваниями	69
Камилова С.К., Абдурахманова Ф.М., Рахмонов Э.Р. Показатели иммунного статуса у беременных женщин при хроническом вирусном гепатите В	74



Мирзоева М.Т., Исаева М.С., Шукуров Т.Ш. Оптимизация диагностики опоясывающего герпеса методом ИК-спектроскопии	78
Исмаилов К.И., Юсупова М.А., Хафизов А.Х., Мухитдинова З.А. Состояние клеточного и гуморального иммунитета у новорождённых при внутриутробных инфекциях	82
Сафохонов Д.Т. Оценка качества консультирования медицинскими сёстрами пожилых больных с артериальной гипертонией	86
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	
Артыков К.П., Саидов М.С., Мухамадиева К.М. Проблемы хирургического лечения келоидных рубцов кожи	91
Назаров Ш.К., Мухаммадзода Р., Мавджудов М.М. Этиология, патогенез, диагностика и лечение синдрома Маллори-Вейсса	95
Винник Ю.С., Дябкин Е.В. К вопросу об иммунных нарушениях при обтурационной желтухе	101
Турсунов Р.А. ИППП и ВИЧ-инфекция – индикаторы эпидемического роста вирусных гепатитов В и С	106
Бекмурадов Б.А., Джураева Ш.Ф. Современные материалы и методы obturation системы корневых каналов зубов	111
АВИЦЕННОВЕДЕНИЕ	
Солтанова Н.Б. Яркий представитель школы Авиценны (Шейх Раиса) - Бахманйар ал-Азербайджани	117
ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ	
Профессору А.Н.Кахарову – 80 лет	124
К 70 -летию профессора Ш.С. Анваровой	126
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ	
Правила приёма статей	128



CONTENTS

SURGERY

- Kurbanov U.A., Sarfarozi M.N., Davlatov A.A., Janobilova S.M.**
Surgical treatment of saddle-nose deformity 7
- Ismoilov S.S., Gulov M.K., Gulshanova S.F.**
Thyroid status in patients with chronic renal failure at the terminal stage on programmed hemodialysis 13
- Makhmadov F.I., Kurbonov K.M., Nurov Z.H., Sobirov A.J., Gulahmadov A.D.**
Minimally invasive technology in the diagnosis and treatment of obstructive jaundice 18
- Kurbanov J.M.**
Experience of surgical treatment complications of laparoscopic cholecystectomy 24
- Qodirov A.R., Yusupova Sh., Idiev B.**
Immunocorrection in patients undergone lower limb amputation for diabetic gangrene 27
- Jamilov R.D., Abdulloev D.A., Zokirov R.A., Barotov H.H.**
Influence of acute blood loss on changing functions of cardiovascular system in elderly
and old age patients with peptic ulcer disease 30
- Neverov V.A., Kurbanov S.H.**
Long-term results of total endoprosthesis replacementhip of hip joint by prosthesis «Plus Endoprothetik» 35

THERAPY

- Mustafakulova N.I., Akhmedova D.S., Melikova T.I.**
Features of risk factors, clinical course and treatment of chronic pneumonia in the Republic of Tajikistan 40
- Aminjanova S.S., Hamidov N.H., Khursanov N.M.**
Influence of antihypertensive therapy on renal function in patients with isolated systolic hypertension 46
- Faizulloev Kh.T., Radjabov M.E., Odinaev Sh.F., Odinaev F.I.**
Efficiency of coronary stenting during on hospital stage in patients with stable stenocardia 50
- Anvarova Sh.S., Niyazova N.F., Inoyatova N.A.**
Thyrotoxicosis syndrome in elderly age in patients with iodine deficiency 55
- Abdullaev Sh.A., Shukurova S.M., Khamidov F.M.**
Medical rehabilitation patients with chronic obstructive pulmonary disease
in condition of health resort «Shifo» 60
- Khalimova F.T., Malysheva E.V., Shukurov F.A., Gulin A.V.**
Complex diagnosis of antiphospholipid syndrome 65
- Mahmudova Sh. A.**
Triggers of mycetogenous infection growth in women with inflammatory gynecological diseases 69
- Kamilova S.K., Abdurahmanova F.M., Rakhmonov E.R.**
The immune status in pregnant women with chronic viral hepatitis B 74



Mirzoeva M.T., Isayeva M.S., Shukurov T.Sh. Optimization of diagnosis of herpes zoster by infrared spectroscopy	78
Ismailov K.I., Yusupova M.A., Hafizov A.H., Muhitdinova Z.A. State of cellular and humoral immunity of newborns in intrauterine infection	82
Safohonov D.T. Assessment of quality nurses consultation of elderly patients with arterial hypertension	86
LITERATURE REVIEW	
Artikov K.P., Saidov M.S., Mukhamadieva K.M. Problems of surgical treatment keloid cicatrices of skin	91
Nazarov Sh.K., Muhammadzoda R., Mavjudov M.M. Etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment of Mallory-Weiss syndrome	95
Winnick Yu.S., Dyabkin E.V. To the issue of immune disturbance in obstructive jaundice	101
Tursunov R.A. STI and HIV – indicators of epidemic growth of viral hepatitis B and C	106
Bekmuradov B.A., Juraeva Sh.F. Modern materials and methods for obturation of teeth’s root canals	111
AVICENNA SCIENCE STUDIES	
Soltanova N.B. Lively representative of the Avicenna school (Sheikh Raisa) – Bakhmanyar al-Azerbaijani	117
ANNIVERSARY DATE	
Professor A.N. Kakharov - 80 Years	124
To 70th - anniversary of Professor S.S. Anvarova	126
INFORMATION FOR AUTHORS	
Rules of admission articles	128

Хирургическое лечение седловидной деформации носа

У.А. Курбанов, М.Н. Сарфарози, А.А. Давлатов, С.М. Джанобилова
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии;
кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе авторы приводят собственный опыт хирургического лечения седловидной деформации носа у 75 больных в возрасте от 17 до 47 лет (средний возраст $23,7 \pm 6,4$). Во всех случаях был использован хрящевой аутоотрансплантат из рёберной дуги. В 35 случаях операция проведена из открытого чресколлумелярного доступа, в 40 – из закрытого эндоназального.

Больным с западением дистальной части спинки носа (I группа) в 5 случаях использовали трансплантаты в виде четырёхугольной пластинки, а в 13 – в форме бумеранга. Пациентам II группы, у которых имелось западение спинки носа в средней части, в 4 случаях использовали трансплантат в виде бруска и в 19 случаях – лодкообразной формы. В III клинической группе (дистальная и средняя часть спинки носа) в 9 случаях использовался единый Г-образный хрящевой аутоотрансплантат и в 22 – аутоотрансплантат из двух отдельных частей. В IV группе, у больных с дефектом только костной части спинки, во всех 3 случаях использовался трансплантат в виде пирамиды.

Отдалённые результаты оказались лучшими после использования трансплантата в виде бумеранга у больных первой клинической группы, лодкообразного трансплантата – у больных второй группы и лодкообразного трансплантата с подпоркой в области коллумелы – у больных третьей клинической группы.

Ключевые слова: седловидная деформация носа, западение спинки носа, хрящевой трансплантат

Актуальность. Седловидный нос – один из сложных видов деформаций спинки носа. Поэтому эта проблема является предметом постоянного интереса в реконструктивной хирургии носа. В связи с тем, что нос является центральной и наиболее выступающей частью лицевого скелета, даже самые незначительные его деформации приводят к значительным изменениям имиджа пострадавших и причиной их психологического расстройства [1,2].

В настоящее время проведено много исследований по вопросам хирургического лечения седловидной деформации носа, но при этом в них мало отражены вопросы систематизации различных вариантов этих деформаций [3,4].

Наряду с этим, хирургические способы устранения седловидной деформации носа многочисленны и принципиально отличаются друг от друга. Одни авторы с целью заполнения западения костно-хрящевой части спинки носа предпочитают использование аллотрансплантатов, другие напротив, критикуют их использование, ссылаясь на высокую частоту осложнений [5,6].

Широко дискутируется вопрос моделирования трансплантата для устранения западения спинки

носа. При этом форма трансплантата выбирается интуитивно в зависимости от опыта оперирующего хирурга, без обоснования, в связи с различными вариантами седловидной деформации носа.

Следующим пробелом является выбор доступа при хирургическом лечении седловидной деформации носа, который существенно влияет на успех операции и отдалённый её результат [7].

Вышеизложенное свидетельствует о том, что хирургическое лечение седловидной деформации носа является актуальной проблемой реконструктивной и пластической хирургии, требующей дальнейшего проведения научных исследований в этом направлении.

Цель работы: изучение и систематизация различных вариантов седловидной деформации носа, усовершенствование хирургической тактики и техники операции, улучшение результатов хирургического лечения.

Материал и методы. В отделение реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ г. Душанбе с 2000 г. поступило 75 больных с седловидной деформацией носа, в возрасте от 17 до 47



лет (средний возраст $23,7 \pm 6,4$). Мужчин было 30, женщин – 45. При анализе клинического материала нами установлено, что чаще всего имела место посттравматическая и послеоперационная седловидная деформация носа (табл. 1).

ТАБЛИЦА 1. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕДЛОВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ НОСА

Этиология деформации	Число случаев	%
Травма	32	42,7
Перенесённая операция	35	46,7
Абсцесс перегородки	3	4
Врождённая деформация	5	6,6
Всего	75	100,0

При изучении различных видов седловидной деформации носа нами установлено, что западение спинки носа может охватывать преимущественно дистальную её половину, только среднюю её часть или же дистальную вместе со средней частью спинки. Значительно реже встречается западение спинки носа в области корня. Согласно расположению западения спинки носа больных распределили на 4 клинические группы (табл. 2).

ТАБЛИЦА 2. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ГРУППАМ

Группа	Расположение западения спинки носа	Число случаев	%
I	Дистальная половина спинки	18	24,0
II	Средняя часть спинки	23	30,7
III	Дистальная и средняя часть спинки	31	41,3
IV	Область корня носа	3	4,0
Всего		75	100,0

Все больные проходили предоперационное клинико-лабораторное и инструментальное обследования, включая компьютерную томографию носа (64 больных – 85,3%). После соответствующей подготовки и определения объёма вмешательства, больные оперированы под общим эндотрахеальным наркозом. Во всех случаях нами был использован хрящевой аутоотрансплантат из рёберной дуги. В 35 случаях (18 из I клинической группы и 17 – из II) операция проведена из открытого чресколлумеллярного доступа, в 40 (23 больных II группы и 17 – из III группы) – из закрытого эндоназального.

У больных первой клинической группы, после мобилизации костно-хрящевой скелета носа, оцени-

валось состояние хрящевой части перегородки, иссекались сильно деформированные и разрушенные её части. Как правило, при этом требовался плоский, относительно широкий трансплантат. В таких случаях у 5 больных были использованы трансплантаты в виде четырёхугольной пластинки, а у 13 – формы бумеранга (рис. 1).

В связи с дефектом костно-хрящевой, относительно толстой части спинки носа, у больных второй клинической группы нами в 4 случаях использовался трансплантат в виде бруска. В дальнейшем моделирование трансплантата для устранения этого варианта седловидного носа усовершенствовано с приданием ему лодкообразной формы (рис. 2). Способ заключается в следующем: после забора хрящевого аутоотрансплантата из места соединения VII-VIII рёбер, на отдельном столике производится моделирование хряща в виде «лодочки», длина которого соответствует расстоянию от переносицы до кончика носа. По вогнутой стороне «лодочки» делается канавка для её посадки на спинку носа. Носовая часть «лодочки» размещается на область переносицы, а задняя часть – на кончик носа. Формирование ложа и размещение моделированного хрящевого трансплантата производится из закрытого эндоназального доступа (Удостоверение на рацпредложение №3340/R 555, выданное ТГМУ от 21.01.2013). Этот способ моделирования трансплантата применён 19 больным второй клинической группы.

Гораздо сложнее было устранение западения спинки носа, охватывающее дистальную её половину вместе со средней частью спинки. Эти сложности связаны с отсутствием мощной и толстой средней части спинки носа – с одной стороны, и тонкой, изящной, но являющейся опорой для кончика носа и толстого трансплантата спинки, – с другой стороны. В таких случаях трансплантат должен состоять из двух этих недостающих частей. В период внедрения методики и начала разработки новых способов операций в 9 случаях нами использовался единый хрящевой аутоотрансплантат из рёберной дуги Г-образной формы, длинная ножка которого предназначена для спинки носа, а короткая – для коллумелы (Удостоверение на рацпредложение № 3097-Р-309, выданное ТГМУ от 14.06.05г.). В связи с рядом обстоятельств, в дальнейшем для устранения седловидной деформации носа, у больных третьей клинической группы нами разработан и в 22 случаях применён новый способ устранения седловидной деформации носа хрящевым аутоотрансплантатом, состоящим из двух отдельных частей. Основная часть заготовки – это трансплантат лодкообразной формы, предназначенный для устранения дефекта костно-хрящевой части спинки носа. Дополнительная часть заготовки – тонкая пластинка в виде шайбы или колонны, предназначенная для коллумелы, и играет роль подпорки дистального конца лодкообразного трансплантата (рис. 3).



РИС. 1. МОДЕЛИРОВАННЫЙ ХРЯЩЕВОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ:
А – В ВИДЕ ЧЕТЫРЁХУГОЛЬНОЙ ПЛАСТИНКИ; Б – В ВИДЕ БУМЕРАНГА



РИС. 2. ФОРМА ХРЯЩЕВЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ВТОРОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ:
А - ТРАНСПЛАНТАТ В ВИДЕ БРУСКА; Б – ЛОДКОБРАЗНЫЙ ХРЯЩЕВОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАТ



РИС. 3. ХРЯЩЕВЫЕ АУТОТРАНСПЛАНТАТЫ, СОСТОЯЩИЕ ИЗ ДВУХ ОТДЕЛЬНЫХ ЧАСТЕЙ,
ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ СЕДЛОВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ НОСА У БОЛЬНЫХ ТРЕТЬЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ:
А – ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ ТРАНСПЛАНТАТА ЛОДКОБРАЗНОЙ ФОРМЫ И ТОНКАЯ ХРЯЩЕВАЯ ПОДПОРКА В ВИДЕ ШАЙБЫ;
Б – ЛОДКОБРАЗНАЯ ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ ТРАНСПЛАНТАТА С ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЧАСТЬЮ В ВИДЕ КОЛОННЫ ДЛЯ ПОДПОРКИ

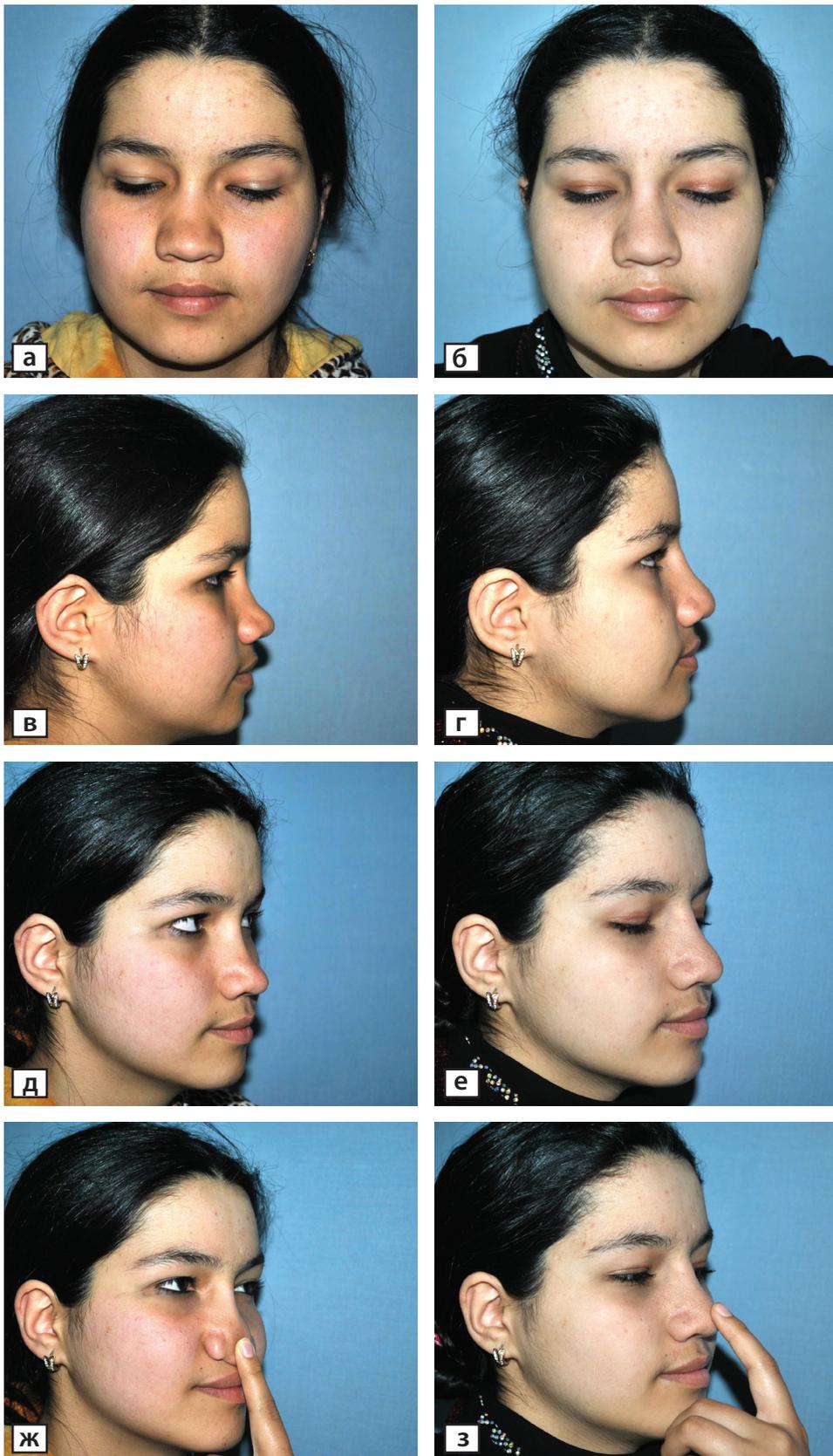


РИС.4. ОТДАЛЁННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ УСТРАНЕНИЯ СЕДЛОВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ НОСА:
А, В, Д, Ж - СЕДЛОВИДНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ НОСА ДО ОПЕРАЦИИ;
Б, Г, Е, З - ОТДАЛЁННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

ТАБЛИЦА 3. ФОРМЫ ХРЯЩЕВЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ В КЛИНИЧЕСКИХ ГРУППАХ

Клинические группы	Форма трансплантатов	Число	%
I	Четырёхугольная широкая тонкая пластинка	5	6,7
	В виде бумеранга	13	17,4
II	В виде бруска	4	5,3
	Лодкообразная форма	19	25,3
III	Единый Г-образный трансплантат	9	12,0
	Лодкообразный + подпорка в виде шайбы	7	9,3
	Лодкообразный + подпорка в виде колонны	15	20,0
IV	В виде пирамиды	3	4,0
Всего		75	100

Для устранения седловидной деформации носа у больных четвёртой клинической группы с дефектом только костной части спинки у корня носа нами во всех 3 случаях использовался трансплантат в виде пирамиды, по объёму и размерам соответствующий костному дефекту. В этой группе больных основной проблемой было обеспечение надёжной фиксации трансплантата для профилактики дислокации в период его сращения в сформированном ложе.

В целом, все виды использованных форм хрящевых аутоотрансплантатов приведены в таблице 3.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационный период во всех случаях протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, отёки проходили через 10-15 дней, ближайшие результаты были хорошими. Лишь в одном случае отмечалась серома донорской раны, которая после эвакуации разрешилась.

Отдалённые результаты в течение более 6 месяцев изучали у 65 (86,7%) больных. Во всех случаях отдалённые результаты были хорошими и удовлетворительными. В отдалённом послеоперационном периоде в одном случае после использования Г-образного трансплантата пациентка через 3 года изъясилась желание выровнять незначительно выступающий контур хвостовой части трансплантата. В другом случае, через 5 лет после ринопластики с использованием Г-образного аутохрящевого трансплантата, больной получил повторную травму носа, в результате чего отмечался перелом середины хрящевого трансплантата. После повторной операции деформация устранилась.

У всех оперированных с использованием трансплантата лодкообразной формы в отдалённые сроки форма носа была хорошей, хотя и среди этих больных были лица, получившие травму носа после операции. У этих больных деформаций или изменений со стороны имплантированного трансплантата не было место. Следует особо отметить, что трансплантат лодкообразной формы позволил устранить западения спинки носа не только в дистальной и средней части, но и на всём её протяжении (рис.4).

Изучение отдалённых результатов показало лучшие результаты после использования трансплантата в виде бумеранга у больных первой клинической группы, лучшие результаты лодкообразного трансплантата у больных второй группы и лодкообразного трансплантата с подпоркой в области коллумелы – у больных третьей клинической группы.

Таким образом, изучение отдалённых результатов ринопластики с использованием аутохрящевого трансплантата показало хорошую эффективность восполнения костно-хрящевого изъяна спинки носа при её седловидной деформации рёберным хрящевым аутоотрансплантатом, моделированным в необходимой форме в зависимости от варианта седловидной деформации носа.



ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия / А.Е. Белоусов // С-Пб.: Изд-во Политехн. ун-та. - 2010. - 512 с.
2. Махмудназаров М.И. История развития риносептопластики при деформациях носа и носовой перегородки / М.И. Махмудназаров // Вестник Авиценны. - 2000. - №2. - С.13-26
3. Эстетическая хирургия лица / И.А. Фришберг. - М.: ИКЦ «Академкнига». - 2005. - 276 с.
4. Гюсан А.О. Хирургическая коррекция седловидной деформации носа / А.О. Гюсан // Новости оториноларингологии и логопатологии. - 2002. - №3. - С. 82
5. Пластическая и эстетическая хирургия. Последние достижения / Под редакцией М. Эйзенманн-Кляйн, К. Нейханн-Лоренц; пер. с англ. под ред. А.М. Боровикова. - М.: Практическая медицина. - 2011. - 448 с.
6. Rollin K. Daniel. Rhinoplasty: Septal saddle nose deformity and composite reconstruction / K.D. Rollin // Plastic and reconstructive surgery. - 2007. - Vol. 119. - №3. - P.1029-1043
7. Эзрохин В.М. Опыт восполнения опорных структур дефектов спинки носа / В.М. Эзрохин // Стоматология. - 2010. - №3. - С.57-60

Summary

Surgical treatment of saddle-nose deformity

U.A. Kurbanov, M.N. Sarfarozi, A.A. Davlatov, S.M. Janobilova

Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery;

Chair of surgical diseases N2 of Avicenna TSMU

In this paper the authors presents their own experience of surgical treatment of saddle-shaped nose deformation in 75 patients in the ages from 17 to 47 years (mean age $23,7 \pm 6,4$). Cartilaginous graft from the costal margin used in all cases. In 35 cases, the operation is accomplished from transcolumellar open access, in 40 cases – from a closed endonasal access.

For patients with distal retraction of nasal dorsum (I group) in 5 cases used grafts in shape of rectangular plates, and in 13 – boomerang ones. For patients of II group, who had a nasal bridge retraction in the middle part (in 4 cases used a graft of brick form, and in 19 cases – cymbiform ones). In the III clinical group (distal and middle part of nasal dorsum) was used a single L-shaped cartilaginous autograft in 9 cases, and in 22 cases autograft of two separate parts. In the IV group in patients with only bony defect of nasal arch in all 3 cases we used the graft of pyramid shape.

Long-term results were better after using the graft of a boomerang form in patients from first clinical group, cymbiform transplant – in the second group of patients and cymbiform transplant with propin columella area – in patients of third clinical group.

Key words: saddle nose deformity, retraction of nasal dorsum, the cartilaginous graft

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Курбанов Убайдулло Абдуллоевич – профессор кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: kurbonovua@mail.ru



Состояние щитовидной железы у больных с хронической почечной недостаточностью терминальной стадии на программном гемодиализе

С.С. Исмоилов, М.К. Гулов*, С.Ф. Гулшанова

ГУ «Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека» МЗ РТ;

*кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Изучен статус щитовидной железы (ЩЖ) у 160 больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) терминальной стадии, находящихся на лечении программном гемодиализе. Среди обследованных пациентов у 27,5% впервые были диагностированы заболевания щитовидной железы.

У 44 (27,5 %) больных с ХПН и сопутствующим зобом было отмечено повышение уровней общего и свободного трийодтиронина (Т3), общего и свободного тироксина (Т4), получающих хронический гемодиализ (ХГД), по сравнению с больными ХПН без сопутствующего зоба при отсутствии реакции тиреотропного гормона (ТТГ) на имеющиеся изменения периферических гормонов. У 6 (13,6%) пациентов отмечено нарастание уровней ТТГ с увеличением срока проведения ХГД, что дало основание считать ХГД причиной развития биохимического гипотиреоза у больных без патологии щитовидной железы.

Увеличение ЩЖ чаще регистрируется у больных с ХПН, находящихся на программном гемодиализе более года, чем у больных с ХПН в додиализном периоде или на диализе продолжительностью до года.

Ключевые слова: щитовидная железа, хроническая почечная недостаточность, программный гемодиализ

Актуальность. Прирост обеспеченности населения и развитие в области гемодиализа позволили значительно продлить жизнь и улучшить её качество у пациентов с сопутствующими патологическими состояниями, особенно в эндемической зоне, в том числе заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) [1-3]. Частота нарушения функции ЩЖ и структурных изменений у пациентов на диализе, по данным различных исследований, меняется [4-7]. Обсуждаются вопросы роли йодного дефицита в развитии патологии ЩЖ у больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) [8]. Структурные изменения в щитовидной железе среди пациентов с ХПН включают повышенную распространённость зоба, узлы щитовидной железы, рак щитовидной железы по сравнению с общим населением [9-12].

У больных с ХПН терминальной стадии на гемодиализе, отмечается низкий уровень тиреоидных гормонов и повышенный тиреотропный гормон (ТТГ). Незначительное увеличение уровня ТТГ наблюдается примерно у 20% уремических больных и обычно не рассматривается как отражающее "гипотиреоз" в этой отобранной группе пациентов. Среди больных с ХПН на гемодиализе, существует компенсаторное

влияние на клеточную передачу гормонов щитовидной железы, которое помогает поддерживать эутиреоидное состояние, несмотря на низкие сывороточные уровни гормонов щитовидной железы [7]. Хотя общее число уровней Т4 низкое, гепарин ингибирует связывание Т4 белком, таким образом, увеличивая часть свободного Т4 у пациентов при ХПН после введения гепарина во время диализа [8].

Диагностика первичной патологии ЩЖ у больных с ХПН в клинике обычно отходит на второй план или затруднена из-за того, что большинство клинических симптомов относят на счёт проявления тяжёлой почечной недостаточности [9]. По всем этим причинам, несмотря на низкий профиль сывороточного гормона щитовидной железы, у больных без патологии щитовидной железы или зоб в эутиреоидном состоянии, встречаются пациенты с зобом и тиреотоксикозом различной степени тяжести, требующих тщательного рассмотрения.

Цель исследования. Изучение статуса щитовидной железы у больных с ХПН терминальной стадии, находящихся на программном гемодиализе.



Материал и методы. В Национальном научном центре трансплантации органов и тканей человека МЗ РТ за 2010-2013гг. был исследован тиреоидный статус 160 (100%) больных с ХПН терминальной стадии (табл.1).

ТАБЛИЦА 1. ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ХПН И СОПУТСТВУЮЩИМ ЗОБОМ

Показатель	Значение
Число лиц с увеличенной ЩЖ	44
Пол, муж/жен	19/25
Возраст*, годы	18–54
Длительность пребывания на гемодиализе*, мес.	1–12

Примечание: * – данные представлены в виде Ме (мин.–макс.)

В зависимости от степени увеличения и токсичности ЩЗ больные были распределены: диффузный зоб первой степени с тиреотоксикозом лёгкой и средней степени тяжести – 8 (18,1%), второй степени – 12 (27,2%), из них с тиреотоксикозом лёгкой степени – 8 (18,1%) и средней степени – 4 (9%) больных.

Узловой зоб первой степени обнаружен у 5 (11,4%) пациентов, из них у 2 (4,5%) – лёгкий тиреотоксикоз, у 3 (6,8%) – средней степени; второй степени – у 3 (6,8%) больных (лёгкий тиреотоксикоз – у 2 (4,5%) и средней степени – у 1 (2,3%).

Смешанная форма зоба первой степени выявлена у 5 (11,4%) больных (лёгкой степени тиреотоксикоз – у 2 (4,5%) и средней – у 3 (6,8%); второй степени – у 5 (11,4%) (лёгкой степени тиреотоксикоз – у 2 (4,5%) и средней – у 3 (6,8%); третьей степени – у 2 (4,5%) больных с лёгким тиреотоксикозом.

При обследовании пациентам проводились: опрос, для выявления характерных жалоб и наследственной отягощённости по тиреоидной патологии; антропометрия, сонография и общеклиническое обследование с пальпацией ЩЖ; исследовалось содержание в крови тиреотропина (ТТГ), свободных тироксина (св. Т4) и трийодтиронина (св. Т3). Сонографическое исследование ЩЖ проводилось аппаратом "Medison-820", линейным датчиком с частотой 7,5 мГц.

По данным эхографии увеличение размеров ЩЗ до 30% соответствует I-II степени, увеличение от 30-50% – III степени, что соответствует эндокринологическому понятию – диффузный зоб, более 50% – IV и более степени.

Обследованы 44 пациента с ХПН и сопутствующим зобом, в том числе 25 (57%) мужчин и 19 (43%) женщин, в возрасте 18–59 лет (средний возраст – 40 лет). Все пациенты находились на бикарбонатном

диализе (диализные аппараты, DBB 05 NIKISSO и аппарат Мультифильтрат Fresenius) в режиме по 3x4 раза в неделю, не менее 1 мес. и имели удовлетворительный комплаенс к проводимому лечению. Продолжительность лечения гемодиализом от 3 до 24 мес. Проведение гемодиализа у данной категории больных было неадекватным из-за общего состояния больных, состояния их нервной системы, повышенной возбудимости, чувства одышки, кашля, тошноты, рвоты.

Большинство больных (n=158) получали в качестве заместительной терапии ПГД (98,7 %). Длительность диализной терапии до момента трансплантации колебалась от 1 до 24 месяцев. Двум пациентам (1,25%) родственная трансплантация была выполнена до начала заместительной терапии.

Для исследования уровня тиреоидных гормонов использовался иммуноферментный анализ (ИФА). При подготовке к анализам крови на гормоны щитовидной железы строго придерживались нижеследующих требований: предпочтительно сдавать анализы утром, с 8 до 10 часов до очередного сеанса гемодиализа; натощак (последний прием пищи за 10-12 часов до обследования); психоэмоциональный и физический комфорт (спокойное состояние без перегревания и переохлаждения); накануне исследования исключить физические нагрузки, приём алкоголя, воздержаться от курения; при первичной проверке уровня тиреоидных гормонов отменить препараты, влияющие на функцию щитовидной железы, за 2-4 недели до исследования; при контроле лечения исключить приём препаратов в день исследования и обязательно отметить это в направительном бланке (равно как и о приёме некоторых других лекарств – аспирина, транквилизаторов, кортикостероидов, пероральных контрацептивов).

Результаты и их обсуждение. Обследования 160 больных, проживающих на территории Республики Таджикистан, показали, что среди больных с ХПН на заместительной почечной терапии, распространённость зоба составила 27,5%, в то же время у здоровых лиц она была достоверно ниже – 23,5%. Распространённость узлового зоба среди больных также была достоверно выше, чем у здоровых обследованных (18,1%).

По результатам ультрасонографии ЩЖ зоб не был обнаружен у 116 (72,5%) обследованных реципиентов, а у 44 (27,5%) – были выявлены его различные виды (при УЗИ целесообразно использовать относительные величины).

У больных с ХПН и сопутствующим зобом было отмечено повышение уровней общего и свободного трийодтиронина (Т3), общего и свободного тироксина (Т4), получающих ХГД, по сравнению с больными ХПН без сопутствующего зоба при отсутствии



реакции тиреотропного гормона (ТТГ) на имеющиеся изменения периферических гормонов (табл.2). У 6 (13,6%) больных отмечено нарастание уровней ТТГ с увеличением срока проведения хронического гемодиализа (ХГД), что дало основание считать проведение ХГД причиной развития биохимического гипотиреоза у больных без патологии щитовидной железы.

ТАБЛИЦА 2. ПОКАЗАТЕЛИ ГОРМОНОВ ЩЖ У БОЛЬНЫХ С ХПН И СОПУТСТВУЮЩИМ ЗОБОМ

Показатель	Значение
ТТГ*, мЕд/л	5,8–9,6
Св. Т3*, пмоль/л	2,6–7,1
Св. Т4*, пмоль/л	10,1–25,3

Примечание: * – данные представлены в виде Ме (мин.–макс.)

По данным гормонального обследования у 6 пациентов (13,6%) (4 мужчины и 2 женщины из разных регионов) содержание ТТГ оказалось повышенным, при этом уровень тиреоидных гормонов был в норме. При повторном обследовании через 30 дней содержание ТТГ оставалось повышенным. У 26 (59%) больных выявлено увеличение ЩЖ (на 45–61% выше нормативных показателей). Состояние расценено как диффузный зоб II-III степени, узловой зоб II степени и смешанный зоб II-III степени. Среди обследованных 160 пациентов с ХПН, находящихся на длительном ПГД, с явлениями гипотиреоза были выявлены 32 (53,3%) больных.

При сонографическом обследовании у 44 человек определено диффузное увеличение ЩЖ. Зоб выявлен у 19 женщин (56 % от числа всех обследованных женщин), объём ЩЖ был от 19,5 до 33,5 мл, медиана – 25,4 (23,8; 27,9) мл) и у 25 мужчин (20% от числа обследованных мужчин, n=126), что оказалось значимо ниже, чем у женщин ($\chi^2=6,83$; $p=0,009$). Объём ЩЖ составил 26,7–36,4 мл; медиана – 32,3 (28,3; 32,6) мл. В 24 (17,4%) случаях зоб сочетался с диффузными и в 8 (30,4%) – с локальными структурными изменениями ткани ЩЖ, смешанный зоб – в 12 (27,2%) случаях. Аутоиммунный тиреоидит среди обследованных нами больных не выявлен.

В 8 (18%) случаях при сонографическом обследовании были выявлены очаговые изменения в ЩЖ диаметром 1,5-2 см и более. Такие образования были обнаружены у 4 (9%) женщин и 4 (9%) мужчин. Признаки узлового образования обнаружены у 8 (18%) пациентов, кистозной дегенерации – у 12 (27,2%) больных (смешанный зоб). В 6 (13,6%) из 20 (45,5%) случаев выявлено более одного образования в ЩЖ. В 5 случаях узловые образования были обнаружены в обеих долях ЩЖ. У 12 (27,2%) обследованных пациентов образования в ЩЖ выявлены на фоне

её диффузного увеличения и нормальной эхогенности тиреоидной ткани. При ультрасонографии зоб был выявлен у 27,5 % обследованных пациентов с ХПН. Таким образом, мы считаем, что комплексная ультразвуковая диагностика узлового образования щитовидной железы с обязательным включением в обследование ЦДК расширяет возможности дифференциальной диагностики этих образований. Более эффективным методом диагностики узлового зоба является УЗИ при помощи аппаратов экспертного класса, предполагающее изучение тканевого кровотока.

Чувствительность метода цветной доплерографии составила 74-75%, специфичность – 61-83%. Помимо стандартного исследования в В-режиме, которое позволяет получить уже привычное двумерное серошкальное изображение органа, доплеровские методы исследования дают возможность оценивать кровоток в паренхиме ЩЖ (цветовое доплеровское картирование, импульсная доплерометрия).

При динамическом наблюдении установлено, что наряду с повышением гормонов ЩЖ у больных с ХПН и сопутствующим зобом, находящихся в ПГД, по ультразвуковым данным увеличивается размер ЩЖ.

У 24 (54,5%) пациентов выявлены такие изменения как отёк капсулы и гипозоногенные участки паренхимы неправильной формы, соответствующие очагам воспаления. Исследование кровотока методом цветового доплеровского картирования показало, что в этих очагах он резко снижен или полностью отсутствует.

У больных с ХПН с сопутствующим зобом, получающих программный гемодиализ, несомненно наблюдаются нарушения в обмене тиреоидных гормонов в виде явлений гипертиреоза и субклинического гипотиреоза по результатам исследования уровня гормонов крови, что находит своё подтверждение при клиническом исследовании.

Увеличение ЩЖ чаще регистрируется у больных с ХПН, находящихся на программном гемодиализе более года, чем у больных с ХПН в додиализном периоде или на диализе продолжительностью до года. В группе обследованных нами пациентов с ХПН, зоб был диагностирован у 38 (24%) человек, среди находящихся на гемодиализе в течение года – у 44 (27,5%).

У 116 (72,5%) больных с ХПН, находящихся на программном гемодиализе, не было выявлено патологии ЩЖ. При анализе тиреоидного статуса у 12 (16,1%) пациентов был отмечен повышенный уровень св. Т3, у 18 (41%) – св. Т4; у 10 (22,7%) обследованных было отмечено сочетанное повышение обоих тиреоидных гормонов.



ТАБЛИЦА 3. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ТИРЕОТОКСИКОЗА

Степень	Клинические проявления	Кол-во больных
Лёгкая	Частота сердечных сокращений 80–120 в мин. нет мерцательной аритмии, резкое похудание, работоспособность снижена незначительно, слабый тремор рук	10
Средняя	Частота сердечных сокращений 100 - 120 в мин., увеличение пульсового давления, нет мерцательной аритмии, похудание до 10 кг, работоспособность снижена	6
Тяжёлая	Частота сердечных сокращений более 120 в мин., мерцательная аритмия, тиреотоксический психоз, дистрофические изменения паренхиматозных органов, масса тела резко снижена, трудоспособность утрачена	0
Нет тиреотоксикоза		28

Среди больных с зобом гипертиреоз выявлен в 36,3% случаев. Степень тяжести диффузного токсического зоба определяли с учётом выраженности его отдельных клинических проявлений и, в первую очередь, с учётом общего состояния больного и его трудоспособности (табл.3).

Следует отметить, что, несмотря на несомненную условность разделения диффузного токсического зоба по степени тяжести, это всё же позволяет достаточно точно охарактеризовать тяжесть заболевания и разработать рациональную терапию при ХПН терминальной стадии с сопутствующим диффузно-токсическим зобом (ДТЗ). Эутиреоидное состояние выявлено у 28 больных.

Полноценное проведение ПГД невозможно, потому что больные с ХПН терминальной стадии с сопутствующим зобом и явлениями гипертиреоза имеют лабильную нервную систему, нарушения сердечно-сосудистой системы, одышку, чувство тошноты, рвоты, кашля. И гипотиреоз, и тиреотоксикоз повышают риск развития осложнений и ухудшение хронических заболеваний почек. Несмотря на возможности успешного проведения ПГД и лечения, влияние зоба с тиреотоксикозом на сердечно-сосудистую, дыхательную, кроветворную системы остаётся важнейшей проблемой, как при выявлении заболевания, так и во время его лечения.

Увеличение объёма ЩЖ у больных с ХПН связывают с повышением в крови и тиреоидной ткани неорганического йода из-за снижения экскреции его с мочой. Высокая концентрация интратиреоидного йода тормозит синтез гормонов и ведёт к развитию зоба.

Компенсация метаболических и гормональных нарушений при ХПН является одним из методов улучшения качества жизни данных пациентов. При этом следует учитывать, что на определённых этапах развития ХПН изменение гормонального статуса может носить компенсаторный характер. Однако в настоящее время нет систематизированных представлений о состоянии эндокринной системы у данной категории больных.

Таким образом, среди 160 обследованных пациентов – жителей Таджикистана с ХПН, находящихся на программном гемодиализе, у 27,5% впервые диагностированы заболевания ЩЖ.

У больных с ХПН, получающих программный гемодиализ, несомненно наблюдаются нарушения в обмене тиреоидных гормонов в виде явлений гипертиреоза и субклинического гипотиреоза по результатам исследования уровня гормонов крови, что находит своё подтверждение при клиническом исследовании.

Увеличение ЩЖ чаще регистрируется у больных с ХПН, находящихся на программном гемодиализе более года, чем у больных с ХПН в диализном периоде или на диализе продолжительностью до года.

Оценка тиреоидного статуса при патологии почек и при проведении гемодиализа затруднена. Несмотря на все усилия, проблема результатов ПГД у больных с ХПН и сопутствующим зобом и у пациентов, у которых специфические изменения появились после начала ПГД, остаётся актуальной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Догадин С.А. Состояние щитовидной железы у больных с хронической почечной недостаточностью на программном гемодиализе/ С.А.Догадин, Е.С.Ивлиева, С.В. Ивлиев// Клиническая и экспериментальная тиреология, -2010, -Т.6.-№2. -С. 51-56
2. Avasthi G. Study of thyroid function in patients of chronic renal failure / G.Avasthi, S. Malhotra Narang // Ind. J. Nephrol. -2001. -V.11, -P.165—169
3. Lebkowska U. Thyroid function and morphology in kidney transplant recipients, hemodialyzed, and peritoneal dialyzed patients / U.Lebkowska, J.Malyszko, M. Mysliwiec// Transplant Proc. -2003. -V.8, -P.2945-2948
4. Nutritional state alters the association between free triiodothyronine levels and mortality in hemodialysis patients / K.P. Ozen[et al.]// Am J. Nephrol. -2011.-V.33,-P.305–12



5. Iglesias P. Thyroid dysfunction and kidney disease / P.Iglesias, J.J.Diez // Eur. J. Endocrinol. -2009. -V. 160. -P.503-515
6. Are low concentrations of serum triiodothyronine a good marker for long-term mortality in hemodialysis patients? /M.J. Fernandez-Reyes [et al.]// Clin Nephrol. -2010. -V.73,-P.238-40
7. Prevalence of Subclinical Hypothyroidism in Patients with Chronic Kidney Disease/ M. Chonchol [et al.] // Clin. J. Am. Soc. Nephrol. -2008. -V.3, -P. 1296-1300
8. Kutlay S. Thyroid disorders in hemodialysis patients in an iodine-deficient community /S. Kutlay, T.Atli, O. Koseogullari // Artif.Organs. - 2005. - V.4. - P.329-332
9. Van Hoek I. Interactions between thyroid and kidney function in pathological conditions of these organ systems/ I. Van Hoek, S. Daminet//a review. Gen Comp Endocrinol. -2009.-V.160. - P.205
10. An evaluation of thyroid hormone status and oxidative stress in undialyzed chronic renal failure patients / P.A. Singh [et al.] // Indian J. Physiol. Pharmacol. - 2006. - V.50. - P.279-84
11. Thyroid hormone transport is disturbed in erythrocytes from patients with chronic renal failure on hemodialysis/ M.C.Rodrigues [et al.] // Ren Fail. - 2004.-V.26. - P.461- 6
12. Low triiodothyronine and survival in end-stage renal disease / C.Zoccali [et al.] // Kidney International. - 2006. - V.70. - P.523-528

Summary

Thyroid status in patients with chronic renal failure at the terminal stage on programmed hemodialysis

S.S. Ismoilov, M.K. Gulov*, S.F. Gulshanova

Public Institution «The National Research Center of Transplantation of organs and tissues of human» Ministry of Health of RT; * Chair of General Surgery N1 of Avicenna TSMU

The status of the thyroid gland (TG) in 160 patients with chronic renal failure (CRF) on the terminal stage are being treated by programmed hemodialysis was examined. Among the investigated patients in 27.5% thyroid disease were first diagnosed.

In 44 (27.5%) patients with chronic renal failure and concomitant goiter were noted increasing levels of total and free triiodothyronine (T3), total and free thyroxine (T4) taking chronic hemodialysis in comparison of patients with chronic renal failure without concomitant goiter and absence of response of thyroid stimulating hormone (TSH) on existing changes of peripheral hormones. In 6 (13.6%) patients have been noted rising levels of TSH with increasing time of chronic hemodialysis, which gave reason to consider that using TSH is biochemical cause of hypothyroidism in patients without thyroid disease.

The increasing size of thyroid registered more often in patients with chronic renal failure on hemodialysis more than a year, than in patients with chronic renal failure in the predialysis period or on dialysis up to a year.

Key words: thyroid, chronic renal failure, programmed hemodialysis

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Исмоилов Саймахмуд Саидахмадович – ассистент кафедры общей хирургии №1 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, ул. Маяковского, 2
E-mail: suchrobtrans@yandex.ru



Миниинвазивная технология в диагностике и лечении механической желтухи

Ф.И. Махмадов, К.М. Курбонов, З.Х. Нуоров, А.Дж. Собиров, А.Д. Гулахмадов
Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Проанализирован опыт диагностики и лечения механической желтухи (МЖ) с применением миниинвазивных хирургических вмешательств у 226 пациентов. Установлено, что клиническая картина, лабораторные показатели имеют второстепенное значение в определении уровня и причины блока жёлчеотведения. Для дифференциальной диагностики этиологического фактора обтурационной желтухи применяли неинвазивные и миниинвазивные лучевые методы исследования: УЗИ (n=226), магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (n=96), мультиспиральную компьютерную томографию (n=24), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ) (n=59) и чрескожную чреспечёчную холангиографию (ЧЧХГ) (n=39).

С целью определения информативности оценивали выявляемость конкрементов, стриктур жёлчевыводящих протоков, объёмных образований, расширения внутрипечёчных жёлчных протоков, общего печёчного и жёлчного протоков. Способами ликвидации билиарной гипертензии являлись различные виды эндоскопической декомпрессии (n=57) и чрескожная чреспечёчная холангиостомия (n=31), которые выполняли в сочетании с ЭРХПГ и ЧЧХГ. При сравнительной оценке, возможность выполнения этих видов декомпрессии жёлчевыводящих протоков, их эффективность в разрешении желтухи составила 93,3%.

Ключевые слова: механическая желтуха, декомпрессия жёлчевыводящих протоков, чрескожная чреспечёчная холангиография

Введение. Среди хирургических заболеваний печени и внепечёчных жёлчных протоков наиболее тяжёлыми до сих пор считаются те, которые сопровождаются стойкой непроходимостью магистральных жёлчных протоков с последующим развитием механической желтухи. Диагностика и лечение больных с синдромом жёлчной гипертензии на почве механической желтухи (МЖ) остаётся актуальной проблемой неотложной абдоминальной хирургии [1,2,5,6].

Существующие методы рентгенологического и эндоскопического исследования при МЖ, которые являются доминирующими в дооперационной диагностике, характеризуются сложностью технического выполнения, различными осложнениями, неодинаковой диагностической ценностью, определёнными показаниями и противопоказаниями [2,4,5,8].

Технический прогресс в области инструментальной диагностики принципиально изменил возможности медицинской визуализации, предлагая клиницистам современный метод ультразвуковой диагностики МЖ [7,14].

В настоящее время, при существующем многообразии вариантов лечебной тактики, большинство

зарубежных и отечественных авторов считают оптимальным проведение лечения пациентов с МЖ в два этапа [9,11-13]. Такая тактика лечения позволяет добиться уменьшения количества послеоперационных осложнений и снижения уровня общей летальности. В настоящее время, благодаря двухэтапной методике лечения с использованием миниинвазивных технологий, хирургическое формирование билиодигестивных анастомозов сопровождается уровнем осложнений не более 30%, летальностью 2,5-3,7% [3,4,8,10].

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов лечения больных с механической желтухой различной этиологии комплексным применением миниинвазивных вмешательств.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики и поэтапных декомпрессий жёлчевыводящих путей с применением миниинвазивных технологий у 226 пациентов с МЖ различного генеза, находившихся на лечении в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г.Душанбе с 2004 по 2012 гг. Возраст больных варьировал от 19 до 89 лет. Среди них женщины составили 51,7%, мужчины – 48,3%.



В основную группу были включены 169 (74,8%) пациентов с МЖ различной этиологии, прооперированных с применением миниинвазивных технологий.

В группу сравнения вошли 57 (25,2%) больных с МЖ в сочетании с острым деструктивным холециститом и другими заболеваниями, оперированных в экстренном и срочном порядке.

Сроки госпитализации больных были различными (от 2 суток до 6 месяцев). В хирургический стационар направлены сразу только 192 (84,6%) человека, остальные 34 (15,4%) – были переведены из отделений терапевтического и инфекционного профиля. В первые 72 часа в стационар поступили 151 (66,8%) больной, у 75 (33,2%) поступивших желтуха началась более 3 суток.

Важную роль в тактике ведения пациентов имела причина возникновения МЖ, что зачастую и определяло этапность и (или) радикальность миниинвазивных вмешательств (табл. 1).

Повышение уровня общего билирубина в сыворотке крови до 100 мкмоль/л наблюдалось у 89 (39,4%) пациентов, до 200 мкмоль/л – у 75 (33,2%), более 200 мкмоль/л – у 62 (27,4%) больных. Повышение уровня непрямой фракции билирубина было отмечено у

63% больных желтухой длительностью менее 3 дней и у 96% больных желтухой длительностью более 3 дней, что свидетельствует о развитии синдрома холестаза при длительной МЖ.

Особое внимание при исследовании уделялось показателям свёртывающей системы крови, прежде всего протромбиновому индексу, т.к. по тяжести МЖ имелось пропорциональное снижение последнего. С учётом вышеуказанного, в клинике разработаны критерии тяжести МЖ для определения тактики одно- и (или) двухэтапных вмешательств, включая миниинвазивные вмешательства под УЗ-контролем. При тяжести желтухи «А» баллы составили 4-5: показатель билирубина до 100 мкмоль/л – 1 балл; уровень белка 64-74 г/л – 2 балла; протромбиновый индекс по Квику 78-88% – 2 балла; отсутствие картины холангита – 0 баллов. Тяжесть желтухи «В» – 6-7 баллов: билирубин 100-200 мкмоль/л – 2 балла; уровень белка 54-64 г/л – 2 балла; протромбиновый индекс 68-78% – 2 балла и картина умеренного холангита – 1 балл. К наиболее тяжёлому контингенту отнесли пациентов с тяжестью желтухи «С» – более 9 баллов: билирубин более 200 мкмоль/л – 3 балла; уровень белка ниже 54 г/л – 3 балла; протромбиновый индекс ниже 68% – 3 балла и картина выраженного холангита – 3 балла (табл. 2).

ТАБЛИЦА 1. ЭТИОЛОГИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ В СРАВНИВАЕМЫХ ГРУППАХ

Причины механической желтухи	Основная группа		Группа сравнения	
	Абс.	%	Абс.	%
Холедохолитиаз	73	43,2	22	38,6
Стриктура холедоха	15	8,9	8	14,0
Панкреонекроз	8	4,7	-	-
Прорыв эхинококковой кисты в внепечёночные ЖП	21	12,4	9	15,8
Опухолевое поражение внутрипечёночных ЖП	11	6,5	2	3,5
Опухолевое поражение внепечёночных ЖП	11	6,5	3	5,3
Опухоль поджелудочной железы	18	10,6	8	14,0
Опухоль БДС	8	4,8	5	8,8
Сдавление внепечёночных жёлчных протоков извне	4	2,4	-	-
Всего	169	100	57	100

ТАБЛИЦА 2. ТЯЖЕСТЬ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ПО КРИТЕРИЯМ КЛИНИКИ

Признаки	Тяжесть желтухи		
	А	В	С
Общий билирубин (мкмоль/л)	до 100	100-200	более 200
Уровень общего белка (г/л)	64-74	54-64	ниже 54
Протромбиновый индекс (% по Квику)	78-88	68-78	ниже 68
Холангит	отсутств.	умеренно	выражено



В 99 (43,8%) случаях поздней госпитализации (более 3 суток) установлено осложнённое течение заболевания. Гнойный холангит был диагностирован у 43 больных. Холангиогенные абсцессы печени, как осложнение гнойного холангита, отмечены у 4 пациентов. Довольно часто развивалась печёночная недостаточность ($n=44$), критериями которой были снижение уровня альбумина, протромбина в сочетании с признаками энцефалопатии. У 12 пациентов при ФГДС диагностированы острые язвы верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

ФГДС была проведена 203 (89,8%) больным с целью оценки пассажа жёлчи в двенадцатиперстную кишку, возможности выполнения ЭРХПГ, осмотра большого сосочка двенадцатиперстной кишки, поиска язвенных дефектов слизистой. В 23 наблюдениях у пациентов с тяжёлыми формами панкреонекроза ($n=8$), с образованиями в брюшной полости ($n=8$) не удалось произвести ФГДС, а в 11 случаях пациенты отказались от данного исследования.

При проведении ФГДС, в 12 наблюдениях диагностированы острые язвы верхних отделов желудочно-кишечного тракта, в 8 – опухоли большого дуоденального сосочка (БДС), в 30 – прослеживались фрагменты хитиновой оболочки, т.е. прорыв эхинококковой кисты во внепечёночные жёлчные протоки.

С целью декомпрессии внепечёночного жёлчного протока, а также рациональности тактики двухэтапного лечения больных с эхинококкозом печени, осложнённого механической желтухой, у 28 пациентов на первом подготовительном этапе выполнена инструментальная декомпрессия (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндоскопическая санация жёлчного дерева и эндоскопическое назобилиарное дренирование), обеспечивающая купирование острого приступа и ликвидацию холангита.

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) была произведена 59 больным. В ходе проведения ЭПСТ у пациентов с поддиафрагмальным эхинококкозом печени, осложнившегося прорывом в ЖП ($n=18$), производили инструментальное удаление фрагментов хитиновой оболочки, дочерних кист эхинококка и назобилиарное дренирование ($n=4$).

Для дифференциальной диагностики МЖ применяли неинвазивные методы: УЗИ, ФГДС, магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ), мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ), а также инвазивные: эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), чрескожную чреспечёночную холангиографию (ЧЧХГ).

Прямые рентгеноконтрастные методы во всех наблюдениях выполняли в последнюю очередь, как за-

вершающий этап диагностического алгоритма. Всем поступившим пациентам (в течение 2 часов) проводили УЗИ в качестве скринингового метода.

МРХПГ, обладающая дополнительными преимуществами в трёхмерной визуализации всех жёлчных протоков и протока поджелудочной железы, была выполнена 96 больным по одному разу. Правильная интерпретация изображений с помощью МРТ была возможна во всех случаях ($n=96$). МСКТ была проведена 24 пациентам.

Чрескожные методики, выполняемые под УЗ-контролем, представлены чреспечёночной холангиографией (ЧЧХГ), чреспечёночной холецистостомией (ЧЧХЦ) и чреспечёночной холангиостомией (ЧЧХС).

Результаты и их обсуждение. Информативность лучевых методов диагностики оценивали следующими критериями: расширение внутрипечёночных и внепечёночных жёлчных протоков; выявляемость конкрементов, стриктур жёлчевыводящих путей и объёмных образований.

УЗИ с достаточной точностью позволяло определить расширение внутри- и внепечёночных жёлчных протоков, что в сочетании с гипербилирубинемией являлось основным диагностическим критерием, подтверждающим механический характер желтухи. Однако по выявляемости конкрементов и объёмных образований УЗИ значительно уступает МРХПГ и прямым рентгеноконтрастным методам.

Только у 79% пациентов УЗИ дало возможность определить причину и уровень блока при МЖ, полученных данных было достаточно для выбора метода миниинвазивной декомпрессии жёлчевыводящих путей. Для визуализации стриктур, которые часто являлись основной причиной МЖ, определения их локализации и протяжённости, метод признан неинформативным.

Попытку проведения ЭРХПГ предпринимали 89 раз в 67 наблюдениях, однако контрастировать жёлчевыводящие пути удалось в 59 случаях, диагностическая точность (эффективность) составила 96,0%. Причинами невозможности канюляции терминального отдела общего жёлчного протока с дальнейшим контрастированием жёлчевыводящих путей являлись наличие грубого деформирующего стеноза, преимущественно опухолевого, в области папиллы, анатомические особенности протоковой системы ($n=5$), интрадивертикулярное расположение БСДК ($n=3$).

ЧЧХГ под УЗ-контролем пытались выполнить 53 раза 42 пациентам с опухолевыми поражениями, у 3 больных не удалось пунктировать жёлчные протоки, диагностическая точность метода составила 97,6%.



ТАБЛИЦА 3. ЧРЕСКОЖНО-ЧРЕСПЕЧЁНОЧНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Методы жёлчеотведения под УЗ-контролем	Количество больных	
	Абс.	%
ЧЧ холецистостома	20	44,4
ЧЧ холедохостома:	11	24,5
- левый печёночный проток	7	
- правый печёночный проток	4	
Пункция и дренирование кисты головки поджелудочной железы	3	6,7
Пункция и дренирование абсцесса печени и п/о подпечёночных абсцессов	9	20,0
Пункция и дренирование эхинококковой кисты печени с прорывом во внепечёночные ЖП	2	4,4
Всего	45	100

Следует отметить, что анализ полученных при ЭРХПГ и ЧЧХГ холангиограмм даёт довольно точное представление об изменениях в жёлчевыводящих протоках, позволяет определить камни в протоках с наименьшим диаметром – до 2 мм. Сложнее с высокой степенью достоверности определить характер внепротокового объёмного поражения, оценить которое представляется возможным лишь по косвенным признакам.

С целью наиболее быстрого разрешения желтухи нами были использованы миниинвазивные эндоскопические или чрескожные чреспечёночные методы жёлчеотведения, сочетающие высокую диагностическую и лечебную ценность с малой травматичностью. Это эффективные способы восстановления жёлчеоттока при обструкции билиарных протоков, позволяющие довольно быстро ликвидировать механическую желтуху и её осложнение, такое как холангит (табл. 3).

Чрескожная чреспечёночная холангиостомия была выполнена у 11 пациентов, чрескожная чреспечёночная холецистостома – у 20. При выполнении ЧЧХС у 10 (90,9%) больных, отмечено улучшение состояния пациентов, а так же купирование симптомов МЖ и печёночной недостаточности.

Средняя длительность дооперационного наружного жёлчеотведения у пациентов с ЧЧХС составила $10,76 \pm 0,55$ дня. Средняя длительность дооперационного наружного жёлчеотведения у пациентов с ЧЧХцС составила $10,36 \pm 0,82$ дня.

Основываясь на различии показателей билирубина перед манипуляцией и равнозначность длительности дренирования, а так же учитывая, что после ЧЧХС при высоком уровне билирубина, с целью профилактики прогрессирования печёночной недостаточности, декомпрессия билиарного тракта была дозированной, можно сделать вывод, что эффективность в купировании желтухи при использовании ЧЧХС всё же выше, чем при ЧЧХцС.

У пациентов, которым холецистостомия была выполнена традиционным способом, средняя длительность наружного жёлчеотведения составила $16,37 \pm 1,62$ дня.

Следует отметить, что динамика показателей билирубина у больных с ЧЧХцС и традиционной ХС достоверно не отличается. Вследствие чего можно предположить, что скорость снижения билирубина при использовании данных методик существенно не различается. Однако, учитывая, что для наложения холецистостомы традиционным способом необходимо применение эндотрахеального наркоза, лапаротомного доступа, а так же вероятность появления спаечного процесса после операции (что может затруднить возможные последующие оперативные вмешательства), можно сделать вывод, что при выборе между холецистостомой, выполняемой миниинвазивным способом, и традиционной, предпочтение необходимо отдавать в пользу первого метода. А если принимать во внимание возможность наложения соноскопической чрескожной чреспечёночной холангиостомы, то этот метод можно считать наиболее предпочтительным по скорости снижения уровня билирубина.

Второй этап хирургического лечения, в случае его необходимости, проводили в более благоприятных условиях, в плановом порядке. После выполнения ЭРХПГ с определением причины и уровня блока оттока жёлчи в 57 наблюдениях были произведены различные манипуляции, обеспечившие декомпрессию ЖВП.

В качестве последних применяли эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), ревизию жёлчных протоков с помощью корзинки Дормиа и катетера Фогерти с возможной контактной литотрипсией и литоэкстракцией, стентирование, назобилиарное дренирование.

При выявлении конкрементов в гепатикохоledохе, ЭПСТ всегда дополняли ревизией последнего, в



случае необходимости – контактной литотрипсией и (или) литоэкстракцией, эффективность составила 93,3%.

Выполнить декомпрессию ЖВП оказалось невозможным у 34 (20,1%) больных, что было обусловлено грубой деформацией и анатомическими особенностями в области папиллы, интрадивертикулярным расположением БСДК, техническими проблемами. В этих ситуациях разрешения МЖ удалось добиться путём выполнения ЧЧХС в 2 наблюдениях, путём повторного эндоскопического вмешательства – в 1, с помощью оперативного вмешательства – в 31 случаях. Из осложнений ЭРХПГ и различных видов эндоскопической декомпрессии отмечали только реактивный панкреатит (n=6).

В 1 (9,1%) наблюдении после ЧЧХС желтуху решить не удалось, отмечалось дальнейшее нарастание гипербилирубинемии. При повторном дренировании под УЗ-контролем удалось получить удовлетворительный результат. В 2 (6,4%) наблюдениях после ЧЧХГ и ЧЧХЦС было отмечено желчеистечение, не потребовавшее хирургического вмешательства. Летальных исходов, связанных с исследованием и дренированием, не было отмечено.

ВЫВОДЫ:

1. Клиническая картина и лабораторные показатели являются неинформативными в определении этиологии механической желтухи и уровня блока ЖВП и, следовательно, не являются критериями выбора оптимального метода лечения.
2. Применение современных инструментальных методов диагностики (УЗИ, ФГДС, КТ, МРХПГ) у больных с механической желтухой позволяет достоверно подтвердить механический характер желтухи, выявить причину и уровень блока, опухолевое поражение в области БДС, оценить распространённость процесса и возможность выполнения ЭРХПГ, а ЧЧХГ, ЧЧХЦС и эндоскопические манипуляции дают возможность мининвазивным методом восстановить пассаж жёлчи.
3. Выбор способа и объёма вмешательства при МЖ зависит, прежде всего, от тяжести МЖ, общего состояния пациентов, этиологии заболевания, а также уровня зоны обструкции и её протяжённости.
4. Больным с тяжестью МЖ «В» и «С» и наличием сопутствующих заболеваний целесообразно выполнение двухэтапных вмешательств с применением на первом этапе мининвазивных вмешательств под УЗ-контролем и эндоскопические операции. При тяжести МЖ «А» возможно выполнение одномоментных радикальных операций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сравнительная оценка различных методов в лечении больных острым калькулёзным холециститом, осложнённым холедохолитиазом /В.П. Башилов [и др.] // Хирургия. - 2005. - №10. - С.40-45.
2. Ветшев П.С. Хирургическое лечение холелитиаза: незыблемые принципы, щадящие технологии /П.С. Ветшев, А.М. Шулуто, М.И. Прудков// Хирургия. - 2005. - № 8. - С. 91-93.
3. Особенности диагностики и хирургического лечения жёлчнокаменной болезни у лиц с высоким операционным риском /В.Я. Дивилин [и др.] // Анналы хир. гепатол. - 2002. - №1. - С. 104.
4. Ермолов А.С. Малоинвазивные методы в лечении острого холецистита /А.С. Ермолов, А.А. Гуляев, П.А. Иванов// Хирургия органов гепатопанкреатобилиарной зоны. - М.: - 2000. -С. 146-146.
5. Майстренко Н.А. Программный подход в лечении больных жёлчнокаменной болезнью с высоким операционным риском /Н.А. Майстренко, А.Л. Андреев, В.В. Стукалов// Анналы хир. гепатол. - 2002. - №1. - С. 127-128.
6. Кононенко С.Н. Диагностика механической желтухи и пути повышения эффективности мининвазивных технологий, направленных на её ликвидацию /С.Н. Кононенко, С.В. Лимончиков // Хирургия. - 2011. - №9. - С. 4-10
7. Оптимизация диагностического алгоритма и повышение эффективности малоинвазивных хирургических вмешательств при механической желтухе /Ю.Л. Шевченко [и др.] // Анналы хирург. гепатол. - 2008. - №4. - С. 96-101.
8. An ultrasound-driven needle-insertion robot for percutaneous cholecystostomy / J. Hong [et al.] // Phys. Med. Biol. - 2004. - №3. - P. 441-455.
9. Bile Duct Injury During Laparoscopic Cholecystectomy. Results of a National Survey / S.B. Archer [et al.] // Ann. Surg. - 2001. - Vol. 234, №4. - P.549-558.
10. Akhan O. Percutaneous cholecystostomy / O. Akhan, D. Akinci, M.N. Ozmen // Eur. J. Radiol. - 2002. - V. 43. - 229 - 236.
11. Ultrasound guided percutaneous cholecystostomy in high-risk patients for surgical intervention / H. Bakkaloglu [et al.] // World. J. Gastroenterol. - 2006. - №12. - P. 7179-7182.
12. Spalding D.R. Pancreatic and periampullary cancers: treatment and outcome / D.R. Spalding // J Br. J Hosp. Med. - 2006. - №1. - P.14-20.
13. Percutaneous transhepatic cholecystostomy: effective treatment of acute cholecystitis in high risk patients / M. Berman [et al.] // Isr. Med. Assoc. - 2002. - Vol. 5. - P. 331 - 333.
14. Foley W.D. The role of sonography in imaging of the biliary tract / W.D. Foley, F.A. Quiroz // Ultrasound. - 2007. - № 2 - P. 123 - 135.



Summary

Minimally invasive technology in the diagnosis and treatment of obstructive jaundice

F.I. Makhmadov, K.M. Kurbonov, Z.H. Nurov, A.J. Sobirov, A.D. Gulahmadov

Chair of surgical diseases №1 of Avicenna TSMU

Analyzed the experience of diagnosis and treatment of obstructive jaundice (OJ) using a minimally invasive surgical procedures in 226 patients. It is established that the clinical picture, laboratory findings have secondary importance in determining the level and causes of bile draining block. For differential diagnosis of the etiological agent of obstructive jaundice non-invasive and minimally invasive radiologic studies were used: ultrasound (n=226), magnetic resonance cholangiopancreatography (n=96), multidetector computed tomography (n=24), retrograde cholangiopancreatography (n=59) and percutaneous transhepatic cholangiography (n=39).

In order to determine of informativity disclosing of stones, strictures of bile-excreting ducts, volumetric formations, dilatation of intra-liver bile-excreting ducts, common hepatic duct and common bile duct were evaluated. Ways to eliminate biliary hypertension were different types of endoscopic decompression (n=57) and percutaneous transhepatic cholangiostomy (n=31), which were performed in conjunction with ERCPG and PTCG. In comparative evaluation, the ability of performing these types of bile-excreting ducts decompression, their effectiveness in jaundice resolution were 93,3%.

Key words: jaundice, decompression of biliary ducts, percutaneous transhepatic cholangiography

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Махмадов Фаррух Исроилович – доцент кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, 1 пр. ул. Айни, 46
E-mail: fmahmadov@mail.ru



Опыт хирургического лечения осложнений лапароскопической холецистэктомии

Дж.М. Курбанов

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе проанализированы интраоперационные осложнения при проведении традиционной и лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) у 421 больного с желчнокаменной болезнью. Исследования показали, что интраоперационные повреждения желчевыводящих путей до настоящего времени являются одним из наиболее частых осложнений ЛХЭ и встречаются в 0,2-1,1% случаев. Основными факторами, вызвавшими развитие осложнений при ЛХЭ, явились сложная анатомия треугольника Кало, наличие выраженного спаячно-инфильтративного процесса в области желчного пузыря, недостаточное индивидуальное мастерство и опыт хирурга, а также технические условия проведения операции.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, осложнение лапароскопической холецистэктомии

Актуальность. Проблема лечения больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) в последние годы приобретает всё большую значимость, что связано с увеличением числа больных с данной патологией. Как отмечают большинство авторов, заболевания желчевыводящей системы встречаются более чем у 10% населения планеты, при этом каждое десятилетие количество больных удваивается [1-3].

По данным статистики, в структуре заболеваний билиарной системы у лиц пожилого возраста ведущими являются ЖКБ и хронический калькулёзный холецистит (40-55%), при аутопсии обнаружение камней в желчном пузыре составляет 20-25% [2-4]. Как отмечает ряд авторов, преобладающим полом при данной патологии является женский – 4:10 [10].

Цель исследования. Изучить причины интраоперационных осложнений при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ).

Материал и методы. В отделении хирургии Лечебно-диагностического центра ТГМУ им. Абуали ибни Сино и ЦРБ Дж. Руми с 2003 по 2012 гг. выполнено 421 ЛХЭ. Мужчин было 45, женщин – 376. Возраст больных колебался от 26 до 67 лет (средний возраст 41 год).

Из общего числа выполненных ЛХЭ, в 10 (2,3%) наблюдениях диагностированы различные интраоперационные осложнения. Так, интраоперационное повреждение холедоха отмечено в 3 случаях, правой ветви печёночной артерии и добавочной а. *сустис* – в 3, сосудов передней брюшной стенки – в 2, повреждение сосудов большого сальника и пневмоэмулюм – в 2 наблюдениях.

При выполнении ЛХЭ у 10 пациентов отмечены следующие осложнения: ожирение 2 степени – 4 больных, гипертоническая болезнь – 1. Длительность заболевания ЖКБ по данным анамнеза составляла от 3 до 7 лет.

Результаты и их обсуждение. Хирургическая тактика в каждом конкретном случае определялась типом повреждения и временем его распознавания.

Тяжёлое повреждение холедоха возникло в 3 случаях. Общий жёлчный проток, вследствие выраженных воспалительно-инфильтративных изменений в области ворот печени с наличием синдрома Мириizzi I типа, был ошибочно клипирован и полностью пересечён. Повреждение холедоха было замечено во время операции, что послужило причиной перехода на лапаротомию. В одном случае произведено восстановление холедоха с анастомозом по типу «конец в конец» и дренированием по Керу, операция также была завершена холецистэктомией. В двух других наблюдениях был выполнен гепатикоеюноанастомоз (см. рис.).

Интраоперационные повреждения желчевыводящих путей до настоящего времени остаются одними из наиболее частых осложнений ЛХЭ и встречаются в 0,2-1,1% случаев [1,2,5]. По данным разных авторов, частота развития данного осложнения в зависимости от метода холецистэктомии представлена в таблице.

По данным большинства авторов, при ятрогенном повреждении желчевыводящих путей во время ЛХЭ необходимо выполнить лапаротомию и холангиографию [1,2,4,6]. Реконструктивные операции на внепечёночных жёлчных путях при их ятрогенном



РИС. СХЕМА ГЕПАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗА, ВЫПОЛНЕННОГО ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ХОЛЕДОХА

повреждению являются крайне сложными [1,7]. Jabłońska B. et al. (2009) считают, что реконструктивно-восстановительные операции в таких случаях должны выполняться хирургом, имеющим достаточный опыт выполнения наиболее сложных оперативных вмешательств в гепатобилиарной хирургии [8]. Повреждения холедоха при ЛХЭ сопровождаются худшими результатами, нежели после открытой холецистэктомии, что связано с более глубоким повреждением его слоёв, вследствие термического ожога. Вместе с тем, А.Г. Агаев и соавт. [9] отмечают, что результат лечения повреждённого во время лапароскопической холецистэктомии жёлчного протока был значительно лучше, чем после всех других операций, даже несмотря на то, что повреждения, связанные с лапароскопической холецистэктомией, были более сложными [3].

Повреждение правой печёночной (ППА) и добавочной пузырной артерий сопровождалось обильным кровотечением, которое было остановлено в 1 случае дополнительным клипированием добавочной пузырной артерии, а в 2 случаях – после конверсии выполнено лигирование ППА из-за протяжённого дефекта артерии. По данным сводной статистики S.M. Strasberg и W.S. Helton [6], описаны 225 случаев последствий ранений правой печёночной артерии, при удалении жёлчного пузыря, как лапароскопическим методом, так и при открытой операции, при этом основой развития данного осложнения является близость анатомических структур и неадекватная их визуализация. Как отмечают авторы, наиболее частыми последствиями ранения правой печёночной артерии являются формирование ложной аневризмы и её окклюзия. Как показало исследование Halasz N.A. [7], при вскрытии умерших, у которых была произведена холецистэктомия в различные периоды жизни, было выявлено повреждение ППА в 7% случаев. Как показано рядом исследований, в большинстве случаев при лигировании ППА или её окклюзии в отдалённом периоде, клинических зна-

ТАБЛИЦА. ЧАСТОТА ЯТРОГЕННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖВП В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ВЫПОЛНЕНИЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Исследователи	После открытой холецистэктомии в %	После лапароскопической холецистэктомии в %
Gentileschi <i>et al.</i> [6], 2004	0,0-0,7	0,1-1,1
Kaman <i>et al.</i> [8], 2006	0,3	0,6

чимых симптомов ишемии и нарушений со стороны печени и ЖВП не отмечается. В наших наблюдениях осложнений, связанных с клипированием ППА, в раннем послеоперационном периоде не отмечено.

В 2 случаях, при повреждении сосудов передней брюшной стенки из второго прокола брюшной полости, кровотечение останавливали путём коагуляции лапароскопическим методом. Необходимость выполнения гемостаза до основного этапа операции было вызвано излитием крови в брюшную полость и сложностью визуализации органов брюшной полости. По данным ряда авторов, кровотечение, возникающее после проведения троакара в брюшную полость, встречается довольно редко, при этом наиболее опасной является зона введения 2-го троакара. Данное осложнение может препятствовать выполнению ЛХЭ.

Работами ряда авторов показано, что повреждение нижней эпигастральной артерии при ЛХЭ встречается в 2,5% случаев. Кровотечение из области прокола троакаром брюшной стенки может быть не распознано во время операции, так V.Mohammadhosseini и S.Shirani [2] описали формирование обширной гематомы брюшной стенки после ЛХЭ, что потребовало выполнения лапаротомии.

Повреждение сосудов большого сальника и пневмоментум отмечены в 2 наблюдениях. Развившееся кровотечение затрудняло выполнение холецистэктомии, что потребовало проведения их коагуляции. Развитие пневмоментума не требовало выполнения дополнительных манипуляций, в связи с чем операцию заканчивали несмотря на это осложнение.

Таким образом, основным фактором, вызвавшим развитие осложнений при ЛХЭ, явилась сложная анатомия треугольника Кало, при наличии выраженного спаячно-инфильтративного процесса в области шейки ЖП и гепатодуоденальной связки.



ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по хирургии жёлчных путей. Под ред. Э.И.Гальперина, П.С.Ветшева. Видар. – 2009. – 563 с.
2. Mohammadhosseini B. Intra-abdominal and abdominal wall haematoma from 5 mm port insertion site in laparoscopic cholecystectomy / B.Mohammadhosseini, S.Shirani // Videosurgery and other miniinvasive techniques. - 2011. – Vol. 6, № 3. – P. 164-166
3. Brescia A. Laparoscopic cholecystectomy in day surgery: Feasibility and outcomes of the first 400 patients /A.Brescia [et al.]// The Surgeon. – 2013. - Vol. 11. – P. S14-S18
4. Седов В.М. Осложнения в лапароскопической хирургии и их профилактика / В.М.Седов, В.В.Стрижелецкий. С-Пб. – 2002. – 179 с.
5. Comparison of major bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy /L.Kaman, S.Sanyal, A.Behera, R.Singh // ANZ J. Surg. – 2006. – Vol. 76, - P. 788-791
6. Strasberg S.M. An analytical review of vasculobiliary injury in laparoscopic and open cholecystectomy / S.M.Strasberg, W.S.Helton // HPB. - 2011. – Vol. 13, - P. 1–14
7. Gentileschi P. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: a 1994-2001 audit on 13,718 operations in the area of Rome / P.Gentileschi [et al.]// SurgEndosc. – 2004. – Vol. 18, - P. 232-236
8. Jabłońska B. Iatrogenic bile duct injuries: etiology, diagnosis and management / B.Jabłońska, P.Lampe // World J. Gastroenterol. – 2009. – Vol.15, - P. 4097-4104
9. Прогностические факторы, влияющие на результат лечения послеоперационных стриктур и повреждений магистральных жёлчных протоков / Б.А.Агаев, Г.Ф.Муслимов, Г.Р.Алиева, Т.Р.Ибрагимов // Хирургия. Журнал им. Н.И Пирогова. – 2010. - №12. – С. 44-50
10. Shaffer E. Epidemiology and risk factors for gallstone disease: has the paradigm changed in the 21st century? / E.Shaffer // Curr. Gastroenterol Rep. - 2005. - №7, - P. 132 - 140

Summary

Experience of surgical treatment complications of laparoscopic cholecystectomy

J.M. Kurbanov

Chair of operative surgery and topographic anatomy of Avicenna TSMU

In this paper the intra-operative complications in performing conventional and laparoscopic cholecystectomy (LC) in 421 patients with cholelithiasis has been analyzed. Studies have shown that intraoperative injuries of the biliary tract until current time is one of the most frequent complications of LC and occur in 0.2-1.1% of cases. The main factors which caused complications in LC were the complexity anatomy of the Kahlo triangle, the presence of significant commissural – infiltrative process in and around gall bladder, imperfect of individual surgeon's skill and experience, and the technical conditions during surgery.

Key words: gallstone disease, a complication of laparoscopic cholecystectomy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Курбанов Джурабек Муминович – заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: Sajjodinemat@mail.ru



Иммунокоррекция у больных, перенёвших ампутацию нижних конечностей при диабетической гангрене

А.Р. Кодиров, Ш. Юсупова, Б. Идиев*

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино;

*Городской медицинский центр г. Душанбе

В данном сообщении представлены результаты наблюдений за 48 пациентами с диабетической гангреной, перенёвших высокие ампутации нижних конечностей, которым с целью иммунокоррекции было произведено внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК).

Применяя данный подход на основании изучения иммунной системы только в 4 случаях из 48 отмечали нагноения раны.

Изменения показателей IgG ($765,4 \pm 14,0$ – до лечения и $969,4 \pm 12,9$ – после лечения) и IgM ($546,5 \pm 15,6$ и $700,4 \pm 17,3$, соответственно) были существенными по сравнению с иммуноглобулином А, что не имело статистически достоверного изменения после сеансов лазеротерапии ($p > 0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что ВЛОК, начатое до проведения ампутации и после его выполнения в течение последующих 7-10 суток, привело к значительному изменению иммунного статуса у больных.

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая гангрена, ампутация нижних конечностей, лазеротерапия

Введение. По данным мировой статистики, ещё 20 лет назад численность больных сахарным диабетом (СД) в мире не превышала 30 млн. человек, а сейчас их количество по приблизительным оценкам составляет более 280 млн. [1]. Одним из наиболее грозных осложнений СД является развитие синдрома диабетической стопы (СДС), что в более чем 30% случаев приводит к ампутации конечности [2,3].

Лечение осложнений синдрома диабетической стопы и гнойно-некротических изменений после ампутации является комплексным и направлено на коррекцию сахара крови, борьбу с инфекцией, улучшение микроциркуляции крови и трофики поражённых тканей, включая антиоксидантную терапию, детоксикацию и иммуностимуляцию [2,4,5].

В последние годы наиболее дискуссионным вопросом в лечении острых гнойно-некротических изменений диабетической стопы является применение различных иммуностимуляторов и изучение их эффективности [5,6].

При этом наиболее сложным и мало изученным аспектом данной проблемы является исследование иммунитета у пациентов, которым выполняются большие ампутации при СДС.

Цель исследования: изучение некоторых показателей иммунитета при диабетической гангрене у больных, которым выполнены большие ампутации нижних конечностей.

Материал и методы. В исследование вошли 48 пациентов с гнойно-некротическим поражением нижних конечностей при сахарном диабете, которым в период с 2009 по 2012 гг. были выполнены высокие ампутации конечностей в отделении эндокринной хирургии ГМЦ г. Душанбе.

При поступлении всем 48 пациентам наряду с общеклиническим обследованием, производился забор венозной крови в количестве 10 мл. Уровень иммуноглобулинов классов А, М, G в сыворотке крови измеряли методом простой радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини. Определение относительного и абсолютного количества популяций Т-лимфоцитов, а также относительного и абсолютного количества клеток проводилось методом непрямой иммунофлуоресценции с помощью моноклональных антител серии ИКО (ВОНЦ АМН РФ).

Данные параметры иммунной системы являются одними из основных, позволяющих достоверно судить об изменениях иммунного статуса при диабетиче-



ТАБЛИЦА. ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА ДО И ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИСОСУДИСТОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ АМПУТАЦИЮ КОНЕЧНОСТИ

	Иммуноглобулины, г/л			Другие показатели иммунитета			
	A	M	G	T-лимф.	T-хел.	T-супр.	ЦИК
До проведения лазеротерапии							
M±m	150±7,4	546,5±15,6	765,4±14,0	38,7±0,8	23,9±0,6	16,5±0,7	7,6±0,1
После сеансов лазеротерапии							
M±m	148,4±5,7	700,4±17,3	969,4±12,9	56,7±1,0	35,3±0,7	21,5±0,5	5,1±0,1
P	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

ской гангрене, в связи с чем для коррекции данных показателей 48 больным после высоких ампутаций проводилось лазерное облучение крови (ВЛОК) аппаратом «Матрикс - ВЛОК» (2010), длиной волны 0,63 мкм, мощностью 1,5 Мвт.

Данная процедура проводилась по 15 минут ежедневно, в течение 7 суток с момента выполнения высокой ампутации конечности. При этом во всех случаях, после усечения конечности, для внутрисосудистого лазерного облучения использовались центральные венозные катетеры, установленные до и/или во время операции.

Статистическую обработку проводили с использованием программы SPSS 16.0, и статистика 10.0. Методами описательной статистики определяли средние тенденции с вычислением среднеарифметического значения и его стандартной ошибки. Нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Синдром эндогенной интоксикации в различной степени был выражен у всех больных. При этом отмечалась стойкая субфебрильная или гектическая температура. Согласно данным, полученным у больных, которым были произведены высокие ампутации конечностей, во всех случаях отмечалось значительное снижение показателей иммунитета. Изменения основных классов иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG) обнаружены у всех 48 пациентов. Нарушения в фагоцитарном звене иммунитета проявлялись снижением уровня Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров, достоверность которых показана в таблице.

ВЛОК, начатое до проведения ампутации и после его выполнения в течение последующих 7-10 суток, привело к значительному изменению иммунного статуса у больных.

Использование ВЛОК позволило значительно улучшить показатели иммунитета, что показано в таблице. Вместе с тем, необходимо отметить, что изменение показателей иммуноглобулинов А не имело статистическую значимость после сеансов лазеротерапии ($p > 0,05$).

Тяжёлые изменения со стороны показателей иммунной системы были характерны у всех пациентов, что связано с наличием длительности инфекции стопы, высоковирулентной инфекции и интоксикации. В свою очередь, эти изменения отражают степень тяжести состояния больного с гнойно-некротическими осложнениями нижних конечностей и дальнейшее течение заживления ампутационной культи после усечения конечности.

Вместе с тем, необходимо отметить, что показатели иммунного статуса, в особенности иммуноглобулина G ($765,4 \pm 14,0$ – до лечения и $969,4 \pm 12,9$ – после лечения), требуют особой интерпретации. Так как у больных с сахарным диабетом второго типа, длительно получающих гипогликемические препараты, отмечается увеличение вышеуказанных показателей, не отражающих реального состояния иммунного статуса.

Изучению иммунного статуса и его коррекции у больных с осложнёнными формами диабетической стопы, посвящено множество работ, в основном применению различных препаратов, в частности «Суперлимф» и «Ронколейкин» [7,8]. Так, Барбина Т.М. (2010), применяя эти препараты, констатирует, что изменения основных классов иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG) обнаружены у 80% больных. На фоне соответствующего лечения соотношение иммуноглобулинов существенно не менялось. При этом сохранялось высокое содержание уровня циркулирующего IgG [7].

А.В.Гейниц и А.В.Москвин (2010) показали, что под воздействием низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) происходят многочисленные изменения свойств крови. Авторы отмечают, что эффекты, вызываемые НИЛИ, можно условно разделить на два основных направления: иммунная система и трофическое обеспечение тканей [9]. Мы также в своей работе, применяя данный подход, отмечали нагноение раны лишь в 4 случаях из 48.

Таким образом, у исследуемых нами больных с гнойно-некротическими изменениями нижних конечностей при сахарном диабете отмечали стойкое снижение основных показателей иммунной системы. При этом использование ВЛОК в течение 10 суток после операции позволяет корректировать патологические изменения показателей иммунной системы.



ЛИТЕРАТУРА

1. Бенсман В.М. Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы / В.М.Бенсман. М. Мед-практика. – 2010. – 471 с.
2. Гавриленко А.В. Хирургическое лечение больных с критической ишемией / А.В.Гавриленко, С.И.Скрылев - М. - 2005. - 176 с.
3. Грекова Н.М. Хирургия диабетической стопы / Н.М.Грекова, В.Н.Бордуновский. - М.: Медпрактика. - 2009. - 188 с.
4. Дедов И.И. Диабетическая стопа / И.И.Дедов, О.В.Удовиченко, Г.Р.Галстян. - М.: Медпрактика. - 2005. - 175 с.
5. Савон И.Л. Эффективность терапии иммуноактивными препаратами у больных сепсисом на фоне осложнённого синдрома диабетической стопы / И.Л.Савон // Украинский журнал хирургии. – 2012. - №1, - Том 16. – С.70-75
6. Липин А.Н. Иммунокоррекция в комплексном лечении синдрома диабетической стопы / А.Н.Липин, В.О.Срабионов, Н.В.Рухляда // Хирургические технологии. – СПб. – 2006. – 196 с.
7. Барбина Т.Н. Иммунотерапия при сахарном диабете 2 типа, осложнённом синдромом диабетической стопы, комплексом природных цитокинов и противомикробных пептидов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.Н.Барбина. – 2010. – 24 с.
8. Егоренко М.В. Иммунокоррекция при хирургическом лечении осложнённых форм синдрома диабетической стопы: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.В.Егоренко. – 2002. – 24 с.
9. Гейниц А.В. Новые технологии внутривенного лазерного облучения крови / А.В.Гейниц, С.В.Москвин. – М.– 2010. – 95 с.

Summary

Immunocorrection in patients undergone lower limb amputation for diabetic gangrene

A.R. Qodirov, Sh. Yusupova, B. Idiev*

Chair of General Surgery № 2 of Avicenna TSMU;

*City Medical Center in Dushanbe

The outcomes of observations 48 patients with diabetic gangrene undergoing high amputation of the lower extremities, which for immunocorrection were accomplished intravenous laser exposure of blood (ILEB) is presented in this report.

Applying this approach by studying the immune system in only 4 of the 48 cases were noted wound infection.

Changes characteristics of IgG ($765,4 \pm 14,0$ – before treatment and $969,4 \pm 12,9$ – after treatment) and IgM ($546,5 \pm 15,6$ and $700,4 \pm 17,3$, respectively) were significant by comparison with immunoglobulin A, which had not a statistically significant change after the sessions of laser therapy ($p > 0,05$).

The receiving data indicate that ILEB, begun before the amputation, and after its performance in the next 7-10 days, providing a significant change in immune status of the patients.

Key words: diabetes, diabetic gangrene, amputation of the lower limbs, laser therapy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Кодиров Абдурауф Разакович – соискатель кафедры общей хирургии №2 ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. акад. Раджабовых, 6/2
E-mail: doctor-rauf@mail.ru



Влияние острой кровопотери на изменение функций сердечно-сосудистой системы у больных пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью

Р.Д. Джамилев, Д.А. Абдуллоев, Р.А. Зокиров, Х.Х. Баротов
Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе анализируются и обсуждаются вопросы влияния острых гастродуоденальных кровотечений (ОГДК) язвенной этиологии у больных пожилого и старческого возраста.

Ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 101 больного данной возрастной группы показал, что кровопотери средней и тяжёлой степеней были выявлены у 56 (55,4%) больных, тогда как у 72 (71,3%) – лёгкой и средней.

У 27 (26,73%) пациентов было констатировано тяжёлое течение заболевания, при котором отмечалось нарастание степени расширения миокарда и значительное снижение его сократительной функции, что клинически проявлялось симптомами застойной сердечной недостаточности и мерцательной аритмией.

Изменения ЭКГ, характерные для прогрессирующей гипоксии миокарда, и нарушение проводимости имеют прогностическое значение, поскольку от них зависит степень координированности работы сердца.

Ключевые слова: острое гастродуоденальное кровотечение язвенной этиологии, острая кровопотеря

Актуальность. Лечение больных пожилого и старческого возраста с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями (ОГДЯК) является наиболее сложной и дискуссионной проблемой современной хирургии [1,2].

При ОГДК язвенной этиологии у больных пожилого и старческого возраста наблюдаются разнообразные нарушения функционального состояния органов кровообращения.

Установлено, что у этой категории пациентов с сопутствующими заболеваниями (ИБС, гипертоническая болезнь, атеросклероз, сахарный диабет) происходит нарушение кровообращения миокарда, степень которого находится в прямой зависимости от степени кровопотери.

В свою очередь, сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы являются факторами, предрасполагающими к развитию кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта [3,4].

Особенно эта проблема возникает остро у больных с высокой степенью операционного риска, когда

проведение каких-либо радикальных хирургических коррекций на высоте кровотечения крайне опасно для жизни больного, а их промедление чревато развитием грозных послеоперационных осложнений, сопровождающихся высокой летальностью – от 15% до 50%, а при рецидиве кровотечения – 30-75% [5,6].

Цель исследования: изучение состояния сердечно-сосудистой системы при острых гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Настоящая работа выполнена за период с 2007 по 2012 гг. на базе хирургического отделения ГКБ №3 г. Душанбе, которая является клинической базой кафедры общей хирургии №2 ТГМУ.

В основу научной работы положен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 101 больного пожилого и старческого возраста с клинической картиной ОГДК язвенной этиологии. Из них 67 (66,3%) – мужчины, 34 (33,7%) – женщины, возраст больных варьировал от 60 лет до 91 года.

При оценке тяжести кровопотери мы исследовали, традиционно применяемую в нашей клинике, трёх-степенчатую классификацию Горбашко А.Н. (1974) и Шалимова А.А. (1987), учитывая её простоту, не требующую больших затрат времени и средств. Согласно данной классификации, при лёгкой степени – кровопотеря объёма циркулирующей крови (ОЦК) доходила до 20%, средней степени – от 20% до 30% и тяжёлой – более 30% ОЦК. Этот метод основан на клинико-лабораторных данных показателей эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, пульса, артериального давления и объёма циркулирующей крови.

Всем больным проводили общепринятые лабораторные (общий анализ крови и мочи, определение эритроцитов, гемоглобина и гематокрита в динамике) и инструментальные методы исследования, в том числе ЭКГ.

Результаты и их обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о том, что у 9,9% пациентов кровотечение возникло без язвенного анамнеза. Наиболее часто мы отмечаем кровотечение у пациентов, страдающих язвенной болезнью в сроки до 10 лет, что составило 72,3% от общего числа наблюдаемых нами больных.

Кровопотери лёгкой степени были выявлены у 45 (44,6 %) больных, средней – у 27 (26,7%) и тяжёлой – у 29 (28,7%). Степень тяжести кровопотери при язвенной болезни желудка или ЯДПК у мужчин и женщин представлена в таблице 1.

ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ КРОВОПОТЕРИ

	Мужчины	Женщины	Абс.	%
Лёгкая	17	28	45	44,6
Средняя	12	15	27	26,7
Тяжёлая	13	16	29	28,7
Итого:	42	59	101	100

По мере падения АД уменьшение объёма кровотока в коронарных артериях отмечается в меньшей степени, чем в других органах. Появляются изменения ЭКГ, характерные для прогрессирующей гипоксии миокарда, нарушается проводимость, что имеет значение для прогноза, поскольку от неё зависит степень координированности работы сердца (табл.2).

ТАБЛИЦА 2. КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ СТЕПЕНЬЮ КРОВОПОТЕРИ И ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МИОКАРДА

Степень кровопотери	Изменения в ЭКГ
Лёгкая	Снижение или двугорбость зубца Т и депрессии сегмента ST
Средняя	Зубец Т становится двухфазным
Тяжёлая	Развивается некроз с последующим переходом в рубец, а зубец Т становится отрицательным

Гипоксия тканей приводит к накоплению в организме недоокисленных продуктов обмена веществ и к ацидозу, который в начальных стадиях кровотечения носит компенсированный характер. Нередко на ЭКГ удается зафиксировать снижение зубца Т и сегмента ST.

Дистрофия (нарушение питания) сердечной мышцы приводит к нарушению работы мышечных волокон и вызывает ослабление сократительной способности сердца. В основе миокардиодистрофии лежит нарушение обменных процессов в клетках миокарда, что приводит к изменению их структурных компонентов. Особенностью патологического процесса при миокардиодистрофии является неоднородность поражения клеточных структур в пределах одной и той же клетки. Дистрофический процесс носит очаговый или распространённый характер и проходит 3 стадии развития (рис.1).

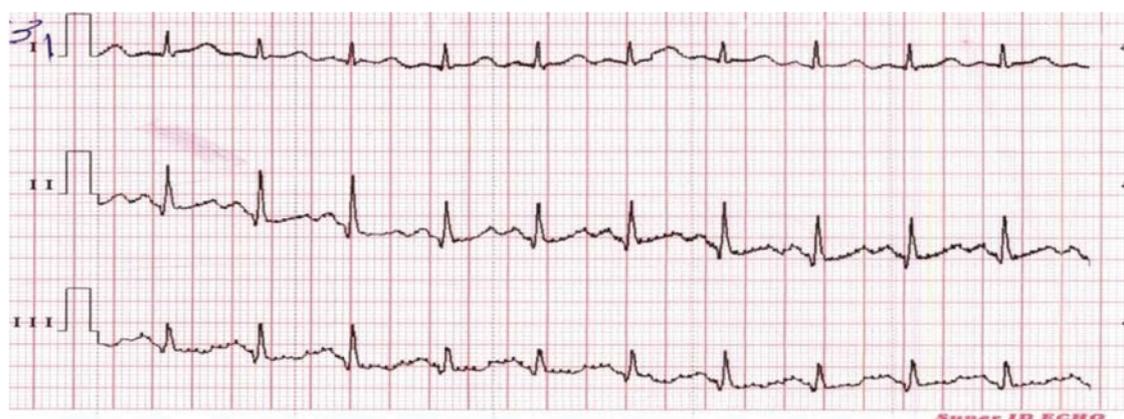


РИС.1. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ В I СТАДИИ ДИСТРОФИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

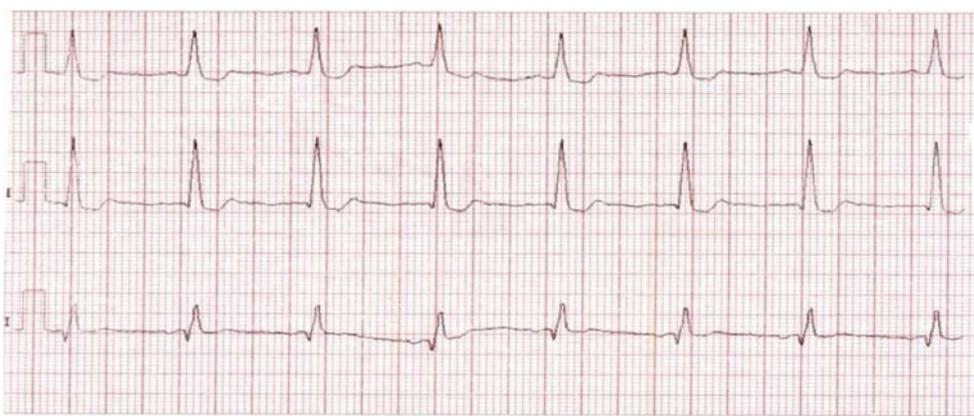


РИС.2. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ НА II СТАДИИ ДИСТРОФИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

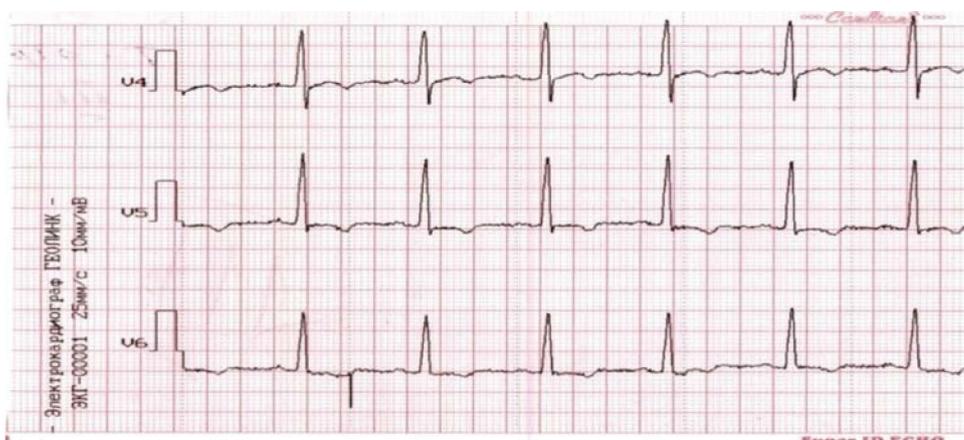


РИС.3. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ III СТАДИИ

В течение I стадии в сердечной мышце появляются очаги дистрофических изменений и первые признаки увеличения миокарда, которые обусловлены гибелью части мышечной ткани. Поражение и гибель мышечных клеток восполняется увеличением массы специфических структур в неповреждённых клетках, на ЭКГ отмечается снижение или двугорбость зубца Т и депрессия сегмента ST. Такая картина ЭКГ нами наблюдалась у 45 (44,55%) больных.

У 27 (26,73%) пациентов мы отмечали тяжёлое течение заболевания, при котором отмечалось нарастание степени расширения и значительное снижение сократительной функции миокарда, что клинически проявлялось симптомами застойной сердечной недостаточности и мерцательной аритмией (рис. 2).

Дистрофические изменения в I и II стадиях обратимы. Устранение причины возникновения заболевания приводит к постепенной нормализации структур мышечных волокон путём внутриклеточного восстановления. При второй стадии зубец Т становится двухфазным.

В 29 (28,71%) случаях была выявлена III стадия дистрофического процесса в миокарде, которая считается необратимой, так как развивается некроз с последующим переходом в рубец, а зубец Т при этом становится отрицательным (рис.3).

Выявленные дисфункции свидетельствуют о гипоксических изменениях миокарда на фоне уменьшения объёма циркулирующей крови. В этой связи в комплексное противоязвенное лечение нами были включены средства, влияющие на тонус сосудов, улучшающие трофику миокарда, антиоксиданты и общеукрепляющая терапия.

Приводим клинический пример. Больной С.У., 69 лет, госпитализирован в клинику 4.01.2008г. с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения. Больному произведена диагностическая ФЭГДС, была обнаружена кровоточащая язва по задней стенке луковицы ДПК, размером 0,5x0,6 см. В анамнезе выявлена гипертоническая болезнь длительностью в 10 лет и атеросклероз с кардиосклерозом, в течение 5 лет страдает сахарным диабетом.



На ЭКГ выявлены гипоксические изменения миокарда на фоне уменьшения объёма циркулирующей крови. В этой связи в комплексное противоязвенное лечение, для подавления секреторной функции желудка, нами были включены препараты синтетических гормонов «Сандостатин» в дозе 25 мкг, путём внутривенной инфузии.

С целью восстановления энергетического потенциала клеток больному был введён раствор препарата «Реамберин» из расчёта 400 мл в сутки, внутривенно капельно. Учитывая гемостатический эффект, повышение тонуса гладких мышц сосудистой стенки, сужение вен и венул, особенно в брюшной полости, больному был назначен «Терлипрессин» по 1000 мкг, внутривенно каждые 6 часов, в течение 2-3 суток до остановки кровотечения и 2 суток после остановки кровотечения.

Постепенно на фоне проведённой терапии гемодинамика и показатели гемостаза стабилизировались. Состояние улучшилось. Больной был выписан на 16-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Общее периферическое сопротивление сосудов нарастает в соответствии с тяжестью кровопотери. Следствием снижения ОЦК является уменьшение венозного притока к сердцу и минутного объёма кровообращения (МОК). Учащение сердечного ритма в начальных стадиях кровопотери в какой-то мере поддерживает МОК, в дальнейшем – он неуклонно падает. В порядке компенсации увеличивается сила сокращений сердца и уменьшается количество остаточной крови в его желудочках. В терминальной стадии сила сердечных сокращений уменьшается, остаточная кровь в желудочках не используется. Перенесённая кровопотеря изменяет функциональное состояние сердечной мышцы [4].

Нарушения гемодинамики усугубляют течение язвенной болезни, способствуют развитию осложнений и уменьшают эффективность лечения. Выраженные изменения ЭКГ встречались нечасто и в основном зависели от исходного состояния сердечно-сосудистой системы. При этом установлено, что микроциркуляторное нарушение в миокарде зависит от степени тяжести кровопотери [5].

При тяжёлом кровотечении, в связи с сильным уменьшением МОК, доставка и потребление тканями кислорода падает, и развивается тяжёлое кислородное голодание, при котором, в первую очередь, страдает сердечная мышца и ЦНС.

Установлено, что одной из причин рецидива кровотечений у больных пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями является образование вторичных острых язв гастродуоденальной области, в патогенезе которых огромную роль играет ишемия. Гипоксия и ишемия влекут за собой глубокие нарушения обменных процессов в стенке желудка.

Таким образом, в возникновении острых язв у больных большую роль играет критическая гипоперфузия, связанная с кровопотерей, редукцией кровотока в желудочно-кишечном тракте, коагулопатией и расстройствами микроциркуляции, нарушение общего сложного механизма защиты слизистой оболочки и состояние желудочного кровотока, а также кислотопродуцирующей функции желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В.К. Проблема выбора метода лечения при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // Хирургия. - 2007. - №7. - С. 7-11
2. Евсеев М.А. Стратегия антисекреторной терапии у больных с кровоточащими и перформативными гастродуоденальными язвами / М.А. Евсеев, Г.Б. Ивахов, Р.А. Головин // Хирургия. - 2009. - №12. - С.28-30
3. Змушко М.Н. Основные моменты тактики лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями / М.Н. Змушко // М., 2003. - С. 56-60
4. Агзамов Ф.М. Тактика хирургического лечения больных язвенной болезнью пожилого и старческого возраста, осложнённой кровотечением или перфорацией язвы: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.Е. Агзамов // -М., 2008. - 24с.
5. Абдужаббаров А.А. Определение тактики и объёма хирургического лечения при острых гастродуоденальных кровотечениях / А.А. Абдужаббаров // Вестник Авиценны. – Душанбе. – 2009. - №3. – С.30-33
6. Баженов О.Ю. Характеристика основных показателей системы гемостаза у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями // О.Ю. Баженов, В.В. Велигодский // Анналы хирургии. – 2008. - №2. - С.34



Summary

Influence of acute blood loss on changing functions of cardiovascular system in elderly and old age patients with peptic ulcer disease

R.D. Jamilov, D.A. Abdulloev, R.A. Zokirov, H.H. Barotov
Chair of General Surgery N2 of Avicenna TSMU

In this paper has been analyzed and discussed issues of influence of acute gastroduodenal bleeding (AGDB) of peptic ulcer etiology in patients of elderly and old age.

A retrospective analysis the results of examination and treatment of 101 patients in this age group showed that the blood loss of medium and severe degrees were detected in 56 (55.4%) patients, whereas in 72 (71.3%) – light and medium degrees.

In 27 (26.73%) of the patients were ascertained severe course of disease, in which noted increasing the degree of myocardium's expansion and a significant reduction of its contractile function, which clinically manifested by symptoms of congestive heart failure and atrial fibrillation.

ECG changes, typical for progressive myocardial hypoxia, and malfunction of conduction have prognostic importance, as they determine the degree of heartco-ordination.

Key words: acute gastroduodenal bleeding of ulcer etiology, acute blood loss

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Джамилев Рахматходжа Додарджонович – ассистент кафедры
общей хирургии №2 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, ул. акад. Раджабовых, 6/2
E-mail: 60@tajmedun.tj



Отдалённые результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава протезом «Plus Endoprothetik»

В.А. Неверов, С.Х. Курбанов*

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ СЗМУ им. Мечникова МЗСР РФ;

*кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Работа посвящена анализу отдалённых результатов эндопротезирования тазобедренного сустава протезом «Plus Endoprothetik» у 937 (1018 операций) больных. Срок наблюдения составил до 12 лет. Приведены отличительные характеристики эндопротеза, особенности операции и реабилитации. Показаны особенности поведения данной конструкции у больных с заболеваниями и повреждениями тазобедренного сустава. Рассмотрены результаты и осложнения после операций эндопротезирования в указанных группах. В целом по шкале Harris получены отличные и хорошие результаты – в 99,42% случаев, удовлетворительные – 0,47%, неудовлетворительные – в 0,11%.

Ключевые слова: эндопротезирование тазобедренного сустава, протез «Plus-Endoprothetik»

Введение. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава является методом выбора почти для всех пациентов с его патологией, приводящей к хроническому дискомфорту и функциональной недостаточности. Большинство пациентов имеют великолепный прогноз для долгосрочного восстановления качества жизни [1].

Высокий реабилитационный эффект эндопротезирования, длительное и успешное функционирование искусственного сустава в организме заставляют при наличии показаний пересмотреть возрастную границу этого вмешательства в сторону её снижения. Ежегодно в мире выполняется до 1500000 тотальных замещений тазобедренного сустава. По статистике, в развитых странах на тысячу человек населения приходится одно эндопротезирование крупных суставов [2-5].

В конце XX века в России применялись следующие отечественные модели эндопротезов: Мура-ЦИТО, Сиваша, ЭСИ, Виравова, Войтовича, Мовшовича, Феникс, АРЕТЕ, ТАКИ, Компомед. В.А. Неверов (1999) на основании анализа большого клинического материала пришёл к следующему выводу: «Многие отечественные разработки, к сожалению, копируют ошибки зарубежных авторов и не имеют многолетнего опыта клинического применения, а производственная база не обладает достаточной технологической культурой, поэтому к применению основной массы отечественных протезов следует относиться осторожно и выборочно, в интересах самих больных [6].

Цель исследования. Оценить отдалённые результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава протезом «Plus Endoprothetik».

Материал и методы. Клинический материал включает 937 больных (1018 операций) с заболеваниями и повреждениями тазобедренного сустава, оперированных на клинических базах кафедры травматологии и ортопедии ГОУ СЗМУ им. Мечникова, в период с 1998 по 2010 гг. (табл.1).

ТАБЛИЦА 1. ПОКАЗАНИЯ К ПЕРВИЧНОМУ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ

Нозология	Абс.	%
Диспластический коксартроз	277	27,2
Перелом шейки бедренной кости	171	16,8
Идиопатический коксартроз	163	16,0
Ложный сустав шейки бедренной кости	142	14,0
Аваскулярный некроз головки бедренной кости	112	11,0
Посттравматический коксартроз	51	5,0
Ревматические болезни	41	4,0
Опухоли	41	4,0
Прочие	12	1,2
Чрезвертельные переломы	8	0,8
Всего	1018	100



Преобладающим диагнозом был деформирующий остеоартроз тазобедренного сустава III ст. (у 39,2%), в том числе у 27,2% больных – диспластический, у 16,0% – идиопатический и у 5,0% – посттравматический. Асептический некроз головки бедренной кости диагностирован в 112 случаях (11,0%). Больных с переломами и ложными суставами шейки бедренной кости было 313 (30,8%). Среди обследованных больных было 356 (38,0%) мужчин и 581 (62,0%) женщина. Средний возраст пациентов на момент операции составлял 56,6 года. Средние сроки наблюдения после операции составили 7,5 года (минимальный – 3, максимальный – 12).

Тазобедренный сустав был замещён бесцементным типом эндопротеза Цваймюллера.

Применение имплантатов, предложенных профессором Цваймюллером (Plus Endoprothetik), началось в 70-е годы XX века.

Ножка протеза имеет форму плоского клина. Фиксация ножки основывается на принципе заклинивания в костномозговом канале бедра. Существуют стандартные ножки SL, латерализованные и ревизионные SLR. Размеры ножек имеют длину от 128 до 188 мм. Имеется 14 анатомически адаптированных типоразмеров с пропорциональным увеличением длины и размеров ножки в сечении (рис. 1). Они хорошо подходят для диафизов любой формы, за исключением сильно искривлённых.



РИС. 1. НОЖКА ЭНДОПРОТЕЗА ЦВАЙМЮЛЛЕРА
ФИРМЫ «PLUS ENDOPROTHETIK» (ШВЕЙЦАРИЯ)

Бесцементная чашка имеет двойной конус (Bicon) и приближается по профилю к сфере (рис. 2), выпускается в стандартном варианте и для остеопороза – с двойной резьбой. Вертлужный компонент производится из титанового сплава Ø от 37 до 72 мм с шагом 3 – 4 мм. Чашка имеет 12 типоразмеров. Специальная резьба обеспечивает её прочную фиксацию даже в существенно видоизменённой вертлужной впадине. На дне чашки имеются 3 окна, которые дают возможность контролировать глубину имплантации, а также при необходимости проводить костную пластику. Подвижный элемент позволяет закрыть окна и полностью изолировать полиэтиленовый вкладыш от контакта с костной тканью.

Компания выпускает также сферическую чашку из титана для пресс-фит установки, которая покрыта титановым напылением или гидроксиллапатитом, размеры диаметра составляют от 40 мм до 68 мм с шагом 2 мм. В нашей серии клинических наблюдений чашки пресс-фит также использовались.

При эндопротезировании использовали головки из CoCr диаметром 28 мм с вариантами длины шейки S, M, L, XL, XXL с шагом 3 мм.

Таким образом, данная система позволяла выбрать оптимальный вариант для конкретной клинической ситуации, что давало возможность надеяться на долговременное функционирование имплантата. Эндопротезы Цваймюллера используются на всех клинических базах СЗМУ им. Мечникова с 1998 г. и хорошо зарекомендовали себя на практике.

Эндопротезирование тазобедренного сустава выполняли стандартно в положении пациента на здоровом боку из заднебокового доступа Кохера. Особенностью операции является сохранение капсулы сустава с последующим ушиванием и фиксацией коротких ротаторов на своё место с помощью П-образного шва.

После операции всем больным проводили профилактику тромбоза, которая заключалась в следующем: эластическое бинтование нижних конечностей либо ношение эластичного белья на протяжении 4-х недель, фармакологическое воздействие на свёртывающую систему крови и ранняя активизация больного после операции. У больных в качестве фармакологической профилактики использовали низкомолекулярные гепарины (фраксипарин, надропарин или клексан). Профилактический курс введения антибиотиков составлял 5-7 суток.

Результаты и их обсуждение. За 12 лет выполнено 1018 оперативных вмешательств, все больные наблюдались по общепринятой методике. Отдалённые результаты известны у 860 (84,5%) пациентов (табл.2).



РИС. 2. ВЕРТЛУЖНЫЙ КОМПОНЕНТ ЭНДОПРОТЕЗА ФИРМЫ «PLUS ENDOPROTHETIK»

Контрольные осмотры проводили в сроки 3, 6, 12 мес. после операции. Далее больные обращались в клинику раз в 1-2 года или при наличии каких-либо жалоб. Всем пациентам проводили контрольные рентгенологические исследования оперированного сустава с оценкой по принятым методикам, тестировали по методике Harris [8], позволяющей оценить как субъективные, так и объективные показатели функции тазобедренного сустава.

ТАБЛИЦА 2. ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПО ШКАЛЕ HARRIS

Оценка результата	Кол-во больных	Баллы
Отличный, хороший (более 80)	855	99,42%
Удовлетворительный (70-79)	4	0,47%
Неудовлетворительный (менее 70)	1	0,11%
Всего	860	100,0

Для изучения отдалённых результатов эндопротезирования больные с коксартрозом (диспластическим, идиопатическим, посттравматическим), асептическим некрозом головки бедренной кости и ревматоидным артритом были объединены в одну группу на том основании, что независимо от этиологического фактора патогенез дегенеративно-дистрофического процесса с клиническими (боль, ограничение подвижности, контрактура и укорочение конечности) и морфологическими (отсутствие суставного хряща, дегенеративные изменения в околосуставных тканях и мышцах, кистовидная перестройка в головке бедра и вертлужной впадине) признаками остаётся идентичным. Таким образом, в зависимости от клинико-рентгенологического варианта патологии были выделены две группы: повреждения (переломы и ложные суставы шейки бедра) и заболевания (идиопатический, диспластический, посттравматический остеоартроз, асептический некроз головки бедренной кости, ревматоидный артрит).

Отдалённые результаты лечения больных с заболеваниями тазобедренного сустава были следующими: отличные (90-99 баллов по Harris) и хорошие (80-89) результаты достигнуты в 98,5% случаев. У 1,4% – результат расценён как удовлетворительный (70-79 баллов). Неудовлетворительные результаты составили 0,1%. Это было связано с сохранившимися ограничениями движений при выраженной дисплазии, в том числе двусторонней и, как следствие, хромотой, ограничением ходьбы, ограничениями в пользовании общественным транспортом, необходимостью ухода за больными.

У больных с переломами и ложными суставами шейки бедренной кости отличные и хорошие результаты составили 99,5%, удовлетворительные – 0,5%.

В анализируемой группе больных (n=860) с заболеваниями и повреждениями тазобедренного сустава отмечено 7 (0,8%) осложнений: по 3 (0,34%) случая – вывих головки протеза и нестабильность, в 1 (0,11%) случае – перипротезный перелом.

Вывихи головки эндопротеза, по литературным сведениям, наблюдают в 0,3 – 11 % случаев в разные сроки после операции [7-9]. В наших наблюдениях это осложнение развилось на ранних сроках после операции у 3 (0,34%) больных. Вывихи были обусловлены несоблюдением пациентом послеоперационного режима. Вывихи вправлены закрытым способом без сложностей под внутривенной анестезией с последующей иммобилизацией в реклинаторе на протяжении двух недель. Эти осложнения на результаты в отдалённом периоде не отразились.

Из поздних осложнений наблюдали асептическое расшатывание ножки эндопротеза у 3 (0,34%) пациентов. По данным литературы нестабильность компонентов эндопротеза составляет 0,8 - 5,8% [7,8]. У первого пациента через 6 месяцев после этой операции появились боли и нарушения опороспособности нижней конечности, обратился за консультацией через 1,5 года. Из анамнеза установлено, что полную нагрузку оперированной конечности пациент начал через 3-4 недели после операции, «образованный» полным отсутствием болевого синдрома.



При рентгенографическом исследовании установлен диагноз нестабильность ножки эндопротеза. Из особенностей следует отметить сложную форму костно-мозгового канала проксимального отдела бедра, в связи с чем пациенту была уставновлена ревизионная ножка на костном цементе. Находится под наблюдением, отмечает полное функциональное восстановление.

У второго пациента, оперированного по поводу диспластического коксартроза 3 ст., имплантирован протез Цваймюллера. Страдает избыточным весом (118 кг), начал полностью нагружать оперированную конечность через 4 недели после операции. Спустя 8 месяцев появились боли в бедре, связанные с осевой нагрузкой. Обратился за консультацией через 1 год после операции – на контрольных рентгенограммах признаки нестабильности ножки в виде лизиса кости. Выполнена ревизия с заменой ножки с хорошим функциональным результатом.

Третий пациент был оперирован по поводу асептического некроза головки бедра. Послеоперационный режим не соблюдал. В последующем выяснилось, что пациент наркозависим. Планируется ревизионное эндопротезирование.

Перипротезный перелом бедра наблюдался у 1 (0,1%) больного через 3 месяца после операции. Выполнена ревизия с фиксацией отломков серкляжными швами с использованием той же ножки с хорошим функциональным результатом.

Анализ отдалённых результатов лечения убедительно показывает, что в представленной серии наблюдений число осложнений находилось в пределах минимальных значений, упоминаемых в мировой литературе.

Таким образом, основные тенденции развития эндопротезирования направлены на уменьшение травматичности операции, оптимизацию процессов взаимодействия имплантата с костью, увеличение сроков функционирования эндопротезов, применение индивидуальных реабилитационных программ с учётом всех параметров пациента с использованием современных компьютерных технологий.

Достигнутые отдалённые результаты эндопротезирования тазобедренного сустава имплантатами фирмы «Plus Endoprothetik» позволяют положительно оценить их применение, а качество имплантата и инструментов – как очень высокое.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дустан Х.О. Показания для имплантации цементируемых и нецементируемых эндопротезов тазобедренного сустава. Эндопротезирование крупных суставов / Х.О.Дустан, А.М. Крюкханс // ЗАО «Аэрогриф -Медиа» - 2000.- С.27. 32.
2. Каграмонов С.В. Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава эндопротезом Цваймюллера / С.В.Каграмонов // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. – 2006 – №3. – С.26-35.
3. Корнилов Н.В. Состояние эндопротезирования крупных суставов в Российской Федерации. Эндопротезирование крупных суставов / Н.В.Корнилов // М.: ЗАО «Аэрограф – Медиа» - 2000. - С 49-52.
4. Москалёв В.П. Медицинские и социальные проблемы эндопротезирования суставов конечностей / В.П.Москалёв [и др.] // - С-Пб.: МОРСАР АВ. – 2001. – 160 с.
5. Надеев А.А. Рациональное эндопротезирование тазобедренного сустава / А.А.Надеев [и др.]. - М.: БИНОМ. - 2004. – 240с.
6. Неверов В.А. Проблемы эндопротезирования тазобедренного сустава./ В.А.Неверов// Человек и его здоровье: Материалы Российского национального конгресса. – СПб, 1999. – С.180-184.
7. Патент № 64889 Российская Федерация, МПК51 А 61 В 5/103. Устройство для определения индивидуальных весовых нагрузок на нижнюю конечность / Курбанов С.Х., Неверов В.А., Плугин А.И., Беянин О.Л.; - опубли. 27.07.2007, Бюл. 21.
8. Gregg P.J. The trent regional arthroplasty study. A seven year experience of a regional UK register / P.J.Gregg [et al.] // III Congress of the European National Associations of Orthopaedics and Traumatology: Abstracts of posters and videos. – Barcelona, 1997. – P.4.
9. Huo M.N. What's new in hip arthroplasty/ M.N.Huo, S.M.Cook// J.Bone Joint Surg. – 2001. – Vol.83-A, N10. – P.1598 – 1610.



Summary

Long-term results of total endoprosthesis replacementhip of hip joint by prosthesis «Plus Endoprothetik»

V.A. Neverov, S.H. Kurbanov*

Chair of Traumatology and Orthopedics of SEI of HPE of Mechnikov MH RF;

**Chair of Traumatology, Orthopaedics and Military Surgery of Avicenna TSMU*

This paper is devoted to analyzes of long-term results of hip replacement by prosthesis «Plus Endoprothetik» of 937 (1018 operations) patients. The follow-up period was until 12 years. Showed the distinctive characteristics of endoprosthesis, surgery specifics and rehabilitation. Showed the features of this structure in patients with diseases and injuries of the hip joint. Considered the results and complications after joint replacement operations in these groups. In general, by Harris scale received excellent and good results – in 99.42% of cases , satisfactory – 0.47% , poor – 0.11%.

Key words: hip replacement, prosthesis «Plus Endoprothetik»

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Неверов Валентин Александрович – заведующий кафедрой
травматологии и ортопедии ГОУ СЗМУ;
Россия, г.Санкт-Петербург, ул. акад. Байкова, 8
E-mail: 9282718@mail.ru

Особенности факторов риска, клинического течения и терапии затяжных пневмоний в Республике Таджикистан

Н.И. Мустафакулова, Д.С. Ахмедова, Т.И. Меликова

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В настоящей работе представлены результаты обследований 200 больных с внебольничной пневмонией. Из них 100 пациентов оказались с затяжной пневмонией (ЗП) и равное количество больных с обычным течением пневмонии (ОТП). У лиц с ЗП по отношению к больным с ОТ факторами риска явились: возраст старше 50 лет (47% против 25%), наличие сопутствующей патологии (93% против 9%), курение сигарет (67% против 15%), насвая (76% против 17%), многодетность семьи (56% против 7%), недостаточность питания (15% против 5%), дефицит массы тела (37% против 7%), климатические условия: холодное (67% против 45%) и жаркое время года (37% против 23%).

При ЗП интоксикационный синдром был менее выражен, чем у лиц с острым течением. У пациентов старше 50 лет, страдающих затяжной пневмонией (по отношению к лицам моложе 50 лет), прикорневая локализация пневмонического очага отмечена в 37,0% против 5%, тогда как у больных с обычным течением в основном превалировала нижнедолевая локализация инфильтративного очага (63% против 95%). *St. aureus* и *St. pyogenus* при затяжном и обычном течении пневмоний занимают одно из первых мест среди этиологической структуры внебольничной пневмонии. У больных с ЗП выявлено угнетение показателей клеточного иммунитета и повышение показателей гуморального иммунитета. Вентиляционная функция лёгких нарушена более значительно у лиц старше 50 лет с затяжной пневмонией с сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой системы по отношению к лиц с острым течением.

Цефалоспорины II и III поколений рекомендуются в качестве препаратов выбора для антибактериальной терапии внебольничной пневмонии.

Ключевые слова: затяжная пневмония, внебольничная пневмония, преморбидный фон, инфильтративный очаг, цефалоспорины

Актуальность. Внебольничная пневмония (ВП) относится к наиболее распространённым заболеваниям и имеет определённые особенности течения в зависимости от её формы, возраста пациента, преморбидного фона, климатических факторов, характера поражения и дефектов лечения [1,2]. По данным МЗ РФ заболеваемость ВП составляет 3,9 случая на 1000 населения, из них тяжёлое течение болезни имеет место у 5%, а у 1-2% пациентов отмечается крайняя степень тяжести болезни [3]. Смертность от ВП составляет 5%, от нозокомиальных (внутрибольничных) – 20% [4,5].

Несмотря на применение массивной медикаментозной терапии, в 30-40% случаев пневмония принимает затяжное течение, критерием которого служит отсутствие нормализации клинико-рентгенологической картины в течение 4-х недель [3,4].

По статистическим данным Центра мониторинга и раннего оповещения Республики Таджикистан (РТ)

только за I квартал 2011 года зарегистрировано 2397 случаев ВП, а за 2012 г. – 2256. Причём рост заболеваемости ВП в основном зарегистрирован в горных районах страны и в районах республиканского подчинения. Из них 18-30% приходится на возраст до 30 лет. В РТ, несмотря на достигнутые успехи в изучении этиологии, диагностики и лечения ОП среди населения, переход процесса в хроническую форму возрастает (от 5,1 до 18,5%) [3].

Тяжёлое и затяжное течение пневмонии (ЗТП) в условиях РТ обусловлено многими факторами риска: отягощённым преморбидным фоном, неблагоприятными социально-бытовыми условиями, снижением иммунологической резистентности организма и влиянием экстремальных воздействий жаркого климата. Последнее, к сожалению, не нашло своего отражения в предшествующих научных исследованиях, проведённых в РТ.

ТАБЛИЦА 1. КЛИНИКО-ВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Пол, возраст пациентов и тяжесть течения ВП	Всего	Внебольничная пневмония (n=200)				Здоровые (n=30)	
		ЗТП (n=100) Основная группа		ОТП (n=100) Группа сравнения		Группа контроля	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мужчины	99	60	60,	39	39	16	53,3
Женщины	101	40	40	61	61	14	46,6
Возраст: от 16 до 50 лет старше 50 лет	90	33	33	77	77	13	43,3
		67	67	23	23	17	56,6
Тяжесть течения:							
Лёгкое	7	7	7				
Среднетяжёлое	79	30	18,5	49	49		
Тяжёлое	114	63	31,0	51	51		

Цель исследования. Изучить факторы риска, особенности клинического течения затяжных пневмоний (ЗП) и разработать рекомендации по рациональной антибактериальной терапии.

Материал и методы. Под наблюдением находились больные с ВП (n=200), госпитализированные в пульмонологическое отделение НМЦ РТ. Из них основную группу составили 100 больных с ЗП, группу сравнения составили 100 пациентов с обычным течением пневмонии (ОТП), где инфильтративный очаг разрешился в срок. В качестве контроля результатов ряда специальных лабораторных и функциональных исследований, параллельно были обследованы 30 добровольцев – здоровых лиц (табл. 1).

Критерии включения: клинические и рентгенологические признаки ВП, информированное согласие больного.

Критерии исключения: пациенты с туберкулёзом и онкопатологией лёгких, беременные.

Как видно из таблицы 1, мужчины преобладали среди лиц с ЗТП, по отношению к лицам с ОТП, тяжёлое и тяжёлое течение – почти в 2 раза чаще встречалось у пациентов в возрасте после 50 лет, тогда как ОТП в 3,3 раза – у больных до 50 лет.

Диагноз верифицирован на основании определения ЗП, как воспалительного процесса в лёгких с таким характером течения, при котором разрешение остро возникшего пневмонического очага происходит не в обычные сроки, а совершается медленно, в течение 4 недель и более, но, как правило, заканчивается выздоровлением.

При обследовании пациентов, кроме общепринятого клинико-лабораторного и инструментального исследований использованы: цитологическое

исследование мокроты, бронхиальных смывов, бактериологическое исследование мокроты и смывов бронхов на флору и чувствительность к антибиотикам, исследование ФВД, рентгенография органов грудной клетки, фибробронхоскопия, компьютерная томография грудной клетки.

Фенотипирование субпопуляций лимфоцитов проводили с помощью моноклональных антител против CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD20+. Определяли индекс массы тела.

Значения статистических критериев определялись по программе в составе пакета «Statistica for Windows 5.0». Значимость различий между показателями оценивали с помощью t-критерия Стьюдента, принимая за статистически значимую величину ($p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Среди больных с ЗТП и ОТП существовала прямая зависимость с момента начала заболевания до поступления больного в клинику. Продолжительность догоспитального периода при ЗТП достоверно в 2,8 раза превышала таковую у больных с обычным течением болезни ($p < 0,05$).

Длительность заболевания у больных с ЗП старше 50 лет в среднем составила $47,0 \pm 3,8$ дней, у больных от 16 до 50 лет – $33,5 \pm 1,5$ ($p < 0,05$).

Сопутствующая патология выявлена при ЗТП у лиц старше 50 лет в 97,0% случаев, что больше в 3 раза, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). Наиболее отчетливо связь ЗТП (по отношению к группе сравнения) проявлялась с сопутствующей хронической патологией органов дыхания и ССС: бронхоэктатическая болезнь (БЭБ), хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), бронхиальная астма (БА), ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь (ГБ), сахарный диабет (СД) (рис. 1).

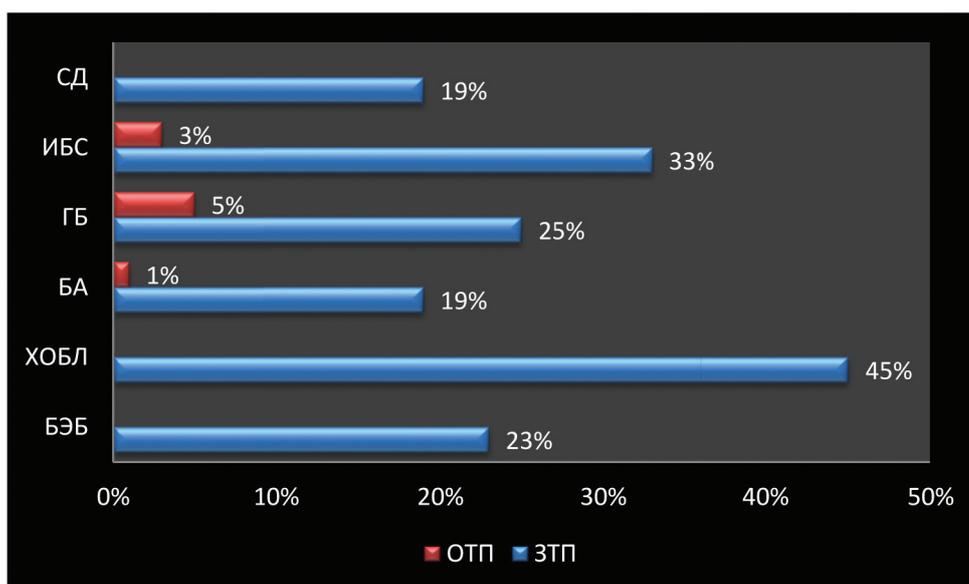


РИС. 1. СОПУТСТВУЮЩИЕ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАТЯЖНЫМ И ОБЫЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ВП

Другой особенностью ЗП является то, что в жаркое время года все больные старше 50 лет, с отягощённым преморбидным фоном, госпитализировались в тяжёлом состоянии. В холодное время состояние 75% больных при госпитализации расценивалось как тяжёлое, 25% – как средней тяжести.

У лиц с ЗТП и ОТП факторами риска явились: возраст старше 50 лет (47% против 25%), наличие сопутствующей патологии (93% против 9%), курение сигарет (67% против 15%), насвая (76% против 17%), продолжительность заболевания до госпитализации более 7 дней против до 7 дней, многодетность семьи (56%

против 7%), недостаточность питания (15% против 5%), дефицит массы тела (37% против 7%), социально-бытовые (45% против 9%) и климатические условия: холодное (67% против 45%) и жаркое время года (37% против 23%).

Проведённый сравнительный анализ клинических симптомов ВП показал, что клинические проявления ЗТП и ОТП у лиц старше 50 лет по сравнению с лицами моложе 50 лет носили стёртый характер, тогда как интоксикационный синдром был более выражен у пациентов с ОТП (табл. 2).

ТАБЛИЦА 2. ВЫРАЖЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ С ВП

Клинические симптомы, баллы	Внебольничная пневмония			
	ЗТП (n=100)		ОТП (n=100)	
	От 16 до 50 лет	После 50 лет	От 16 до 50 лет	После 50 лет
Сухой кашель	2,25±0,23	2,55±0,15	3,15±0,14*	3,77±0,18**
Приступообразный кашель		3,27±0,24		1,53±0,16
Субфебрильная температура	1,15±0,13	3,55±0,17		1,23±0,10
Гипертермия	2,15±0,15	1,10±0,16	5,31±0,55*	3,29±0,16**
Продуктивная мокрота	5,66±0,17	1,17±0,15	2,18±0,19*	1,19±0,18
Озноб	1,25±0,11	1,10±0,11	5,77±0,78	3,39±0,17
Одышка	5,50±0,19	7,09±1,18	4,15±0,17*	3,15±0,10**
Боль в грудной клетке	5,67±0,78	5,68±0,77	3,31±0,74*	4,17±0,12**
Акроцианоз	5,06±1,19	8,06±1,19	3,31±0,74*	4,15±0,10**
Общая слабость	6,06±1,17	7,76±1,15	4,06±1,16*	5,67±0,76**

Примечание: * - статистическая значимость различий между P1-3; ** - между P2-4 (P<0,05)

У лиц, страдающих ЗТП и ОТП, старше 50 лет по отношению к лицам моложе 50 лет лейкоцитоз наблюдался реже (17%, 33%) и был менее выраженным, чем у молодых (77%, 93%), часто отсутствовал сдвиг нейтрофилов влево, повышенная СОЭ (77% против 33%), дыхательная недостаточность продолжалась более 15 дней против 9 дней, мокрота при разрезании пневмонии отходила плохо, кашель продолжался более 20 дней – против 10 дней при ОТП. При аускультации определялось ослабленное дыхание (29% против 46%). Наиболее постоянным аускультативным симптомом являлись сухие крепитирующие (21% против 14%) и мелкопузырчатые хрипы (39% против 25%).

У лиц старше 50 лет, страдающих ЗП (по отношению к лицам моложе 50 лет), превалировала прикорневая локализация пневмонического очага (37,0% против 5%), тогда как у пациентов с ОТП, в основном, превалировала нижнедолевая (НД) локализация (63% против 95%). При ЗТП в 63,0% случаев инфильтративный очаг локализовался в правом лёгком, в левом – в 37,0% случаев, в том числе двустороннее поражение лёгких – в 18% случаев, чего не наблюдалось при ОТП (72%). Поражение лёгочной ткани в верхних долях при ЗП отмечено в 47% случаев и в 3% случаев – при ОТП ($p < 0,05$). При анализе результатов посева мокроты, независимо от возрастного аспекта, у лиц с ЗП *St. Pyogenius* составил 69,0%; МФ – 59,0%; *St. aureus* – 35,0%; *Klebsiella* – 10,0%; сочетанная инфекция – 77%, тогда как у пациентов с обычным течением ВП в основном было характерно *St. aureus* – 85,0% и *pyogenius* – 95,0%, смешанная микрофлора – 35% (рис. 2).

Как видно на рисунке 2, *St. aureus* и *St. pyogenius* при ЗТП и ОТП занимают одно из первых мест среди этиологической структуры ВП. Микоплазменная флора – в 2,4 раза и сочетанная инфекция – в 2,2 раза превалируют среди пациентов с ЗТП по отношению к лицам с ОТП. При бронхоскопическом исследовании у пациентов ЗП выявлены нарушения дренажной функции бронхов – в 33% случаев против 3% – в группе сравнения ($p < 0,05$).

Лечение больных с ЗТП и ОТП проводилось в соответствии с обязательным стандартом (антибиотикотерапия, дезинтоксикационная и противовоспалительная терапия, симптоматические средства). Антибактериальная терапия была назначена на основании выделенных возбудителей чувствительных к антибиотикам цефалоспоринового ряда у 93% больных.

Положительная динамика клинической картины до и после лечения (в баллах) была более продолжительной у большинства больных с ЗТП, чем у группы с ОТП: улучшение отхождения мокроты (5,3 против 4,1), уменьшение кашля (5,3 балла против 3,2), одышки (25,0 против 21,17), озноба (3,1 против 4,1), болей при дыхании (4,2 против 3,1), слабости (5,2 против 3,1), потливости (4,2 против 3,1).

Динамика рентгенологической картины органов грудной клетки: с ЗТП исходная остаточная инфильтрация по окончании курса лечения оставалась у 77% больных, у 73% – сохранялась деформация и усиление сосудистого рисунка, а в группе с ОТП – заключалась в исчезновении исходной остаточной инфильтрации в 100% случаев.

Изменение основных показателей функции внешнего дыхания (ФВД) под влиянием курса лечения у больных с ЗТП и ОТП свидетельствовало об увеличении ЖЕЛ и улучшении бронхиальной проходимости и, в целом по группам, носило аналогичный характер, однако прирост показателей ЖЕЛ в группе с ОТП был существенно выше, чем в группе с ЗТП (рис. 3).

Наиболее выраженный прирост показателей зарегистрирован у больных с ОТП – FEV1 на 24,3%, FVC на 12,2%, FEV1/FVC на 13,8%, PEF на 25,7% по сравнению с аналогичными параметрами у пациентов с ЗТП – на 13,1%, на 5,2%, на 8,9%, на 8,7%, соответственно.

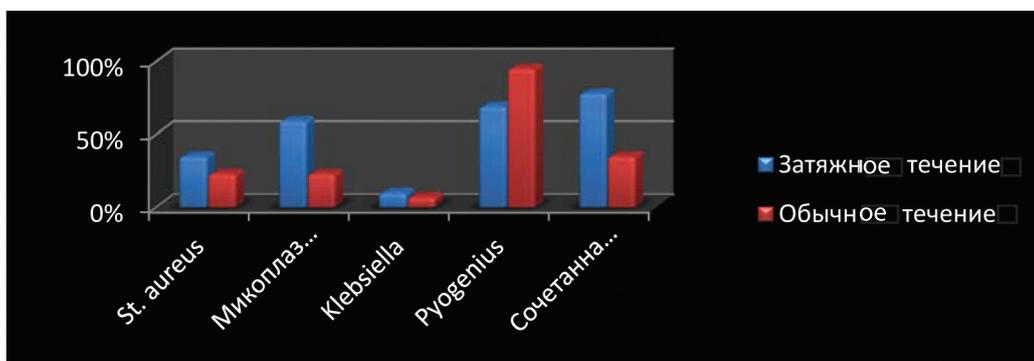


РИС.2. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА МОКРОТЫ У БОЛЬНЫХ С ЗАТЯЖНЫМ И ОБЫЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ВП

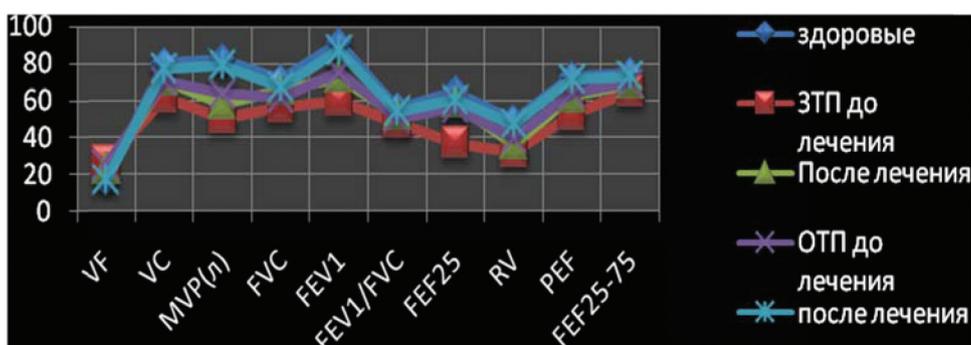


РИС. 3. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФВД ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАТЯЖНЫМ И ОБЫЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ВП (В % ОТ ДОЛЖНОЙ ВЕЛИЧИНЫ)

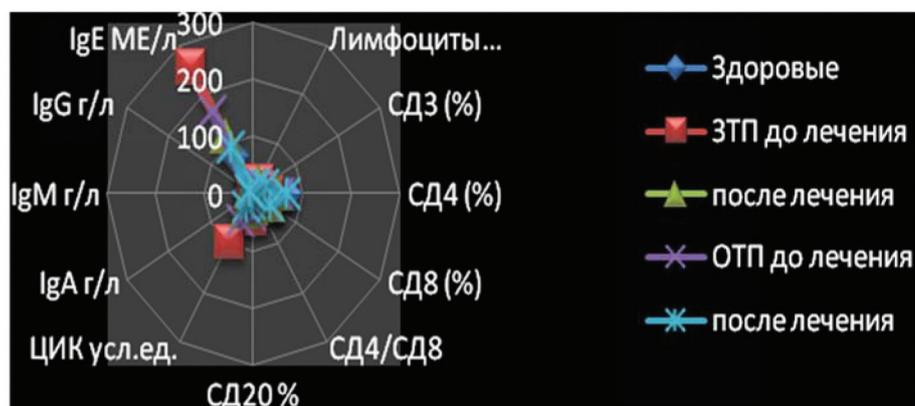


РИС. 4. ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ С ЗАТЯЖНЫМ И ОБЫЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ВП

Как видно на рисунке 4, при анализе показателей клеточного и гуморального иммунитета после проведенной терапии у лиц с ЗТП обнаружено достоверное ($p < 0,05$) снижение относительного и абсолютного числа СД3 и СД4-лимфоцитов, и повышение концентрации IgG, IgM, уровня ЦИК и абсолютного числа СД20-лимфоцитов более значительно, чем у лиц с ОТП.

ВЫВОДЫ:

1. Факторами риска ВП с затяжным и обычным течением в Республике Таджикистан являются: возраст старше 50 лет, наличие сопутствующей патологии, курение сигарет, насвая (76% против 37%), продолжительность заболевания до госпитализации более 7 дней против – до 7 дней, многодетность семьи (56% против 7%), климатические условия: холодное (76% против 45%) и жаркое время года (37% против 23%), недостаточность питания (15% против 5%) и дефицит массы тела (37% против 7%). При ЗТП у лиц старше 50 лет случаев сопутствующей патологии выявлено в 3 раза больше, чем в группе моложе 50 лет и в 10 раз превышает показатели лиц с обычным течением пневмонии ($p < 0,05$).
2. Клиническими особенностями ЗТП у пациентов старше 50 лет являются длительно и вялотекущий синдром интоксикации, скудная аускультативная

симптоматика, а также локализация патологического очага в ПК зоне правого лёгкого (37,0% против 5%), тогда как у пациентов с ОТП в основном превалировала НД локализация инфильтративного очага (63% против 95%).

3. *St. aureus* и *St. pyogenius* при ЗТП и ОТП занимают одно из первых мест среди этиологической структуры ВП. Микоплазменная флора в 2,4 раза и сочетанная инфекция в 2,2 раза превалируют среди пациентов с ЗТП в сравнении с лицами с ОТП.

4. Наиболее выраженный прирост показателей зарегистрирован у больных с ОТП – FEV1 на 24,3%, FVC на 12,2%, FEV1/FVC на 13,8%, PEF на 25,7% по сравнению с аналогичными параметрами у пациентов с ЗТП – на 13,1%, на 5,2%, на 8,9%, на 8,7%, соответственно.

5. При анализе показателей клеточного и гуморального иммунитета у пациентов с ЗТП обнаружено достоверное ($p < 0,05$) снижение относительного и абсолютного числа СД3 и СД4-лимфоцитов, и повышение концентрации IgG, IgM, уровня ЦИК и абсолютного числа СД20-лимфоцитов более значительно, чем у лиц с ОТП.

6. В качестве препаратов выбора для антибактериальной терапии ВП у пациентов с факторами риска затяжного течения заболевания рекомендуются цефалоспорины II и III поколений.



ЛИТЕРАТУРА

1. Даниленко В.Ю. Вентиляционная функция лёгких при внебольничной пневмонии: автореф. дис. . . . канд. мед. наук / В.Ю. Даниленко. - Томск. - 2008. - 22с.
2. Comparison of severity scoring system A-DROP and CURB-65 for community-acquired pneumonia / Y. Shindo [et al.] // *Respirology*. - 2008. - Vol. 13(5). - P. 731-735
3. Каюмов Х.Б. Особенности этиологической структуры бронхолёгочных заболеваний у населения Республики Таджикистан на современном этапе: автореф. дис. . . . канд. мед. наук / Х.Б. Каюмов. - Душанбе. - 2009. - 23с.
4. Синопальников А.И. Бактериальная пневмония / Пульмонология: национальное руководство // под ред. А.Г. Чучалина. М.: ГЭОТАР-Медиа, - 2009. - С. 218-256
5. Torres A. Hospital admission in community-acquired pneumonia / A.Torres, R. Menendez // *Med. Clin. (Bare)*. - 2008. - Vol. 131(6). - P. 216-217

Summary

Features of risk factors, clinical course and treatment of chronic pneumonia in the Republic of Tajikistan

N.I. Mustafakulova, D.S. Akhmedova, T.I. Melikova
Chair of Internal Medicine N3 of Avicenna TSMU

The outcomes of examinations 200 patients with community-acquired pneumonia were shown in this research. Of these, 100 were patients with chronic pneumonia (CP) and an equal number of patients had normal course of pneumonia (NCP). In patients with CP to relationship with patients with NCP the risk factors were: age over 50 years (47% vs. 25%), presence of concomitant pathology (93% vs. 9%), cigarette smoking (67% vs. 15%), chewing tobacco (76 % vs. 17%), having many children in family (56% vs. 7%), malnutrition (15% vs. 5%), lack of body weight (37% vs. 7%), climatic conditions: cold (67% vs. 45%) and hot time of the year (37% vs. 23%).

In CP intoxication syndrome was less expressed than in patients with NCP. In patients older than 50 years old with chronic pneumonia (to relation persons under the age of 50 years), core localization of pneumonic focus was noted in 37.0% vs. 5%, whereas in patients with normal course of pneumonia mainly prevailed lower lobe localization of infiltrative focus (63% vs. 95%).

Cephalosporin II and III generation are recommended as the drugs of choice for antibiotic treatment of community-acquired pneumonia.

Key words: chronic pneumonia, community-acquired pneumonia, premorbid background, infiltrative focus, cephalosporins

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Мустафакулова Намуна Ибрагимовна – доцент кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ, Таджикистан, г.Душанбе, ул. Сомони, 59а
E-mail: namuna.mustafakulova@mail.ru



Влияние гипотензивной терапии на функцию почек у больных с изолированной систолической артериальной гипертонией

С.С. Аминджанова, Н.Х. Хамидов, Н.М. Хурсанов

Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Для изучения влияния различных классов антигипертензивных препаратов на скорость клубочковой фильтрации (СКФ) почек у 80 больных старших возрастов (средний возраст $70,1 \pm 1,9$ года) с изолированной систолической артериальной гипертонией их распределили на 4 группы (по 20 человек) и назначали, соответственно, следующие препараты: «Эднит», «Гипотиазид», «Лопикард» и «Карведил». Исходно и после 8 недель лечения проводили изучение функционального состояния почек. За период лечения выявлена положительная динамика цифр артериального давления. Терапия с применением лопикарда, эднита и карведила положительно повлияла на динамику СКФ.

Ключевые слова: изолированная систолическая артериальная гипертония, скорость клубочковой фильтрации, антигипертензивная терапия

Актуальность. Наряду с миокардом и головным мозгом почки являются органом-мишенью при артериальной гипертензии (АГ). Существует зависимость между риском развития хронической почечной недостаточности и уровнем артериального давления (АД) [1-3].

Изолированная систолическая артериальная гипертензия (ИСАГ) – это общепопуляционный “почечный” фактор риска: при ее наличии вероятность стойкого ухудшения функции почек выше, чем при систоло-диастолическом варианте АГ. Названная взаимосвязь может быть, по крайней мере, частично объяснена большей частотой атеросклеротического стеноза почечных артерий при преимущественно повышенном систолическом АД [2,4-7].

В патогенезе ИСАГ, наряду с возрастными и атеросклеротическими изменениями крупных сосудов, имеют значение нарушения водно-электролитного баланса, обусловленные снижением активности плазменного ренина, альдостерона, изменениями баро- и хеморецепторной активности артериол клубочков почек.

Если в середине прошлого столетия наиболее частыми заболеваниями, обуславливающими необходимость проведения диализа, были гломерулонефрит, интерстициальный нефрит, сахарный диабет (СД) 1 типа, то к настоящему времени лидирующие позиции заняли АГ и СД 2 типа [8].

Н.Х. Хамидов (1973) изучал функциональное состояние почек при различных формах АГ методом радиоизотопной ренографии с использованием гиппурана у 127 пациентов старших возрастов. Автор показал наличие отрицательной корреляционной связи между функциональным состоянием почек и уровнем АГ. Согласно полученным данным, в начальной стадии гипертонической болезни (ГБ) у больных радиоизотопная ренограмма была нормальной. У 50% пациентов при II стадии болезни и у 100% больных при III стадии ГБ отмечена различная степень нарушения функции почек [9].

Согласно рекомендациям Европейского общества по АГ (2009) для антигипертензивной терапии могут быть использованы пять основных классов препаратов: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов АТ1 (БРА), антагонисты кальция (АК), β -адреноблокаторы (β -АБ), диуретики [10-12].

Для лечения АГ у больных старших возрастов с ИСАГ препаратами выбора считают тиазидовые диуретики и антагонисты кальция III поколения [4,13]. Влияние антигипертензивных препаратов на функцию почек является одним из основных критериев в выборе их для лечения больных с АГ [14]. Следует отметить, что данной проблеме посвящён ряд исследований, в которых изучено влияние антигипертензивных препаратов на функцию почек [4,15-17]. Однако, что касается лечения ИСАГ, особенно у лиц старших возрастов, сведения единичные и часто противоречивы.



В условиях Таджикистана подобные исследования практически не проводились.

Цель исследования: изучить влияние различных классов антигипертензивных препаратов на скорость клубочковой фильтрации почек у больных старших возрастов с изолированной систолической артериальной гипертензией.

Материал и методы. Под наблюдением находились 80 пациентов с ИСАГ в возрасте от 60 до 92 лет (средний возраст $70,1 \pm 1,9$ года), из них женщин было 50, мужчин - 30. По клиническому течению у 29 пациентов наблюдалась лабильная и у 61 - стабильная формы ИСАГ.

Критериями включения в исследование были: систолическое артериальное давление (САД) ≥ 140 мм рт. ст., диастолическое артериальное давление (ДАД) < 90 мм рт. ст., возраст старше 60 лет.

Критерии исключения: систоло-диастолическая и вторичные формы АГ, острые коронарные синдромы и нарушения мозгового кровообращения, выраженные нарушения сердечного ритма и проводимости, сердечная недостаточность II-III степени (по классификации РОССН, 2002г.), декомпенсированный сахарный диабет, выраженные нарушения функции печени и почек.

Учитывая то, что для людей пожилого возраста характерна высокая частота феномена «псевдогипертензия» и «гипертензия белого халата» для верификации диагноза, по необходимости, использовали приём Ослера. Офисное артериальное давление измеряли на обеих руках на уровне сердца в положении сидя после 10 минутного отдыха, как среднее трёх измерений всем пациентам. Кроме общеклинического исследования, проводились дополнительные методы для исключения симптоматических форм артериальной гипертензии.

После установления диагноза больных рандомизировали на 4 группы по 20 пациентов в каждой. В выделенных группах не было отмечено существенных различий по возрасту, длительности, а также степени тяжести ИСАГ.

Больным I группы назначался ингибитор ангиотензин-превращающего фермента - «Эднит» (эналаприл), производство «Gedeon Richter», Венгрия - начальная доза 5 мг (среднесуточная - 11,6 мг/сут.); II группы - тиазидовый диуретик - «Гипотиазид» (гидрохлортиазид), пр-во «Хиноин», Венгрия - начальная доза 12,5 мг (среднесуточная - 26,6 мг/сут.); III группы - дигидропиридиновый антагонист кальция III поколения - «Лопикард» (амлодипин бесилат), пр-во «Gerts pharma», США - начальная доза 5 мг (среднесуточная - 9,16 мг); IV группы - комбинированный ($\alpha_1, \beta_1, \beta_2$)-адреноблокатор «Карведил»

(карведилол), пр-во «Grindex», Латвия - начальная доза 12,5 мг (среднесуточная - 14,3 мг/сут.).

До начала и после 8-недельного курса лечения исследовали функциональное состояние почек. Уровень креатинина плазмы определяли набором реактивов ЭКОЛАБ, по методу Яффе, на аппарате ФЭК - 2 МП (Россия). По данным ЭКОЛАБ, креатинин сыворотки крови оценивается в ммоль/л, за норму принято считать от 0,044 до 1,5 ммоль/л.

Функциональное состояние почек оценивалось скоростью клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формуле Cooft-Gault, которая рекомендована Российским научным обществом кардиологов (2010):

$$СКФ^* = \frac{88 \times (140 - \text{возраст, годы}) \times \text{масса тела, кг}}{72 \times \text{креатинин сыворотки крови, мг/дл}}$$

* для женщин полученный результат умножался на 0,85, так как экстракция креатинина у них меньше.

Статистическую обработку проводили Excel 7.0, STATISTICA 6.0, значимость различий между показателями оценивали с помощью t - критерия Стьюдента, принимая за статистически значимую величину $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Исходно систолическое АД составило: в I группе $172 \pm 13,6$ мм рт.ст., во II группе - $182,5 \pm 17$ мм рт.ст., в III - $176 \pm 17,9$ мм рт. ст., в IV группе - $174,5 \pm 16,4$ мм рт.ст. К 8-й неделе терапии целевой уровень АД был достигнут у 50 пациентов. Систолическое АД в I - IV группах снизилось соответственно на 18,6%; 20,8%; 17,9% и 18,5%.

Под влиянием гипотензивных препаратов снижение артериального давления у исследуемых больных происходило постепенно. Отчётливое снижение АД наступало на второй неделе лечения (табл. 1) и сопровождалось заметным улучшением субъективного состояния большинства пациентов. Отмечалось уменьшение головокружения, шума в ушах, болей в области сердца, снижение интенсивности или прекращение головных болей.

При изучении показателей клиренса креатинина выявлено, что исходно у 32,5% из общего количества больных отмечалось ухудшение функционального состояния почек, т.е. скорость клубочковой фильтрации была меньше 60 мл/мин. После проведённого 8-недельного курса лечения препаратами отмечалась неоднородность полученных данных, (табл.2).


ТАБЛИЦА 1. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АД НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Показатели		Эднит (n=20)	Гипотиазид (n=20)	Лопикард (n=20)	Карведил (n=20)
САД, мм рт. ст.	До лечения	172±13,6	182,5±17,0	176,0±17,9	174,5±16,4
	После лечения	140,5±6,0*	144,5±10,9*	144,5±8,72*	141,3±10,98*
Δ, %		-18,6	-20,8	-17,9	-18,5
ДАД, мм рт. ст.	До лечения	83,5±6,5*	85,75±5,8*	78,75±9,16*	82,0±9,51*
	После лечения	70,75±6,5	75,3±6,3	72,0±6,16	72,5±7,16
Δ, %		-15,1	-12	-8,6	-11,6

Примечание: * - достоверность по отношению к показателям до лечения (P<0,05)

ТАБЛИЦА 2. ВЛИЯНИЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СКФ У БОЛЬНЫХ ИСАГ

Показатели		Эднит (n=20)	Гипотиазид (n=20)	Лопикард (n=20)	Карведил (n=20)
СКФ, мл/мин	До лечения	66,6±26,2	70,5±18,5	69,8±23,3	67,6±17,7
	После лечения	78,7±31,2*	66,6±18,2	86,3±30,4*	69,7±18,7*
Δ, %		15,4	-5,5	19,2	3,1

Примечание: * - достоверность по отношению к показателям до лечения (P<0,05)

Наибольшая положительная динамика со стороны СКФ наблюдалась в группе больных, получавших лопикард (19,2%) и эднит (15,4%). Отмечена тенденция к улучшению функции почек в группе, где гипотензивная терапия проводилась карведилом (3,1%). При назначении гипотиазид в среднесуточной дозе 25 мг и выше отмечено снижение СКФ на 5,5%.

Таким образом, результаты нашего исследования позволяют рассматривать лопикард, эднит, а также карведил как препараты первой линии у больных старших возрастов с ИСАГ. Терапия с применением эднита, гипотиазид, лопикарда и карведила эффективно снижает АД у пациентов, оказывает хороший гипотензивный эффект и не ухудшает исходно низкие функциональные показатели почек. Хотя гипотиазид в среднетерапевтической дозе также оказывал достаточное снижение показателей АД, но из-за нефродепрессивного эффекта монотерапия в данной категории больных нежелательна.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mailloux L.U. Hypertension in chronic renal failure and ESRD: prevalence, pathophysiology, and outcomes / L.U.Mailloux// Semin Nephrol- 2001.- 21.P. 146-56.
2. Фомин В.В. Артериальная гипертензия при ишемической болезни почек: клинические особенности и течение / В.В.Фомин [и др.]// Тер. архив.- 2005. 6: -С.27-31
3. Недогода С.В. Возможности антигипертензивной терапии в предотвращении кардиоренального континуума / С.В.Недогода // Артериальная гипертензия. – 2006. - №12(4). - С.336- 338
4. Фомин В.В. Изолированная систолическая артериальная гипертензия: глобальный фактор риска / В.В.Фомин // Клиническая нефрология. -2011.- №1.-С.74
5. Ярыгина В.Н. Руководство по геронтологии и гериатрии: в IV т./под.ред. В.Н.Ярыгина [и др.] // М. ГЭОТАР-Медиа.-2007. -Т. III.-С.378-380
6. Robert D. Lindeman Hypertension and kidney protection in the elderly: what's evidence in 2007/ Robert D. Lindeman //International Urology and Nephrology. V. 9, Number- 2 www.medserv.az/dia_doctor.htm.
7. McEnery C.M. Anglo-Cardiff Collaboration Trial Investigators. Aortic calcification is associated with aortic stiffness and isolated systolic hypertension in healthy individuals. / C.M. McEnery [et al.]// Hypertension. -2009. -V.53(3).-P.524-531



8. Кобалава Ж.Д. Значение различных методов оценки функционального состояния почек для стратификации сердечно-сосудистого риска /Ж.Д.Кобалава// Кардиология. - 2007. - №12. - С.74-80
9. Хамидов Н.Х. Систолическая артериальная гипертензия в пожилом и в старческом возрасте: дис. ... д-ра мед. наук /Н.Х.Хамидов. - М. - 1973. - 306 с.
10. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC); Journal of Hypertension. -2007.- V.25(6).- P.1105-1187.
11. Диагностика и лечение артериальной гипертензии, Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов, приложение 2 к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». - 200. - №7(6). - С.5
12. Mancia G. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document /G.Mancia [et al.]// J. Hypertens.- 2009.-V.27.-P.2121-2158
13. Преображенский Д.В. Артериальная гипертензия у лиц пожилого возраста: распространённость, особенности патогенеза и лечения / Д.В.Преображенский [и др.]//Consilium medicum. - 2005. - С.7
14. Гогин Е.Е. Гипертоническая болезнь / Е.Е.Гогин// - М. -1997.- С.399
15. Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI). Clinical practice guidelines on hypertension and antihypertensive agents in chronic kidney disease. Am J Kidney Dis -2004.-V.43.- 5 suppl. 1.-P.1-290
16. Susic D. Renal protective potential of antihypertensive drugs / D.Susic// Expert Opin Invest Drugs.- 2000.-V. 9-P. 2593-600
17. Wenzel R. Renal Protection in Hypertensive Patients: Selection of Antihypertensive Therapy Drugs / R. Wenzel// -2005. -65 Suppl.-V. 2:-P. 29-39

Summary

Influence of antihypertensive therapy on renal function in patients with isolated systolic hypertension

S.S. Aminjanova, N.H. Hamidov, N.M. Khursanov
Chair of Internal Medicine №2 of Avicenna TSMU

For study the effect of various classes of antihypertensive drugs on glomerular filtration rate (GFR) of kidneys in 80 patients with older age (mean age 70,1±1,9 years) with isolated systolic hypertension, they were divided into 4 groups (20 people) and prescribed the following drugs: «Enalapril» «Hydrochlorothiazide» «Amlodipine» and «Carvedilol» respectively. At baseline and after 8 weeks of treatment the renal function was studied. During the treatment period a positive trend in blood pressure numbers is revealed. Treatment with Amlodipine, Enalapril and Carvedilol had a positive effect on the dynamics of GFR.

Key words: isolated systolic hypertension, glomerular filtration rate, antihypertensive therapy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Аминджанова Саодат Сайфинаджотовна –
соискатель кафедры внутренних болезней №2 ТГМУ;
Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Абая, дом 2
E-mail: Aminjanova_doc@mail.ru



Эффективность стентирования коронарных артерий на госпитальном этапе у больных со стабильной стенокардией

Х.Т. Файзуллоев, М.Э. Раджабов, Ш.Ф. Одинаев, Ф.И. Одинаев

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Проведён анализ и оценка эндоваскулярного вмешательства на коронарных артериях (стентирование) у 80 пациентов со стабильной стенокардией. Успешный клинический результат стентирования отмечен у 70 (87,5%) больных, ангиографический – у 65 (85,0%). Неудовлетворительными результатами явились: развитие острого тромбоза – у 1 (1,2%), нефатального инфаркта миокарда – у 1 (1,2%), диссекция – у 2 (2,5%) больных. Сочетание двух и более кардиоваскулярных рисков (гиперхолестинемия, ожирение, артериальная гипертензия) является фактором с высоким риском формирования осложнений. Снижению технического успеха эндоваскулярной процедуры регистрируется при двух- и трёхсосудистом поражении.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, стенокардия, стентирование

Актуальность. Атеросклероз и ишемическая болезнь сердца (ИБС) по-прежнему остаются в числе лидирующих заболеваний, имеющих не только медицинские, но и социальные аспекты, поскольку являются основными причинами инвалидизации и смертности трудоспособного населения. Однако в последние годы во многих странах мира смертность от ИБС резко снизилась, благодаря развитию нового направления в медицине – интервенционной кардиоангиологии [1]. На смену прошлым кардиохирургическим операциям – аортокоронарному шунтированию, баллонной ангиопластике, пришла и заняла лидирующее положение новая высокоэффективная и безопасная процедура коронарного стентирования [2].

К настоящему времени тактика инвазивного лечения больных с ИБС становится более агрессивной, а показания к его проведению постоянно расширяются. Внедрение в клиническую практику современных стентов, покрытых сиролимусом – «Cypher» и паклипакселем – «Taxis», позволило обеспечить надёжный контроль над непосредственными результатами и выполнять эндоваскулярные вмешательства с минимальным риском развития осложнений. При стентировании венечных артерий у большей части больных наблюдается хороший клинико-ангиографический эффект, заключающийся в устранении сужения просвета сосуда, исчезновении или резком уменьшении приступов стенокардии и повышении толерантности к физическим нагрузкам и работоспособности пациентов [3].

Несмотря на совершенство технологий эндоваскулярных вмешательств на коронарных артериях не исключают вероятности неудовлетворительных клинических и ангиографических результатов лечения [4–6]. Первый опыт применения стентирования коронарных артерий в Республике Таджикистан диктует необходимость определения чётких показаний и противопоказаний для выполнения эндоваскулярного вмешательства, учёта и анализа госпитальных результатов с целью повышения качества процедуры.

Цель исследования: изучить эффективность стентирования на госпитальном этапе у больных со стабильной стенокардией.

Материал и методы. За 2012–2013 гг. в условиях Республиканского клинического центра кардиологии г. Душанбе проведено обследование 80 больных со стабильной стенокардией (II–IV функциональных классов), с последующим стентированием коронарных артерий. Среди обследованных преобладали мужчины – 66 (82,5%) больных (средний возраст $56,1 \pm 1,8$ года), и 14 (17,5%) женщин (средний возраст – $58,0 \pm 1,9$ года). Средняя продолжительность ИБС составила у мужчин $4,8 \pm 0,6$ года, у женщин – $5,2 \pm 0,4$ года. Оценка типа In-stent стеноза осуществлялась согласно классификации Mehran R. (1999), оценка кровотока – согласно международной классификации TIMI.

Коронарную ангиографию и стентирование проводили в рентгенооперационной комнате, оборудованной ангиографическим комплексом «Integris

Cardiovascular» (Phillips, Голландия). В качестве рентгенконтрастного вещества применяли «Ультравист» (Shering, Германия). Размер стента определяли по данным контрольной ангиографии и подбирали до соотношения стент/сосуд – 1,1:1. Имплантировались сиролиму-покрытые стенты и металлические стенты без лекарственного покрытия. Эффективным считали клинический результат при исчезновении или значительном снижении симптомов стенокардии, при отсутствии осложнений (сердечная смерть или нефатальный ИМ) и приступов стенокардии, а также снижении потребности применения спазмолитических препаратов. Успешным считался ангиографический результат при отсутствии остаточного стеноза в месте имплантации стента с восстановлением кровотока T1M1 3, признаков диссекции сосудистой стенки, тромбоза стента, подкожной гематомы.

Критерии включения в исследование: подтверждённая коронарной ангиографией ИБС стенокардией напряжения с выявленными стенозами; информирование и письменное согласие больных.

Критерии исключения: больные, последующее наблюдение которых могло оказаться затруднительным; непереносимость аспирина, тиенопиридинов, нержавеющей стали; злокачественные новообразования; наличие острых воспалительных заболеваний или период обострения хронических воспалительных заболеваний; болезни крови, инфекционный эндокардит; системные заболевания соединительной ткани, ревматизм; инфаркт миокарда менее 2 месяцев в анамнезе; отказ пациента от участия в исследовании.

Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета прикладных статистических программ Statistica (v.6.0), SPSS (v.11.5).

Результаты и их обсуждение. По данным коронароангиографии у 30 (37,5%) пациентов было выявлено поражение одной артерии, у 35 (43,7%) – двух

артерий, у 15 (18,7%) – поражение трёх коронарных артерий. Всего выявлено 145 случаев стеноза, из них 101 (69,6%) сегмент имел степень стенозирования >60-70%, 19 (13,1%) – >70-80%, в том числе хронические окклюзии – 14 (9,6%), 11 (7,5%) стенозов имели степень стенозирования более >80-90%. Наиболее часто в группе пациентов встречалось стенозирующе-окклюзирующее поражение передней межжелудочковой ветви – у 22 (27,5%), правой коронарной артерии – у 14 (17,5%), левой коронарной артерии – у 13 (16,2%), диагональной ветви – у 11 (13,7%), сочетанное поражение артерий – у 20 (25%) больных. По морфологическому типу выявленные стенозы были следующими: локальный тип – 26 случаев, диффузный тип – 38, диффузно-пролиферативный тип – 67 и окклюзия – 14.

Анализ сопоставления факторов сердечно-сосудистого риска с количеством поражённых артерий показал, что при однососудистом поражении на первый план выступает гиперхолестеринемия, что отмечалось у 12 (15%) больных; у пациентов с двухсосудистым поражением, помимо гиперхолестеринемии в 16 (20%) случаях, отмечалась артериальная гипертензия у 11 (13,7%) больных. У пациентов с трёхсосудистым поражением регистрировали гиперхолестеринемия у 12 (15%) больных, артериальную гипертензию – у 17 (21,2%), ожирение – у 14 (17,5%) (табл. 1).

Эффективность эндоваскулярного вмешательства на коронарных артериях оценивалась в клинике по формированию нефатального инфаркта миокарда, внезапной сердечной смерти и клинической симптоматики. В подавляющем большинстве случаев, после стентирования по ангиографическим данным, края интимы сосуда в месте имплантации были ровными, гладкими, без стенозирующих изменений, диаметр стентированного сегмента практически не отличался от прилегающих интактных сегментов коронарной артерии.

ТАБЛИЦА 1. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГНУТЫХ ПРОЦЕДУРЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА

Факторы сердечно-сосудистого риска	Однососудистое поражение (n=30)	Двухсосудистое поражение (n=35)	Трёхсосудистое поражение (n=15)
Возраст, лет	56,5±0,9	57,4±1,7	56,4±1,1
Курение	6 (7,5%)	11 (13,7%)	4 (5,0%)
Ожирение, ИМТ>30	2 (2,5%)	4 (5,0%)	14 (17,5%)
Сахарный диабет	–	2 (2,5%)	4 (5,0%)
Гиперхолестеринемия	12 (15,0%)	16 (20%)	12 (15,0%)
Артериальная гипертензия	7 (8,7%)	11 (13,7%)	17 (21,2%)
Количество факторов риска на 1 больного	2,2	1,8	2,3



ТАБЛИЦА 2. КОЛИЧЕСТВО НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ОСЛОЖНЕНИЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

	Мужчины	Женщины	Всего
Подкожная гематома	2	1	3 (3,7%)
Крупозная пневмония	1	-	1 (1,2%)
Диссекция интимы	2	-	2 (2,5%)
ИМ крупноочаговый	1	-	1 (1,2%)
ИМ. Острый тромбоз	1	-	1 (1,2%)
Остаточный стеноз >50%	4	1	5 (6,2%)
Без осложнений	56	12	68 (85%)
Клинический успех	60	10	70 (87,5%)
Ангиографический успех	56	12	68 (85,0%)

В 2 (2,5%) случаях на дистальном конце стента развилась осложнённая диссекция, которая сопровождалась ангинозным статусом в раннем послеоперационном периоде и явилась основанием для имплантации дополнительного протеза. Подкожная гематома развилась у 3 (3,7%) больных мужского пола. У одного пациента после процедуры была отмечена субфебрильная температура, с дальнейшим развитием крупозной пневмонии. Больной был выписан в удовлетворительном состоянии на 12-е сутки после вмешательства (табл. 2).

У 2 пациентов в первые сутки (до 24 часов) после эндоваскулярного вмешательства развился инфаркт миокарда, подтверждённый клинической картиной, изменениями на ЭКГ. Оба пациента были переведены в кардиореанимационное отделение. У первого больного, с имплантацией одновременно трёх стентов, диагностирован острый тромбоз стента в левой коронарной артерии в первые 4-6 часов после вмешательства. Попытка провести механическую реканализацию окклюзированной артерии с последующей серией дилатаций баллоном большего диаметра и восстановлением кровотока TIMI 2-3 оказалась неудачной. Больной скончался на 2 сутки от крупноочагового инфаркта миокарда вследствие развития острого тромбоза. У второго больного, с имплантацией двух стентов, в левую коронарную артерию в последующем было обнаружено бифуркационное поражение целевой коронарной артерии с окклюзией боковой ветви. Пациенту проведена реканализация окклюзии устья через балки стента, с использованием дополнительного стента в одном случае и стойким восстановлением антеградного кровотока TIMI3. У 10 больных после проведения стентирования коронарных артерий отмечалась клиническая картина нестабильной стенокардии, и в последующем у 5 (6,2%) из них зарегистрирован остаточный стеноз >50% диаметра сосуда. Все остальные пациенты в удовлетворительном состоянии были выписаны домой, в среднем на 5-10 сутки. По результатам наших исследований неудовлетвори-

тельные госпитальные исходы зачастую развиваются в течение 1-2 суток после стентирования.

Ангиографический успех в наших исследованиях достигнут в 68 случаях (исключая 12 больных с осложнениями). Осложнения в виде развития нефатального ИМ отмечались в 2,5%, а летальность на госпитальном этапе составила 1,2%. У 10 пациентов в раннем послеоперационном периоде по-прежнему отмечались боли ангинозного характера.

При оценке клинико-ангиографических показателей больных со сложившимися кардиальными событиями было выявлено, что основными кардиоваскулярными рисками являются: мужской пол со средним возрастом $54,0 \pm 6,5$ года, гиперхолестеринемия, курение, ожирение. Из общего количества обследованных у 29 (36,2%) больных выявлено сочетание 2 и более факторов кардиоваскулярного риска. Следовательно, атеросклероз и ИБС в сочетании с признанными факторами риска атеросклероза (>2 факторов риска у одного больного) свидетельствуют о высоком риске и неблагоприятном прогнозе сердечно-сосудистых заболеваний в данной группе больных.

Известно, что при одновременном наличии факторы риска усиливают негативное влияние друг на друга, многократно повышая этот риск. Ангиографические критерии успеха эндоваскулярного вмешательства (реканализация сосуда с кровотоком TIMI 3, отсутствие остаточного стеноза в месте имплантации стента, признаков диссекции и тромбоза) и освобождение от стенокардии наблюдалось у 68 (85%) больных на госпитальном этапе (табл. 3).

**ТАБЛИЦА 3. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС СТЕНОКАРДИИ
(ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ СТЕНТИРОВАНИЯ)**

ИБС	Исходно (n=80)	После стентирования
СН I ф.кл.	0	24 (30,0%)*
СН II ф.кл.	26 (32,5%)	31 (38,7%)*
СН III ф.кл.	33 (41,2%)	16 (15,0%)*
СН IV ф.кл.	21 (26,2%)	8 (10,0%)*

Примечание: * – статистически значимые различия ($P < 0,01$)

Согласно Канадской ассоциации кардиологов классификация стенокардии претерпела после стентирования существенные изменения. Так, результаты стентирования показали увеличение количества пациентов с I функциональным классом стенокардии до 24 (30%), тогда как исходно таких больных не наблюдалось. Также отмечается снижение количества больных с тяжёлыми формами стенокардии (IV функционального класса) с 21 (26,2%) до 8 (10,0%).

Таким образом, анализ результатов клинико-ангиографических показателей стентирования коронарных артерий показал, что на госпитальном этапе в первые дни после стентирования возможно развитие острого тромбоза, диссекция на конце стента, формирование новых окклюзий (de-novo) в нецелевых артериях. Высокий риск формирования осложнений регистрируется у больных с наличием двух и более факторов кардиоваскулярного риска. Снижение технического успеха эндоваскулярной процедуры регистрируется при двух- и трёхсосудистом поражении коронарных артерий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л.А. Обзор исследований, оценивающих результаты применения стентов у больных с ишемической болезнью сердца /Л.А.Бокерия, И.Н.Ступаков, И.В.Самородская // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009. - №8. - С. 99-105
2. Кузнецов Д.В. Ишемическая болезнь сердца, осложнённая сердечной недостаточностью: возможности хирургического лечения /Д.В. Кузнецов, С.М.Хохлунов// Кардиология.- 2013.-№5.-С. 55-60
3. Зейналов Р.В. Результаты стентирования коронарных артерий стентами с биодеградирующим полимерным и антипролиферативным (биолимус А9) покрытием /Р.В.Зейналов [и др.]// Международный журнал интервенционной кардиоангиологии.- 2012.- №26.-С. 17-24
4. Кононов А.В. Стентирование ствола левой коронарной артерии у больных с различными формами ишемической болезни сердца: ближайшие и среднеотдаленные результаты /А.В.Кононов [и др.]//Международный журнал интервенционной кардиоангиологии.- 2013.- №32.-С. 26-33
5. Прозоров С.А. Рецидивирующий инфаркт миокарда, вызванный одновременным тромбозом стента и второй коронарной артерии, у больных с множественным поражением коронарного русла /С.А.Прозоров, С.Р.Гиляревский//Международный журнал интервенционной кардиоангиологии.- 2013.- №31.-С. 26-31
6. Кузнецова И.Э. Чрескожные коронарные вмешательства с использованием лекарственных стентов: прошлое, настоящее и будущее (обзор данных литературы) /И.Э.Кузнецова [и др.]// Международный журнал интервенционной кардиоангиологии.- 2013.- №32.-С. 45-51



Summary

Efficiency of coronary stenting during on hospital stage in patients with stable stenocardia

Kh.T. Faizulloev, M.E. Radjabov, Sh.F. Odinaev, F.I. Odinaev
Chair of Internal Medicine N1 of Avicenna TSMU

Performed the analysis and assessment of endovascular coronary intervention (stenting) in 80 patients with stable stenocardia. Successful clinical results of stenting was observed in 70 (87.5%) patients, angiographic – in 65 (85.0%). The unsatisfactory results were: the development of acute thrombosis – in 1 (1.2%), non-fatal myocardial infarction – in 1 (1.2%), dissection – in 2 (2.5%) patients. The combination of two or more cardiovascular risk (hypercholesterolemia, obesity, hypertension) is a factor with high-risk for development of complications. Diminishing of technical success of endovascular procedures has recorded in two- and three-vessel lesions.

Key words: ischemic heart disease, stenocardia, stenting

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Одинаев Шухрат Фарходович – доцент кафедры
внутренних болезней №1 ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои, 33
E-mail: nnnn70@mail.ru



Синдром тиреотоксикоза в пожилом возрасте в условиях йодного дефицита

Ш.С. Анварова, Н.Ф. Ниязова, Н.А. Иноятова

Кафедра эндокринологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В настоящей работе представлены результаты наблюдения за 150 пожилыми больными с синдромом тиреотоксикоза. Установлено, что в условиях йодного дефицита, наиболее распространёнными заболеваниями, сопровождающимися синдромом тиреотоксикоза в пожилом возрасте явились диффузный токсический зоб (80%), токсическая аденома (11%), подострый тиреоидит (4%), йодиндуцированный тиреотоксикоз (5%). Выявлена моносимптомность клинических проявлений тиреотоксикоза в пожилом возрасте с преимущественным поражением чаще сердечно-сосудистой деятельности или нервной системы, либо синдромом катаболических нарушений – что обосновывает широкое использование гормональных и инструментальных методов исследований при постановке диагноза у данного контингента больных.

Ключевые слова: синдром тиреотоксикоза, йодный дефицит, пожилой возраст

Введение. Одним из часто встречающихся заболеваний щитовидной железы в условиях йодного дефицита является синдром тиреотоксикоза. Известно, что синдром тиреотоксикоза – это собирательное понятие, обусловленное действием на ткани избыточного количества тиреоидных гормонов в результате различных заболеваний щитовидной железы, преимущественно диффузного токсического зоба (в 80% случаев) и характеризующегося комплексом клинических, физиологических и биохимических изменений [1-4]. Распространённость тиреотоксикоза в популяции составляет 1,2%. Причём 15% всех больных с тиреотоксикозом составляют лица старше 65 лет. Встречаемость тиреотоксикоза в обследованной популяции контингента пожилого возраста составляет – 2,3% мужчин и 5,3% женщин [5]. В связи с трудностью в диагностике тиреотоксикоза в пожилом возрасте, обусловленного моносимптомностью заболевания или даже отсутствием вообще характерных симптомов, важное значение приобретает комплексная диагностика данной патологии, включающая клинические, гормональные и инструментальные параметры.

Цель исследования: изучение клинико-лабораторных и инструментальных параметров тиреотоксикоза у больных в пожилом возрасте.

Материал и методы. Обследовано 150 пациентов пожилого возраста в условиях стационара Городского медицинского центра и амбулатории Городского эндокринологического центра. Возраст обследованных составил от 60 до 72 лет. Мужчин было 60, женщин – 90. Больные с клинической формой тиреотоксикоза – диффузным (ДТЗ) и смешанным токсическим зобом (СТЗ) – составили 120 человек. Пациенты с субклинической формой тиреотоксикоза – 30

человек. В сравнительном аспекте обследовано 20 пациентов с тиреотоксикозом молодого и среднего возраста. Контрольную группу составили 15 больных пожилого возраста с отсутствием патологии щитовидной железы.

Оценивалась клиническая картина тиреотоксикоза с выделением следующих синдромов: нарушения сердечно-сосудистой системы, поражения центральной и периферической нервной системы, эндокринная офтальмопатия, поражения желудочно-кишечного тракта и др. эндокринных желёз. Производилось исследование гормонального статуса с определением содержания тиреотропного гормона (ТТГ), свободного трийодтиронина (св.Т3) и свободного тироксина (св.Т4). Использовались инструментальные методы исследования: УЗИ щитовидной железы, ЭКГ, ЭХОКГ, рентгеноскопия грудной клетки.

Обработка материала проводилась методами описательной статистики: вычисляли среднюю величину (M), стандартное отклонение (σ) и стандартную ошибку (m). Различия между средними показателями вычисляли по t – критерию Стьюдента. Статистическую значимость различий определяли при уровне $q=95\%$ ($P<0,05$).

Результаты и их обсуждение. Анализ клинических историй болезни и амбулаторных карт больных с синдромом тиреотоксикоза позволил установить, что наиболее распространёнными заболеваниями, сопровождающимися синдромом тиреотоксикоза, явились диффузный и смешанный токсический зоб (80%), токсическая аденома (11%), подострый тиреоидит (4%), йодиндуцированный тиреотоксикоз (5%). В таблице 1 приведён сравнительный анализ исследованных групп.



ТАБЛИЦА 1. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ТИРЕОТОКСИКОЗА В ПОЖИЛОМ, МОЛОДОМ И СРЕДНЕМ ВОЗРАСТАХ

Характеристика клинической картины тиреотоксикоза	Процент встречаемости симптомов по группам	
	Больные молодого и среднего возраста (n=20)	Больные пожилого возраста (n=120)
Синдром нарушений сердечно-сосудистой деятельности:		
тахикардия	100,0%	35,0%
брадикардия	-	1,66%
экстрасистолия	10,0%	
мерцательная аритмия	-	32,5%
застойная сердечная недостаточность	-	51,7%
некоронарогенные некрозы миокарда	-	1,66%
Синдром поражения центральной и периферической нервной системы:		
повышенная возбудимость	100,0%	33,3%
раздражительность	100,0%	-
плаксивость	100,0%	-
суетливость	100,0%	10,0%
повышенная потливость	100,0%	-
общая слабость	10,0%	15,0%
апатия	-	10,0%
ослабление памяти	-	16,6%
мелкий тремор рук	75,0%	54,1%
тремор головы и рук	-	+
психическая заторможенность	-	18,3%
депрессия	-	18,3%
глазные симптомы (экзофтальм, блеск глаз, симптом Грефе, Штельвага, Дельримпля и др.)	90,0%	Не выражены
птоз век	-	26,6%
Синдром катаболических нарушений:		
общая мышечная слабость	20,0%	50,0%
быстрая утомляемость	20,0%	54,0%
тиреотоксическая миопатия	10,0%	60,0%
остеопенический синдром	42,7%	86,6%
Синдром эктодермальных нарушений:		
«кожа младенца»	50,0%	83,3%
моложавость	50,0%	83,3%
Синдром поражений желудочно-кишечного тракта:		
частый, но оформленный стул	30,0%	41,6%
тиреотоксический гепатит	10,0%	10,0%
застойная печень	-	33,3%
Синдром поражения других эндокринных желёз:		
гиперпигментация кожи	-	8,10%
признаки нарушения углеводного обмена	-	20,8%
нарушения толерантности к глюкозе	16,6%	25,0%
манифестный диабет	-	10,0%



Как видно из приведённой таблицы 1, в клинике тиреотоксикоза у больных пожилого возраста одним из ранних симптомов была тахикардия (35%) и мерцательная аритмия (32,5%). У пациентов с субклиническим тиреотоксикозом в отдельных наблюдениях также отмечалась тахикардия, а при ЭКГ – мониторинговании выявились эпизоды мерцательной аритмии. В 51,7% наблюдений единственным признаком манифестного тиреотоксикоза была быстро развивающаяся застойная сердечная недостаточность, чаще на фоне мерцательной аритмии.

У больных тиреотоксикозом в пожилом возрасте изменения в нервной системе в 10,0% наблюдений выражались в, так называемой, апатической форме патологии, выражающейся в клинических проявлениях заторможенности и депрессии, в отличие от клинической картины заболевания у лиц молодого и среднего возраста, характеризующегося возбудимостью, беспокойством, раздражительностью.

Глазные симптомы (экзофтальм, блеск глаз, симптом Грефе, Дельримпля) у 59,8% больных тиреотоксикозом пожилого возраста отсутствовали, однако у 26,6% пациентов отмечался птоз.

Отличительной чертой в клинике тиреотоксикоза в пожилом возрасте была анорексия (в 35,5%), наряду с потерей массы тела и субфебрильной температурой.

В клинике не только манифестных, но и субклинических форм тиреотоксикоза в пожилом возрасте наиболее частым симптомом была миопатия (более, чем в 50% наблюдений) и значительное снижение плотности костной ткани, преимущественно в области позвоночника.

В группе эктодермальных нарушений у пациентов пожилого возраста выделялся синдром «кожи младенца», в виде тёплой тонкой бархатной кожи, и видимая молоджавость.

По нашим наблюдениям в 41,6% случаев у пожилых больных отмечался синдром поражения желудочно-кишечного тракта, выражающийся в частом и неоформленном стуле, нарушении функции печени и желтухе. У 8,1% пациентов наблюдалась симптоматика вторичной надпочечниковой недостаточности, у 25% – нарушения углеводного обмена в виде нарушенной толерантности к глюкозе или у 10% – манифестной формы диабета.

Обобщая приведённые клинические особенности тиреотоксикоза в пожилом возрасте, следует подчеркнуть их многогранность и неспецифичность в указанном возрастном диапазоне, что согласуется с данными наблюдений ряда авторов [1,2, 4-7].

Учитывая вышеизложенные особенности и сложности в диагностике тиреотоксикоза у населения старших возрастных групп, большое значение придаётся гормональным и инструментальным методам исследования. При исследовании содержания тиреоидных гормонов в крови, выявлено достоверное повышение уровня свободного тироксина и свободного трийодтиронина ($P < 0,001$), однако при сопоставлении с показателями данных гормонов в группе больных молодого и среднего возраста отмечено некоторое отличие, заключающееся в более сниженных цифрах последних, чем в группе пациентов пожилого возраста ($P < 0,05$). Показатели ТТГ были сниженными ($P < 0,001$) и достоверно не отличались от показателей группы больных молодого и среднего возраста (табл.2).

ТАБЛИЦА 2. УРОВНИ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ (СВ.Т4 И СВ.Т3) И ТТГ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ДИФУЗНЫМ И СМЕШАННЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО И КЛИНИЧЕСКОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА

Обследованные группы	Содержание св. Т4 в крови, пмоль/л	Содержание св. Т3 в крови, пмоль/л	Содержание ТТГ в крови, ММед/л
Лица контрольной группы	14,41±0,89**	2,32±0,89**	1,21±0,08**
Больные ДТЗ и СТЗ пожилого возраста:			
- с субклиническим тиреотоксикозом	16,28±0,49*	3,67±0,46*	0,22±0,02
- с клиническим тиреотоксикозом	23,79±0,77*	5,88±0,35*	0,21±0,03
Больные ДТЗ и СТЗ молодого возраста:			
- с субклиническим тиреотоксикозом	17,23±3,76*	4,15±0,92*	0,25±0,09
- с клиническим тиреотоксикозом	26,77±1,18*	7,19±0,51*	0,18±0,03

Примечание: * – статистическая значимость показателей у больных с тиреотоксикозом ($P < 0,05$); ** – по сравнению с контрольной группой ($P < 0,001$)



В диагностике тиреотоксикоза, в частности его генеза, особенно в пожилом возрасте, большое значение имеет ультразвуковое исследование щитовидной железы. В более 40% наблюдений в условиях йодного дефицита нами выявлено неравномерное диффузное снижение эхогенности ткани щитовидной железы, функциональная автономность железы отмечена в 40%, подтверждённая при сцинтиграфии щитовидной железы у пациентов.

При лечении больных тиреотоксикозом мы ставили основной целью устранение клинических проявлений тиреотоксикоза или достижение эутиреоидного состояния больных. Причём, в группе пациентов пожилого возраста с наличием мерцательной аритмии ставилась задача проведения больных через стадию лабораторного гипотиреоза, для возможного устранения мерцательной аритмии. Динамика лечения 20% пациентов позволила отметить устранение мерцательной аритмии, причинно связанной с тиреотоксикозом. После достижения эутиреоидного состояния больным пожилого возраста применялись следующие методы лечения: в 30% – пациенты были направлены на терапию радиоактивным йодом, в 20% – на хирургическое вмешательство (максимально субтотальное удаление щитовидной железы с сохранением не более 3 мл ткани) с дальнейшим назначением заместительной терапии L-тироксин в малых дозах, не более 25 мкг в сутки. Отмечая наблюдающийся высокий риск хирургического вмешательства в пожилом возрасте, частый категорический отказ больных, 40% пациентов – принимают длительную пожизненную консервативную терапию в поддерживающих дозах.

Выявленная олигосимптомность клинических проявлений тиреотоксикоза в пожилом возрасте с преимущественным поражением в основном сердечно-сосудистой деятельности и нервной системы или синдрома катаболических нарушений с характерными изменениями гормонального фона и результатами использованных дифференцированных способов лечения согласуются с литературными сведениями отдельных авторов по данному вопросу [2,5,6] и дополняются результатами собственных исследований с учётом регионарных особенностей.

Обучение больных в тиреотоксикозе, организованной при эндокринологическом отделении ГМЦ и кафедре эндокринологии ТГМУ, позволяет повысить комплаентность пациентов и их мотивацию к лечению синдрома тиреотоксикоза в возрастном аспекте.

Таким образом, ранняя диагностика субклинических и клинических форм тиреотоксикоза в пожилом возрасте особенно актуальна. Установленные авторами характерные клинические, гормональные и ультразвуковые параметры позволят практическим врачам ориентироваться при постановке диагноза и принимать правильные и своевременные решения в отношении лечения больных, особенно пожилого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Н.А. Консервативное лечение болезни Грейвса: принципы, маркёры рецидива и ремиссии / Н.А.Абрамова, В.В.Фадеев // Проблемы эндокринологии. – 2005. – №6. – С. 44-49
2. Дедов И.И. Болезнь Грейвса и эндокринная офтальмопатия // Под редакцией И.И.Дедова, Г.А.Мельниченко. – М. – 2012. – С.22-37
3. Laurberg P. TSH-receptor autoimmunity in Graves' disease after therapy with antithyroid drugs, surgery, or radiiodine: a 5-year prospective randomized study / P.Laurberg [et al.] // Eur. J. Endocrinol. – 2008. – V. 158. – P. 69-75
4. Surke M.I. Age-specific distribution of serum thyrotropin and antibodies in the VS population implications hypothyroidism / M.I.Surke, J.G.Hollowell // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2007. – V. 92. – P. 4575-4582
5. Куликова В.В. Дисфункция щитовидной железы у пожилых // Руководство для врачей. – Нижний Новгород. – 2007. – С.51-94
6. Фадеев В.В. Отдалённые результаты консервативного и хирургического лечения токсического зоба / В.В. Фадеев [и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2004. – №6. – С. 3-9
7. Фадеев В.В. Отдалённые результаты лечения токсического зоба радиоактивным ¹³¹I / В.В. Фадеев [и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2005. – №1. – С. 3-10



Summary

Thyrotoxicosis syndrome in elderly age inpatients with iodine deficiency

Sh.S. Anvarova, N.F. Niyazova, N.A. Inoyatova

Chair of Endocrinology of Avicenna TSMU

The results of observation of 150 elderly patients with the thyrotoxicosis syndrome is presented in article. Found that in conditions of iodine deficiency, the most common diseases with syndrome of hyperthyroidism in elderly were diffuse toxic goiter (80%), toxic adenoma (11%), subacute thyroiditis (4%), iodine-induced hyperthyroidism (5%). Monosemiotic clinical signs of hyperthyroidism in the old age are revealed, mainly affecting cardiovascular or nervous system, or syndrome of catabolic disorders - which justified the widespread use of hormonal and instrumental studies at diagnosis at this group of patients.

Key words: thyrotoxicosis syndrome of thyrotoxicosis, iodine deficiency, elderly age

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Анварова Шакарджон Саидоромовна – заведующая кафедрой
эндокринологии ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Абая, 3
E-mail: anvarova43@mail.ru



Медицинская реабилитация больных с хронической обструктивной болезнью лёгких в условиях санатория «Шифо»

Ш.А. Абдуллаев, С.М. Шукурова, Ф.М. Хамидов

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Авторами проанализированы результаты медицинской реабилитации 70 больных с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) в условиях санатория «Шифо». С этой целью в комплекс лечения пациентов с ХОБЛ были включены немедикаментозные методы физической реабилитации и спелеотерапия, которая проводилась в специальной спелеоклиматической камере. Проведённая комплексная терапия противовоспалительного действия способствовала как улучшению результатов лечения больных с ХОБЛ, так и функционального состояния дыхательной системы и психологического состояния пациентов.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), спелеотерапия, физическая реабилитация, галокамера, санаторий «Шифо»

Введение. В современном обществе хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), наряду с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом, входит в группу ведущих хронических заболеваний; на их долю приходится более 30% среди других патологий человека [1]. По данным экспертов ВОЗ, заболеваемость ХОБЛ уже в 2020 году будет на 5-м месте среди общей заболеваемости в мире. Ежегодно от ХОБЛ умирают 2,75 миллиона человек, более того, наблюдается чёткая тенденция к росту летальности [2].

Согласно официальным данным, в Республике Таджикистан в структуре первичной заболеваемости населения преобладают болезни органов дыхания, а смертность от них – на 2-м месте, уступая лишь сердечно-сосудистой патологии [3].

Повышение эффективности лечения пациентов с ХОБЛ – важная медико-социальная проблема современной медицины. Лечение больных с ХОБЛ, как правило, является комплексным и практически постоянным. Тем не менее, ни одно из лекарственных средств в долгосрочной перспективе не позволяет предупредить прогрессирующее снижение функции лёгких [1,4,5].

Представляется важным использование комплексных подходов к медицинской реабилитации, включающих не только базисную лекарственную терапию, но и лечебные физические факторы. Комплексный характер их действия, в том числе и на системные проявления ХОБЛ, позволяет снизить медикаментозную нагрузку, затормозить прогрессирование бо-

лезни, восстановить нарушенные функции, улучшить комплаенс больных и качество их жизни [6].

Цель исследования. На основе принципов восстановительной медицины [7] обосновать целесообразность включения в комплекс лечения пациентов с ХОБЛ немедикаментозных методов физической реабилитации, определить их роль, место и эффективность в зависимости от фазы и степени тяжести в условиях санатория «Шифо».

Материал и методы. Исследование проведено в лечебном санатории «Шифо», который расположен в курортной зоне в 6 км от г.Кайраккума, на берегу водохранилища «Таджикское море». Под наблюдением находились 70 больных с ХОБЛ: мужчин – 48 (68,6%) и женщин – 22 (31,4%). Средний возраст больных $53,0 \pm 2,3$ года. По тяжести течения заболевания обследуемые распределились следующим образом: 39 (55,7%) больных с лёгким течением и 31 (44,3%) – со средней степенью тяжести ХОБЛ. Дыхательная недостаточность I степени выявлена у 46 (65,7%) пациентов, I и II степени – у 24 (34,3%) больных. В исследование не были включены лица с тяжёлым течением заболевания и выраженной дыхательной недостаточностью.

Исследование проводили по специально разработанной индивидуальной карте больного. При сборе анамнеза оценивали наследственную отягощённость, наличие неблагоприятных факторов, давность кашлевого анамнеза, количество обострений за последний год, фазу заболевания, наличие сопутствующей патологии. Отмечали наличие и характер



медикаментозной терапии, регулярность её использования.

Оценка физического состояния больных проводилась с помощью теста с 6-минутной ходьбой, при которой степень выраженности одышки определяли по шкале Борга и MRS [8]. Психологическое состояние больных в процессе лечения определялось с помощью опросника по методике САН (самочувствие, активность, настроение). Помимо общеклинического обследования (клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи), проводились электрокардиография (ЭКГ), изучение функции внешнего дыхания (ФВД) методом спирографии, рентгенография органов грудной клетки, ежедневная пикфлоуметрия при помощи пикфлоуметра «Vitalograph» (Ирландия).

В методологическом плане на первом этапе выполнения работы были изучены особенности клинического течения ХОБЛ в восстановительном периоде, проанализирована эффективность стационарной медицинской реабилитации больных по обычно применяемым программам в больнице.

На втором этапе выполнения работы, после уточнения особенностей течения ХОБЛ, разрабатывались оптимизированные реабилитационные программы. Больные, включённые в эти программы, были разделены на 2 группы: 1 группа (n=28) – больные с ХОБЛ, получившие обычную программу реабилитации. Из них мужчин – 16, женщин – 12, возраст от 27 до 71 года (средний возраст – $46,5 \pm 2,4$). Средняя продолжительность заболевания составила $10,2 \pm 1,9$ года; 2 группа (n=42) – больные с ХОБЛ, получившие обычную программу реабилитации и спелеотерапию. Мужчин было 28 (66,7%), женщин – 14 (33,3%), средний возраст $42,3 \pm 1,9$ года, со средней продолжительностью заболевания $9,1 \pm 1,4$ года.

Обычная программа реабилитации включала: климато-двигательный режим в зависимости от клинико-функционального состояния больного; диету №11; медикаментозную терапию: бронхолитические ингаляционные средства с помощью дозированных аэрозолей и небулайзеров; муколитики, глюкокортикостероиды, антибиотики; лечебную физкультуру; фитотерапию; массаж; климатотерапию.

Климат в районе расположения санатория тёплый, мягкий, воздух – чистый.

Спелеотерапия проводилась в спелеоклиматической камере из искусственной шахты калий-магневых солей. Спелеоклиматическая камера смонтирована и оборудована согласно установленным нормативам ООО «Спелеомед» и находится на постоянном сервисном обслуживании. Спелеокамера рассчитана на одновременное лечение 8 больных.

Она включает две комнаты лечебной площадью 48 м^2 (из расчёта 6 м^2 на одного человека) и одну вспомогательную (15 м^2), комплект аппаратуры, «аэрозоль», соляные породы. Помещения состоят из минералов галита, сильвина и карналлита. Содержание радионуклидов в отобранных породах и концентрация радона в спелеоклиматической камере не превышает допустимых уровней согласно действующим нормам радиационной безопасности. Галокамера снабжена приточно-вытяжной вентиляцией.

В воздухе спелеолечебницы содержалось 3-5 мг/м³ частиц солей, размеры которых на 80-90% составляли 5 мкм, т.е. являются оптимальными для проникновения в бронхиолы.

Назначение лечения в спелеоклиматической камере проводилось на основании методических рекомендаций МЗ и МП РФ от 28.04.1994 г.

Первые два сеанса с целью адаптации к условиям галокамеры проводились 30-40 мин. Начиная с третьего сеанса, при хорошей переносимости, длительность экспозиции увеличивали до 1,5 час. Процедуры проводили ежедневно, на курс 10-15 процедур.

В целях улучшения психологического самочувствия во время процедуры проводилась музыкотерапия. Перед очередной процедурой и по её окончании, медицинская сестра измеряла больным артериальное давление и пульс с регистрацией в журнале.

Статическая обработка материала выполнялась с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica for Windows v.6.0). Разница показателей считалась значимой, если вероятность возможной ошибки (P), определённая по таблице Стьюдента, была меньше 0,05.

Результаты и их обсуждение. Среди сопутствующей патологии наиболее частыми были ИБС (65,5%), гипертоническая болезнь (43,2%), хронический гастродуоденит (27,3%), сахарный диабет и ожирение (16,3% и 20,0%, соответственно). В 25% случаев отмечалось сочетание 2-х и более хронических заболеваний.

Из анамнеза установлено, что 50 (71,4%) больных с ХОБЛ наблюдались по поводу хронического заболевания верхних дыхательных путей в течение 16-18 лет. Из них 32 (45,7%) пациента – курильщики со средним стажем курения $28,0 \pm 2,1$ года и количеством выкуренных сигарет в сутки в среднем $17,3 \pm 1,1$.

Основные клинические проявления у больных с ХОБЛ представлены в таблице 1.



ТАБЛИЦА 1. ЧАСТОТА ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ (N=70)

Клинические симптомы	Абс.	%
Кашель:		
- сухой приступообразный	2	2,9
- с выделением слизистой мокроты	23	32,9
- с выделением слизисто-гноной мокроты	35	50,0
Одышка		
- умеренная	34	48,57
- незначительная	22	31,43
- выраженная	11	15,7
Слабость	59	84,3
Потливость	55	78,6
Субфебрильная температура	17	24,3
Лёгочный перкуторный звук	36	51,4
Укороченный перкуторный звук	7	10,0
Коробочный перкуторный звук	21	30,0
Хрипы:		
- сухие	60	85,71
- влажные	5	7,14
Рентгенологические:		
- эмфизема	17	24,29
- пневмосклероз	28	40,0

Как видно из таблицы 1, основным клиническим проявлением ХОБЛ был кашель: у 2 (2,9%) больных – сухой приступообразный, у 23 (32,9%) – с выделением слизистой и у 35 (50%) больных – слизисто-гноной мокроты. Подавляющее большинство пациентов предъявляли жалобы на одышку (48,5%), слабость (84,3%), потливость (78,6%), субфебрильную температуру (24,3%), что свидетельствовало о наличии у обследованных больных с ХОБЛ признаков хронической интоксикации. При перкуссии у 10% и 30% больных наблюдались укороченный перкуторный звук и коробочный звук, соответственно. Аускультативно над лёгкими преобладали сухие хрипы – у 60 больных (85,7%). Рентгенологические изменения по типу пневмосклероза и эмфиземы лёгких встречались у 28 и 17 больных, соответственно.

Реабилитация больных с ХОБЛ в условиях стационара санатория осуществлялась в тесном взаимодействии с лечебным процессом.

Комплексная реабилитационная программа в 1 группе (n=28) оказала положительное влияние на общее состояние и самочувствие больных. Субъективно пациенты отмечали уменьшение частоты кашля, облегчение отхождения мокроты и уменьшение её количества, повышение активности, улучшение

настроения. Однако у большинства больных сохранялись кашель, одышка при повышении физических нагрузок, повышенная утомляемость.

В общеклиническом анализе крови (табл. 2) отмечалась положительная динамика всех показателей, однако достоверных изменений большинства из них не получено, что свидетельствовало о недостаточном эффекте проводимой терапии.

Статистически снижение количества лейкоцитов крови и СОЭ свидетельствует о снижении активности воспалительного процесса в лёгких.

В анализе мокроты отмечалось уменьшение количества лейкоцитов, а гнойная мокрота у 43,4% больных 1 группы приобрела слизисто-гноной, у 49,2% – слизистый характер.

Динамика показателей функции внешнего дыхания (ФВД) у больных с ХОБЛ 1 группы представлена в таблице 3.

На фоне проведённого лечения у больных с ХОБЛ 1 группы отмечалось снижение частоты дыхания и незначительный прирост показателей ФВД.

ТАБЛИЦА 2. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ В 1 ГРУППЕ
(ПО ОБЫЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЕ)

Показатели	До лечения (n=28)	После лечения (n=28)
Лейкоциты, 10^9 /л	10,4±0,5	7,7±0,6*
Эритроциты, 10^{12} /л	5,5±0,3	5,8±0,4
Гемоглобин, г/л	142,8±2,5	146,8±2,7
Эозинофилы, %	3,7±0,2	2,2±0,3
Базофилы, %	0,1±0,02	0,2±0,03
Нейтрофилы, %		
- палочкоядерные	4,7±0,3	3,3±0,5
- сегментоядерные	54,3±2,1	55,4±0,5
Лимфоциты, %	33,1±1,4	34,2±1,5
Моноциты, %	4,4±0,4	4,1±0,3
СОЭ, мм/ч	16,2±0,5	12,7±0,5

Примечание: * - статистическая значимость различия показателей ($P < 0,05$)

ТАБЛИЦА 3. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФВД У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ 1 ГРУППЫ (N=28)

Показатели	До лечения	После лечения
ЧД в 1 мин	19,6±1,2	16,1±1,1*
ЖЕЛ, %	62,2±2,5	66,5±2,3
ФЖЕЛ, %	63,5±2,9	68,4±2,2
ОФВ ₁ , %	52,3±3,2	61,7±2,7
ОФВ ₁ /ЖЕЛ, %	60,2±2,4	64,2±3,1

Примечание: * - статистическая значимость различия показателей ($P < 0,05$)

ТАБЛИЦА 4. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФВД У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ ВО 2 ГРУППЕ (N=42)

Показатели	До лечения	После лечения
ЧД в 1 мин	19,3±1,5	15,1±1,3**
ЖЕЛ, %	64,2±2,1	72,7±2,2*
ФЖЕЛ, %	63,4±2,2	74,3±2,1*
ОФВ ₁ , %	51,4±2,6	67,4±2,1**
ОФВ ₁ /ЖЕЛ, %	57,8±2,6	67,1±2,2**

Примечание: * - статистическая значимость различия показателей ($P < 0,05$); ** - ($P < 0,01$)

Положительная динамика показателей психологического теста «САН» отражала психоэмоциональное состояние больных.

2 группа (n=42) больных с ХОБЛ помимо общей реабилитационной программы получала лечение в спелеоклиматической камере. К 4-5 процедуре у 91,2% больных уменьшилась слабость, исчезла потливость. Все пациенты отмечали уменьшение частоты кашля, улучшение отхождения мокроты, уменьшение одышки и улучшение настроения.

В общеклиническом исследовании крови отмечалось статистически достоверное снижение количества лейкоцитов крови, палочкоядерных нейтрофилов и СОЭ ($P < 0,01$), увеличение количества сегментоядерных нейтрофилов.

На фоне снижения активности воспалительного процесса в бронхах выявлен существенный прирост показателей функции внешнего дыхания (табл. 4).



Полученные данные свидетельствуют об улучшении бронхиальной проходимости у больных с ХОБЛ 2 группы на всём протяжении дыхательных путей (статистически достоверный прирост ОФВ1, ОФВ1/ЖЕЛ) ($P < 0,01$). Отмечается прирост ЖЕЛ и ФЖЕЛ, достоверное снижение ЧД ($P < 0,01$).

Таким образом, применение в комплексных программах медицинской реабилитации больных с ХОБЛ спелеотерапии в условиях санатория «Шифо» позволяет обеспечить прирост эффективности лечения за счёт противовоспалительного действия, улучшение функционального состояния дыхательной системы, улучшение психологического состояния пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чучалин А.Г. Респираторная медицина / под ред. А.Г. Чучалина. М.: Гэотар-МЕДИА. – 2007.
2. Calverley P.M. TORCH investigators. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease / P.M. Calverley [et al.] // N. Engl. J. Med. - 2007. - Vol. 356(8). - P. 7755-89.
3. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения РТ за 2010г. / Госкомстатистика РТ. – 2011. – 78 с.
4. Белевский А.С. Организация и проведение обучения больных с хронической обструктивной болезнью лёгких / А.С. Белевский // М: Изд. Дом «Атмосфера».- 2005. – 55 с.
5. Чучалин А.Г. Концепции развития пульмонологической помощи населению Российской Федерации (2004-2008 гг.) / А.Г. Чучалин [и др.] // Пульмонология – 2004. – №1. – С. 34-37.
6. Расулова М.А. Немедикаментозные методы восстановительного лечения пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких / М.А. Расулова // Пульмонология – 2008. – №3. – С. 54-58.
7. Разумов А.Н. Здоровье здорового человека / А.Н. Разумов [и др.] // Научные основы восстановительной медицины. – М. – 2007. – С.53-56.
8. Авдеев С.Н. Хроническая обструктивная болезнь лёгких как системное заболевание / С.Н. Авдеев // Пульмонология. – 2007. – №2. – С. 104-116.

Summary

Medical rehabilitation patients with chronic obstructive pulmonary disease in condition of health resort «Shifo»

Sh.A. Abdullaev, S.M. Shukurova, F.M. Khamidov
Chair of Internal Medicine propedeutics of Avicenna TSMU

The authors have analyzed the results of 70 medical rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in the condition of health resort «Shifo.» With that purpose in the complex treatment of patients with COPD were included non-pharmacological methods of physical rehabilitation and speleotherapy, which was held in a special speleoclimatic chamber. Provided complex therapy with an anti-inflammatory action has contributed as improving results of treatment of patients with COPD, as the functional state of the respiratory system and the psychological state of patients.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), speleotherapy, physical rehabilitation, salt-chamber, health resort «Shifo»

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Шукурова Сурайё Максудовна – заведующая кафедрой пропедевтики внутренних болезней ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: s_shukurova@mail.ru



Комплексная диагностика антифосфолипидного синдрома

Ф.Т. Халимова*, Е.В. Малышева, Ф.А. Шукуров*, А.В. Гулин

*Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино;
ГОУ ВПО «Липецкий государственный педагогический университет», Россия

Полноценная диагностика антифосфолипидного синдрома должна базироваться на иммунологическом определении титра антител к отрицательно заряженным фосфолипидам (кардиолипину, фосфатидилсерину, фосфатидилинозитолу, фосфатидиловой кислоте). Одновременно должны определяться в плазме крови антикоагулянты волчаночного типа. Из скрининговых тестов наиболее доступны следующие: люпус-чувствительное АПТВ (активированное парциальное тромбопластиновое время) (ВА+) и протромбиновый тест с разведённым ядом гюрзы (лебетоксовый).

Определение лишь отдельных из указанных параметров не может считаться достоверным для постановки диагноза. Уровень IgG – АФА в сыворотке крови женщин с отягощённым акушерским анамнезом был достоверно более высоким ($p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой и составил $12,7 \pm 1,3$ Ед/мл. У женщин с отягощённым акушерским анамнезом выявлено достоверное ($p < 0,001$) повышение уровня NR, которое в среднем составило $1,46 \pm 0,11$ ед.

Обнаружена достоверная прямая корреляция между уровнями IgG – АФА и средним уровнем NR в плазме крови ($r = 0,56$; $p < 0,01$). Среднее время свёртывания по лебетоксовому тесту (ЛЕТ) исследуемой группы достоверно ($p < 0,001$) превысило показатели контрольной группы и составило $3,17 \pm 0,26$ сек. Отмечена прямая корреляция между IgG – АФА и временем свёртывания по ЛЕТ ($r = 0,43$ при $p < 0,01$).

Ключевые слова: антифосфолипидный синдром, антитела к фосфолипидам, отягощённый акушерский анамнез

Введение. Репродуктивная функция является важнейшим интегральным показателем здоровья женщины и определяет качество её жизни, потомства и здоровья. В условиях снижения воспроизводства и ухудшения показателей соматического и репродуктивного здоровья женщин, сохранение каждого плода и новорождённого становится одной из самых актуальных медико-социальных проблем и обретает в связи с этим статус фактора национальной безопасности [1]. Одной из причин, инициирующих ухудшение репродуктивного здоровья женщин, считается антифосфолипидный синдром (АФС), который проявляется в группе аутоиммунных нарушений и характеризуется появлением значительного количества антител в сыворотке крови к фосфолипидам (АФА).

Антифосфолипидные антитела представляют собой семейство антител к фосфолипидам (основными типами которых являются кардиолипин (КЛ), волчаночный антикоагулянт (ВА), фосфатидилсерин (ФС), фосфатидилинозитол (ФИ) и фосфатидиоловая кислота (ФК)). Данные антитела реагируют с антигенными детерминантами анионных и нейтральных фосфолипидов, а также с комплексными эпитопами,

которые образуются в результате взаимодействия фосфолипидов и фосфолипидсвязывающих белков. Синтез этих антител ассоциируется с развитием своеобразного симптомокомплекса, включающего венозные или артериальные тромбозы, различные формы акушерской патологии, тромбоцитопению, а также различные неврологические, кожные, сердечно-сосудистые, гематологические и другие нарушения [2].

Полноценная диагностика АФС должна базироваться на комплексном исследовании аутоиммунных нарушений, в необходимости определения не только антикардиолипиновых антител, но и титра антител к другим мембранным фосфолипидам (фосфатдилсерину, фосфатдилинозитолу, фосфатидиловой кислоте). Иммунодиагностика АФС согласно современным рекомендациям включает в себя, помимо определения титра антифосфолипидных антител, принадлежащих к разным классам иммуноглобулинов, исследование антител к некоторым гликопротеинам, фиксированным на фосфолипидных мембранах. Важнейшими из них являются β - гликопротеин I, протромбин и аннексии V [3].



Другой важной характеристикой этого синдрома является нарушение ряда параметров свёртываемости крови: развитие гипокоагуляции в различных фосфолипидзависимых тестах, выполняемых на бедной тромбоцитами плазме (БТП). Эта гипокоагуляция, которая обозначается как наличие в плазме крови антикоагулянтов волчаночного типа (АВТ), устраняется или становится значительно менее выраженной при добавлении к БТП эмульсии нормальных фосфолипидных мембран, полученных из разрушенных тромбоцитов, либо эритрофосфатида [4].

Выявление эффектов волчаночного антикоагулянта также требует использования полного комплекса предложенных для этого фосфолипидзависимых скрининговых и подтверждающих методик, прошедших апробацию в многоцентровых исследованиях [5].

К сожалению, в большинстве российских исследований, посвящённых АФС, в том числе и выполненных в крупных научных центрах, мы не встречаем такой чётко построенной идентификации эффектов АВТ, без чего диагностика АФС не может считаться достаточно обоснованной [6].

Цель исследования – определение прогностического значения волчаночного антикоагулянта применительно к оценке антифосфолипидного синдрома у женщин, имеющих отягощённый акушерский анамнез.

Материал и методы. Нами обследовано 132 женщины, имевших в анамнезе привычное невынашивание беременности, у которых после проведения гинекологического, гормонального, бактериологического и генетического исследований причина нарушений в репродуктивной системе оставалась неясной: 87 женщин (66%) имели в анамнезе повторные регрессирующие беременности и самопроизвольные выкидыши в I и во II триместрах беременности; 25 (19%) – замершую беременность; 8 (6%) – внематочную беременность; у 12 (9%) женщин отмечалось бесплодие. В качестве контрольной группы были обследованы 40 фертильных женщин.

Анализ исследований проведён с определением основных статистических параметров (M и m) и достоверности их различий по параметрическому критерию Стьюдента, а также использовался корреляционный и регрессионный анализ на программном обеспечении MS Excel. Весь полученный цифровой материал был обработан методами вариационной статистики. При расчёте средней арифметической (M), средней ошибки (m), среднего квадратичного отклонения (σ), коэффициента достоверности (t) использовали общепринятые формулы.

Результаты и их обсуждение. Средний уровень IgG в контрольной группе к суммарным антителам

(КЛ+ФС+ФИ+ФК) составил $2,96 \pm 0,17$ Ед/мл. Уровень IgG - АФА в сыворотке крови женщин с отягощённым акушерским анамнезом был более высоким ($p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой и составил $12,7 \pm 1,3$ Ед/мл.

Также были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,001$) содержания в плазме крови АВТ: люпус-чувствительное АПТВ (ВА+) и протромбиновый тест с разведенным ядом гюрзы (лебетоксовый). Следует иметь в виду, что при достаточно полном иммунологическом обследовании значительная часть случаев АФС (по разным данным 35 - 60%) остается нераспознанной, если одновременно не определяется в плазме крови антикоагулянты волчаночного типа). Из скрининговых тестов наиболее доступны следующие: люпус-чувствительное АПТВ (ВА+) и с разведенным ядом гюрзы (лебетоксовый).

Определение ВА набором «Экспресс – Люпус – тест» является оригинальным скрининговым вариантом, основанным на сравнительной оценке результатов в плазме больного активированного парциального тромбопластинового времени (АПТВ) с двумя реагентами: высокочувствительными к ВА (АПТВ ВА+) и низкочувствительными к ВА (АПТВВА-). Наличие в плазме ВА ведёт к сравнительно большему удлинению времени свёртывания в тесте с АПТВ ВА+, чем с АПТВ ВА- реагентом. Показатели времени свёртывания у больного в отношении контрольной плазмы выражаются через отношение NR, которое количественно оценивает гипокоагуляционный эффект. В норме у здоровых людей показатель NR в среднем равен 0,79-1,19 ед. Если NR равен или превышает 1,3 ед. определяют наличие волчаночного антикоагулянта [7].

Средний уровень NR в плазме крови пациенток контрольной группы составил $0,89 \pm 0,01$ ед. У женщин с отягощённым акушерским анамнезом выявлено ($p < 0,001$) повышение уровня NR, которое в среднем составило $1,46 \pm 0,11$ ед. Обнаружена прямая корреляция между уровнями IgG - АФА и средним уровнем NR в плазме крови ($r = 0,56$; $p < 0,01$). Уровень NR в плазме крови и время свёртывания по ЛЕТ во второй группе были достоверно более высокими, чем в первой.

Коагулаза яда гюрзы (лебетокс) осуществляет запуск свёртывания крови путём активации фактора X в присутствии ионов кальция и фактора V. Это действие усиливается фосфолипидным компонентом (плазменными фосфолипопротеидными мембранами). При дефиците фактора X время свёртывания в лебетоксовом тесте (ЛЕТ) удлиняется, а при дефиците фактора VII, в отличие от протромбинового теста, коагуляционный эффект лебетокса не ослабляется. Совпадение результатов ЛЕТ в исследуемых и контрольных образцах плазмы (разница во времени свёртывания не более 3 сек.) говорит об отсутствии



дефицита фактора X, V, II и I. Удлинение времени свёртывания по ЛЕТ (в сравнении с контролем) более, чем на 3 сек., свидетельствует о возможном дефиците факторов X, V, II и I [8].

Время свёртывания по ЛЕТ в контрольной группе составило $2,32 \pm 0,04$ сек. Среднее время исследуемой группы достоверно ($p < 0,001$) превысило показатели контрольной группы и составило $3,17 \pm 0,26$ сек. Отмечена прямая корреляция между IgG - АФА и временем свёртывания по ЛЕТ ($r = 0,43$ при $p < 0,01$).

Полученные результаты подтверждают материалы других авторов о связи между гиперпродукцией антител к кардиолипину и другим мембранным фосфолипидам (фосфатдилсерину, фосфатдилинозитолу, фосфатидиловой кислоте) и развитием АФС. Уровни фосфолипидзависимых антител в группе женщин с отягощённым акушерским анамнезом являются более достоверно высокими, чем у контрольной группы. Мы подчёркиваем необходимость определения при АФС не только антикардиолипиновых антител, но и титра антител к другим мембранным фосфолипидам (фосфатдилсерину, фосфатдилинозитолу, фосфатидиловой кислоте).

Таким образом, уровень IgG - АФА в сыворотке крови женщин с отягощённым акушерским анамнезом был более высоким ($p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой. Уровень NR в плазме крови и время свёртывания по ЛЕТ во второй группе были достоверно более высокими, чем в первой. Обнаружена прямая корреляция между уровнями IgG - АФА и средним уровнем NR в плазме крови ($r = 0,56$; $p < 0,01$). Отмечена прямая корреляция между IgG - АФА и временем свёртывания по ЛЕТ ($r = 0,43$ при $p < 0,01$).

В связи с этим считаем целесообразным обследование на АФС женщин, имеющих отягощённый акушерский анамнез. Своевременное проведение профилактических мероприятий позволит избежать развития акушерской патологии, а также снизить перинатальную заболеваемость и смертность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агапова Ю.Р. Антифосфолипидный синдром при бронхолёгочной патологии / Ю.Р.Агапова, А.В.Гулин, Е.В.Мальшева // Вестник ТГУ. - 2012. - Т.17, вып.3. - С. 920-924.
2. Назирова А.А. Антитела к фосфолипидам и невынашивание беременности / А.А.Назирова // Сборник научных трудов аспирантов и соискателей. Липецк: ЛГПУ. - 2008. - Вып. 5. - С. 214-216.
3. Гулин А.В. Лабораторная диагностика антифосфолипидного синдрома. Адаптационная физиология и качество жизни: проблемы традиционной и инновационной медицины / А.В.Гулин, А.А.Назирова // Материалы Межд. симпозиума, посвящённого 80-летию академика РАМН Н.А. Агаджаняна. М.: РУДН. - 2008. - С. 230-232.
4. Назирова А.А. Антифосфолипидный синдром у женщин с привычным прерыванием беременности / А.А.Назирова // Вестник ТГУ. - 2008. - № 31 (91). - С. 81-86.
5. Классификация, молекулярные механизмы и новые методы диагностики тромбофилий / З.С.Баркаган, Л.П.Цывкина, Г.И.Костюченко, А.П.Момот // Бюл. СО РАМН. 2002. № 2. - С. 51-55.
6. Волкова В.А. Клиническое значение выявления генетической тромбофилии и антифосфолипидный синдром у больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями гениталий и тромбозами в анамнезе: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.А.Волкова. - М., 2007. - 27с.
7. Долженко Т.А. Патоморфологическая диагностика антифосфолипидного синдрома как причина неразвивающейся беременности по соскобам эндометрия: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.А.Долженко // - М., 2006. - 24с.
8. Кудзасова З.А. Основные принципы профилактики тромботических и геморрагических осложнений у беременных с тромбоцитопенией, обусловленной антифосфолипидным синдромом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / З.А.Кудзасова. - М., 2006. - 24с.



Summary

Complex diagnosis of antiphospholipid syndrome

F.T. Khalimova*, E.V. Malysheva, F.A. Shukurov*, A.V. Gulin

*Avicenna TSMU;

State Educational Institution of Higher Professional Education «Lipetsk State Pedagogical University», Russia

Comprehensive diagnosis of the antiphospholipid syndrome should be based on the immunological determination of antibody titers to the negatively charged phospholipids (cardiolipin, phosphatidyl serine, phosphatidyl inositol, phosphatidic acid).

At the same time must be determined lupous-type anticoagulant in serum. From the screening tests, the following are available: lupus-sensitive APTT (activated partial thromboplastin time) (BA+) and prothrombin test with dilute poison of lebetina viper (lebetox).

Defining a single of these parameters cannot be considered reliable for diagnosis. Level IgG - antiphospholipid antibodies in serum of women with a compromised obstetric history was significantly higher ($p < 0,001$) in comparison with the control group and was $12,7 \pm 1,3$ U / ml. Detected significant positive correlation between the levels of IgG - antiphospholipid antibodies and middle level NR in serum of blood ($r = 0,56$; $p < 0,01$). The average clotting time for lebetox test of the studying group was significantly ($p < 0,001$) more than in the control group and was $3,17 \pm 0,26$ seconds. There was a positive correlation between IgG - antiphospholipid antibodies and the clotting time for lebetox test ($r = 0,43$ at $p < 0,01$).

Key words: antiphospholipid syndrome, antiphospholipid antibodies, burdened obstetric history

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Халимова Фариза Турсунбаевна –
ассистент кафедры нормальной физиологии ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки-139
E-mail: farizakhalimova@gmail.com



Триггеры роста микогенной инфекции у женщин с воспалительными гинекологическими заболеваниями

Ш.А. Махмудова

ГУ «Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии»

В работе отражены результаты обследования 229 женщин с воспалительными и грибковыми патологиями женской половой сферы на предмет выявления факторов микогенной инфицированности.

Исследованием установлено, что длительность воспалительной гинекологической патологии более 2 лет, возраст женщин старше 35 лет, жаркие климатические условия, повышенная потливость организма, особенности национальной одежды, пребывание и длительная работа в сырых и влажных помещениях, регулярный приём кортикостероидов, наличие внеполовых грибковых заболеваний, лечение антибактериальными препаратами являются наиболее благоприятными факторами роста грибов в организме.

Сравнительный анализ антимикотической терапии 72 женщин препаратами различных групп показал, что нистатин оказался эффективным в 5,5% случаев и его можно рекомендовать только при начальном курсе терапии микотической инфекции или профилактики микотической инфицированности. Наиболее эффективными (68,0% и 83,3%) для лечения микотической инфекции являются производные имидазола (низорал и триазолы – дифлюкан, дифлазон, итраконазол).

Ключевые слова: микогенная инфекция, грибковые заболевания, триггеры роста грибов, антимикотические препараты

Актуальность. Своевременная и адекватная этиопатогенетическая терапия женщин с гинекологическими заболеваниями на современном этапе является сложной задачей для врача-гинеколога, поскольку ежегодно расширяется круг влияния этиологических факторов, зачастую не учтённых при выборе тактики лечения [1]. Практический опыт свидетельствует о том, что тяжесть клинического течения, периодов ремиссии, эффективность лечения больных с острыми и хроническими заболеваниями органов гениталий определяют характер инфекции в организме женщин (инфекционных агентов, бактерий, грибов, вирусов, паразитов, хламидий), многие из которых зачастую не диагностируются и, естественно, не учитываются при выборе тактики лечения. В этом плане не последнее место отводится носительству или инфицированности организма женщины грибковой инфекцией. В этой связи для практической гинекологии важным является знание основных факторов риска развития и роста грибов, поскольку именно они могут быть основным и пусковым механизмом формирования различной гинекологической патологии [2,3].

Цель исследования: изучить основные триггеры роста грибов у женщин с воспалительными гине-

кологическими заболеваниями и провести сравнительную оценку основных групп противогрибковых препаратов.

Материал и методы. За период 2011 и 2012 гг. обследовано 229 женщин детородного возраста с воспалительными заболеваниями женской половой сферы, обращавшихся за медицинской помощью в гинекологическое отделение Центральной районной больницы г.Турсунзаде.

Критериями включения женщин в обследование были: воспалительные заболевания половой сферы и клинические симптомы грибковых поражений органов гениталий, а также рост грибов в КОЕ > 10³ при бактериологическом анализе.

Критериями исключения являлись: сопутствующие онкологические патологии, полипы, опухоли, выраженные воспалительные заболевания внутренних органов, а также высеянная грибковая инфекция в КОЕ < 10³.

В зависимости от характера воспалительного процесса все обследованные женщины были разделены на две группы: 1 группу составили 68 женщин, стра-



дающих острыми воспалительными заболеваниями женской половой сферы с давностью заболевания не более 2 месяцев; 2 группу – 161 женщина с хроническими воспалительными заболеваниями женской половой сферы, страдающих ими в течение более 1 года. Средний возраст пациенток первой группы составил $30,6 \pm 1,2$ года, а второй – $35,0 \pm 1,0$ год.

Для получения роста культур грибов материал (мазок из зева влагаллица) высевали на среду Сабуро (пр-во «Pronadisa», Испания). Диагностически положительным значением для дрожжевых грибов считали КОЕ, равное 10^3 и более в 1 мл материала. Видовая принадлежность грибов определялась при помощи диагностического набора «Candiselect», фирмы «Sanofi». Чувствительность к антифунгальным препаратам выявлялась при помощи набора «Fungitest».

При выборе тактики антимикотической терапии мы руководствовались наличием к настоящему времени основных групп антимикотических препаратов. В комплексе лечения женщин нами было использовано по одному препарату из каждой группы антимикотических средств:

- полиеновые антибиотики – нистатин, леворин, амфотерицин В;
- производные имидазола – кетоконазол (низорал), клотримазол, миконазол, бифоназол;
- триазолы – флуконазол (дифлюкан, дифлазон), итраконазол.

Критерий эффективности проводимой терапии оценивался по уменьшению количества роста колоний грибов.

Статистическая обработка материала проведена с помощью компьютерной программы Excel-6.0.

Результаты и их обсуждение. По результатам анонимного анкетного опроса 229 женщин с заболеваниями органов гениталий нами определены основные факторы риска, влияющие на развитие микогенной инфекции (табл. 1). Данные свидетельствуют о большей степени микогенной инфицированности женщин из второй группы – с хронической гинекологической патологией.

Среди основных факторов было установлено, что возраст женщин и длительность заболевания имеют немаловажное значение в грибковой инфицированности органов гениталий.

Анализ анкетных данных позволил сделать заключение о том, что жаркие климатические условия, повышенная потливость организма, особенности национальной одежды, пребывание и длительная работа в сырых и влажных помещениях также являются факторами риска развития грибковых поражений. Все эти факторы, несомненно, сопровождаются

влажностью, что позволило нам выделить её как один из основных факторов риска.

28 (41,1%) женщин из 1 группы и 77 (47,8%) – из 2 группы указали на проживание в сырых помещениях, поражённых грибками: на влажность помещений, плохую проветриваемость, наличие визуального плесневидного покрытия в санитарных узлах, трубах, проживание на первых этажах зданий или в сырых бараках, отсутствие отопления в зимний период. Необходимо также отметить, что часть женщин указали и на аналогичные условия работы: в библиотеках, складских помещениях, на пастбищах.

Учитывая, что многие женщины имели воспалительные заболевания органов гениталий, нами особое внимание уделялось на такой фактор риска как лечение антибактериальными препаратами. Так, частота применения антибактериальных средств для женщин 1 группы составила 38 (55,8%), а 2 группы – 81 (50,3%). Это обстоятельство свидетельствует о том, что более половины женщин каждой группы в течение года более 1 раза принимали антибактериальные средства по поводу основных болезней женской половой сферы.

Среди всех выявленных факторов риска микогенной инфицированности одно из приоритетных мест отводится такому фактору как регулярный приём кортикостероидов, поскольку именно у данного контингента женщин культуральным методом были выделены самые разнообразные патогенные грибы рода *Candida*. Основную часть таких пациенток – 18 (11,1%) составили женщины из 2 группы.

Помимо выявленных факторов риска микогенной инфицированности обследованных женщин также выделены такие факторы риска как внеполовые грибковые поражения, документированные иммунодефицитные состояния, рост грибов в анамнезе.

Для практической гинекологии зачастую нерешённым остаётся вопрос профилактики и лечения женщин с микогенной инфекцией. С этой целью нами проведён курс антимикотической терапии 72 женщинам из числа второй группы, у которых имела микогенная инфекция и однотипная клиническая картина гинекологической патологии (табл.2). В клинической картине заболевания у всех женщин преобладали такие симптомы как жжение половых органов, зуд, болевой симптом и т.д. В зависимости от вида назначения препарата пациентки были распределены на 3 группы: I группа (n=29) – терапия нистатином; II группа (n=25) – терапия низоралом; III группа (n=18) – терапия итраконазолом (200-250 мг – вагинальные свечи).

У представителей I группы женщин, получавших в базисной терапии нистатин (по 500 000 ед. 5-6 раз в сутки, в течение 14 дней) в процессе лечения



ТАБЛИЦА 1. ОСНОВНЫЕ ТРИГГЕРЫ МИКОГЕННОЙ ИНФИЦИРОВАННОСТИ

Факторы риска	1 группа (n=68)	2 группа (n=161)
Длительность болезни (годы, M±m)	1,0±0,2	3,3±1,2
Возраст женщин (годы, M±m)	30,6±1,2	35,0±1,1
Тяжесть течения	среднее	среднее
Наличие аллергии	+	++
Сенсибилизация к бытовым аллергенам	+	++
Промискуитет	+	++
Сенсибилизация к различным антибиотикам	-	++
Приём контрацептивов в анамнезе более 1 года	-	++
Основной триггер: влажность	-	+++
Проживание или работа в поражённых грибами местах	28 (41,1%)	77 (47,8%)
Средняя длительность проживания во влажных условиях, годы	2,1±0,6	3,4±0,2
Лечение антибиотиками 1 раз в год	38,0-55,8%	81,0-50,3%
Внеполовые грибковые болезни (кожа, кишечник, лёгкие и т.д.)	19 (27,9%)	39 (24,2%)
Приём стероидов более года	-	++
Постоянный приём глюкокортикостероидов	-	18 (11,1%)
Иммунодефицитные состояния	12 (17,6%)	41 (25,4%)
Рост дрожжевых грибов в анамнезе	25 (36,7%)	112 (69,5%)
Рост плесневых грибов (кожа, кишечник, лёгкие)	3 (4,4%)	14 (8,6%)

ТАБЛИЦА 2. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИМИКОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ (N=72)

Культуры грибов	I группа нистатин (n=29)		II группа низорал (n=25)		III группа итраконазол (n=18)	
	До	После	До	После	До	После
Candida albicans	5	1	4	-	4	-
Candida kefyr	7	2	5	-	3	-
Candida utilis	-	-	2	-	-	-
Candida non-albicans	1	1	2	1	2	-
Candida spirum	5	5	3	-	5	1
Candida tropicalis	1	1	4	-	4	1
Candida glabrata	-	-	1	1	1	-
Смешанные культуры	8	8	6	1	2	-
Клиническое улучшение	4 (5,5%)		17 (23,6%)		15 (20,8%)	
Рост грибов в контроле	19		6		4	
Нет роста грибов в контроле	-		9		12	

уменьшился рост колоний грибов *Candida albicans* *kefyr*. Клиническое улучшение отмечалось у 4 (5,5%) пациенток данной группы. Результаты эффективности нистатина, как антимикотического средства, свидетельствуют о том, что у большинства женщин в бактериологическом анализе значительно умень-

шилось количество колоний грибов рода *Candida albicans* и *kefyr* (дрожжевых грибов). Однако наличие и количество других форм грибов, зарегистрированных до лечения, не изменилось. Следовательно, количество случаев неэффективности терапии нистатином составило более 94%.



Более эффективные результаты лечения микотической инфекции наблюдались при лечении низоралом (кетоконзол) по 400 мг/сут в течение 14 дней. Низоралом пролечено 25 женщин, у которых имелась грибковая инфекция, что подтверждено данными бактериологического анализа. Следует указать, что пациентки данной группы страдали хроническими воспалительными заболеваниями женской половой сферы на протяжении многих лет и неоднократно в комплексе базисной терапии использовали нистатин. До лечения в анализе были высеяны различные виды дрожжевых грибов, а также наблюдался рост смешанной флоры. Из 25 женщин данной группы у 17 (68,0%) отмечено клиническое улучшение, подтверждённое лабораторными данными. Так, бактериологический анализ показал, что в контрольных мазках исчезли колонии грибов рода *Candida albicans* (4 колонии до лечения), *Candida kefyr* (5 колоний до лечения), *Candida utilis* (2 колонии до лечения), *Candida tropicalis* (4 колонии до лечения), а также значительно уменьшились колонии других видов грибов рода *Candida*.

У 9 (12,5%) женщин отмечалось полное отсутствие грибов в контроле. Следовательно, использование кетоконзола в качестве антимикотического средства является более эффективным по сравнению с полиеновыми антибиотиками (нистатин, амфотерицин), что подтверждается значительным уменьшением роста колоний и видов дрожжевых грибов.

Наиболее эффективным препаратом в отношении грибов оказался представитель триазолов – итраконазол (вагинальные свечи в суточной дозировке 200-250 мг). Клиническое улучшение отмечено у 15 (83,3%) женщин. Малочисленность этой группы объясняется финансовыми возможностями пациенток, поскольку препараты группы триазолов и новых триазолов – дорогостоящие. Препарат оказался эффективным по отношению к различным видам дрожжевых грибов. Так, контрольные бактериологические анализы свидетельствуют о том, что грибы рода *Candida albicans*, *Candida kefyr*, *Candida tropicalis*, *Candida glabrata* после лечения полностью исчезли.

Таким образом, результаты обследования 229 женщин на предмет выявления факторов микогенной инфицированности показали разнообразный спектр триггеров роста грибов. Такие триггеры как дли-

тельность гинекологической патологии более 2 лет, проживание и работа во влажных условиях более 2,1±0,6 года являются наиболее благоприятными для роста грибов в организме. Помимо вышеуказанных триггеров выявлен регулярный приём кортикостероидов у 18 (11,1%) женщин, внеполовые грибковые заболевания, лечение антибактериальными препаратами. Наиболее широкий микробный пейзаж грибковой микрофлоры отмечается у женщин с хроническими формами воспалительных заболеваний женской половой сферы. Не последнее место в грибковой инфицированности занимают возраст женщины (более 35 лет), иммунодефицитные состояния, использование гормональных противозачаточных средств в анамнезе, условия проживания и работы.

Сравнительный анализ антимикотической терапии позволяет сделать заключение о том, что среди полиеновых антибиотиков нистатин оказался эффективным в 5,5% случаев и его можно рекомендовать только при начальном курсе терапии микотической инфекции или профилактики микотической инфицированности. Это обстоятельство вполне объясняется наиболее частым его применением, а также низкой всасываемостью из желудочно-кишечного тракта. Наиболее эффективными для лечения микотической инфекции являются производные имидазола (низорал) и триазолы (дифлюкан, дифлазон, итраконазол). Клиническая эффективность данных препаратов составляет более 90% и их можно рекомендовать при миконосительстве или инвазии грибами различных видов и неэффективности предыдущих групп антимикотических препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайдиева З.С. Системная терапия урогенитального кандидоза /З.С.Зайдиева, Д.М.Магомедханова // Российский медицинский журнал.- 2005.-Т.13, №1.-С. 19-22
2. Касабулатов Н.М. Вагинальный кандидоз /Н.М.Касабулатов //Русский медицинский журнал. - 2003.- Т.1, №17. - С. 985-989
3. Мирзабалаева А.К. Клиника и диагностика актиномикоза гениталий у женщин / А.К.Мирзабалаева // Проблемы медицинской микологии. - 2002. - Т.4, №3.- С. 23 -30



Summary

Triggers of mycetogenous infection growth in women with inflammatory gynecological diseases

Sh. A. Mahmudova

Public institutions «Tajik Research Institute of Obstetrics and Gynecology»

In the article the results of study 229 women with inflammatory and fungal pathologies of female genitalia to identify mycetogenous infection factors are reflected.

The study found that the duration of inflammatory gynecological pathology over 2 years and women over the age of 35 years, the hot climatic conditions, excessive sweating of body, national dress features, stay and long-term work in damp and moist conditions, the regular use of corticosteroids, the presence of extragenital fungal diseases, treatment with antibacterial drugs are the most favorable factors for the fungi growth in the body.

Comparative analysis of antimycotic therapy in 72 women with drugs of different groups showed that Nystatin was effective in 5.5% of cases and it can be recommended only for an initial course of therapy or prophylaxis of mycotic infections or mycotic contamination. The most effective (68.0% and 83.3%) for the treatment of mycotic infections are imidazole derivatives (Nizoral and Triazole - Diflucan, Diflazon, Itraconazole).

Key words: mycetogenous infection, fungal infections, triggers of fungi growth, antifungal preparations

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Махмудова Шахло Акбаровна – соискатель Таджикского НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии;
Таджикистан, г. Душанбе, ул. М. Турсун-заде, 31
E-mail: shmahmudova@inbox.ru



Показатели иммунного статуса у беременных женщин при хроническом вирусном гепатите В

С.К. Камилова, Ф.М. Абдурахманова, Э.Р. Рахмонов*

Кафедра акушерства и гинекологии №2; *инфекционных болезней ТГМУ им.Абуали ибни Сино

В статье приведены результаты изучения особенностей клеточного и гуморального иммунитета у 42 беременных с хроническим вирусным гепатитом В (ХВГВ). Для группы сравнения взяты небеременные женщины с ХВГВ, а контрольную группу составили практически здоровые беременные.

Установлено, что у беременных с ХВГВ выявлены подавление функциональной активности Т-лимфоцитов (CD3 – 45,8%), Т-хелперов (CD4 – 27,4%), рецептора пролиферации (CD71 – 10,7%) и повышение фагоцитарной активности (CD32 – 70,1%). Следует отметить, уровень Т-супрессоров (CD8), В-лимфоцитов (CD20), апоптоза (CD95), NK-клеток (CD16), рецептора к IL2 (CD25), рецептора пролиферации (CD71) во всех группах оставался в пределах нормы.

В основной и контрольной группах до и после родов гуморальный иммунитет, а именно показатели IgA, IgG, IgM, оставался в пределах нормы. Результаты анализа ПЦР, которые были проведены 13 беременным женщинам с ХВГВ показали, что у 2 (15%) из них в крови не было обнаружено ДНК HBV, а у 11 (85%) – было выявлено, среди которых 27% имели высокую вирусемию (в среднем – 7620000 копий/мл), 73% – среднюю вирусемию (548000 копий/мл). Высокий титр HBsAg – Qual у беременных с ХВГВ предопределяет высокий уровень вирусемии, что необходимо учитывать при ведении беременности.

Ключевые слова: вирусный гепатит В, беременность, иммунный статус

Актуальность. Беременные женщины более склонны к заболеваемости гепатитами, причём у них он протекает тяжелее, с возможной угрозой как для их жизни, так и ребёнка. Чем больше срок беременности, тем чаще женщины заболевают гепатитами [1].

В литературе описаны физиологические изменения в иммунном статусе женщин в I и III триместре беременности [2]. Установлено, что в III триместре снижается содержание Т-лимфоцитов, Т-хелперов и натуральных киллеров в крови, что связывают с механизмом поддержания беременности. Хронический вирусный гепатит В у беременных сопровождается развитием вторичной иммунной недостаточности (повышением количества Т-лимфоцитов (CD3), Т-супрессоров (CD8) и NK-клеток (CD16), снижением индекса CD4/CD8) и нарастанием уровня вирусной репликации к 36 неделям гестации [2,3].

При вирусном гепатите наблюдается развитие транзиторной иммунологической недостаточности. Иммунный ответ на инфекцию при вирусном гепатите включает реакции клеточного и гуморального типа. Общепринято, что ведущую роль в элиминации вируса из макроорганизма играет интенсивный

цитотоксичный, антигенспецифический Т-клеточный ответ [4]. Сила и напряжённость этого ответа регулируются цитокинами. В процессе эволюции вирусы приобрели механизмы ускользания от надзора иммунной системы человека, что создаёт предпосылки для персистенции инфекции [5,8].

Активность NK-клеток (CD16) не зависит от наличия системы комплемента. Естественные киллерные NK-клетки относятся к ранним лимфоцитам и являются эффекторами иммунной системы, которые участвуют в элиминации вируса из организма [6,7].

В том случае, если возбудитель инфекции под контролем адаптивного иммунитета у части пациентов с дефицитом клеточного звена иммунитета (беременные женщины, дети, больные с иммунодефицитными состояниями и т.д.) запускает неполный алгоритм эффекторных механизмов цитотоксического и гуморального иммунитета, то может наблюдаться хроническая ВГВ-инфекция. Сохранение высоких титров поверхностного белка вируса (HBsAg) более 6 недель нередко наблюдается при переходе острого вирусного гепатита в хроническую стадию [6,8].

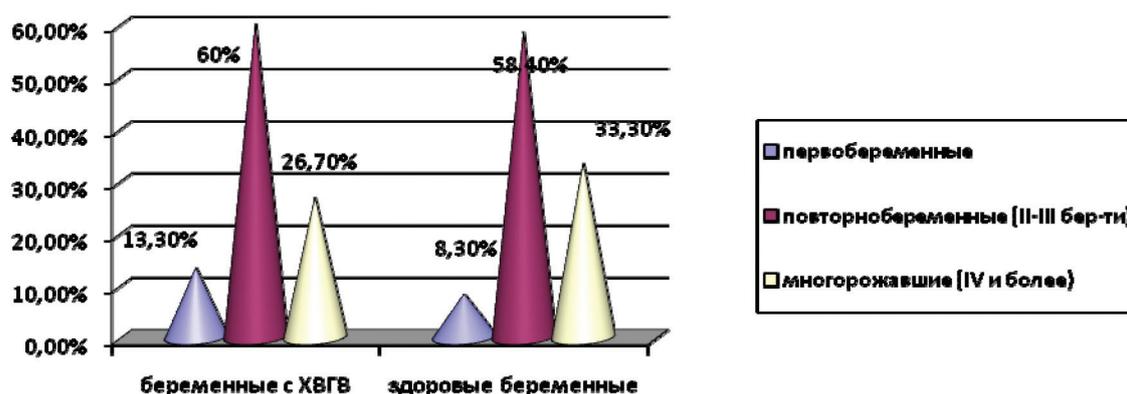


РИС. СООТНОШЕНИЕ ОБСЛЕДОВАННЫХ ЖЕНЩИН ПО КОЛИЧЕСТВУ БЕРЕМЕННОСТЕЙ И РОДОВ В АНАМНЕЗЕ

Цель исследования. Определить динамику показателей иммунного статуса при хроническом вирусном гепатите В у беременных женщин в III триместре и после родов.

Материал и методы. С целью оценки влияния гемоконтактных вирусных гепатитов на показатели иммунного статуса беременных женщин, течение гестации и перинатального исхода нами было проведено проспективное исследование, в которое вошли 42 женщины. У всех беременных ХВГВ был впервые выявлен во время настоящей беременности.

Обследованные женщины разделены на 3 группы: I (основная) – 15 беременных женщин с хроническим вирусным гепатитом В (ХВГВ); II (сравнительная) – 15 женщин с ХВГВ и III (контрольная) – 12 практически здоровых беременных.

При анализе акушерского анамнеза обследованных женщин проспективной группы (см.рис.) выявлено, что количество повторнобеременных преобладало и в основной, и в контрольной группах (60,0% и 58,4%). Соотношение повторнородящих примерно одинаковое в обеих наблюдаемых группах: 26,7% – в основной группе и 33,3% – в контрольной. Первобеременные – 13,3% в основной группе и 8,3% – в контрольной. Средний возраст женщин в основной группе составил $28,9 \pm 1,28$ года, а в контрольной – $27,8 \pm 1,89$ года.

После обнаружения в сыворотке крови беременных с помощью ИФА положительного HBsAg, определяли титр поверхностного белка вируса HBsAg – Qual.

Исследования проводились на базе современной лаборатории «ОАО Экспресс-лаборатория XXI век». Для характеристики показателей содержания иммунокомпетентных клеток в периферической крови определяли количество лейкоцитов, Т-лимфоцитов (CD3), Т-хелперов (CD4), Т-супрессоров (CD8), В-лимфоцитов (CD20), апоптоз (CD95), NK-клетки

(CD16), рецептор к IL2 (CD25), рецептор пролиферации (CD71), фагоцитоз (CD32).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием персонального компьютера Pentium – 4 с помощью программы статистики SPSS версия и стандартной программы EXCEL 2010. М – среднее значение, m – статистическая ошибка.

Результаты и их обсуждение. В ходе проведённых проспективных анализов было установлено, что у беременных с ХВГВ выявлены подавление функциональной активности Т-лимфоцитов (CD3 – 45,8%), Т-хелперов (CD4 – 27,4%), рецептора пролиферации (CD71 – 10,7%) и повышение фагоцитарной активности (CD32 – 70,1%). Следует отметить, уровень Т-супрессоров (CD8), В-лимфоцитов (CD20), апоптоза (CD95), NK-клеток (CD16), рецептора к IL2 (CD25), рецептора пролиферации (CD71) во всех группах оставался в пределах нормы (таблица).

Как показали исследования, на фоне некоторых клинических проявлений хронического вирусного гепатита В, как у беременных основной группы, так и в контрольной группе имеется тенденция к снижению уровня CD3 (46,8%), но мы также наблюдали снижение уровня CD3 и в группе сравнения ($48,9 \pm 2,24\%$) у женщин, которые ближайшие два года не рожали. Правда у беременных с ХВГВ и у беременных контрольной группы уровень CD3 наблюдается в 1,2 раза меньше, чем в группе сравнения и 1,3 раза меньше нормальных показателей.

Количество CD4 у беременных с ХВГВ (27,4%) и у практически здоровых беременных (28,1%) имеет почти одинаковое значение. В группе сравнения уровень CD4 в 1,1 раза больше по сравнению с остальными группами, но у пациенток всех трёх исследуемых групп количество CD4 в 1,5 раза меньше нормальных показателей. Количество CD8 во всех трёх группах было в пределах нормы.



ТАБЛИЦА. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ИССЛЕДУЕМЫХ ГРУПП (M±m)

Показатель	Основная группа (n=15)	Контрольная группа (n=12)	Группа сравнения (n=15)	Нормальные показатели
CD3, Т-лимфоциты, %	46,1±1,63	46,9±1,93	48,9±2,24	55-69
CD4, Т-хелперы, %	27,4±0,77	28,1±1,01	29,0±1,16	34-44
CD8, Т-супрессоры, %	18,3±1,12	18,8±1,07	20,3±1,66	17-23
CD20, В-лимфоциты, %	21,2±1,15	20,4±0,96	22,7±1,08	18-30
CD95, апоптоз, %	26,5±1,39	28,0±1,15	24,1±1,37	25-35
CD16, NK-клетки, %	9,7±0,99	9,3±1,16	10,2±1,28	6-12
CD25, рецептор к IL2, %	13,9±1,57	15,8±0,87	16,1±1,49	13-25
CD71, рецептор пролиферации, %	10,7±1,27	12,7±0,74	13,3±1,56	15-25
CD32, фагоцитоз, %	70,1±2,4	62,3±3,11	55,5±3,61	40-60
IgA, мг%	1,9±0,1	1,22±0,04	1,61±0,12	0,65-4,21
IgG, мг%	12,0±0,8	8,65±0,6	12,03±0,44	5,52-16,31
IgM, мг%	1,3±0,11	1,01±0,01	1,59±0,19	0,33-2,93

Со стороны В-лимфоцитов (CD20), апоптоза (CD95), NK-клеток (CD16) и рецептора к IL2 (CD25) никаких изменений не наблюдалось во всех исследуемых группах как во время беременности, так и после родов.

Количество CD32 резко повышено – в 1,4 раза больше, чем нормальные показатели у беременных с ХВГВ и в 1,25 раз больше, чем в группе сравнения, а после родов у этой же группы он снижается до 1,2 раза больше нормы. В контрольной группе повышение количества CD32 во время беременности в 1,24 раза больше, чем нормальные показатели и после родов у этой же группы он практически не изменяется (в 1,25 раз больше нормы). В группе сравнения фагоцитоз не имеет выраженных изменений (в 1,1 раз больше нормы) и это говорит о том, что повышение фагоцитоза явно связано с беременностью.

В ходе исследования также изучались показатели гуморального иммунитета у беременных женщин с хроническим вирусным гепатитом В в III триместре и после родов. Результаты показали, что и в основной, и в группе контроля до и после родов показатели (IgA, IgG, IgM) гуморального иммунитета оставались в пределах нормы.

У всех беременных, у которых впервые был выявлен ВГВ, определяется значительно высокий титр поверхностного белка к HBsAg-Qual (в среднем -1959,4). Результаты анализа ПЦР, которые были проведены 13 беременным женщинам с ХВГВ показали, что у 2 (15%) в крови не было обнаружено ДНК HBV, а у 11 (85%) – было выявлено, среди которых 27% имели высокую вирусемию (в среднем – 7620000 копий/мл), 73% – среднюю вирусемию (548000 копий/мл).

Титр поверхностного белка HBsAg-Qual исследуемых пациенток оказался достаточно высок (в среднем – 1959,4), что говорит о свежем заражении.

Таким образом, у беременных женщин с хроническим вирусным гепатитом В наблюдается подавление клеточного звена иммунитета, а именно уровень Т-лимфоцитов (CD3 – 46,1±1,63%), Т-хелперов (CD4 – 27,4±0,77%), рецептора пролиферации (CD71 – 10,7±1,27%) и фагоцитарной активности (CD32 – 70,1±2,4%). Со стороны гуморального иммунитета во всех исследуемых группах изменений не наблюдалось. Высокий титр HBsAg-Qual у беременных с ХВГВ предопределяет высокий уровень вирусемии, что необходимо учитывать при ведении беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lao T.T. Do Prior Contraceptive Methods Impact Maternal Carriage in Patients with Hepatitis B? / T.T.Lao [et al.] // *Hepat. Mon.* – 2011. – Vol. 11, № 10. – P. 829-834
2. You J. Impact of viral replication inhibition by entecavir on peripheral T-lymphocyte subpopulations in chronic hepatitis B patients / J.You [et al.] // *BMC Infectious Diseases.* – 2008. Vol. 8, № 123. – P. 2123 – 2129
3. Ковалёва Т.А. Вертикальная передача вирусов гепатитов В и С при беременности: возможности профилактики / Т.А.Ковалёва [и др.] // *Гинекология.* – 2011. – т. 13, № 2. – С. 24 – 28
4. Borgia G. Hepatitis B in pregnancy / G.Borgia [et al.] // *World J. Gastroenterol.* – 2012. – Vol. 18(34). – P. 4677 – 4683



5. Cho S.H. Delayed Viral Clearance of Chronic Hepatitis C in Patients after Treatment Failure / S.H.Cho [et al.] // Gut and Liver. – 2011. – Vol. 5, № 1. – P. 110 – 114.
6. Пестрикова Т.Ю. Особенности течения и исходы беременности у женщин с вирусными гепатитами В и С / Т.Ю.Пестрикова, Н.А.Косенко // Акушерство и гинекология. – 2006. – С. 30 – 32.
7. Evaluation and Management of Hepatitis B in Pregnancy: A Survey of Current Practices / J. Ahn [et al.] // Gastroenterology & Hepatology. – 2010. – Vol. 6, № 9. – P. 570 – 578.
8. Аммосов А.Д. Гепатит В : Информационно-методическое пособие / А.Д.Аммосов. – Новосибирск: Вектор-Бест. – 2006. – 132 с.

Summary

The immune status in pregnant women with chronic viral hepatitis B

S.K. Kamilova, F.M. Abdurahmanova, E.R. Rakhmonov*

Chair of Obstetrics and Gynecology N2 and Infectious Diseases of Avicenna TSMU*

The results of study the characteristics of cellular and humoral immunity in 42 pregnant women with chronic viral hepatitis B (HBV) are presented in the article. For the comparison group was taken non-pregnant women with chronic hepatitis B, and the control group consisted of healthy pregnant.

Found that pregnant women with HBV identified functional suppression of T-lymphocytes (CD 3 – 45.8%), T-helper cells (CD 4 – 27.4%), proliferation receptor (CD 71 – 10.7%) and increasing phagocytic activity (CD 32 – 70.1%). The level of T-suppressors (CD 8), B-lymphocytes (CD 20), apoptosis (CD 95), NK-cells (16 C D), receptor to IL-2 (CD25), proliferation receptor (CD 71) in all groups remained within the normal range.

In main and control groups before and after the delivery humoral immunity, particular measures of IgA, IgG, IgM, remained within normal limits. The results of PCR analysis, which was conducted to 13 pregnant women with HBV, showed that 2 (15%) of them in the blood was not detected DNA HBV, and 11 (85%) – were identified DNA HBV, among them 27% had high viremia (on average – 7620000 copies / mL), 73% – the average viremia (548,000 copies / ml). High titer of HBsAg – Qual in pregnant women with chronic hepatitis B supposed a high level of viremia, which should be considered in the management of pregnancy.

Key words: viral hepatitis B, pregnancy, immune status

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Камилова Сайёра Кахрамоновна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии №2 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, ул. Хусейнзода, 8
E-mail: sayora_smile@mail.ru



Оптимизация диагностики опоясывающего герпеса методом ИК-спектроскопии

М.Т. Мирзоева, М.С. Исаева, Т.Ш. Шукуров

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе представлены результаты диагностики 40 больных с опоясывающим герпесом (ОГ) методом молекулярной ИК-спектроскопии. ИК-спектроскопия в отличие от других известных методов даёт возможность диагностировать все формы ОГ.

В прегерпетической стадии наблюдается смещение частоты максимума (ν_{\max}), появляется полоса в области частот $1600 - 1200 \text{ см}^{-1}$ и происходит перераспределение интенсивности. При буллёзной форме ОГ наблюдается расщепление слабой полосы метильных групп на дублет, а для полос 1640 и 1550 см^{-1} – незначительное изменение соотношения интенсивностей и смещение ν_{\max} полосы на 65 см^{-1} в низкочастотную сторону. При генерализованной форме наблюдается уменьшение соотношения интенсивностей полос гидроксильных и метильных групп, а также сглаживание очень слабых полос, проявляющихся в области частот $1450 - 1050 \text{ см}^{-1}$. При офтальмогерпесе в ИК-спектрах больных наблюдается незначительное смещение ν_{\max} и уменьшение соотношения интенсивности полос 3295 и 2910 см^{-1} .

Данный метод является высокоэффективным, так как для регистрации ИК-спектра достаточно одной капли плазмы крови, не требуется дорогостоящих химических реактивов, для регистрации ИК-спектра и установления диагноза необходимо всего лишь 30 мин.

Ключевые слова: опоясывающий герпес, ИК-спектроскопия

Актуальность. До недавнего времени лабораторная диагностика опоясывающего герпеса (ОГ) осуществлялась только в специализированных вирусологических центрах. Появление новых методов исследования привело к расширению возможностей вирусологической диагностики в практическом здравоохранении. Традиционные методы диагностики, в основе которых лежат обнаружение с помощью серологических тестов возбудителя или выявление иммунного ответа на инфекцию, были значительно усовершенствованы и даже заменены новыми [1,2].

В настоящее время существует целый ряд экспресс-методов диагностики, некоторые из них – реакция иммунофлюоресценции (РИФ), иммуноферментный анализ (ИФА), тонкослойный иммунный анализ (ТИА) – имеют высокую специфичность [2].

Имеются сообщения о результативности многочисленных модификаций радиоиммунного метода (РИМ) [1]. Экспресс-диагностика герпесвирусов может осуществляться также с помощью моноклональных антител [2]. Наибольшей чувствительностью для выявления ДНК герпесвирусов является полимеразная цепная реакция (ПЦР) [3]. Точность, чувствительность, специфичность являются наиболее важными

критериями данных диагностических методов. Но все эти методы трудоёмки, для их выполнения требуются дорогостоящие реактивы и аппаратура.

В последние годы, с развитием научно-технического прогресса, в медицинскую практику внедрены современные методы исследования [4]. Одним из таких методов является молекулярная ИК-спектроскопия, которая широко используется в диагностике различных соматических заболеваний. Данный способ прост в исполнении, экономичен, достоверен, на молекулярном уровне позволяет установить диагноз, контролировать и объективно оценить эффективность проведённой терапии [5].

В то же время в дерматологии имеются лишь единичные работы, посвящённые ИК-спектроскопии для ранней диагностики латентных форм псориаза [6]. Поэтому изучение диагностической значимости ИК-спектроскопии при различных дерматозах является весьма актуальным.

Цель исследования: усовершенствование диагностики опоясывающего герпеса (ОГ) методом молекулярной ИК-спектроскопии.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 40 больных с ОГ (основная группа), получавших стационарное и амбулаторное лечение в ГКБ №1 г. Душанбе. Мужчин было 22 (55%), женщин – 18 (45%). Возраст пациентов варьировал от 16 до 76 лет и в среднем составил $58,4 \pm 1,0$ год. По клиническим проявлениям у 5% больных диагностирована пререпетическая стадия заболевания, у 17,5% – эритематозно-везикулёзная форма, у 30% – геморрагическая, у 12,5% – гангренозная, у 22,5% – буллёзная и у 12,5% – генерализованная. Давность заболевания в среднем составила 16 дней.

С целью инструментальной диагностики нами впервые использован метод молекулярной ИК-спектроскопии. Для этой цели использован стандартный двухлучевой инфракрасный спектрометр "SPECORD – 75 IR" в диапазоне частот 4000-400 см⁻¹. Материалом для исследования служила сыворотка крови. Кровь в количестве 1 мл забирали из локтевой вены, при необходимости центрифугировали.

Для записи ИК-спектров плазмы использован метод получения тонкой плёнки на поверхности оптической пластинки KRS-5.

Контрольную группу составили 15 здоровых лиц в возрасте от 18 до 70 лет, которым проведена ИК-спектроскопия биожидкостей (сыворотка, цельная кровь). ИК-спектры данной группы больных использовались в качестве эталонного спектра (рис.1).

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ ИК-спектров плазмы крови больных с пререпетической стадией ОГ и их сопоставление со спектром контрольной группы показали существенное их различие. Так, в спектрах больных с ОГ происходит смещение частоты максимума (ν_{\max}), изменения интенсивности и появление новых полос поглощения. В частности, у больных с ОГ вместо полос ν_{\max} с 840 и 615 см⁻¹, мы наблюдали одну более интенсивную полосу с ν_{\max} 620 см⁻¹, а полоса 1600 см⁻¹ расщепляется (рис.2).

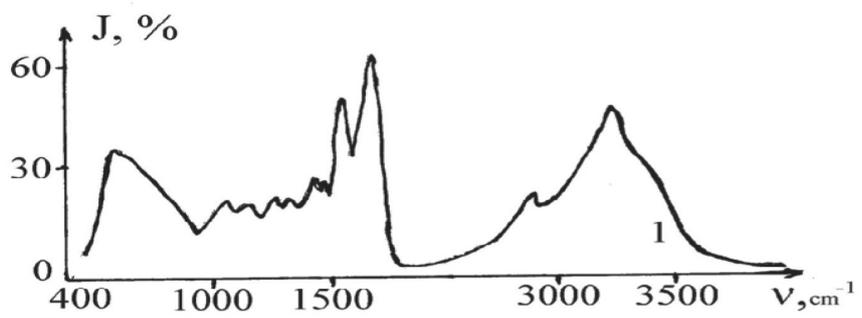


РИС. 1. ИК – СПЕКТР ПЛАЗМЫ КРОВИ КОНТРОЛЬНОЙ ГРУППЫ

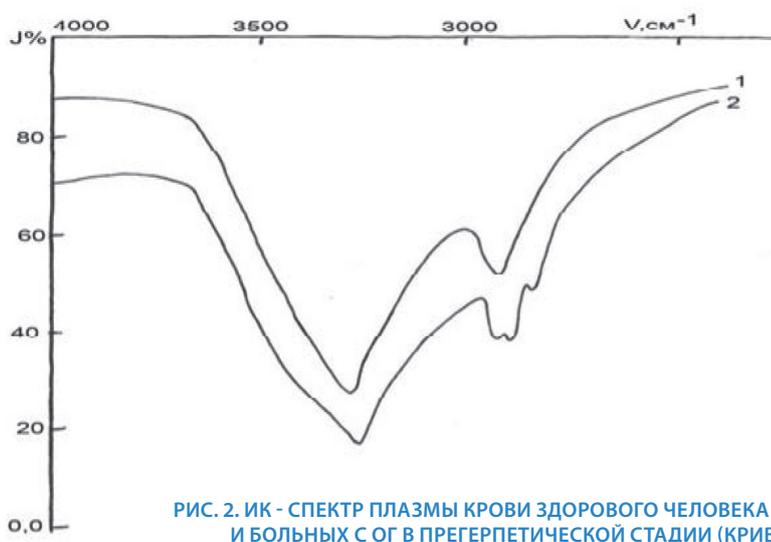


РИС. 2. ИК - СПЕКТР ПЛАЗМЫ КРОВИ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА (КРИВ. 1) И БОЛЬНЫХ С ОГ В ПРЕРПЕТИЧЕСКОЙ СТАДИИ (КРИВ. 2)



Следует отметить, что эти данные очень важны, так как именно в прегерпетической стадии часто допускаются диагностические ошибки, а метод ИК-спектроскопии позволяет уже на этой стадии дерматоза определить те функциональные изменения, которые происходят в результате нарушения физико-химического состава биожидкостей в организме человека.

Нам было интересно изучить ИК-спектры в зависимости от клинических форм ОГ. Результаты исследования показали, что при буллёзной форме ОГ в спектрах наблюдается смещение ν_{\max} полосы на 10 см^{-1} в высокочастотную сторону, кроме того происходит расщепление слабой полосы метильных групп (CH_2)

ТАБЛИЦА 1. ПОЛОЖЕНИЯ ν_{\max} И СООТНОШЕНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ ИК-ПОЛОС ПОГЛОЩЕНИЯ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ БУЛЛЁЗНОЙ ФОРМЕ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА

Контрольная группа		ОГ буллёзная форма	
ν_{\max} , см^{-1}	I/I ₀	ν_{\max} , см^{-1}	I/I ₀
3290 о.с.	35%	3297 о.с.	23%
2920 сл.		2912 сл.	
1650 о.с.	14%	1640 о.с.	15%
1540 о.с.		1528 о.с.	
1450 о.сл.	3%	1450 о.сл.	1,5%
1398 о.сл.		1395 о.сл.	
1300 о.сл.	1%	1295 о.сл.	-0,5%
1225 о.сл.		1220 о.сл.	
665 ср.		600 ср.	

Примечание: о.с. – очень сильный, с – сильный, ср. – средний, сл. – слабый, о.сл. – очень слабый

ТАБЛИЦА 2. ПОЛОЖЕНИЯ ν_{\max} И СООТНОШЕНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ ИК-ПОЛОС ПОГЛОЩЕНИЯ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА

Контрольная группа		ОГ, генерализованная форма	
ν_{\max} , см^{-1}	I/I ₀	ν_{\max} , см^{-1}	I/I ₀
3290 о.с.	35%	3280 о.с.	22%
2920 сл.		2910 сл.	
1650 о.с.	14%	1602 о.сл.	-5%
1540 о.с.		1500 о.с.	
1450 о.сл.	3%	сглаживается	-
1398 о.сл.		1370 о.сл.	
1300 о.сл.	1%	сглаживаются	-
1225 о.сл.		1220 о.сл.	

2920 см^{-1} на дублет. Для полос, лежащих в области частот $1800 - 800 \text{ см}^{-1}$, наблюдается незначительное изменение соотношения интенсивностей дублетных полос с ν_{\max} 1640 и 1550 см^{-1} и смещение ν_{\max} полосы на 65 см^{-1} – в низкочастотную сторону (табл.1).

При генерализованной форме наблюдается существенное изменение полос, лежащих в области частот $1800 - 1000 \text{ см}^{-1}$, уменьшение соотношения интенсивностей полос 3280 и 2920 см^{-1} , происходит сильное перераспределение интенсивностей дублетных полос с ν_{\max} 650 и 1540 см^{-1} , с увеличением интенсивности полосы 1540 см^{-1} и смещение ν_{\max} в сторону низких частот, происходит сглаживание очень слабых полос, проявляющихся в области частот $1450 - 1050 \text{ см}^{-1}$ (табл. 2).

При офтальмогерпесе в ИК-спектрах больных наблюдается незначительное смещение ν_{\max} и уменьшение соотношения интенсивности полос 3295 и 2910 см^{-1} . Более существенное изменение в ИК-спектрах наблюдается для полос, лежащих в области частот $1800 - 1000 \text{ см}^{-1}$. Происходит полное перераспределение интенсивности полос 1650 и 1540 см^{-1} , сглаживание полосы 1650 см^{-1} , увеличение интенсивности полосы 1540 см^{-1} , а также смещение ν_{\max} в сторону низких частот. Очень слабые ИК-полосы с ν_{\max} 1300 и 1225 см^{-1} полностью сглаживаются (табл. 3).

Следовательно, проведённый анализ спектральных характеристик плазмы крови при ОГ позволяет при помощи ИК-спектроскопии диагностировать все формы ОГ, в том числе и прегерпетическую стадию.

Таким образом, ИК-спектроскопический метод исследования, в отличие от известных методов диагностики, даёт возможность диагностировать все формы ОГ. Так, в прегерпетической стадии наблюдается смещение частоты максимума (ν_{\max}), появляется полоса в об-

ТАБЛИЦА 3. ПОЛОЖЕНИЯ ν_{\max} И СООТНОШЕНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ ИК-ПОЛОС ПОГЛОЩЕНИЯ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ОФТАЛЬМОГЕРПЕСЕ

Контрольная группа		Офтальмогерпес	
ν_{\max} , см^{-1}	I/I ₀	ν_{\max} , см^{-1}	I/I ₀
3290 о.с.	35%	3297 о.с.	12%
2920 сл.		2914 сл.	
1650 о.с.	14%	следы	-
1540 о.с.		1510 о.с.	
1450 о.сл.	3%	1446 о.сл.	1%
1398 о.сл.		1396 о.сл.	
1300 о.сл.	1%	сглаживаются	-
1225 о.сл.			



ласти частот $1600 - 1200 \text{ см}^{-1}$ и происходит перераспределение интенсивности. При буллезной форме ОГ наблюдается расщепление слабой полосы метильных групп на дублет, а для полос 1640 и 1550 см^{-1} – незначительное изменение соотношения интенсивностей и смещение ν_{\max} полосы на 65 см^{-1} в низкочастотную сторону. При генерализованной форме наблюдается уменьшение соотношения интенсивностей полос ОН – и метильных групп, а также сглаживание очень слабых полос, проявляющихся в области частот $1450-1050 \text{ см}^{-1}$. При офтальмогерпесе в ИК-спектрах больных наблюдается незначительное смещение ν_{\max} и уменьшение соотношения интенсивности полос 3295 и 2910 см^{-1} . Для полос 1650 и 1540 см^{-1} происходит полное перераспределение интенсивности с увеличением интенсивности полосы 1540 см^{-1} и смещение ν_{\max} в сторону низких частот, а слабые полосы с ν_{\max} 1300 и 1225 см^{-1} полностью сглаживаются.

Данный метод является высокоэффективным, так как для регистрации ИК-спектра достаточно одной капли плазмы крови, не требуется дорогостоящих химических реактивов, для регистрации ИК-спектра и установления диагноза необходимо всего лишь 30 мин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макарова И.В. Клинико-лабораторные особенности герпетической инфекции и хронического гепатита С у больных ВИЧ/СПИД: автореф. дис. ... канд. мед.наук / И.В. Макарова. - СПб. - 2011. - 24 с.
2. Петрова Г.А. Диагностика и лечение простого и опоясывающего лишая. Учебное пособие для студентов и врачей / Г.А. Петрова, Л.Т. Павлова. Нижний Новгород. - 2000г. - С. 19-24
3. Демьянов А.В. Диагностическая ценность исследования уровней цитокинов в клинической практике / А.В.Демьянов, А.Ю.Демьянов, А.С.Котов // Цитокины и воспаление. - 2003. - Т. 2, №3. - С. 20-35
4. Гомберг М.А. Опоясывающий лишай как дерматологическая проблема / М.А.Гомберг // Вестник дерматологии и венерологии. - 2007. - №5. - С. 18-21
5. Гордеев А.С. Инфракрасная спектроскопия сыворотки крови / А.С.Гордеев // «МИС-РТ»-2005. Сборник № 36-7
6. Применение ИК-спектроскопии для диагностики псориаза / П.Т.Зоиров, Р.Д.Дадабаев, Т.Ш. Шукуров, З.Н.Сохибова, Г.М.Мухиудинова // ТНИНТИ, патент №ТJ 435 от 2.08.2005

Summary

Optimization of diagnosis of herpes zoster by infrared spectroscopy

M.T. Mirzoeva, M.S. Isayeva, T.Sh. Shukurov

Chair of Dermatology and Venereology of Avicenna TSMU

The results of diagnosis of 40 patients with of herpes zoster (HZ) by the molecular infrared spectroscopy is presented in the paper. The infrared spectroscopy method of investigation in contrast to the known methods of diagnosis offers the ability to diagnose all forms of HZ.

In preherpetic stage is observed shifting of the maximum (ν_{\max}) frequency, appeared band in the frequency of $1600 - 1200 \text{ см}^{-1}$ and take place the redistribution of intensity. In bullosa form of HZ is observed splitting a weak band of methyl groups to the doublet, and for the bands 1640 and 1550 см^{-1} is a slight change in the intensity ratio and the shift ν_{\max} band to 65 см^{-1} into the low-frequency side. In a generalized form is observed decreasing ratio of the intensities of OH - and methyl groups, as smoothing a very weak bands which are manifested in the frequency range $1450 - 1050 \text{ см}^{-1}$. In ophthalmoherpis in infrared spectra of patients are observed a slight shift ν_{\max} and diminishing ratio of the intensity of bands 3295 and 2910 см^{-1} .

This method is highly efficient because for registration of infrared spectrum is enough only one drop of blood plasma, and it does not require expensive chemical agent to register infrared spectrum and diagnosis requires only 30 minutes.

Key words: herpes zoster, infrared spectroscopy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Мирзоева Мунира Тахировна – аспирант кафедры дерматовенерологии ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, ул. Фирдавси, 12; E-mail: muniramt@gmail.com



Состояние клеточного и гуморального иммунитета у новорождённых при внутриутробных инфекциях

К.И. Исмаилов, М.А. Юсупова, А.Х. Хафизов*, З.А. Мухитдинова

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино;

*Национальный медицинский центр РТ

В статье отражены результаты исследований состояния клеточного и гуморального иммунитета у 82 новорождённых при внутриутробных инфекциях, таких как цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ), токсоплазмоз, хламидиоз.

Установлено, что новорождённые с внутриутробной ЦМВИ и токсоплазмозом имеют тенденцию к генерализации инфекционного процесса (89% и 92%, соответственно), тогда как хламидиозная инфекция склонна к очаговости поражения в виде конъюнктивита и пневмонии (68%).

Изменения со стороны иммунорегуляторных механизмов носили разнонаправленный характер в виде уменьшения числа Т-хелперов до $27,4 \pm 8,4\%$; в сочетании с депрессией супрессорных клеток – до $9,9 \pm 2,2\%$. Кроме того, во всех группах больных с внутриутробными инфекциями содержание IgM оказалось существенно выше (до $2,3 \pm 0,02$ г/л), а показатели IgA и IgG были ниже аналогичных показателей здоровых детей ($p < 0,05$), что свидетельствует о дисбалансе как в клеточном, так и в гуморальном иммуногенезе.

Ключевые слова: внутриутробные инфекции, цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз, хламидиоз, специфический иммунитет

Актуальность. Проблема инфекционных заболеваний в неонатологии является одной из актуальных, так как в последние годы отмечается неуклонный рост данной патологии [1-3].

Плод развивается в сложных условиях взаимоотношений с организмом матери, поэтому наличие у беременной очагов инфекции является фактором риска для развития различных патологических состояний плода и новорождённого.

Внутриутробная инфекция является причиной всего спектра антенатальной патологии: инфекционных заболеваний плода, пороков его развития, мёртворождений, недонашиваний, развития фетоплацентарной недостаточности и задержки внутриутробного развития плода. Наряду с острым течением инфекции у плода может наблюдаться длительная персистенция возбудителя с формированием латентного или медленно текущего хронического инфекционного процесса. За такими диагнозами, как внутриутробная гипоксия, асфиксия, внутричерепная травма, часто скрывается инфекционная патология.

Согласно ряду исследований, инфекционные заболевания выявляют у 50-60% госпитализированных доношенных и у 70% – недоношенных детей [1].

Возрастание значимости внутриутробных инфекций в перинатологии связано с появлением более информативных методов диагностики и расширением спектра изучаемых возбудителей. С другой стороны, истинное увеличение частоты этой патологии может быть обусловлено возрастанием инфицированности женщин фертильного возраста. В человеческой популяции увеличивается прослойка так называемых иммунодефицитных лиц, у которых в определённых стрессовых ситуациях легко развиваются инфекционно-воспалительные осложнения. Транзиторная иммуносупрессия, возникающая при беременности, предрасполагает, наряду с другими факторами, к развитию бактериальной и вирусной инфекций [1-4].

Ведущая роль внутриутробных инфекций среди причин неблагоприятных перинатальных исходов определяет актуальность всестороннего изучения данной проблемы, через призму оценки их иммунологической реактивности.

Цель исследования: изучение состояния специфического и неспецифического звеньев иммунитета у новорождённых при внутриутробных инфекциях.

Материал и методы. Нами было обследовано 82 новорождённых с внутриутробными инфекциями

такими как: ЦМВИ, токсоплазмоз и хламидиоз. Все обследованные больные были разделены на 3 группы: I группу составили 33 (40,2%) больных с ЦМВИ, II – 21 (25,6%) новорождённый с токсоплазмозом, III – 16 (19,5%) пациентов с хламидиозом. Контрольную группу составили 12 (14,7%) здоровых новорождённых.

Диагноз заболеваний верифицирован серологическими методами исследования: обнаружение специфических антител классов IgG и IgM методом иммуноферментного анализа с использованием диагностических наборов и тест-систем 3-го поколения; концентрация иммуноглобулинов классов IgA, M, G – по Manchini; определение уровней T- и B-лимфоцитов – по Mendes; неспецифические факторы иммунной защиты – по показателям фагоцитарной активности нейтрофилов и фагоцитарного индекса (ФИ) – по Е.С. Нишевой и А.Н. Галустян.

Сравнение полученных результатов с данными здоровых новорождённых (контрольными) осуществляли с помощью t-критерия Стьюдента, оценку достоверности различий между исследуемыми группами – с применением метода ANOVA.

Результаты и их обсуждение. Состояние новорождённых при поступлении в стационар расценено во всех трёх сравниваемых группах как тяжёлое и крайне тяжёлое. У больных I и II групп преимущественно отмечалось поражение ЦНС в виде менингитов и менингоэнцефалитов, псевдокист и кальцификатов мозга (89% и 92%, соответственно), гепатоспленомегалии и патологической желтухи (78% и 56%), отёчного синдрома (52% и 68%).

Заболевание у данной категории больных протекало в виде генерализованного септического процесса с поражением всех органов и систем, с частыми осложнениями (47%) и летальным исходом (18%). Микроцефалия, гидроцефалия, микрофтальмия в данных исследуемых группах больных встречались с одинаковой частотой (18% и 17%, соответственно). Геморрагический синдром, тромбоцитопения и анемии, пороки развития сердца, почек, лёгких, атрезия жёлчевыводящих протоков и патологическая желтуха больше характерны для врождённой ЦМВИ

(29%). Бронхолёгочная патология, преимущественно в виде пневмонии, достоверно чаще отмечалась у больных с ЦМВИ и хламидийной инфекцией (70,6% и 68%, соответственно), т.е. в I и III группах больных по сравнению с больными II группы (32%).

У больных I и III групп пневмония протекала с бронхообструктивным синдромом (31% и 22%, соответственно), иногда пневмотораксом (7% и 1%, соответственно) и имела тяжёлое затяжное течение. Содержание сывороточных иммуноглобулинов у новорождённых с внутриутробными инфекциями приведено в таблице 1.

Как видно из данных таблицы 1, показатели иммуноглобулина класса M в сыворотке крови всех трёх групп больных с внутриутробными инфекциями были существенно выше по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы. В тоже время, средние значения IgA и IgG в сыворотке крови всех трёх групп больных новорождённых оказались достоверно ниже соответствующих показателей контрольной группы ($p < 0,05$). Это свидетельствует об антенатальном развитии инфекционного процесса у обследуемых нами больных и об угнетении синтеза специфических антител. Констатирована только лишь первая степень активности гуморального иммунитета.

Показатели клеточного звена иммунитета у обследованных нами новорождённых представлены в таблице 2.

Среднее значение количества субпопуляций T-лимфоцитов (CD4, CD8), а также B-лимфоцитов (CD20) в периферической крови новорождённых во всех трёх группах оказалось существенно ниже по сравнению с такими же показателями контрольной группы.

При исследовании фагоцитарной активности и фагоцитарного индекса нейтрофилов периферической крови у новорождённых со всеми тремя разновидностями внутриутробных инфекций обнаружено достоверное снижение их средних показателей по сравнению с этими же значениями у здоровых новорождённых детей (табл. 3).

ТАБЛИЦА 1. ПОКАЗАТЕЛИ СЫВОРОТОЧНЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ У НОВОРОЖДЁННЫХ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Показатели / Группы	IgA (г/л)	IgM (г/л)	IgG (г/л)
Контрольная (n=12)	1,2±0,01	1,8±0,013	10,2±0,02
I (n=33)	0,12±0,011 ¹	2,3±0,022 ¹	2,58±0,04 ¹
II (n=21)	0,09±0,02 ^{1,2}	2,21±0,012 ^{1,2}	2,72±0,032 ^{1,2}
III (n=16)	0,1±0,12 ^{1,2,3}	2,24±0,03 ^{1,2,3}	2,69±0,041 ^{1,2,3}

Примечание: * - статистическая значимость различий показателей между исследуемыми группами (¹- $p < 0,05$; ²- $p < 0,001$; ³- $p > 0,05$)



ТАБЛИЦА 2. ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Лимфоциты	Контрольная группа (n=12)	ЦМВИ (n=33)	Токсоплазмоз (n=21)	Хламидиоз (n=16)
CD3, %	67,2±2,6	43,2±12,1 ¹	39,9±12,6 ^{1,2}	41,3±11,8 ^{1,2,3}
CD4, %	41,0±3,8	25,8±10,2 ¹	27,4±8,7 ^{1,2}	25,8±9,2 ^{1,2,3}
CD8, %	13,4±2,5	9,9±2,2 ¹	9,7±1,9 ^{1,2}	9,8±1,4 ^{1,2,3}
CD20, %	15,0±6,3	13,3±2,4 ¹	12,8±2,8 ^{1,2}	11,3±2,6 ^{1,2,3}

Примечание: * - статистическая значимость различий показателей между исследуемыми группами (¹-p<0,05; ^{1,2}-p<0,001; ^{1,2,3}-p>0,05)

ТАБЛИЦА 3. ПОКАЗАТЕЛИ ФАГОЦИТОЗА У ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Показатели	Контрольная группа (n=12)	ЦМВИ (n=33)	Токсоплазмоз (n=21)	Хламидиоз (n=16)
Фагоцитарная активность, %	7,5±0,1	5,1±0,71	4,9±0,91,2	4,98±0,81,2,3
Фагоцитарный индекс	85,2±3,92	78,3±2,41	77,9±2,21,2	80,4±1,81,2,3

Примечание: * - статистическая значимость различий показателей между исследуемыми группами (¹-p<0,05; ^{1,2}-p<0,001; ^{1,2,3}-p>0,05)

Снижение фагоцитарной активности нейтрофилов и фагоцитарного индекса у новорождённых с внутриутробными инфекциями указывает на недостаточность неспецифических факторов противоинфекционной защиты.

Выявленные нами изменения в системе специфического иммунитета и фагоцитоза, вероятнее всего, явились следствием слабого антигенного воздействия возбудителей ЦМВИ, токсоплазмоза и врождённой хламидийной инфекции на иммунную систему новорождённого, ввиду функциональной незрелости иммунной системы.

Показатели иммунологических тестов свидетельствуют о нарушениях со стороны как специфического, так и неспецифического звеньев иммунитета, выражающихся в депрессии клеточно-гуморального механизма защиты, которые проявлялись уменьшением числа Т-хелперов, за исключением синтеза IgM, который имел тенденцию к повышению показателя, что совпадает с данными литературы [5].

Таким образом, проведённые нами исследования показали, что у новорождённых внутриутробная ЦМВИ и токсоплазмоз имеют тенденцию к генерализации инфекционного процесса, тогда как хламидийная инфекция склонна к очаговости поражения в виде конъюнктивита и пневмоний, что объясняется выраженным тропизмом возбудителей внутриутробных инфекций к определённым органам и системам плода.

Выявленные нами изменения свидетельствуют о развитии у новорождённых с внутриутробными инфекциями дисбаланса в иммунной системе, диктующего необходимость подключения иммунокорректирующего лечения к этиотропной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова И.В. Клинико-лабораторные критерии диагностики внутриутробных инфекций у новорождённых / И.В.Абрамова. - Иваново. - 2010
2. Петрашева Е.Е. Клинико-микробиологические и иммунологические особенности новорождённых, находящихся на ИВЛ в группах с респираторным дистресс-синдромом и внутриутробными инфекциями / Е.Е.Петрашева. - Челябинск. - 2010
3. Бочарова И.И. Клинико- иммунологические варианты патологических состояний у новорождённых, родившихся у матерей с урогенитальной инфекцией / И.И.Бочарова. - М. - 2009. - 35с.
4. Безнощенко Г.Б. Внутриутробные инфекции / Г.Б.Безнощенко. - Н.Новгород. - 2006. - 59с.
5. Lopez E. Capnocytophaga species and preterm birth: case series and review of the literature / E.Lopez [et al.] // Source. Faculte de Medecine, Universit Paris Descartes. - 2010



Summary

State of cellular and humoral immunity of newborns in intrauterine infection

K.I. Ismailov, M.A. Yusupova, A.H. Hafizov*, Z.A. Muhitdinova

Chair of Children's Diseases N 2 of Avicenna TSMU;

**National Medical Center of the Republic of Tajikistan*

The results of research the state of cellular and humoral immunity in 82 neonates with intrauterine infections such as cytomegalovirus (CMV), toxoplasmosis, clamidiosis presented in article.

Found that infants with intrauterine cytomegalovirus and toxoplasmosis infections tend to generalization of infection (89% and 92%, respectively), whereas clamidiosis infection incline to focal damage as conjunctivitis and pneumonia (68%).

The changes in the immunoregulatory mechanisms were multidirectional characteristic in the form of reducing the number of T-helper cells to $27,4 \pm 8,4\%$; combined with depression suppressor cells – up to $9,9 \pm 2,2\%$. In addition, all groups of patients with intrauterine infection content IgM was significantly higher (up to $2,3 \pm 0,02$ g / l), and IgG and IgA indices were lower than those of healthy children ($p < 0.05$), that indicated an imbalance in cellular and humoral in immunogenesis.

Key words: intrauterine infection, cytomegalovirus, toxoplasmosis, clamidiosis, specific immunity

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Юсупова Мукарамхон Аслоновна – ассистент кафедры
детских болезней №2 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони, 59
E-mail: aslankizi@yandex.ru



Оценка качества консультирования медицинскими сестрами пожилых больных с артериальной гипертензией

Д.Т. Сафохонов

Кафедра семейной медицины №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Рассматривается участие семейных медицинских сестёр в вопросах консультирования больных с артериальной гипертензией (АГ) пожилого и старческого возраста в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Проведённое исследование показало, что только 16,5% больным с АГ были даны рекомендации относительно коррекции модифицируемых факторов риска, и у 31,6% пациентов была выполнена оценка здорового образа жизни.

При специальной целенаправленной подготовке среднего медперсонала по консультированию пожилых больных, можно было бы использовать огромный потенциал многочисленного среднего звена медработников в борьбе с АГ.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, семейная медицинская сестра, пожилой и старческий возраст, консультирование

Актуальность. Проблема АГ у лиц пожилого и старческого возраста актуальна в связи с широкой распространённостью и серьёзностью этой болезни. Распространённость АГ среди взрослого населения составляет 15-25%, а у лиц старше 65 лет она превышает 50% [1,2].

АГ во многих странах является медицинской прерогативой учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). [3,4]. Однако не вызывает сомнений, что все усилия врачей по улучшению качества жизни пожилых больных с АГ, ранней диагностики, предупреждения осложнений могут оказаться малоэффективными без участия семейной медицинской сестры (СМС), с которой наиболее часто контактирует пациент. Более того, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает сестринский персонал, как реальный потенциал для удовлетворения растущих потребностей населения в доступной медицинской помощи [5].

Однако в настоящее время медицинские сестры в Центрах здоровья мало вовлечены в консультативную деятельность и немедикаментозной терапии АГ [6]. На специальной сессии XVI Европейской конференции по вопросам АГ, а также и в проведённых в последние годы исследованиях в ряде стран, указано на то, что медсёстры могут взять на себя больше ответственности и участвовать в первичной и вторичной профилактике АГ [7].

Проводимые консультации со стороны среднего медперсонала могут быть эффективными в изме-

нении образа жизни пожилых больных АГ. Однако, существует ряд барьеров для проведения консультирования, в частности, нехватка времени у врачей и медицинских сестёр, недостаточное знание о факторах риска развития АГ [8,9].

В соответствии с национальными и международными стандартами оценка и управление факторов риска является существенным при ведении больных с АГ пожилого и старческого возраста [10-12].

Целью исследования является оценка качества консультирования больных с АГ пожилого и старческого возраста медицинскими сестрами в Городском центре здоровья (ГЦЗ) Исфары.

Материал и методы. Исследование проводилось среди 139 пациентов пожилого и старческого возраста с АГ (мужчин – 46, женщин – 93), при однократном или многократных посещениях больных. В исследовании участвовали 10 СМС ГЦЗ Исфары и 10 старшекурсников Исфаринского медицинского училища, прикреплённых к каждой медицинской сестре в качестве наблюдателей. СМС не были осведомлены в том, что консультирование больных относительно здорового образа жизни являлось объектом (предметом интереса) исследования, о чём были проинструктированы наблюдатели, ведущие записи в своих дневниках, как на учебно-производственной практике.

Была разработана специальная анкета, содержащая социально-демографическую характеристику больного и медсестры, с указанием стажа работы меди-



цинской сестры, возраст и пол больного, наличие жалоб при посещении, продолжительность консультирования, результаты АД, оценены ли факторы риска, какие рекомендации были даны относительно ведения здорового образа жизни.

Анкета включала в себя общую информацию, такую как количество посещений, основные темы (в зависимости от продолжительности обсуждения беседы) и продолжительность времени обсуждения образа жизни.

При беседе об образе жизни (оценка факторов риска) включались вопросы повышенной массы тела (ПМТ), нарушения диеты, физической активности, курения и употребления алкоголя.

Оценка образа жизни была определена как сбор информации о ПМТ или изменении массы тела, о режиме питания, физической активности, курении, употреблении алкоголя или изменении такого поведения. Она также включала измерение массы тела и окружности талии.

Мы определили частоту различных элементов консультирования по образу жизни в соответствии с вышеупомянутыми критериями. Поскольку частота консультирования относительно образа жизни может отличаться между пациентами в зависимости от стадии заболевания (поздняя стадия гипертензии/ранняя стадия диагноза), возраста (>60 или >75 лет) и пола (мужской/женский), мы определяли частоту консультирования после стратификации для этих групп пациентов.

Результаты и их обсуждение. Общая характеристика СМС и пациентов. Среди участников исследования, со стажем работы менее 5 лет по специальности семейная медицинская сестра была 1 (10%), от 10 до 15 лет – 3 (30%). Большая часть медсестёр (6; 60%) имели стаж работы более 15 лет.

Большинство пациентов были в возрасте от 60 до 74 лет. Женщин было больше (66,9%), чем мужчин (табл.). Большинство визитов медицинских сестёр были к пациентам с установленным диагнозом гипертонической болезни.

Частота и продолжительность консультирования.

Средняя продолжительность посещений, в общем, составила $8,8 \pm 3,7$ минуты, в диапазоне от 2,5 до 25 минут. Тема, касающаяся здорового образа жизни обсуждалась в 16,5% визитов. Продолжительность посещения, как правило, была больше, когда образ жизни был обсуждён, по сравнению с тем, когда он не обсуждался (средняя продолжительность $9,4 \pm 3,3$ минуты против $8,5 \pm 3,8$ минуты).

При изучении образа жизни больных с АГ пожилого и старческого возраста медицинские сестры у 44 (31,6%) из 139 больных обратили внимание на факторы риска (рис.1). Повышенная масса тела (ПМТ) оценивалась чаще всего (20,9% посещений), а затем нарушение диеты (14,4%) и курение (6,5%). Физическая активность была оценена только в 5,8% случаев. Употребление алкоголя было выяснено только у 3 больных (2,2%). При большинстве визитов рассматривался только один из пяти факторов риска. Наиболее распространённой комбинацией была оценка ПМТ и нарушение диеты (10 посещений). В трёх визитах были оценены три и в двух визитах два компонента образа жизни. Только одно из таких посещений включало все компоненты образа жизни.

Конкретные рекомендации по образу жизни.

В 23 (16,5%) из 139 посещений медицинские сестры давали советы по снижению повышенной массы тела, питанию, физической активности, о курении и употреблении алкоголя. Большинство советов касались питания. На рисунке 2 представлен процент посещений пациентов с АГ, при которых медсестры давали конкретные рекомендации относительно образа жизни этих пожилых больных.

В большинстве случаев содержание советов по образу жизни имело весьма общий характер. Примерами советов являлись «Попробуйте сбросить вес», «Ограничьте употребление соли», «Больше двигайтесь».

Обсуждение. Настоящее исследование показало, что при посещениях медицинскими сестрами больных с АГ пожилого и старческого возраста, консультирование по вопросам образа жизни было проведено в 16,5% наблюдаемых посещений. Оценка образа

ТАБЛИЦА. ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С АГ

Возраст	65- 74 лет	98	70,5%
	Старше 75 лет	41	29,5%
Пол	Мужчины	46	33,1%
	Женщины	93	66,9%
Состояние АД	АГ	127	91,3%
	ИСАГ	12	8,7%

Примечание: ИСАГ – изолированная систолическая АГ

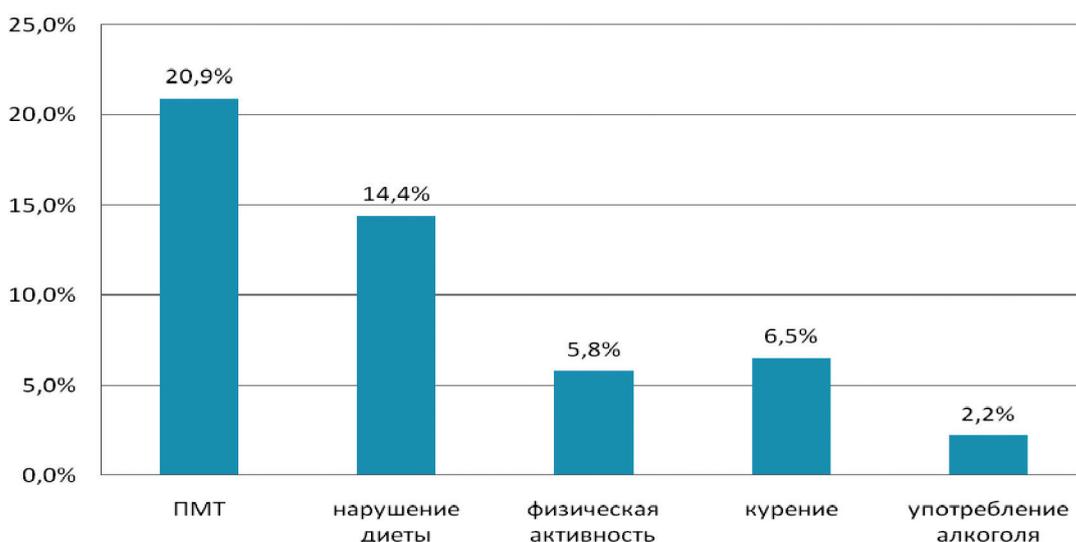


РИС.1. ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С АГ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА СМС

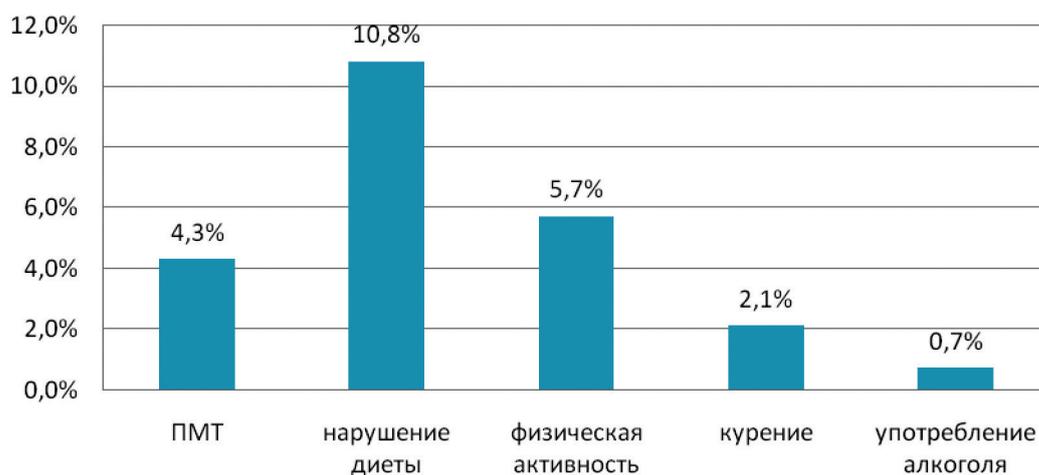


РИС.2. ПОСЕЩЕНИЕ МЕДСЕСТРАМИ БОЛЬНЫХ АГ С КОНКРЕТНЫМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ

жизни была проведена в одной трети посещений, наиболее часто обсуждалась ПМТ, реже – курение, физическая активность и употребление алкоголя. Учитывая тот факт, что ожирение является одним из факторов риска гипертонии, большинство советов касались вопросов массы тела и питания [8,9].

В большинстве посещений обсуждение образа жизни было кратким, поэтому не могут быть охарактеризованы как консультирование в строгом смысле этого слова.

Наше исследование было направлено, прежде всего, на оценку частоты консультирования по образу жизни и то, как оно было предоставлено на практике. Мы не сосредоточились на сравнении фактического содержания оценки и рекомендации в существующих

руководящих принципах и других имеющихся доказательств.

В связи с целью исследования мы не могли оценить некоторые элементы консультирования (например, оценка мотивации пациента к изменению в поведении).

Таким образом, необходимы дальнейшие исследования для оценки фактического содержания и эффективности консультаций со стороны медицинских сестёр.

В соответствии с руководящими принципами [10-12], следует обратить внимание на модифицируемые факторы риска (курение, ПМТ, соблюдение диеты и употребление алкоголя) во время каждого посеще-



ния больных с АГ пожилого и старческого возраста. Тем не менее, только в 1/5 посещений осуществлена оценка ПМТ, и только шесть пациентов получили консультации относительно коррекции повышенной массы тела. Это означает, что лишь небольшая часть пациентов получили необходимые консультации. Для достижения этой цели должны быть устранены барьеры для консультирования, такие как нехватка времени, так как она является одним из основных препятствий, указанных медицинскими сёстрами, нехватка раздаточного материала, недостаточные знания СМС по проблемам АГ.

Резюмируя, можно сказать, что вопросы образа жизни обсуждались в менее чем в половине визитов медицинских сестёр к больным с АГ пожилого и старческого возраста. Время консультаций, в основном, было непродолжительным, и они не были выполнены в соответствии с важными принципами консультирования здорового образа жизни.

Для увеличения эффективности ведения больных с АГ необходимо улучшить как частоту, так и качество консультаций по образу жизни, проводимых медицинскими сёстрами.

В связи с этим необходимо уделять больше внимания специальному обучению медсестёр, их практическим тренингам, а также работе специальных ассоциаций медсестёр. Именно медсестры порой способны оказать необходимое влияние на пациента, небрежно относящегося к назначениям врача.

ЛИТЕРАТУРА

1. Keenan N.L. Prevalence of hypertension and controlled hypertension-United States, 2005-2008 / N.L. Keenan, K.A. Rosendorf // *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries* (Washington). – 2011. – Т. 60. – С. 94-97
2. Распространённость артериальной гипертензии в России: информативность, лечение, контроль / С.А.Шальнова, А.Д.Деев, О.В.Вихирева, Р.Г.Оганов // *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья*. – 2001. – № 2. – С. 3-7
3. Атун Р. Решение сложных проблем в здравоохранении России: повышение роли первичной медико-санитарной помощи / Р.Атун // *Материалы 4-й Ежегодной научной конференции НИСП «Социальная политика: вызовы XXI века»*. – 2005. – С.46-49
4. Оганов Р.Г. Артериальная гипертензия проблема поликлиническая / Р.Г. Оганов, В.А. Галкин, Г.Я. Масленникова // *Терапевтический архив*. – 2006. – №1. – С. 6-9
5. Marmot M. WHO European review of social determinants of health and the health divide / M.Marmot [et al.] // *The Lancet*. – 2012
6. Glynn L.G. Self-monitoring and other non-pharmacological interventions to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review / L.G.Glynn [et al.] // *The British Journal of General Practice*. – 2010. – Т. 60. – №. 581. – С. e476
7. Козлов И.Д. Роль среднего медицинского персонала в ведении пациентов с артериальной гипертензией / И.Д. Козлов // *Медицинские знания*. – 2003. – №5. – С.7 – 9
8. Geleijnse J.M. Impact of dietary and lifestyle factors on the prevalence of hypertension in Western populations / J.M. Geleijnse, F.J. Kok, D.E. Grobbee // *Eur. J. Public Health*. – 2004. – № 3. – P. 235-9
9. Clark C.E. Nurse led interventions to improve control of blood pressure in people with hypertension: systematic review and meta-analysis / C.E.Clark [et al.] // *BMJ: British Medical Journal*. – 2010. – Т. 341
10. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвёртый пересмотр).- М. – 2010. – 124с.
11. Drevenhorn E. Counselling patients with hypertension at health centres – a nursing perspective. – *Inst of Health and Care Sciences*. – 2006
12. Mancia G. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) / C.E.Clark [et al.] // *Blood pressure*. – 2013. – С. 1-86



Summary

Assessment of quality nurses consultation of elderly patients with arterial hypertension

D.T. Safohonov

Chair of Family Medicine N1 of Avicenna TSMU

Participation of family nurses (FN) in matters of counseling patients with arterial hypertension (AH) in elderly and in senility age in primary health care (PHC) is considered. Provided study showed that only 16.5% of patients with hypertension were given recommendation about correction of modifiable risk factors, and 31.6% of patients have been performed assessment of healthy lifestyle.

At a special targeted training of nurses for counseling elderly patients could use the huge potential of numerous mid-level health workers in the fight against hypertension.

Key words: arterial hypertension, a family nurse, elderly age, counseling

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Сафохонов Довуд Тоирович – соискатель кафедры
семейной медицины №1 ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, ул.Рахими-1, ГЦЗ №2
E-mail: safokhonov@mail.ru

Проблемы хирургического лечения келоидных рубцов кожи

К.П. Артыков, М.С. Саидов, К.М. Мухамадиева

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии;

Кафедра хирургических болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В обзорной статье проанализированы существующие методы хирургического лечения келоидных рубцов кожи, недостатки и преимущества различных видов хирургической тактики лечения, ошибки в выборе методов коррекции, особенности используемого шовного материала. Несмотря на разнообразие предложенных методов хирургического лечения келоидных рубцов кожи, не всегда достигается их полное исчезновение, а рецидивы регистрируются в 80-100% случаев. Предоперационная подготовка должна учитывать форму, размеры, локализацию и нарушение функции в зоне келоидного рубца. При планировании хирургического лечения келоидов необходимо предусматривать показания к хирургическому вмешательству, сроки его выполнения и правильный выбор метода пластики.

Ключевые слова: келоидные рубцы, хирургическая коррекция, рубцовые поражения кожи

Лечение келоидных рубцов кожи является одной из важных проблем современной эстетической хирургии [1]. В первом десятилетии XXI века выявлен устойчивый рост рубцовых повреждений кожи после оперативных вмешательств, травм, ожогов, ран. Доля пациентов, обратившихся в лечебные учреждения с рубцовыми дефектами кожи, по данным различных исследований достигает 22-25% [2]. В их структуре ведущее место занимают рубцы со значительно выраженными косметическими дефектами - гипертрофические и келоидные, которые в более 40% случаев формируются в результате хирургических вмешательств [1,3-5]. Это связано с тем, что провоцирующим фактором келоидогенеза следует считать травму на фоне тканевой гипоксии и нарушения межклеточных взаимодействий [5]. По этой причине такие хирургические методы, как иссечение келоида с ушиванием раны «на себя» после мобилизации её краёв или закрытие дефекта кожных покровов с применением элементов местной пластики (встречными треугольными лоскутами, лоскутами на ножке) неприемлемы в лечении келоидных рубцов, так как неизбежно влекут за собой повреждение здоровой окружающей дермы.

В настоящее время широко применяются консервативные методы лечения (физиотерапия, электро- и криодеструкция, химиотерапевтические препараты наружного применения, ферментотерапия, введение пролонгированных кортикостероидов, методы высокоинтенсивной лазерной терапии), эффективность которых достигает 10-25% [6]. Изолированные хирургические методы коррекции келоидных руб-

цов кожи не утратили своего значения, несмотря на тяжёлые рецидивы, которые встречаются в 50-100% случаев. Ещё более актуальной проблемой является и повторная хирургическая коррекция рецидивов келоида, которая сопровождается длительными сроками заживления и вновь образованными рецидивами, нередко превышающими первоначальный размер келоида [7-10].

Использование традиционных хирургических приемов (иссечение рубца с закрытием дефекта пластикой местными тканями или свободным кожным аутодермотрансплантатом) противопоказано при удалении келоидов, так эти вмешательства вызывают рецидив образования келоидного рубца в 80-100% случаев [5].

Предложены различные способы хирургического иссечения келоидных рубцов кожи. Одни авторы предлагают выполнять разрезы перпендикулярно линии натяжения рубца с тангенциальным расщеплением ткани келоида и параллельно друг другу с формированием «черепичных» сшиваемых между собой лоскутов, что приводит к удлинению рубцового тяжа и ликвидации келоидной контрактуры [4,5]. Применение такого способа позволяет, первоначально ликвидировав контрактуру, надёжно предупреждать вторичную травматизацию и растяжение вновь образованных удлинённых рубцов, что способствует в дальнейшем их рассасыванию в состоянии функционального покоя при использовании обычных консервативных мероприятий.



Однако тщательный анализ результатов лечения привёл авторов к пересмотру показаний к их хирургическому лечению, в плане сроков и выборе метода пластики послеожоговых келоидов. Установлено, что в первые 3-4 месяца, когда формируются келоидные рубцы и наблюдаются активные пролиферативные процессы в рубцовой соединительной ткани, целесообразно назначать консервативное лечение с целью подавления активности фибробластов (компрессионная одежда, пирогенал, сероводородные орошения, магнитотерапия и др.) [6,9,11,12]. Если деформации и контрактуры, несмотря на профилактические меры, сформировались, по истечению 3 месяцев ставится вопрос о хирургическом лечении, если оно выполнимо перемещением смежных неповреждённых тканей на место удалённых рубцов (при деформациях) и пластикой местными тканями при рубцовых стяжениях. При обширных рубцовых полях и резком дефиците здоровой кожи, но без контрактуры, вопрос о хирургическом лечении должен откладываться на более поздние сроки, продолжая лечение консервативными методами [7, 14].

По мнению В.А. Павлович (2008), хирургу важно отличить келоидное образование от гипертрофического рубца, учитывать форму, размеры и локализацию и знать, как подготовить келоидные рубцы к операции, как поступить, если при той или иной форме келоида нарушена функция органа [5]. Автор не согласен с классификацией А.Е. Белоусова, который делит келоидные рубцы на эстетически приемлемые и эстетически не приемлемые, и считает, что келоидные рубцы – это уже проблема, независимо от её размеров и формы и от того, прикрыты они одеждой или нет [15]. По мнению автора, в формировании рубцов крайне важное значение имеют условия их формирования. Неблагоприятные условия отличаются, прежде всего, наличием более значительного натяжения на линии швов, влияние которого сохраняется и в послеоперационном периоде. В неблагоприятных условиях края раны можно свести только после их более широкой мобилизации, либо после пластики местными тканями. При этом раневой процесс заканчивается образованием широкого нормотрофического или атрофического рубца, который при несоответствии силовым линиям натяжения кожи может стать гипертрофическим или келоидным. Крайне неблагоприятные условия отличаются тем, что из-за дефекта тканей рана не может быть ушита наглухо с созданием условий для её первичного заживления [15].

Существуют разные мнения по поводу методики иссечения келоидных рубцов: иссечение рубца с замещением образовавшегося дефекта различными вариантами местной пластики, пересадка свободных кожных лоскутов с анатомически соответствующих зон лица, перемещение лоскутов на временно питающей сосудистой ножке, комбинированные методы пластики [4,5,8,9].

Простое удаление келоида хирургическим путем (просто срезание) стимулирует добавочный синтез коллагена и повышает риск рецидива ещё большего келоида. Простая эксцизия или эксцизия самого келоида ассоциируется с 55% риском рецидива, а иссечение по краям не стимулирует синтез коллагена и может снизить риск рецидива [11]. В связи с этим, по-прежнему применяется метод Conway, который заключается в иссечении келоида с частичным сохранением его узкого края и наложении интрадермального шва на края раны атравматичной иглой, что предотвращает травмирование здоровой кожи и уменьшает риск развития рецидива келоидных рубцов [12-14].

Использование компрессионного внутрикожного шва, с целью профилактики рецидивов келоида, предусматривает применение монолитной нити с двумя атравматичными иглами условных номеров 2/0 – 3/0 и накладывание встречных внутрикожных швов с перехлестом нитей на каждом стежке [12,13]. В плане хирургического лечения рубцов некоторые исследователи [6,9,15] включают два подхода: удаление и сужение рубца, а применение Z- и W-пластики может быть полезно в изменении направления рубца. В идеальном случае, разрезы должны быть параллельны кожным складкам и плоскости сгибания сустава. Z-пластика может изменить направление рубца на 90 градусов и таким образом привести его к идеальному направлению. Такая пластика идеальным подходом для пациентов с множественными рубцами, пересекающими суставы и кожные складки и имеющими тенденцию к утолщению и гипертрофии. У пациентов, у которых гипертрофия развилась при нормальном расположении рубца, нецелесообразно проводить ревизию рубца. Вне лица Z-пластика даёт лучший результат, чем W-пластика. На лице, за исключением шрамов на веках, или близко к границе vermillion, W-пластика предпочтительней [15,17].

По мнению Белоусова, иссечение рубцов с последующим сшиванием краев раны должно быть направлено на получение более тонкого рубца и может быть выполнено в трёх вариантах: простое иссечение, создание дубликатуры рубца, замещение рубцово-изменённых тканей полноценным кожным лоскутом. Автором доказано, что для достижения положительного результата при хирургическом лечении рубцов кожи необходимо соблюдение определённых принципов закрытия ран: сохранение кровообращения тканей, образующих стенки раны, на удовлетворительном уровне; точное сопоставление краёв раны; удержание краёв кожи в положении плотного соприкосновения в течение всего периода формирования прочного рубца (до 3-х месяцев со дня операции); минимальное воздействие швов на поверхность кожи [15].



С точки зрения вероятности успеха хирургического лечения огромную роль играет тщательность техники с минимальным растяжением и разрывом раны. Однако не было исследований, которые бы подтвердили эту гипотезу, а во многих работах отмечалась высокая частота рецидивов даже при условии великоколепной хирургической техники [10,11,17].

Любой из предложенных методов хирургической коррекции келоидных рубцов кожи обязательно предусматривает особенности используемого шовного материала, так как при использовании синтетических шовных нитей в 85,4% случаев формируются нормотрофические рубцы, в то время как при использовании нитей природного происхождения в 97,2% случаев формируются гипертрофические и келоидные рубцы [16].

Если хирургия используется изолированно без сопутствующей терапии, следует длительно и тщательно наблюдать пациента, поскольку велик риск рецидива. К недостаткам хирургического метода лечения, по мнению большинства зарубежных исследователей, занимающихся пластической хирургией, относится возможность оперативного вмешательства не ранее, чем через 6-12 месяцев после заживления раневой поверхности и образования рубца [5,9,15], длительные сроки заживления и большое количество рецидивов, нередко превышающих первоначальный размер келоида.

Анализ литературы показал, что изолированное иссечение келоидного рубца неэффективно, поскольку стимулирует дополнительное отложение коллагена и быстро приводит к рецидиву, причём выросший вновь келоид по размерам зачастую бывает больше прежнего. Для того, чтобы минимизировать риск рецидива, швы следует удалять как можно быстрее (если нить не рассасывающаяся), а в целом предпочтение должно быть отдано интрадермальному шву одной нитью, желателен из рассасывающегося синтетического материала (викрил).

Несмотря на разнообразие методов лечения рубцов, используемых как в отдельности, так и в различных сочетаниях, не всегда достигается их полное исчезновение, чаще всего авторы описывают улучшение качества рубца в большей или меньшей степени, повышение его эластичности. Становится очевидной необходимость совершенствования терапии рубцов кожи для сокращения сроков лечения и достижения максимально эффективной эстетической коррекции рубцовых изменений кожи. Указанные требования чрезвычайно важны для социальной адаптации пациентов и разработки алгоритма проведения лечебного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гасанов А.Г. Социальные условия и медицинские возможности развития отечественной эстетической хирургии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Г. Гасанов. – Волгоград. – 2007. – 23 с.
2. Курганская И.Г. Комплексная коррекция патологических рубцов кожи : дис. ... канд. мед. наук / И.Г. Курганская. – СПб., 2011. – 114 с.
3. Авдошенко К. Восстановительное лечение пациентов после пластических операций на лице методами аппаратной косметологии и физиотерапии / К. Авдошенко, Т. Коновалова // Эстетическая медицина. -2007. - № 1.-С. 54-63
4. Осипов А.А. Прогноз, профилактика и лечение келоидных рубцов и деформаций у детей: автореф. ... д-ра мед. наук/ А.А.Осипов.- М. - 2010. - 25с.
5. Павлович В.А. Опыт лечения и профилактики рубцов келоидного и гипертрофического характера в области лица и шеи/ В.А.Павлович, В.М.Эзрохин // Стоматология. – 2008. -№2. – С.46-49
6. Ключарёва С.В. Патологические рубцы в практике дермато-косметолога: новые возможности терапии препаратом «Галадерм» / С.В.Ключарёва, О.С.Нечаева, И.Г. Курганская // Вестник эстетической медицины. - 2009. - № 2. -С. 41-49
7. Berman B. Treatment of keloid scars post-shave excision with imiquimod 5% cream: A prospective, double-blind, placebo-controlled pilot study / B. Berman // J. Drugs Dermatol. - 2009. - №8. - P.455
8. Gupta S. Standard guidelines of care: Keloids and hypertrophic scars / S. Gupta, V.K. Sharma // Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol. - 2011. – Vol. 77, №2. - P. 94-100
9. Королёва А.М. Пластическая хирургия в реабилитации больных с различными тканевыми дефектами / А.М. Королёва [и др.] // Комплексная реабилитация: наука и практика. -2009.-№3.-С.32-44
10. Reish R.G. Scar treatments: preclinical and clinical studies / R.G. Re-ish, E. Eriksson // J. Am. Coll. Surg. - 2008. - Vol.206, №7. - P.719-730
11. Atkinson J.A. Randomized controlled trial to determine the efficacy of paper tape in preventing hypertrophic scar formation in surgical incisions that transverse Langer's skin tension lines / J.A. Atkinson [et al.] // Plast. Reconstr. Surg.. – 2005. - № 116(6). – P. 1648–1656
12. Малыгина И.В. Лечебные физические факторы в коррекции дермато-косметических дефектов после блефаропластики: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.В. Малыгина.- СПб. - 2011.-16 с.
13. Robles D.T. Abnormal wound healing: keloids / D.T. Robles, D. Berg // Clin. Dermatol. -2007. - Vol. 25, №1. - P.26-32



14. Стенько А.Г. Особенности клинической оценки результатов консервативной терапии при патологических рубцах / А.Г. Стенько, С.Г. Ананян // Детская хирургия. -2006.-№1. - С.49-50
15. Белоусов А.Е. Рубцы и их коррекция. Очерки пластической хирургии / А.Е. Белоусов // - С-Пб. - 2005. - 564 с.
16. Мухамадиева К.М. Профилактика и лечение рубцов кожи в различных климатогеографических регионах Таджикистана: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / К.М. Мухамадиева. – Новосибирск. -2012. -34с.
17. Chuma J. Keloids: Pathogenesis, Clinical Features, and Management / J. Chuma [et al.] // Semin. Plast. Surg. - 2009.-Vol.23, №2. - P. 178-184

Summary

Problems of surgical treatment keloid cicatrices of skin

K.P. Artikov, M.S. Saidov, K.M. Mukhamadieva
*Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery;
Chair of Surgical Diseases N2 of Avicenna TSMU*

In a review article is analyzed the existing methods for the surgical treatment of keloid cicatrices of skin, the advantages and disadvantages of various types of surgical treatment, blunder in the choice of methods of correction, characteristics used sewing materials. Despite a variety of proposed methods of surgical treatment of keloid cicatrices of skin, they are not always achieved their complete disappearance, and relapses are recorded in 80-100 % of cases. Preoperative preparation should take into account the shape, size, location and dysfunction in the area of keloid scar. In planning of keloids' surgical treatment should provide indications for surgical intervention, the timing of its implementation and the correct choice of plastics.

Key words: keloid cicatrices, surgical correction, uloid

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Мухамадиева Кибриёхон Мансуровна – старший научный сотрудник
отделения восстановительной и реконструктивной хирургии
Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии;
Таджикистан, г.Душанбе, ул. Санои, 33
E-mail: kibriyo_67@mail.ru



Этиология, патогенез, диагностика и лечение синдрома Маллори-Вейсса

Ш.К. Назаров, Р. Мухаммадзода, М.М. Мавджудов

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В обзорной статье представлены современные взгляды на этиологию, патогенез и методы диагностики, а также рассмотрены вопросы лечения синдрома Маллори-Вейсса. Несмотря на достижение медицинской техники и фармакологии, летальность при данной патологии остаётся на достаточно высоком уровне и составляет 13-17%. Синдром Маллори-Вейсса требует дальнейшего углублённого изучения патогенеза развития болезни, хотя в последнее время появились новые направления в эндоскопической диагностике и в лечении разрывов слизистой и подслизистых слоёв кардиального отдела желудка, сопровождающиеся острой кровопотерей. Согласно литературным данным имеются противоречивые подходы к тактике консервативной терапии и хирургического лечения синдрома Маллори-Вейсса.

Ключевые слова: синдром Маллори-Вейсса, желудочно-кишечное кровотечение, неукротимая рвота, эндоскопическая диатермокоагуляция

Многие исследователи доказали, что синдром Маллори-Вейсса (СМВ) встречается у мужчин (77-80%) в возрасте от 28 до 50 лет, у детей данная патология встречается крайне редко. И в основе патологии у мужчин лежит неукротимая рвота, которая приводит к разрыву патологически изменённой слизистой оболочки проксимальных отделов желудка. А к изменениям в слизистой желудка приводят такие заболевания как гастриты, холециститы, опухоли. Экспериментально и клинически доказано, что возрастные изменения являются основными факторами, которые способствуют разрыву слизистого слоя, чем старше человек, тем легче повреждается слизистая оболочка желудка [1-3].

Проблема острого желудочно-кишечного кровотечения при синдроме Маллори-Вейсса считается актуальной в неотложной абдоминальной хирургии и, прежде всего, она обусловлена явным ростом количества больных. По данным мировой литературы, в последние годы заболеваемость СМВ остаётся на достаточно высоком уровне, около 13-17% среди всех больных с желудочно-кишечными кровотечениями [3-5]. В историческом аспекте, ещё в 1929 году G. Mallory и S. Weiss при вскрытии трупов 4 пациентов, умерших от желудочно-кишечного кровотечения, обнаружили линейные разрывы слизистой оболочки пищевода-кардиальной области. Ими было высказано предположение, что разрыв слизистой в этой зоне возник в результате резкого повышения давления в полости желудка во время неполноценного раскрытия кардиального жома. Данное предположение было подтверждено и в экспериментальных исследованиях [4-6]. В последующем, острое желудочно-кишечное кровотечение, развившееся в результа-

те продольных разрывов слизистой и подслизистых слоёв кардиальной области при рвоте, названо в честь первооткрывателей – синдром Маллори-Вейсса [7-9].

Однако ряд исследователей к данному заболеванию относят и спонтанный разрыв пищевода, считая его самой тяжёлой формой СМВ [9]. В ряде европейских клиник, СМВ определяют как кровавую рвоту, чаще у лиц, злоупотребляющих алкоголем, объясняемую продольными разрывами слизистой оболочки и подслизистого слоя желудочно-пищеводного перехода [10]. При разрывах повреждается богато развитое подслизистое сосудистое сплетение, которое и является источником кровотечения, возникающего при рвоте после употребления большого количества спиртных напитков и переедания [10-12]. При развитии рецидива кровотечения у больных с СМВ имеют место локальные нарушения микроциркуляции в стенке пищевода и желудка, которые ухудшают состояние изменённой слизистой, снижая устойчивость к изменениям внутри просветного давления [12].

В ходе проведённых исследований доказано, что при СМВ наблюдаются выраженные атрофические изменения слизистой оболочки и дистрофические изменения подслизистого слоя с варикозным расширением сосудов, периваскулярным некрозом и периваскулярной инфильтрацией в кардиальном отделе желудка, вследствие хронического гастрита, язвенной болезни [13].

В возникновении СМВ основную роль отводят резкому повышению внутрижелудочного давления



по причине дискорреляции замыкательной функции кардиального и пилорического сфинктеров, вероятнее всего за счёт выпадения слизистой оболочки желудка в просвет пищевода [14-16]. Существуют предрасполагающие факторы разрывов слизистой оболочки в кардиальном отделе желудка – это малая растяжимость по причине фиксации его внежелудочными связками и продольное расположение складок. А однотипное расположение разрывов желудка при СМВ является свидетельством предрасположенности некоторых отделов к такому повреждению. Считают, что в основе патогенеза синдрома лежат фоновые заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта [16]. Есть мнение, что желудочно-кишечные кровотечения при грыжах диафрагмы возникают вскоре после ущемления части желудка в грыжевом отверстии. Во всех случаях одновременно с желудочным кровотечением, которое проявляется рвотой с примесью крови, наблюдается интенсивная боль в эпигастральной области. Боль и желудочное кровотечение возникают после поднятия тяжести, натуживания и других физических напряжений, сопровождающихся внутрибрюшным давлением [16-18].

Желудочное содержимое, вследствие повышения давления, с силой устремляется в желудочно-пищеводное отверстие, которое приводит к повышению внутрижелудочного давления, перерастяжению кардиального отдела желудка и разрыву слизистой оболочки [19-21]. Существует предположение, что, исключив некоторые причины кровотечения, у здоровых лиц молодого возраста, злоупотребляющих алкоголем, возникновение кровотечения обычно следует за рвотой, которая ведёт к повышению внутрижелудочного давления, изменению кровообращения в растянутом желудке, за счёт обескровливания слизистого слоя при сохранённом кровообращении в мышечном слое, и возникновению разрывов слизистой. Рвота в данном случае вызывает резкое изменение внутрибрюшного давления, что, в свою очередь, вызывает антиперистальтические волны в желудке. Во время позывов на рвоту привратник находится в закрытом состоянии, кардиальный отдел желудка и пищевода дилатированы. Существует роль пептического фактора в патогенезе кровотечения на фоне СМВ, при этом, изучив состояние кислотообразующей функции желудка у больных, определили, что для них характерна повышенная кислотность желудочного секрета с наличием рефлюкса. Дополнительно изучая состояние моторной функции пищевода и кардии, обнаружили снижение моторной функции, недостаточность верхнего и нижнего пищеводного сфинктеров [22-24].

У подавляющего большинства больных (75-79%) начало заболевания связывают с повторной и неукротимой рвотой после обильного приёма пищи и злоупотребления алкоголем. Но может предшествовать развитию болезни и продолжительная икота, физи-

ческое перенапряжение после еды, хронические заболевания желудка, тупая травма живота, проведение эзофагогастродуоденоскопии [24-26]. Имеются наблюдения больных, у которых СМВ развился во время проведения эзофагогастродуоденоскопии. Во время проведения эндоскопа в пищевод возникли интенсивные рвотные движения с выворачиванием слизистой кардии в пищевод, и эта часть слизистой разрывалась на протяжении 1,5-2 см. После процедуры и спада давления разрывы выпрямлялись и принимали линейный характер. Во всех подобных случаях возникало сильное кровотечение [27-30].

Многие исследователи выделяют два варианта причин СМВ: это неукротимая рвота и приступообразный кашель, которые вызывают внезапное и резкое повышение давления в желудке и в нижнем отделе пищевода. При этом рвота приводит к образованию разрывов в слизистой желудка, длительный приступообразный кашель вызывает появление разрывов в слизистой пищевода и желудка [30]. В исследованиях последних лет в качестве главных факторов риска развития кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта рассматривается *Helicobacter pylori*. Изучая состояние слизистой оболочки нижней трети пищевода и её обсеменённость *Helicobacter pylori* при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, обнаружили микроорганизм в биоптатах абдоминального отдела пищевода у больных с сопутствующей язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. По этой причине достаточно частое сочетание СМВ с рефлюкс-эзофагитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки не позволяет исключить в патогенезе СМВ роль *Helicobacter pylori*, и многие исследователи указывают на необходимость дальнейшего поиска в этом направлении [31-33].

В клиническом аспекте острому желудочному кровотечению предшествует неукротимая рвота без примеси крови, обычно после переизбытка и злоупотребления алкоголем, в последующем присоединяется кровь. Кровотечение, как правило выраженное, сопровождается резким побледнением кожных покровов, затемнением сознания, снижением артериального давления, резким ослаблением пульса. Болевой фактор в верхней половине живота чаще бывает приступообразным, иногда резким, в этот период кровотечение может возникать без болевого синдрома [34]. Общее состояние – от удовлетворительного до крайне тяжёлого. При лабораторных методах исследования наблюдается снижение содержания гемоглобина и эритроцитов. Степень нарушений гемокоагуляции зависит от тяжести кровопотери, от продолжительности кровотечения, происходит снижение фибринолитической активности на фоне снижения свёртывающей активности крови. В свою очередь фибринолиз возрастает по мере увеличения степени кровотечения. Изменение клинико-лабораторных параметров крови при



СМВ зависит от степени кровопотери, они не всегда однозначны и требуют детального изучения [34].

На сегодняшний день основным методом диагностики СМВ на современном этапе является эзофагогастроуденоскопия, которая выполняется urgently и позволяет установить не только этиологию кровотечения, но и характер. Многие эндоскописты настойчиво рекомендуют, при осмотре отделов пищевода, заострить внимание на абдоминальный и кардиальный отделы. Данный метод позволяет установить диагноз в 96-98% случаев. При эзофагогастроуденоскопии в кардиальном отделе желудка на слизистой обнаруживаются единичные и множественные трещины слизистой оболочки и подслизистого слоя, идущие продольно, с умеренным кровотечением. Линейные разрывы выявляются на стенках желудка и пищевода, а частая локализация разрыва – это малая кривизна, задняя стенка желудка и пищевода [35]. Помимо разрывов слизистой оболочки, часто обнаруживают ряд патологических изменений, которые представляют потенциальные источники кровотечения: расширение вен пищевода, эрозии слизистой оболочки, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Встречаются моменты, когда из-за отказа больного от эндоскопии, при выраженном психомоторном возбуждении пациента с СМВ, можно применять рентгенологическое исследование с применением контраста. При этом исследовании прямой признак СМВ – это депо бария в виде округлой или линейной формы. Но ряд авторов значение данного метода в таких ситуациях отрицают, так как поверхностные разрывы не визуализируются, а глубокие заполняются сгустками крови и не поддаются обнаружению. В ряде случаев клинический диагноз устанавливается интраоперационно, когда пациент подвергается экстренному оперативному вмешательству по поводу острого желудочно-кишечного кровотечения неясной этиологии и не поддающегося консервативной гемостатической терапии. И единственный визуальный признак СМВ, обнаруживаемый до гастротомии, наличие гематомы в малом сальнике на уровне кардии, указывающий на глубокий разрыв в стенке желудка [36].

Современная медицина без ультразвукового метода исследования не мыслима, и метод прочно занимает определённое место в стандартах диагностики заболеваний. Преимуществом метода является неинвазивность, отсутствие лучевой нагрузки, мобильность, многократные исследования желудочно-кишечного тракта. Ультразвуковое исследование сосудов брюшной полости с использованием эффекта Доплера появилось в клинической практике в 70-х годах XX века, и имеет множество публикаций в этом направлении. Представленные работы продемонстрировали применение данного метода исследования для проведения оценки характера кровотока в органах брюшной полости. В связи с совершенствованием и разработкой новых возможностей

ультразвуковой аппаратуры в области ангиологии в реальном масштабе времени была создана новая методика дуплексного ангиосканирования.

В современной литературе имеется ряд публикаций об ультразвуковом дуплексном сканировании сосудов органов брюшной полости. Основными параметрами кровотечения во время исследования кровотока являются пиковая систолическая скорость кровотока, диастолическая скорость кровотока, индекс резистентности, пульсационный индекс. Пиковая систолическая скорость кровотока и индекс резистентности являются основными параметрами для дифференциации и характеристики изменений в сосудистом русле во время проведения ультразвукового исследования. Разработана методика исследования чревного ствола и отходящих от него общей печёночной и селезёночной артерий. Имеются данные об изменениях показателей кровотока при пищеварении. После приёма пищи в чревном стволе и его ветвях, при исследовании в спектральном доплеровском режиме, сохраняется доплеровский спектр, характерный для артерий с низким периферическим сопротивлением, за счёт возрастания как линейных, так и объёмных параметров кровотока, сопровождающихся снижением индекса периферического сопротивления. А степень изменения параметров гемодинамики в артериях, питающих желудочно-кишечный тракт, напрямую коррелирует с активностью пищеварительных процессов и может являться маркёром патологических нарушений пищеварения. Только в единичных работах опубликована и представлена техническая возможность полноценной визуализации левой желудочной артерии с помощью дуплексного ангиосканирования и информативность исследования [37-39].

В связи с научно-техническим прогрессом в хирургии в лечение СМВ внесено много изменений. В историческом аспекте, до появления эры эндоскопии все пациенты с острыми желудочно-кишечными кровотечениями подвергались экстренному оперативному лечению и летальность составляла 50-59%.

С внедрением в практическую деятельность современных эндоскопических аппаратов экстренные хирургические вмешательства стали выполняться реже, отдавая предпочтение эндоскопическим методам гемостаза. Что касается консервативных методов гемостаза и лечения, успех в этом направлении достигнут благодаря появлению новых высокоэффективных гемостатиков и H₂-блокаторов, которые действуют избирательно и позволили снизить количество оперативных методов лечения и рецидивы кровотечения до 6%. При этом особая роль отведена остановке кровотечения, возмещению кровопотери, парентеральному введению гемостатических препаратов, назначению H₂-блокаторов. Ряд исследователей утверждают, что при лёгкой степени кровотечения терапию необходимо начи-



нать с консервативных мероприятий, а оперативное вмешательство – после стихания явлений [40-42].

Есть сторонники другой тактики, которые предлагают проводить инструментальный гемостаз во время эзофагогастродуоденоскопии в случае отсутствия эффекта от проведённой консервативной терапии и предлагают диатермокоагуляцию, склеротерапию, клиппирование и лигирование кровоточащего сосуда, лазерную фотокоагуляцию.

Для диагностики и лечения больных с СМВ большую роль играют эзофагогастродуоденоскопия и методы эндоскопического гемостаза, которые в большинстве случаев позволяют обеспечить первичную остановку кровотечения, предупреждают рецидив кровотечения, снижают частоту оперативных вмешательств и количество летальных исходов. Некоторые исследователи эндоскопически проводят диатермокоагуляцию разрывов слизистой оболочки на фоне кровотечения, процедура оказывает хороший эффект, но должно быть предостережение от этого метода в случае профузного кровотечения из крупного артериального сосуда из-за опасности рецидива кровотечения во время отрыва тромба. Многие авторы отмечают особую роль и перспективность неоперативного метода гемостаза у лиц с алкогольной интоксикацией, на фоне которой развивается тяжёлый делирий и печёночная недостаточность [42-44].

При развитии рецидива кровотечения приходится применять хирургические вмешательства, которые включают продольную гастротомию, ушивание разрыва слизистой оболочки. При этом разрывы пищевода и желудка Ш стадии требуют неотложного хирургического вмешательства. При интраоперационном обнаружении СМВ многие хирурги ограничивают операцию ушиванием продольных разрывов слизистой оболочки нерассасывающимися нитками и с обязательной перевязкой левой желудочной артерии. При наличии признаков язвенной болезни оперативное вмешательство дополняют стволовой ваготомией. В европейских клиниках оперативное вмешательство выполняется с участием эндоскописта, который через эндоскоп указывает хирургу место кровотечения для наложения гемостатических швов без рассечения стенки желудка [44].

Таким образом, СМВ относится к числу частых причин острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта, выявляется в 14-26% случаев и имеет тенденцию к росту. Относительная редкость патологии и недостаточная её изученность подтверждают противоречивость учёных в вопросах этиологии, патогенеза и выбора адекватной лечебной тактики, способов достижения надёжного гемостаза, что определяет практическую значимость проблемы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е. Сравнительный анализ результатов лечения больных с острым пищеводно-желудочным кровотечением /А.Е.Борисов, В.А.Кашенко // Вестник хирургии.- 2003. - № 3. – С. 88 – 94
2. Чередников Е.Е. Лечение разрывно-геморрагического синдрома в специализированном центре: автореф. дис... канд. мед. наук /Е.Е.Чередников. – 2011. – 23 с.
3. Чередников Е.Ф. Лечение больных с неязвенными гастродуоденальными кровотечениями с использованием новых технологий /Е.Ф.Чередников // Вестник хирургической гастроэнтерологии. М., 2009. - № 2.- С. 27 – 32
4. Салмина Н.Н. Состояние кровотока желудка при синдроме Маллори-Вейсса: автореф. дис... канд. мед. наук /Н.Н. Салмина. - Уфа. - 2010. - 28 с.
5. Верзакова И.В. Особенности гемодинамики при синдроме Маллори-Вейсса по данным ультразвукового исследования левой желудочной артерии с учётом изменений пищевода и желудка /И.В.Верзакова //Ультразвуковая и функциональная диагностика. - 2010. - № 1. - С. 24 – 28
6. Ермолов А.С. Гастродуоденальные кровотечения при критических состояниях /А.С. Ермолов, Л.Ф. Тверитнёва, Г.В. Пахомова //Хирургия. - 2004. - № 8. – С.41 - 45
7. Мансуров Х.Х. Современный взгляд на некоторые спорные вопросы язвенной болезни и хеликобактерной инвазии /Х.Х.Мансуров// Клиническая медицина.- 2005. -№ 2.- С. 63-65
8. Мидленко В.И. Эндоскопическая диагностика синдрома Маллори-Вейсса /В.И. Мидленко // Клинич. Медицина. Ульяновск. - 2005. - № 2. (10). - С. 56 - 59
9. Соломяник И.А. Оптимизация эндоскопического гемостаза у больных с синдромом Маллори-Вейсса: автореф. дис...канд. мед. наук /И.А. Соломяник. - Саратов. - 2006. - 28 с.
10. Панцырев Ю.М. Эндоскопическое лечение кровотечений, обусловленных синдромом Маллори-Вейсса/ Ю.М. Панцырев, Е.Д. Фёдоров, М.Е. Тимофеев// Хирургия. - 2003. - № 10. – С. 35 - 40
11. Чередников Е.Е. Особенности функциональных изменений печени при синдроме Маллори-Вейсса /Е.Е. Чередников, И.Н. Поселкова //Мат. 4-го всеросс. Бурденковской науч.конф. - Воронеж. - 2008. - т. 1. - С. 166 – 167
12. Соловьёв А.С. Применение сочетанных эндоскопических методов гемостаза при пищеводно-желудочных кровотечениях у больных с синдромом Маллори-Вейсса /А.С. Соловьёв//Анналы хирургии. - 2007. - № 1. - С. 29 – 33



13. Тимербулатов Ш.В. Хирургическая тактика при синдроме Маллори-Вейсса /Ш.В.Тимербулатов, Р.Б.Сагитов// Вестн. нац. мед. хирург. центра им. Н.И.Пирогова.-2010. - № 5.- С. 39 – 43
14. Короткевич А.Г. Эндоскопия при синдроме Маллори-Вейсса./А.Г.Короткевич, Я.Я.Маринич// Эндоскопическая хирургия. - 2009. - № 3. - С. 20 – 25
15. Чередников Е.Ф. Закономерности развития разрывно-геморрагического синдрома у человека (синдрома Маллори-Вейсса) /Е.Ф.Чередников, Ю.В.Баткаев// Бюл. Волгогр. Науч. центра РАМН. – 2007. - С. 11 – 12
16. Kinoshita Y. Asymmetrical circumferential distribution of esophagogastric function anatomical and physiological considerations /Y.Kinoshita, K.Futura// J.Gastroenterol. - 2009. - № 44. - P. 812 – 814
17. Воробей А.В. Неязвенные гастроинтестинальные кровотечения (сообщение второе) /А.В. Воробей, В.В.Климович //Хирургия 2010. - № 11. - С. 34 - 41
18. Попов Ю.П. Обоснование применения эндоскопической этамзилат-новокаиновой блокады при желудочно-кишечных кровотечениях /Ю.П. Попов, Р.И. Бутабаев //Хирургия 2011. - № 6. - С. 13 – 20
19. Kortas D.Y. Mallory-Weiss: predisposing factors and predictors of a complicated course /D.Y. Kortas, L.S. Haas //Am.J.Gastroenterol 2001. - № 10. - P. 286 - 290
20. Мумладзе Р.Б. Применение эндоскопического радиоволнового воздействия на источник кровотечения при пищеводно-желудочных кровотечениях у больных с синдромом Маллори-Вейсса /Р.Б. Мумладзе, Ю.Ш. Розиков //Анналы хирургии. - 2007. -№ 5. - С. 29 – 32
21. Дигибиров М.Д. Выбор метода лечения синдрома Маллори-Вейсса при острой и хронической алкогольной интоксикации /М.Д. Дигибиров, И.П. Милешин //Хирургия. -2011. - № 2. - С. 11 - 14
22. Соломяник И.А. Эндоскопическая диагностика синдрома Маллори-Вейсса /И.А. Соломяник, В.И. Мидленко //Клиническая медицина. Ульяновск. - 2005. - № 1. - С. 60 – 61
23. Соловьёв А.С. Применение сочетанных эндоскопических методов гемостаза при пищеводно-желудочных кровотечениях у больных с синдромом Маллори-Вейсса /А.С.Соловьёв //Анналы хирургии. - 2007. -№ 1. - С. 33 – 36
24. Forrest J.A. Endoscop gastrointestinal bleeding /J.A.Forrest,N.D.Finlayson // - 1974. - № 2. -P. 394 – 397
25. Подшивайлов В.Ю. Эндоскопия кровоточащих гастродуоденальных язв /В.Ю. Подшивайлов // Хирургия. – 2006. - № 4. - С. 33 – 38
26. Королёв М.П. Гастродуоденальные кровотечения как проблема urgentной хирургии. /М.П.Королёв //Вестник хирургии. - 2011. № 4. - С. 52 – 54
27. Мумладзе Р. Применение метода эндоскопической аргоно-плазменной коагуляции при пищеводно-желудочных кровотечениях у больных с синдромом Маллори-Вейсса /Р.Б.Мумладзе // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 2006. - № 6. - С. 61 – 64
28. Ballesteros J.A. Syndrome de Mallory-Weiss. Revision de 25 casos /J.A. Ballesteros, J.Company //Rev. Clin. Esp. - 2009. - № 6. - P. 72 - 83
29. Eslava Garcia Mallory-Weiss syndrome. Surgical treatment after sclerotherapy /G.E. Garcia //Rev. Gastroenterol. - 2009. - № 55. - P. 75 – 87
30. Jeffrey M.H. Clinical significance of Mallory-Weiss tears /M.H. Jeffrey //Am. J. of Gastroenterology. - 2009. - № 12. - P. 2056 - 2058
31. Kitagawa T. Clinical study of Mallory-Weiss syndrome in the aged patients over 75 year mainly five cases induced by the endoscopic /T.Kitagava //Nippon Ronen Igakkai Zasshi. - 2009. - № 31. - P. 374 – 379
32. Kitano S. Laparoscopic oversewing a bleeding Mallory-Weiss tear under endoscopic guidance /S.Kitano, K.Ueno //Surg. Endosc. - 2009. - № 7. – P. 445 - 456
33. Kunigsrainer A. Endoscopic sclerotherapy of bleeding Mallory-Weiss syndrome mucosal tear /A. Kunigsrainer //Wien Klin.Wochenschr. - 2009. - № 10. – P. 734 – 745
34. Lander E. Mallory-Weiss syndrome in a patients with hemophilia A and chronic liver disease / E.Lander // Ital. J. Gastroenterol. - 2010. - № 2. - P. 73 - 84
35. Lucantoni R. Use of fibrin tissue adhesive (Tissucol) in Mallory-Weiss syndrome /R.Lucantoni, M.Cicconi // J.Chir. - 2009. - № 10. - P. 330 – 342
36. Mallory GK. Hemorrhage from laceration of the cardiac orifice due to vomiting /G.K. Mallory //Am. J. Med. S. - 1929. -№ 1. - P. 506 - 510
37. Mearin F. Factores predisponentes syndrome Mallory-Weiss/ F.Mearin //A. Rev. Esp. enf. ap. digest. - 2009. - V. 66, - № 2. - P. 95 – 102
38. Montalvo R.D. Retrospective analysis of iatrogenic Mallory-Weiss tears occurring during upper gastrointestinal endoscopy /R.D. Montalvo, M.Lee // Hepatogastroenterology. - 2006. -№ 7. - P. 174 - 177
39. Nerig SK. Mallory-Weiss syndrome associated with raised intracranial pressure /SK. Nerig, KS. Mann // Neurosurgery. - 2008. - № 23. - P. 389 – 392
40. Nincheri M. Mallory-Weiss syndrome.Clinical cases and review of the literature/M. Nincheri, R.Cozzani // Minerva Chir. - 2009. – № 5. - P. 367 – 380



41. Norfleet RG. Mallory-Weiss syndrome after cardiopulmonary resuscitation /RG. Norfleet, GH.Smith //J. Clin.Gastroenterol. - 2009. - № 12. – P. 569 – 572
42. Penston JG. Mallory-Weiss tears occurring during endoscopy: A report of seven cases /JG.Penston, EJS.Boyd //Endoscopy. - 2009. - № 4. - P. 262 - 265
43. Sanchez F. El síndrome de Mallory-Weiss como factor etiologico en la hemorragia digestiva alta. Revision de 142 casos /F. Sanches, JA.Garcia //Rev. esp. en. digest. - 2010. - № 4. - P. 197 – 200
44. Scallion R. Upper gastrointestinal hemorrhage from a Mallory-Weiss tear /R.Scallion//J. Emerg. Med.- 2011. - № 4. – P. 463 - 466

Summary

Etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment of Mallory-Weiss syndrome

Sh.K. Nazarov, R. Muhammadzoda, M.M. Mavjudov
Chair of surgical diseases № 1 of Avicenna TSMU

In review article are presented the current views on the etiology, pathogenesis and diagnostic methods, as well as the issues of treatment of Mallory-Weiss syndrome. Despite the advances in medical technology and pharmacology, mortality in this pathology remains at a high level and is 13-17%.

Mallory-Weiss syndrome requires further in-depth study of the pathogenesis of developing disease, although in recent years there are new directions in endoscopic diagnosis and treatment of ruptures of the mucosal and submucosal layers of gastric cardia, accompanied by acute blood loss. According to literature there are conflicting approaches to tactics of conservative therapy and surgical treatment of Mallory-Weiss syndrome.

Key words: Mallory-Weiss syndrome, gastrointestinal bleeding, uncontrollable vomiting, endoscopic diathermo-coagulation

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Назаров Шохин Кувватович – профессор кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ;
Таджикистан. г. Душанбе, пр.Айни, 46
E-mail: shohin67@mail.ru



К вопросу об иммунных нарушениях при обтурационной желтухе

Ю.С. Винник, Е.В. Дябкин

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», кафедра общей хирургии, г. Красноярск, Российская Федерация

В представленной статье проводится литературный обзор по иммунным нарушениям при патологии печени. Обсуждаются вопросы, касающиеся основных причин и механизма развития печёночно-клеточной недостаточности. Описано клиническое значение интегральных гематологических индексов при обтурационной желтухе.

Показано, что происходит снижение системного клеточного и гуморального иммунитета, фагоцитарной способности лейкоцитов, бактерицидности сыворотки крови, а также других показателей неспецифической резистентности организма. У пациентов в послеоперационном периоде отмечается снижение иммунного ответа, которое проявляется уменьшением количества Т- и В-лимфоцитов, выраженным снижением фагоцитарной активности лейкоцитов, гипоиmmуноглобулинемией с нарушением соотношения между фракциями за счёт увеличения содержания IgA и IgM и уменьшения уровня IgG в крови и жёлчи.

Ключевые слова: обтурационная желтуха, иммунитет, печёночно-клеточная недостаточность, интегральные гематологические индексы

Проблема диагностики и лечения обтурационной желтухи (ОЖ), объединяющей обширную группу заболеваний, в последние годы приобрела особую актуальность и является одной из сложнейших задач хирургии [1,2]. Неуклонный рост больных с данной патологией, увеличение среди них числа лиц пожилого и старческого возраста, обостряет необходимость совершенствования методов диагностики и патогенетического лечения [3]. Лечение различных заболеваний, осложнённых обтурационной желтухой, в настоящее время остаётся сложной проблемой, которая в первую очередь связана с развитием печёночно-клеточной недостаточности (ПКН).

Ведущим пусковым фактором в развитии ПКН до недавнего времени считалась гипоксия печёночных клеток в результате холестаза, угнетения процессов тканевого дыхания и окислительного фосфорилирования, снижения биоэнергетических процессов в митохондриях гепатоцитов [4]. Однако сегодня всё больше внимания уделяется изменению иммунного статуса у больных с ПКН [5,6].

Уже в первых работах по иммунопатологии печени был сделан вывод о возможной центральной роли иммунных механизмов в возникновении и поддержании воспалительно-деструктивных процессов в паренхиме органа [7-9]. Но, несмотря на это, сам характер таких патогенетически значимых иммунологических реакций оставался долгое время недостаточно изученным.

Интоксикация, развивающаяся при острых воспалительных заболеваниях в жёлчевыводящих путях, нарушает функционирование иммунной системы. Это проявляется в уменьшении количества циркулирующих клеточных элементов, угнетении роста, созревания и миграции, накоплении избыточного количества циркулирующих комплексов антигено-антиген в сыворотке крови из-за нарушения процессов их элиминации [10,11].

Клинические наблюдения показывают, что для оценки функции печени у пациентов с экстрапечёчным холестазом недостаточно руководствоваться уровнем билирубина [9,12,13]. Обтурация жёлчных путей является лишь пусковым механизмом глубоких патофизиологических изменений в организме, в том числе в системе иммунитета [14,15].

В исследованиях ряда авторов показано, что ведущей причиной снижения фагоцитоза при обтурационной желтухе является холемия [2,6,16,17]. Это проявляется прогрессирующим уменьшением фагоцитарной активности лейкоцитов примерно в 2 раза, угнетением внутриклеточного переваривания микроорганизмов, снижением бактерицидной активности сыворотки крови, которые не имеют тенденции к улучшению в раннем послеоперационном периоде после жёлчеотводящих операций. К нормальным величинам фагоцитарная активность приближается только к концу 2-3 недели послеоперационного



периода. Показатель завершённости фагоцитоза возрастает, но не достигает нормы. Улучшение показателей фагоцитоза идёт параллельно снижению уровня билирубина, уменьшению желтухи, улучшению общего состояния пациентов [2,9,11].

Содержание иммуноглобулинов, особенно IgG, в сыворотке пациентов с жёлчнокаменной болезнью до лечения повышено, что свидетельствует о наличии антигенного раздражения и способности организма к иммунному ответу [18-20]. Установлено, что IgA жёлчи синтезируется преимущественно в слизистой оболочке жёлчных путей, в том числе плазмочитами. Продуцируемый местно IgA играет важную роль в резистентности мельчайших жёлчных ходов к различным повреждениям. При болезнях печени наблюдаются в основном количественные, а не качественные изменения сывороточных иммуноглобулинов [5,21].

Титр комплемента до и после лечения существенно не изменяется, хотя у пациентов с умеренно выраженным процессом он обычно возрастает, а при деструктивных формах холецистита понижается [15,22-24].

Иммунные реакции, обусловленные клеточными и гуморальными факторами, при поражении печени коррелируют в большинстве случаев с биохимическими показателями активности процесса, такими как увеличение щелочной фосфатазы, повышение содержания гамма-глобулинов, снижение содержания альбумина, и могут служить критериями ПКН [4,5,22].

Обтурационная желтуха является одним из наиболее тяжёлых осложнений при заболевании органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Частота осложнений и летальность при ОЖ остаются высокими, что в значительной мере обусловлено развивающейся интоксикацией [17,18,25]. Оценка этого показателя у пациентов с данной патологией во многом ещё субъективна и основывается на жалобах и неспецифических симптомах (общее состояние, окраска кожных покровов, тахикардия, снижение диуреза). Количественная оценка степени интоксикации необходима для контроля эффективности проводимого лечения, оценки динамики патологического процесса и выбора сроков и методов оперативного лечения [1,12,15,26].

Присоединение ОЖ утяжеляет состояние пациента, вызывая более выраженный иммунодефицит клеточного звена на протяжении всего времени после операции: снижено общее количество Т-лимфоцитов на 25–35% и В-лимфоцитов на 30–40%, снижен фагоцитарный индекс до $42,0 \pm 0,3\%$ при увеличенном в 1,7 раза фагоцитарном числе. В холедохоэальной жёлчи, начиная с первых суток послеоперационного периода, происходит постепенное увеличение показателей

IgA и IgM, которые к 10–11 суткам превышают контрольные значения на 40% и 30%, соответственно. Количество IgG на протяжении всего послеоперационного периода снижено на 20–22% [10,21].

Следовательно, при ОЖ происходит снижение системного клеточного и гуморального иммунитета, фагоцитарной способности лейкоцитов, бактерицидности сыворотки крови и других показателей неспецифической резистентности организма [11].

На разных стадиях воспаления регуляторное действие исполняют разные пулы иммунокомпетентных клеток; то есть, по изменениям лейкоцитарной формулы с учётом интегральных гематологических индексов можно судить о выраженности воспалительного процесса и степени нарушения иммунной системы [4,27-29].

Интегральные гематологические индексы (ИГИ) по соотношению отдельных клеточных популяций характеризуют состояние иммунологической реактивности и уровень воспалительного процесса в организме. Использование математических интегральных показателей, часть которых изменяется уже в преднозологическом периоде или на самых ранних стадиях заболевания, позволяет, не прибегая к специальным методам исследования, оценить в динамике состояние различных звеньев иммунной системы [30-32].

Наибольшее распространение получила методика определения токсичности путём вычисления интегральных гематологических индексов: лейкоцитарный индекс интоксикации по Кальф-Калифу (ЛИИ-1), лейкоцитарный индекс интоксикации по Островскому (ЛИИ-2), абсолютный лимфоцитоз (АЛ), индекс соотношения нейтрофилов к моноцитам (ИСНМ), повышение которых свидетельствует об активном воспалительном процессе и нарушении иммунологической реактивности организма, а также являются маркерами тканевой дегенерации; индекс соотношения нейтрофилов к лимфоцитам (ИСНЛ), индекс соотношения лимфоцитов к моноцитам (ИСЛМ), индекс стресса (ИС), которые отражают взаимоотношения гуморального и клеточного звеньев иммунной системы; индекс соотношения сегментоядерных нейтрофилов к лимфоцитам (ИСЛ), индекс соотношения лимфоцитов к эозинофилам (ИСЛЭ), индекс соотношения лимфоцитов к скорости оседания эритроцитов (ИЛСОЭ), которые позволяют судить об уровне эндогенной интоксикации, связанной с инфекционным или воспалительным процессом; индекс соотношения лимфоцитов к гранулоцитам (ИЛГ), который позволяет дифференцировать аутоинтоксикацию и инфекционную интоксикацию [19,27,30,33].

Клиническое значение расчёта ИГИ заключается в определении тяжести воспалительного процесса, а также возможности применения их как критериев,



помогающих, наряду с клиническими и лабораторными исследованиями, диагностировать прогрессирующее состояние и развитие гнойных осложнений [10,19,27].

Хирургическое лечение желчнокаменной болезни, особенно её осложнённых форм (острый холецистит, холедохолитиаз, обтурационная желтуха, гнойный холангит), является одной из наиболее сложных и во многом не решённых проблем абдоминальной хирургии, что связано с большим количеством послеоперационных осложнений (24–35%) [16,33–35]. Осложнения, возникающие у пациентов, перенёвших оперативное лечение, в значительной мере предопределены объективными факторами: характером основного заболевания, особенностями клинической картины, затрудняющими диагностику и увеличивающими длительность послеоперационного периода, сопутствующей патологией, шоком, кровопотерей, состоянием иммунитета [11,26,29].

Установлено, что обширная операция на печени сопровождается увеличением экспрессии лейкоцитарного CD 11b, и это увеличение в первый день послеоперационного периода может предсказывать развитие сепсиса. Другой важный маркер лейкоцитарных клеток – CD16, рецептор для Fc – фрагмент IgG. Взаимное соединение этих рецепторов стимулирует активацию кислородного голодания [24,36].

Кроме хирургической агрессии, на состояние организма огромное влияние оказывает характер обезболивания. Наркоз, так или иначе, вызывает иммунодепрессию [9,23]. Операция длительностью более двух часов и сопровождающаяся кровопотерей, превышающей 10 мл/кг, даже при адекватном обезболивании приводит к выраженному изменению иммунитета, проявляющемуся в снижении количества розеткообразующих клеток, особенно в популяции В-лимфоцитов, уменьшении уровня иммуноглобулинов (более выраженные изменения происходят с IgM). Эти изменения наблюдаются сразу после операции и достигают максимума к третьему дню послеоперационного периода [1,26]. Применение кортикостероидов в процессе оперативного вмешательства усугубляет иммунодефицит и замедляет процесс восстановления иммунного статуса [25,29,37].

В послеоперационном периоде происходит угнетение иммунного ответа, проявляющееся уменьшением абсолютного количества Т- и В-лимфоцитов, значительным снижением фагоцитарной активности лейкоцитов, гипоиimmunоглобулинемией с нарушением соотношения между фракциями за счёт увеличения содержания IgA и IgM и уменьшения уровня IgG в крови и жёлчи. МЖ усиливает эти неблагоприятные сдвиги в послеоперационном периоде [10,37–40].

Необходимость в улучшении результатов хирургического лечения осложнённых форм желчнокаменной болезни требует дальнейшего изучения особенностей нарушений местного и системного иммунитета и способов их коррекции, а также разработки методов профилактики послеоперационных осложнений [5,6,41–43].

Таким образом, анализ литературных данных показал, что у больных с обтурационной желтухой имеется выраженная иммунная недостаточность, причём основные изменения происходят в клеточном звене иммунитета, а так же в интегральных гематологических индексах. Операционный стресс в сочетании с наркозом приводят к выраженной иммунодепрессии, коррекция которой требует более глубокого патогенетического изучения данной патологии. Проблема лечения больных обтурационной желтухой и её осложнённых форм продолжает быть весьма актуальной и требует проведения дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветшев П.С. Механическая желтуха: причины и диагностические подходы (лекция) / П.С. Ветшев // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2011. – Т. 16, № 3. – С. 50–57.
2. Захарова А.В. Усовершенствование диагностической и хирургической тактики у больных с механической желтухой / А.В. Захарова // *Практическая медицина*. – 2013. – Т. 67, № 2. – С. 156–159.
3. Кононенко С.Н. Диагностика механической желтухи и пути повышения эффективности миниинвазивных технологий, направленных на её ликвидацию / С.Н. Кононенко, С.В. Лимончиков // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. – 2011. – №9. – С. 4–10.
4. Lahmann B. E. Cholelithiasis – principles of diagnosis and management / B.E. Lahmann, G. Adrales, R.W. Schwartz // *Current Surgery*. – 2004. – Vol. 61, № 3. – P. 290–293.
5. Wagner M. New molecular insights into the mechanisms of cholestasis / M. Wagner, G. Zollner, M. Trauner // *Journal of Hepatology*. – 2009. – Vol. 51, № 3. – P. 565–580.
6. Оптимизация комплексного лечения печёночной недостаточности при механической желтухе / Е.М. Липницкий, А.Е. Котовский, А.В. Чжао [и др.] // *Дальневосточный медицинский журнал*. – 2012. – №1. – С. 40–42.
7. Изменения иммунного статуса при печёночной недостаточности / А.Н. Плеханов, Н.И. Соболева, А.И. Товаршинов [и др.] // *Сибирский медицинский журнал*. – 2004. – Т. 49, № 8. – С. 8–12.
8. Jaundice as a presenting manifestation of giant cell arteritis / A. Pauwels, D. Nezri-Perez, S. Demmane [et al.] // *Journal of Hepatology*. – 2003. – Vol. 39, № 2. – P. 295–296.



9. Kelly E. A history of the dissolution of retained choledocholithiasis / E. Kelly, J. D. Williams, C. H. Organ Jr. // *American Journal of Surgery*. – 2000. – Vol. 180, № 2. – P. 86-98.
10. Natural history of asymptomatic bile duct stones at time of cholecystectomy / G. R. Caddy, J. Kirby, S. J. Kirk [et al.] // *Ulster Medical Journal*. – 2005. – Vol. 74, № 2. – P. 108-112.
11. Role of liver function tests in predicting common bile duct stones in acute calculous cholecystitis / W. K. Peng, Z. Sheikh, S. Paterson-Brown [et al.] // *British Journal of Surgery*. – 2005. – Vol. 92, № 10. – P. 1241-1247.
12. Иммунокоррекция тимогеном при хирургическом лечении осложнённых форм жёлчнокаменной болезни / В.Ф. Сухарев, В.Г. Медведев, Л.П. Пивоварова [и др.] // *Вестник хирургии*. – 1994. – № 153 (7-12). – С. 18-21.
13. Шичкин В.П. Патогенетическое значение цитокинов и перспективы цитокиновой/антицитокиновой терапии / В.П. Шичкин // *Иммунология*. – 1998. – № 2. – С. 9-13.
14. Boyer J.L. New perspectives for the treatment of cholestasis: lessons from basic science applied clinically / J.L. Boyer // *Journal of Hepatology*. – 2007. – Vol. 46, № 3. – P. 365-371.
15. Schirmer B. Cholelithiasis and cholecystitis / B. Schirmer, K.L. Winters, R.F. Edlich // *Journal of Long-Term Effects of Medical Implants*. – 2005. – Vol. 15, № 3. – P. 329-338.
16. Enhanced endothelial cell injury by activated neutrophils in patients with obstructive jaundice / Y. Shimizu, M. Miyazaki, K. Nakagawa [et al.] // *Journal of Hepatology*. – 1997. – Vol. 27, № 5. – P. 803-809.
17. Serum lipid spectrum in patients with calculous cholecystitis complicated by obstructive jaundice / I. Rusin, M. Selevich, P. Garelik [et al.] // *Journal of Hepatology*. – 1998. – Vol. 28. – P. 218.
18. Иванов Ю.В. Механическая желтуха: диагностический алгоритм и лечение / Ю.В. Иванов, С.М. Чудных // *Лечащий врач*. – 2002. – № 7-8. – С. 76-78.
19. Дябкин Е.В. Особенности развития иммунодефицитного состояния у пациентов с механической желтухой неопухолевого генеза / Е.В. Дябкин, Ю.С. Винник, С.С. Дунаевская // *Новости хирургии*. – 2012. – Т. 20, № 1. – С. 30-35.
20. Макаров В.К. Новый способ диагностики поражений печени / В.К. Макаров // *Клиническая лабораторная диагностика*. – 2002. – № 12. – С. 8-10.
21. Луцевич О.Э. Эндовидеохирургические методики в лечении больших желчнокаменной болезнью / О.Э. Луцевич, С.А. Гордеев, Ю.А. Прохоров // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. – 2007. – № 7. – С. 16-20.
22. Торгунаков А.П. Оценка индекса Кальф-Калифа / А.П. Торгунаков // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. – 2008. – № 2. – С. 73-74.
23. Effectiveness and long-term results of laparoscopic common bile duct exploration / R. Ricciardi, S. Islam, J.J. Canete [et al.] // *Surgical Endoscopy*. – 2003. – Vol. 17, № 1. – P. 19-22.
24. Long-term prognosis after treatment of patients with choledocholithiasis / K. Uchiyama, H. Onishi, M. Tani [et al.] // *Annals of Surgery*. – 2003. – Vol. 238, № 1. – P. 97-102.
25. Гейниц А.В. Применение переменного магнитно-инфракрасного излучения в профилактике и в комплексном лечении печёночной недостаточности при механической желтухе / А.В. Гейниц, А.А. Мамедов, М.М. Мамедов // *Анналы хирургии*. – 2004. – № 4. – С. 45-48.
26. Freitas M. L. Choledocholithiasis: evolving standards for diagnosis and management / M.L. Freitas, R.L. Bell, A.J. Duffy // *World Journal of Gastroenterology*. – 2006. – Vol. 12, № 20. – P. 3162-3167.
27. Surgery and release of a neutrophil Fc gamma receptor / C. H. Wakefield, P. D. Carey, S. Foulds [et al.] // *American Journal of Surgery*. – 1995. – Vol. 170, № 3. – P. 277-284.
28. Improved cardiac function in patients with obstructive jaundice after internal biliary drainage: hemodynamic and hormonal assessment / J. Padillo, J. Puente, M. Gómez [et al.] // *Annals of Surgery*. – 2001. – Vol. 234, № 5. – P. 652-656.
29. Дябкин Е.В. Состояние иммунной системы при патологии печени / Е.В. Дябкин, С.С. Дунаевская, Ю.С. Винник // *Новости хирургии*. – 2011. – Т. 19, № 1. – С. 112-116.
30. Дябкин Е.В. Интегральный анализ динамического изменения гематологических индексов и энзимов печени при механической желтухе доброкачественного генеза / Е.В. Дябкин // *Врач-аспирант*. – 2010. – Т. 41, № 4.2. – С. 317-324.
31. Показатели крови и лейкоцитарного индекса интоксикации в оценке тяжести и определении прогноза при воспалительных, гнойных и гнойно-деструктивных заболеваниях / В.К. Островский, А.В. Машченко, Д.В. Янголенко [и др.] // *Клиническая лабораторная диагностика*. – 2006. – № 6. – С. 50-53.
32. Дябкин Е.В. Изменение интегральных гематологических показателей при перитоните / Е.В. Дябкин // *Врач-аспирант*. – 2012. – Т. 55, № 6.3. – С. 424-428.
33. Чистякова Г.Н. Использование интегральных гематологических индексов для оценки степени аутоинтоксикации организма при осложненной гестозом беременности / Г.Н. Чистякова, И.А. Газиева, И.И. Ремизова // *Клиническая лабораторная диагностика*. – 2005. – № 12. – С. 35-38.



34. Obstructive jaundice impairs hepatic sinusoidal endothelial cell function and renders liver susceptible to hepatic / H. Yoshidome, M. Miyazaki, H. Shimizu [et al.] // Journal of Hepatology. – 2000. – Vol. 33, № 1. – P. 59-67.
35. Кажина М.В. Интегрально-математические показатели гемограммы как критерии оценки тяжести течения хронического аднексита и эффективности терапии при традиционном методе лечения / М.В. Кажина, В.С. Васильев, Н.Н. Карпович // Клиническая лабораторная диагностика. – 2003. – № 1. – С. 42-45.
36. Сухоруков В.П. Интегральные гематологические индексы как критерий тяжести и эффективности терапии преэклампсии / В.П. Сухоруков, С.А. Дворянский, Д.В. Попов // Клиническая лабораторная диагностика. – 2007. – № 11. – С. 47-50.
37. Carr-Locke D.L. Cholelithiasis plus choledocholithiasis: ERCP first, what next? / D.L. Carr-Locke // Gastroenterology. - 2006. - Vol. 130, №1. - P. 270-272.
38. Predictors of common bile duct lithiasis in laparoscopic era / G. Sgourakis, G. Dedemadi, A. Stamatelopoulos [et al.] // World Journal of Gastroenterology – 2005. – Vol. 11, № 21. – P. 3267-3272.
39. Value of magnetic resonance cholangiography in the preoperative diagnosis of common bile duct stones / A. Laokpessi, P. Bouillet, D. Sautereau [et al.] // American Journal of Gastroenterology. – 2001. – Vol. 96, № 8. – P. 2354-2359.
40. Ярема И.В. Предоперационная иммуноподготовка / И.В. Ярема, В.И. Сипратов, Н.Н. Сильманович // Лечащий врач. – 2004. – № 5. – С. 47-49.
41. Назаров Ш.К. Неинвазивная диагностика механической желтухи / Ш.К. Назаров, Д.Р. Абдурахмонов, М.Т. Зарипов // Вестник Авиценны. – 2012. – Т. 50, № 1. – С. 35-39.
42. Endocrine cells in the human common bile duct in patients with obstructive jaundice / M.V. Gulubov, P. Hadjipetkov, D. Sivrev, G. Ilieva // Hepato-Gastroenterology. - 2012. - Vol. 113, № 59. – P. 26-30.
43. Winger J. Diagnostic approach to the patient with jaundice / J. Winger, A. Michelfelder // Primary Care. – 2011. – Vol. 38, № 3. – P. 469-482.

Summary

To the issue of immune disturbance in obstructive jaundice

Yu.S. Winnick, E.V. Dyabkin

State Educational Institution of Higher Professional Education «Krasnoyarsk State Medical University named of prof. V.F. Voyno-Yasenetsky», Chair of General Surgery, Krasnoyarsk, Russian Federation

In the present article is provided a literature review on immune disturbances in liver pathology. The discussed issues concerning the underlying causes and mechanisms of hepatocellular insufficiency development, the clinical significance of integral haematological indices in obstructive jaundice is described.

It is shown that there is a reduction of cellular and humoral immunity system, the phagocytic ability of leukocytes, bactericidal action of serum, as well as other indicators of non-specific resistance of organism. In postoperative period is noted reducing of immune response, which is manifested in decreasing number of T- and B-lymphocytes, pronounced decrease of phagocytic activity in leukocytes, hypoinmunoglobulinemia with disturbance of ratio between the fractions is due by increasing the content of IgA and IgM, and decreasing level of IgG in the blood and bile.

Key words: obstructive jaundice, immunity, hepatocellular insufficiency, integral hematological indices

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Винник Юрий Семёнович – заведующий кафедрой общей хирургии КрасГМУ; Российская Федерация, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1
E-mail: dyabkin@mail.ru



ИППП и ВИЧ-инфекция – индикаторы эпидемического роста вирусных гепатитов В и С

Р.А. Турсунов

Кафедра эпидемиологии ТГМУ им.Абуали ибни Сино

В обзоре литературы отражены современные данные об особенностях эпидемиологии вирусных гепатитов В и С (ВГВ и ВГС) через призму значимости инфекций, передающихся половым путём (ИППП), и ВИЧ-инфекции – как индикаторов полового пути передачи инфекций и пускового механизма эпидемического процесса.

Динамика развития эпидемии ВГВ и ВГС свидетельствует о катастрофической тенденции, так как вследствие либерализации сексуальных отношений на первый план выходит половой путь передачи вируса.

Для сдерживания дальнейшего роста эпидемии ВГВ / ВГС, ВИЧ-инфекции и других ИППП, необходимо проводить эффективные профилактические и противоэпидемические мероприятия.

Ключевые слова: инфекции, передающиеся половым путём (ИППП), вирусные гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция, половой путь передачи инфекций

Инфекции, передаваемые половым путём (ИППП), в современном мире являются одной из самых распространённых причин заболеваний, потому что масштабы эпидемии ИППП, возможные осложнения и взаимодействия с ВИЧ/СПИДом, сифилисом и ВГВ/ВГС вызывают далеко идущие медицинские, социальные и экономические последствия [1-3].

По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно регистрируются более 448 миллионов новых случаев излечимых ИППП среди взрослых в возрасте 15-49 лет [1], не считая примерно 33 миллионов новых случаев ВИЧ, а также приблизительно 100 миллионов инфекций, вызванных другими вирусными ИППП [2]. Безусловно, оно непропорционально влияет на здравоохранение и социальное благополучие мужчин и женщин.

В большинстве стран ИППП входит в пятёрку ведущих причин, по поводу которых люди обращаются в медицинские учреждения [3].

Инфекции, передающиеся половым путём, как пусковой механизм, консолидируют и кумулируют весь эпидемический процесс, являясь индикатором полового пути передачи бактериальных, вирусных и паразитарных патогенов, включая наряду с сифилисом, ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты В и С [4].

Масштабы эпидемии ИППП, возможные осложнения и взаимодействие с ВИЧ/СПИДом, сифилисом и ВГВ/

ВГС вызывают далеко идущие медицинские, социальные и экономические последствия [5,6].

ИППП / ВИЧ-инфекция и вирусный гепатит С. Одно из ведущих мест в инфекционной патологии человека занимает проблема вирусного гепатита С (ВГС).

По данным ВОЗ, в настоящее время в мире насчитывается более 180 млн. больных хроническим ВГС, а количество инфицированных HCV-инфекцией достигает 500 млн. человек. По данным Национальных служб здоровья, ежегодно в США регистрируется от 150 до 175 тыс. новых случаев гепатита С, в Западной Европе – до 170 тыс., в Японии – более 350 тыс. заболеваний [7-9].

Довольно мрачен прогноз в отношении хронического вирусного гепатита С, если в обозримом будущем не будет создана вакцина против этой болезни. ХГВС увеличит на 68% число пациентов с раком печени и на 280% - с печёночной недостаточностью, при этом смертность от заболеваний печени возрастёт в 2 раза [10].

Почти у 40% больных с хроническим гепатитом С не удаётся точно установить путь инфицирования. В таких случаях используют термин «спорадический гепатит». Исходя из общности путей передачи ВГС и ВИЧ-инфекции, часто используют термин «коинфекция» [11].

За последние годы ИППП, в том числе сифилис и ВИЧ-инфекция, становятся важными ко-факторами в



аспекте дальнейшей половой передачи HCV. Наличие ВИЧ-инфекции повышает как риск передачи HCV неинфицированным людям, так и восприимчивость к HCV. ВИЧ-инфекция ассоциирована также с более быстрым прогрессированием ХВГС и возрастанием риска развития цирроза печени [12,13].

Liu F.N. et al. (1994) подчёркивают, что обнаружение РНК-HCV в сперматозоидах свидетельствует о половом пути передачи HCV [14]. Кроме того, высокая степень гомологии вирусов и наличие одинаковых генотипов HCV среди инфицированных супружеских пар являются вескими аргументами передачи HCV половым путём [15].

Всё увеличивающаяся доля полового пути передачи ВГС продиктовала включение обсуждения данной проблемы в любую дискуссию относительно ИППП у ВИЧ-положительных пациентов, отныне они при первоначальном обследовании будут проверяться на инфицированность ВГС [16].

Как показали исследования О.Н.Ершова (2006), просматривается отчётливая динамика в структуре путей передачи вируса ГС. Отмечено сокращение доли больных ОГС (в период с 1995 по 2005 год в Северо-Западном федеральном округе РФ), заразившихся при внутривенном введении психоактивных препаратов (с 79,9% до 18,0%), и рост удельного веса тех, кто был инфицирован ВГС половым путём (с 3,6% до 17,7%). Сопутствующая ВИЧ-инфекция может являться фактором, способствующим половой передаче ВГС. Вероятнее всего это связано с более высоким уровнем вирусной нагрузки ВГС у ВИЧ-инфицированных пациентов с сочетанием ВГС-инфекции [17,18].

Berenguer J. et al. (2012) полагают, что 4-5 миллионов из 170 миллионов людей, живущих с ВГС, коинфицированы ВИЧ-инфекцией [19].

Согласно результатам 10-летнего проспективного исследования (1995-2004гг.), в когорте из 895 пар с 8060 человеко-лет наблюдения, только в 3 случаях был идентифицирован половой путь передачи вируса гепатита С среди моногамных пар, что свидетельствует о низком риске (заболеваемость 0,37/1000 человеко-лет) [20].

Данные рандомизированного контролируемого исследования, представленные работами V.Tahan et al. (2005), констатируют гетеросексуальную передачу вируса гепатита С со скоростью 0-0,6% в год, но выше – для гетеросексуалов с несколькими партнёрами (0,4-1,8% в год) [21].

Согласно данным многочисленных исследований, начиная с 2000 года в мировом масштабе отмечалось всё больше доказательств о тенденции роста полового пути передачи вирусного гепатита С (ВГС, HCV) среди ВИЧ-инфицированных МСМ [22,23]. Между

тем, значительное увеличение заболеваемости ВГС у ВИЧ-положительных МСМ было зарегистрировано в период 2004 и 2005 гг. в Европе, а затем последовали сообщения из США, Австралии и Азии [24-26]. При этом основным механизмом заражения ВГС остаётся парентеральный путь передачи вируса.

В исследовании, проведённом EuroSIDA в 2005г., среди 2268 ВИЧ-инфицированных МСМ в Европе, которые были приняты на работу в период между 1995 и 2003гг., отмечается, что распространённость анти-HCV антитела или РНК HCV-положительных встречается у каждого третьего (33%) из ВИЧ-инфицированных населения Европы, от 6,6% – среди МСМ и до 75% – у ПИН [27].

J. Fox et al. (2008) констатируют, что в Великобритании, заражение вирусом гепатита С среди МСМ с первичной ВИЧ-инфекцией увеличилось с 0% в 1999 году до 4% – в 2006г. [28].

В Нидерландах уровень эпидемии ВГС по оценочным показателям у ВИЧ-инфицированных МСМ в 2000г. составил до 1-4%, в 2007г.– до 15%, а в 2008г. возрос до 21% [29].

Thijs J. W. van de Laar et al. (2008) в полугодовом обзоре (март - ноябрь 2007 г.) приводят результаты анонимного тестирования на ВИЧ и ВГС среди 2062 пациентов, обратившихся в клинику Амстердама по поводу ИППП. Данные исследования показали, что 423 (19,5%) пациента были МСМ, из них у 88 (20,8%) – положительный результат на ВИЧ. Распространённость ВГС была значительно выше у ВИЧ-положительных МСМ (3-39%), чем МСМ без ВИЧ-инфекции (0-19%) [30].

Таким образом, в развитых странах отмечается устойчивая тенденция роста половой передачи ВГС у ВИЧ-положительных МСМ.

Люди с коинфекцией гепатита С и ВИЧ подвержены вдвое большему риску развития СПИД-индикаторных заболеваний, чем люди, у которых есть только ВИЧ.

Исследования, проведённые Т.К.Гаскиной с соавт. (2004), при анкетировании 173 больных с хроническим гепатитом С для выяснения возможного полового пути инфицирования показывают, что у 6,4% обследованных пациентов инфицирование произошло при незащищённом половом контакте с партнёрами, использующими внутривенные наркотики [31].

Основным индикатором полового пути передачи вируса могут служить инфекции, передаваемые половым путём. Число половых партнёров, наличие ИППП (сифилис, ВИЧ-инфекция, генитальный герпес) в анамнезе являются факторами риска распространения ВГС [32-34].



Последнее время также получены молекулярные доказательства передачи ВГС от мужчины к женщине при половых контактах [35].

Чтобы определить риск СПИД-индикаторных заболеваний у людей с ВИЧ, доктор Антонелла д'Арминио (Antonella d'Arminio) из Миланского университета и её коллеги проанализировали истории болезни 4397 ВИЧ-положительных пациентов. Из них у 2421 инфицированных лиц также был обнаружен гепатит С. Средний уровень клеток CD4 в группе пациентов с ВИЧ составлял 458 мкл^{-1} , в группе ВИЧ/ВГС – 418 мкл^{-1} .

Всего в обеих группах было зафиксировано 496 случаев СПИД-индикаторных заболеваний. Число СПИД-индикаторных заболеваний было в два раза выше в группе с гепатитом С, даже после исключения других факторов риска. У людей, получающих антиретровирусную терапию, реже всего развивались СПИД-индикаторные заболевания.

Автор считает, что ВИЧ в значительной степени ускоряет прогрессирование гепатита С. Однако исследования, проведённые на тему о влиянии ВГС на развитие ВИЧ-инфекции, показали противоречивые результаты. Лишь немногие исследования уделяли внимание риску развития СПИДа у людей с гепатитом С [36].

Таким образом, более глубокое понимание эпидемиологии ИППП/ВИЧ/ВГС позволит реализовать эффективные профилактические программы в области общественного здравоохранения для ограничения дальнейшего их развития.

ИППП и вирусный гепатит В. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), вирусным гепатитом В ежегодно заболевают около 50 млн. человек, а около 2 млрд. населения мира уже инфицировано вирусными гепатитами [37]. Носители HBV-инфекции в 12-30 раз чаще заболевают циррозом и первичным раком печени (1 миллион случаев смерти в год) [38]. Из них, по оценке экспертов, от 3 до 5 млн. больных с хроническим гепатитом В проживают в России [39-41].

Вирус гепатита В является мельчайшим ДНК-вирусом, поражающим человека. HBV обладает чрезвычайно высоким инфекционным потенциалом, инфицирование возможно при попадании 10 копий вируса в кровь здорового человека, это в 100 раз ниже инфицирующей дозы ВИЧ [42].

И.Л.Шаханина с соавт. (2005) констатируют, что по широте распространения, ущербу здоровью населения, экономическим потерям государства гепатит В занимает одно из ведущих мест среди инфекционных заболеваний [43].

Несмотря на массовую вакцинацию против гепатита В и снижение его острых форм, число пациентов с

хроническим гепатитом В достоверно не уменьшается. Этому способствует сохранение большого числа как инфицированных лиц, заразившихся до вакцинации, так и лиц с новым заражением.

Значительные изменения произошли и в структуре путей передачи вируса гепатита В. Одной из важных современных особенностей эпидемиологии ГВ является резкое увеличение случаев передачи вируса половым путём, вследствие либерализации сексуальных отношений. В отдельных регионах РФ в настоящее время в 18-21% случаев заражение острым ГВ произошло половым путём [44-46].

Риск заражения при половых контактах зависит от продолжительности активной половой жизни, количества половых партнёров, наличия заболеваний, передающихся половым путём в анамнезе [47,48].

Л.Р.Федосеева (2008), изучив факторы риска инфицирования вирусом гепатита В беременных женщин, полагает, что у них достоверно чаще, чем в группе здоровых беременных, имело место заражение естественными путями. Так, в группе беременных женщин, имевших маркёры ГВ, частота половых контактов с известным источником ГВ составила 37,1% против 3,3% – в группе здоровых женщин (значение скорректированного критерия Йетса – 10,52; $p < 0,05$).

Половые контакты с лицами, больными ИППП, достоверно чаще отмечены в изучаемой группе у 40,0%, по сравнению с 16,7% – у здоровых женщин (4,17; $p < 0,05$). На наличие ИППП в анамнезе указали 45,7% беременных с вирусным гепатитом В и лишь 13,3% здоровых женщин (8,2; $p < 0,05$) [49].

Таким образом, половой путь играет важнейшую роль в распространении ВГВ, а также можно предположить, что естественные пути передачи являются ведущей причиной инфицирования ВГВ среди беременных женщин.

Анализ научной литературы показывает: ИППП и ВИЧ-инфекция, как пусковой механизм, консолидируют и кумулируют весь эпидемический процесс, являясь индикаторами полового пути передачи вирусных гепатитов В и С.

Динамика развития особенностей эпидемии ВГВ и ВГС свидетельствует о катастрофической тенденции, так как вследствие либерализации сексуальных отношений увеличивается удельный вес полового пути передачи вируса.

Для сдерживания дальнейшего роста эпидемии вирусных гепатитов В / С, ВИЧ-инфекции и других инфекций, передающихся половым путём, необходимо проводить эффективные профилактические и противоэпидемические мероприятия.



ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путём и борьбы с ними, 2006-2015 гг. Всемирная организация здравоохранения. - 2007. - 70с.
2. FHI - Control of sexually transmitted diseases, Handbook of Engineering and Program Management. <http://fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/stdhandbook/index.htm>
3. WHO: Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections. -World Health Organization, Dept. of Reproductive Health and Research. - 2008. - 20 с.
4. Lewis D.A. WHO global strategy for the prevention and sexually transmitted infections, the time for action / D.A.Lewis, A.S.Latif, F.Ndowa // Sex. Transm Infection 2007, 83:508-509
5. Бородкина О.И. ВИЧ/СПИД как риск современного общества / О.И.Бородкина // Вестник Санкт-Петербургского университета. - 2008. - № 2. - С. 216-221
6. Демина М.А. Медико-социальные аспекты эпидемиологии и профилактики заболеваний, передающихся половым путём, и ВИЧ-инфекции: автореф. дис... канд. мед. наук / М.А. Демина. - М., - 2011. - 23с.
7. Foster G. Current treatment of hepatitis C / G.Foster, P.Mathurin // Antiviral Therapy. - 2008; 13 (Suppl 1): S3-8
8. Keeffe E.B. Chronic hepatitis C / E.B.Keeffe // Clin Gastroenterology and Hepatology. - 2005; 3: S102-105
9. Marcellin P. Response-guided therapy: optimizing treatment now and in the future / P. Marcellin, M.Rizzetto // Antiviral Therapy/ - 2008; 13(Suppl 1):1-2
10. Шахгильдян И.В. Парентеральные вирусные гепатиты / И.В.Шахгильдян, М.И.Михайлов, Г.Г.Онищенко // М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003.-384 с.
11. Global Report: UNAIDS report on Global AIDS Epidemic: UNAIDS, Geneva, Switzerland. - 2006. - 53р.
12. Канестри В.Г. Особенности вирусного гепатита С у больных ВИЧ-инфекцией / В.Г. Канестри, А.В. Кравченко // Медицинская помощь. - 2004. - N2.-С.15-18
13. Беляков Н.А. Половой путь передачи ВИЧ в развитии эпидемии / Н.А.Беляков, Т.Н.Виноградова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. - 2011. - Т.3, № 4. - С. 7-19
14. Liu F.N. Detection of plus and minus strand of HCV-RN A in peripheral blood mononuclear cells and spermatozoa / F.N.Li [et al.] // Chang. Hua. I. Hsuen. 1994. V. 74. P. 284-286
15. Сергеева Т.А. Распространённость маркёров HbV и HCV у лиц с заболеваниями, передающимися половым путём / Т.А.Сергеева, В.Р.Шагинян, А.Л.Гураль // Материалы VI Всеросс. научно-практ. конф. «Вирусные гепатиты». - М. - 2005. С. 309-311
16. Гепатит С и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией (Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ). - 2011. - 86 с.
17. Ершова О.Н. Современные проявления эпидемического процесса гепатита С, активность естественных путей передачи и совершенствование профилактики этой инфекции: автореф....дис. д-ра мед. наук / О.Н.Ершова // - М. - 2006. -41с.
18. Гришина Ю.Ю. Значение полового пути в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции / Ю.Ю.Гришина, Ю.В.Мартынов, Е.В.Кухтевич // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. - 2013. - Т.5, № 2. - С. 122-126
19. Berenguer J. Trends in mortality according to hepatitis C virus serostatus in the era of combination antiretroviral therapy / J.Berenguer [et al.] // AIDS 2012; 26:2241-2246
20. Vandelli C. Lack of evidence of sexual transmission of hepatitis C among monogamous couples: results of a 10-year prospective follow-up study / C.Vandelli [et al.] // Am. J. Gastroenterol 2004; 99:855-859
21. Tahan V. Sexual transmission of HCV between spouses / V.Tahan [et al.] // Am J Gastroenterol 2005; 100:821-824
22. Bradshaw D. Sexually transmitted hepatitis C infection: the new epidemic in MSM? / D.Bradshaw, G.Matthews, M.Danta // Curr Opin Infect Dis 2013, 26:66-72
23. Beyrer C. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men / C.Beyrer [et al.] // Lancet, 2012, 380:367-377
24. Gambotti L. Acute hepatitis C infection in HIV positive men who have sex with men in Paris, France, 2001-2004 / L.Gambotti [et al.] // Euro Surveill 2005; 10:115-117
25. Matthews G.V. Patterns and characteristics of hepatitis C transmission clusters among HIV-positive and HIV-negative individuals in the Australian trial in acute hepatitis C / G.V. Matthews [et al.] // Clin Infect Dis. - 2011; 52:803-811
26. Sun H.Y. Recent hepatitis C virus infections in HIV-infected patients in Taiwan: incidence and risk factors / H.Y.Sun [et al.] // J. Clin. Microbiol 2012; 50:781-787
27. Rockstroh J.K. Influence of hepatitis C virus infection by HIV-1 disease progression and response to highly active antiretroviral therapy / J.K.Rockstroh [et al.] // J. Infect Dis. - 2005; 192:992-1002
28. Fox J. Increasing incidence of acute hepatitis C in individuals diagnosed with primary HIV in the United Kingdom / J. Fox [et al.] // AIDS. - 2008; 22:666-668.
29. Urbanus A.T. Hepatitis C virus infections among HIV infected men who have sex with men: an expanding epidemic / A.T.Urbanus [et al.] // AIDS. - 2009; 23:F1-F7.
30. Van de Laar T. J. W. Acute hepatitis C in HIV-infected men who have sex with men: an emerging sexually transmitted infection / T. J. W. Van de Laar [et al.] // AIDS. - 2010. - Т. 24. - №12. - С. 1799-1812.
31. Половой путь передачи вируса гепатита С: описание клинического случая Т.К.Гаскина, Г.Г.Казакова, А.А.Хрянин, О.В.Решетников // Вестник дерматологии и венерологии (архив). - 2004. - №3. - С. 57-62
32. Wandeler G. Hepatitis C virus infections in the Swiss HIV cohort study: a rapidly evolving epidemic / G.Wandeler [et al.] // Clin Infect Dis. -2012; 55:1408-1416
33. Pybus O.G. The epidemic behavior of hepatitis C virus / O.G.Pybus [et al.] // Science. - 2001;292:2323-2325
34. Черникова Л.И. ИППП - ко-факторы ВИЧ-инфекции / Л.И. Черникова // - X., 2013. - С. 301-304



35. Enomoto A. Phylogenetic investigation for the risk of hepatitis C virus transmission to surgical and dental patients. *J Viral Hepatol* / A.Enomot [et al.] // - 2001;8:2:148-153
36. Antonella d'Arminio Hepatitis C Doubles Risk for AIDS Illnesses *Clinical Infectious Diseases*. - 2009
37. Блюм Х.Е. Гепатит С: современное состояние проблемы / Х.Е.Блюм // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2005. - Т. XV, № 1. - С. 21-25
38. Садикова Н.В. Вирусные гепатиты В и С в Российской Федерации: количественные характеристики эпидемического процесса и значение лабораторных технологий в профилактике этих инфекций: дис. ... д-ра мед. наук / Н.В.Садикова. - М. - 2008. - 295 с.
39. Покровский В.И. Эпидемиологические исследования – основа клинической эпидемиологии и доказательной медицины / В.И.Покровский, Н.И.Брико // Эпидемиология и инфекционные болезни -2008. - №5. - С.4-7
40. Онищенко Г.Г. О санитарно-эпидемиологической ситуации в Российской Федерации в 2009 году: Государственный доклад. - М.: Федеральный Центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора. - 2010. - 456 с.
41. Особенности течения и лечения хронического гепатита В у больных ВИЧ-инфекцией / С.Л.Максимов, С.П.Царенко, А.В.Кравченко, Н.Д.Ющук // Терапевт. архив. – 2010. - №11. – С. 45-49
42. Hall J.C. HIV/AIDS in the post-HAART era: Manifestations, treatment, and epidemiology / J.C.Hall, B.J.Hall, C.J.Cockerell // – Shelton, CT, USA: People's Medical Publishing House – USA. – 2011. – 1019 с.
43. Шаханина И.Л. Вирусные гепатиты в России: официальная статистика и экономические потери / И.Л.Шаханина [и др.] // - 2005. - №5. - С. 14
44. Шахгильдян И.В. Современная эпидемиологическая характеристика гепатита В /И.В.Шахгильдян// Гастроэнтерология. – 2009. - №6. - 142 с.
45. Потятынник О.Н. Половой путь передачи гепатитов В, С и ТТV среди групп населения с рискованным сексуальным поведением: автореф. ... дис. канд. мед. наук / О.Н.Потятынник. - М., - 2005.- 24с.
46. Чахарьян В.В. Особенности эпидемиологии и оценка путей передачи возбудителей вирусных гепатитов В и С в современный период: дис. ... канд. мед. наук / - В.В.Чахарьян. С-Пб. - 2009. - 209с.
47. Atkins M. Sexual transmission of hepatitis B. *Curr Opin Infect Dis* / M.Atkins, M.Nolan // -2005. - №18 (1). - С. 67–72
48. Орлова О.А. Эпидемиологическая характеристика вирусных инфекций у ВИЧ-инфицированных беременных и новорожденных детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.А. Орлова. - М., 2008 -21 с.
49. Федосеева Л.Р. Клинико-эпидемиологическая характеристика вирусного гепатита В у беременных в Республике Саха (Якутия): автореф. ... дис. канд. мед. наук /Л.Р.Федосеева. – М., – 2008. – 23с.

Summary

STI and HIV - indicators of epidemic growth of viral hepatitis B and C

R.A. Tursunov

Chair of Epidemiology of Avicenna TSMU

In a review are reflected the modern datas about characteristics of viral hepatitis B and C (HBV and HCV) epidemiology through the prism of significance sexually transmitted infections (STIs) and HIV – as an indicators of sexual transmission of infections and trigger the epidemic process.

The dynamics of development of epidemics HBV and HCV demonstrates a catastrophic trend, since due to liberalization of sexual relationship to the forefront is going the sexual virus transmission.

For curbing the further spread of the epidemics HBV / HCV, HIV and other STIs, it is necessary to carry out effective prevention and antiepidemic measures.

Key words: sexually transmitted infections (STIs), viral hepatitis B and C, HIV, sexual transmission of infections

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Турсунов Рустам Абдусамадович – ассистент кафедры эпидемиологии ТГМУ;
Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: trustam.art@mail.ru



Современные материалы и методы obturation системы корневых каналов зубов

Б.А. Бекмурадов, Ш.Ф. Джураева

Кафедра терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Учитывая высокую значимость проблемы эндодонтической терапии в клинической практике, в обзорной статье обобщены и проанализированы имеющиеся литературные данные о современных материалах и методах obturation системы корневых каналов на основе работ отечественных и зарубежных исследователей за последние годы.

Успех эндодонтического лечения определяется качеством пломбирования корневого канала. Под качественным пломбированием подразумевается трёхмерная герметизация всей разветвлённой системы корневого канала, играющая роль надёжного барьера между полостью зуба и тканями периодонта.

Высокая степень постэндодонтических осложнений зубов диктует необходимость внедрять последние тенденции и разработки современной эндодонтии в работу врача-стоматолога и изучать отдалённые результаты их применения.

Ключевые слова: эндодонтия, obturation, корневой канал

Качественное заполнение корневого канала, от которого зависит исход заболевания - это самый ответственный этап эндодонтического лечения [1].

Целью obturation корневых каналов постоянных зубов, согласно основным показателям качества Европейского эндодонтического общества (ESE) [2], является «предотвратить проникновение микроорганизмов и жидкостей вдоль корневого канала; запломбировать всю систему каналов, obturation не только область выхода в периодонт, но также дентинные канальцы и дополнительные каналы», что подразумевает герметичность корневой пломбы.

Система корневого канала зуба может иметь очень сложную морфологию, которая часто имеет большое количество боковых ответвлений и анастомозов, особенно в апикальной части. Полноценная очистка, формирование и стерилизация корневых каналов возможны далеко не во всех случаях. Морфологическое строение корневого канала ещё более сложно: от центра канала к периферии оно представлено тканью пульпы, слоем одонтобластов, предентином, то есть зона дентина, соответствующая по минеральному составу понятию «граница минерализации дентина», и дентин со сложной тубулярной системой строения. При этом число дентинных канальцев варьирует от 20.000 до 40.000 на кв. мм, а средний диаметр находится в пределах 1-4 мкм. В случае гибели пульпы происходит обезвоживание дентинных канальцев, в просвете

которых остаётся только тканевой распад отростков одонтобластов [3].

Авторами [4,5] определена закономерная связь между глубиной obturation корневого канала и вариантами их строения. Obturation до уровня 3/4 длины корневого канала сочеталась с наличием апикального изгиба в два раза чаще (31,9%), чем с другими вариантами глубины пломбирования, что является одной из основных причин неполной obturation корневого канала. При величине угла изгиба от 0° до 35° удовлетворительная глубина obturation отмечалась в 59,5%, от 36° до 50° – в 29,1%, свыше 50° – в 24,2%. При радиусе кривизны корневого канала более 25 мм удовлетворительная глубина obturation отмечалась в 66,7%, от 25 до 11 мм – в 30%, от 11 до 8 мм – в 12,9%, при наличии одного угла изгиба корневого канала отмечалась в 59%, двух углов – в 24,7%.

Для правильной obturation корневых каналов необходимо создать среду, неприемлемую для размножения оставшихся в канале микроорганизмов, а также герметичное заполнение просвета канала [6].

В свете этого вопроса Buchanan L.S. [7] отметил, что по сравнению с расширением канала с апикальным упором методикой Step Back, техника Crown Down имеет несколько преимуществ:

- во время расширения коронковой второй трети механически удаляется основная часть инфек-



- ции, уменьшается опасность выхода путридных масс за верхушку;
- уже в начальном этапе лечения открывается большое место для промывающих растворов;
- канал расширяется с устье, и открывается более свободный и прямолинейный доступ для следующего инструмента;
- после расширения коронковой части можно точно и объективно определить диаметр и длину канала;
- свободная верхняя часть позволяет инструментам работать эффективнее и безопаснее.

Известно, что эффективность obturation зависит от состава и свойств пломбировочных материалов для корневых каналов [8,9].

Анализ литературы по вопросам obturation корневых каналов [6,10-12] указывает, что применяются различные методы пломбирования корневых каналов с помощью гуттаперчи, позволяющие проводить трёхмерную герметизацию корневых каналов, однако в настоящее время на клиническом приёме наиболее распространён – метод пломбирования холодной латеральной конденсацией [13]. Сама гуттаперча не обладает текучестью и адгезивностью, которая позволила бы ей гарантированно запечатать корневой канал. Для этой цели применяются специальные пастообразные материалы – силеры (от англ. слова «seal» – «запечатывать») [14]. Причём внутриканальные силеры должны обеспечивать долговременную герметичность корневого канала, препятствовать как выходу резидуальной микрофлоры из дентинных канальцев в периодонт, так и заносу микрофлоры в канал через апикальную или устьевую часть канала [9]. Необходимо проводить специальные методы уплотнения гуттаперчи [15] для компенсации таких их недостатков как отсутствие адгезии к стенкам корневого канала и неспособность блокировать микроорганизмы, препятствуя их размножению или перемещению в периапикальную область (табл. 1).

Несмотря на то, что гуттаперча удовлетворяет большинство требований, предъявляемых к пломбировочным материалам, многочисленные исследования [16-18] показали, что пломбирование корневых каналов методом латеральной конденсации часто вызывает «микробную утечку», что приводит к необходимости повторного эндодонтического лечения.

На современном этапе прослеживается тенденция отказа от твердеющих паст, цементов, кроме стеклоиономерного, в пользу полимерных материалов. Среди врачей, выполняющих манипуляции по лечению пульпита и периодонтита, недавно утвердилось мнение [19-21], что нетвердеющие и твердеющие пасты не могут являться корневой пломбой, в редких случаях используются в виде силеров, так как роль последних выполняют полимеры (AH Plus, AH 26, Adseal, EndoREZ и др.).

Однако даже при такой технологии трудно гарантировать надёжную адаптацию материала для пломбирования канала к дентину полости зуба, так как имеет место множественный контакт в зонах дентинсилер, силер-гуттаперча, силер-стеклоиономерный цемент, гуттаперча-стеклоиономерный цемент, стеклоиономерный цемент-пломба. Такое многообразие контактов следует сократить, чтобы не получить в последующем микроподтеканий, в результате чего токсины микроорганизмов смогут проникнуть через корневой канал в периапикальные ткани и пародонт в целом [22].

По результатам растровой электронной микроскопии [23] статистически значимое ($p < 0,05$) высокое качество obturation корневых каналов обнаружено в группе исследования №1 (вертикальная конденсация термопластичной гуттаперчи), на следующее место программа распределила пациентов группы исследования №2 (Thermafil) и на последнем месте – пациенты контрольной группы (латеральная компакция). При проведении исследований автор отмечает

ТАБЛИЦА 1. МЕТОДЫ ОБТУРИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГУТТАПЕРЧИ

Материал	Метод obturation
Холодная гуттаперча	1. Метод одного штифта 2. Латеральная конденсация 3. Obturation химически платифицированной гуттаперчей с применением специальных масел и растворителей
Разогретая гуттаперча	1. Вертикальная конденсация 2. Obturation фрагментированной гуттаперчей 3. Латерально-вертикальная конденсация 4. Термомеханическая конденсация а) с использованием гутта-конденсатора б) с применением ультразвуковой пластификации гуттаперчи
Термопластифицированная гуттаперча	1. Инъекция гуттаперчи с помощью специального шприца или системы Ultrafil 2. Применение двухфазной гуттаперчи 3. Стержневое внесение гуттаперчи с использованием систем Thermafil и Successful



идентичный разброс средних данных у пациентов групп исследования №1 и №2, а также у пациентов контрольной группы. При этом качество obturation корневых каналов на микроуровне статистически достоверно выше в группе исследования №1 – в 2,03 раза ($p < 0,05$), чем в контрольной группе, что свидетельствует о стабильности качества микроobturation независимо от клинических ситуаций. В группе исследования №2 качество микроobturation достоверно выше в 1,57 раза ($p < 0,05$), чем в контрольной группе, и в группе исследования №1 качество микроobturation выше в 1,27 раза ($p < 0,05$), чем в группе исследования №2.

Для изучения химического спектра дентина корня исследователь [24] использовал рентгеноспектральный микроанализ, согласно которому содержание химических элементов (Ca и P) в интактных зубах составило, соответственно, $25,15 \pm 1,02\%$ и $11,43 \pm 0,42\%$ по массе. При периодонтите происходило снижение концентрации Ca на 21,99% и P на 19,42% и равнялось: Ca – $19,62 \pm 0,9\%$ по массе, P – $9,21 \pm 0,3\%$ по массе. Затем зубы пломбировались различными методами. Выяснилось, что пломбирование благоприятно влияет на минеральный обмен дентина корня зуба ($p < 0,01$). Через неделю после пломбирования содержание Ca и P в дентине корня зуба увеличилось и составило, соответственно, при безштифтовом методе – $19,8 \pm 0,6\%$ и $9,4 \pm 0,3\%$ по массе, при латеральной конденсации – $20,62 \pm 1,0\%$ и $10,43 \pm 0,42\%$ по массе, с применением корневого бонда – $23,32 \pm 0,6\%$ и $10,54 \pm 0,4\%$ по массе.

Хохрина Т.Г. [25] считает, что улучшение качества регенерации костной ткани периапикальной области может быть реализовано не только путём усовершенствования самих технологий эндодонтического лечения, но и за счёт создания оптимальных условий для регенерации костной ткани при устранении перифокального хронического воспаления. В связи с этим, автором рекомендуется выполнение эндовакуумного лечения, включающего не только вакуум-очистание, но и вакуум-obturation корневых каналов. При лечении пульпитной патологии использовать вакуум в значении 7,5 кПа (58 мм рт. ст.) и от 15 – 20 кПа (115 – 120 мм рт. ст.) и до 65 кПа (115 – 153 мм рт.ст. и до 500 мм рт. ст.) при лечении зубов по поводу хронического деструктивного периодонтита. Вакуум-obturation необходимо проводить при значении вакуума 7,5 кПа. Экспозиция составляет от 15 сек. до 1 мин (подбирается индивидуально), количество процедур 3, с интервалом в 3-4 дня.

В работе Clifford J. Ruddle [26] описана трёхмерная obturation система Calamus® Dual и даны рекомендации по использованию данной технологии для проведения техники вертикальной конденсации. Результаты цифровой рентгенографии по окончании лечения подтверждают плотную obturation системы корневых каналов как латерально, так и

вертикально, до верхушечного отверстия. Зачастую, отмечает автор, можно заметить небольшое количество силера рядом с верхушкой, что не оказывает влияния на прогноз лечения. Если обработанное апикальное отверстие по форме приближается к кругу и если мастер-штифт был хорошо припасован, следы силера будут присутствовать в основном на латеральных поверхностях и их будет меньше или совсем не будет апикально.

По мнению Маланина И.В. [27] obturationная система Eriphanі в сочетании с материалом Resilon более устойчива к микроподтеканиям (в 6 раз больше), чем obturationная система, основанная на гуттаперче. Система Eriphanі в сочетании с obturationным материалом Resilon укрепляет корень более чем на 20% в сравнении со стандартными техниками obturation.

Таким образом, необходимо соблюдать все этапы работы, качественно выполнять механическую и медикаментозную обработку и obturation корневых каналов, что способствует устранению имеющейся патологии и обеспечивает регенерацию периодонта и восстановление полноценного функционирования зуба.

Однако, несмотря на наличие множества стоматологических материалов, зарубежных и отечественных силеров, для obturation корневых каналов, потребность в перелечивании зубов в 3 раза превышает потребность в их первичном лечении [13].

Работая над вопросами совершенствования эндодонтического лечения авторы [28] выявили, что в ближайшие сроки наблюдений (до 6 месяцев) после проведённой терапии заболеваний пульпы и периодонта с применением рекомендаций, разработанных STAR, осложнения практически отсутствовали. Данный эффект сохранялся в указанные сроки в 93% наблюдений. У пациентов, леченных без применения рекомендаций, разработанных STAR, были выявлены осложнения эндодонтического лечения заболеваний пульпы и периодонта в 27% случаев, в сроки, начиная с 6 до 12 месяцев. В отдалённые сроки наблюдений (от 12 до 18 месяцев) результаты эндодонтического лечения у пациентов основной группы на 38,2% выше, чем в группе контроля, с высокой степенью достоверности ($p < 0,05$).

По мнению некоторых авторов [29,30] причины воспаления в периодонте, диктующие необходимость повторного эндодонтического лечения, следующие:

- инфицирование тканей периодонта за счёт неполного удаления некротизированной пульпы;
- некачественное пломбирование корневого канала, проявляющееся неполным заполнением канала или выведением его в избыточном количестве за верхушку корня зуба;
- заапикальное выведение эндодонтического инструментария;



- перфорация стенки, дна полости, корня зуба, вследствие форсированного препарирования, некорректного применения ротационного эндодонтического инструментария;
- облом эндодонтического инструмента в корневом канале из-за отсутствия полного комплекса эндодонтических инструментов, несоблюдения технологии;
- неполная и некачественная медикаментозная и инструментальная обработка корневого канала, в том числе применение сильнодействующих асептических препаратов;
- наличие пародонтального кармана в области леченого зуба;
- наличие трещины корня зуба, ввиду чрезмерного давления на стенки каналов при пломбировании, уплотнении спредером, несоответствие подбора размерности эндодонтического инструмента по отношению к каналу корня зуба;
- некачественная герметизация устьевой части канала.

Совершенно очевидно, что для оценки качества проведённого эндодонтического лечения необходимы чёткие критерии. Мы придерживаемся мнения, что такая оценка должна быть комплексной и проводиться по многочисленным критериям, включающим качество трёхмерности заполнения объёма корневого канала; качество расположения и краевого прилегания силера к корневному дентину (краевая адаптация материала); биоинертность в отношении тканей периодонта; отсутствие «микроподтеканий»; отсутствие окрашивания твёрдых тканей зуба; дальнейшее долговременное обеспечение анатомической функции зуба и т.д.

В настоящее время разработаны рентгенологические критерии качества obturation корневых каналов, выраженные через систему баллов [31]. Качество obturation корневых каналов по данным рентгенограммы может быть оценено следующим образом:

Критерии качества obturation корневых каналов

	Оценка
• Апикальный уровень obturation:	
До верхушки корня	1 балл
На 1 мм до верхушки корня	1 балл
На 1,5 мм до верхушки корня	0,5 балла
На 2 мм и более до верхушки корня	0 баллов
За верхушку корня небольшое количество с сохраненным сужением	1 балл
За верхушку корня небольшое количество без сужения	0,5 балла
За верхушку корня значительно	0 баллов
• Устьевой уровень obturation:	
Полная obturation устья	1 балл
Незначительный дефект заполнения устья	0,5 балла
Значительный дефект заполнения устья	0 баллов

• Медиодистальное заполнение канала:	
Плотно obturation канал	1 балл
Поры в пломбе, щель по краю пломбы	0 баллов
• Трёхмерная obturation	1 балл
• Кривизна канала	
Угол изгиба 25° и более	0,5 балла
Угол изгиба 50° и более	1 балл
• Индивидуальные особенности:	
2 канала в одном корне	1 балл
3 канала в одном корне	2 балла

При невозможности оценки какого-либо элемента в общую сумму баллов включается минимальный балл. Вне зависимости от метода заполнения корневого канала, врачам [32] следует обращать внимание на качество obturation на всех уровнях (апикальная, средняя и устьевая часть). Наиболее частой ошибкой является недостаточная obturation устьевой части корневых каналов (табл. 2).

ТАБЛИЦА 2. УСПЕХ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАЧЕСТВА УПЛОТНЕНИЯ МАТЕРИАЛА НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ КОРНЕВОГО КАНАЛА

Апикальная часть	Устьевая часть	Процент успеха
+	+	91,4%
+	-	44,1%
-	+	67,6%
-	-	18,1%

Примечание: «+» – качественная obturation; «-» – недостаточная obturation

Таким образом, основные аспекты современной эндодонтии со ссылками на мировую литературу доказывают, что в основе подходов к эндодонтическому лечению зубов лежат зубосохраняющие технологии. Совершенно очевидно, что неблагоприятная ситуация в плане эндодонтического лечения зубов [33] определяет актуальность исследования эндодонтических материалов и методов пломбирования, на способность их к долговременной obturation корневых каналов.



ЛИТЕРАТУРА

1. Rhodes J. Основы повторного эндодонтического лечения: удаление паст и гуттаперчи / J. Rhodes // Эндодонтическая практика. - 2007. - №3. - С. 30-33
2. Отчёт о согласованном мнении Европейского эндодонтического общества об основных показателях качества при эндодонтическом лечении // Эндодонтия today. - 2001. - №1. - С. 3-12
3. Louis M.L. Proliferation of epithelial cell rests, formation of apical cysts, and regression of apical cysts after periapical wound healing / M.L.Louis // J. of Endodontics. - 2007. - Vol. 33. - №8. - P. 908-916
4. Халилова О.Ю. Анализ качества эндодонтического лечения по данным компьютерной томографии / О.Ю.Халилова [и др.] // Стоматология. - 2010. - № 6. - С. 31-33
5. Аржанцев А.П. Информативность методик рентгенологического исследования при оценке качества obturation корневых каналов / А.П.Аржанцев [и др.] // Стоматология. - 2011. - №4. - С. 12-15
6. Thomas von Arx. Prognostic factors in apical surgery with root-end filling: a meta-analysis / Arx von Thomas // J. of Endodontics. - 2010. - Vol. 36. - №6. - P. 957-973
7. Buchanan L.S. Clinical monographs / L.S.Buchanan. - Dental Education Laboratories, 2004. - 127 p
8. Masoud Parirokh Mineral trioxide aggregate: a comprehensive literature review / Parirokh Masoud // J. of Endodontics - 2010. - Vol. 36. - №1. - P. 16-27
9. Moura M. Influence of length of root canal obturation on apical periodontitis detected by periapical radiography and cone beam computed tomography / M.Moura [et al.] // J. of Endodontics. - 2009. - №6. - P. 805-809
10. Максимовский Ю.М. Изучение степени краевого прилегания герметиков к дентину корневых каналов и гуттаперчевыми штифтами при эндодонтическом лечении / Ю.М. Максимовский, А.В. Митронин, Л.С. Нехорошева // Стоматология для всех. - 2004. - № 4. - С. 14-19
11. Bishop D. Effect of dynamic loading on the integrity of the interface between root canal and obturation materials / D. Bishop, J. Griggs // J. Endodontic. - 2008. - Vol. 34 (4). - P. 470-473
12. Pitout E. Coronal leakage of teeth root-filled with gutta-percha or Resilon root canal filling material / E. Pitout [et al.] // J. of Endodontics. - 2006. - №32. - P. 879-881
13. Дмитриева Л.А. Современные пломбировочные материалы и лекарственные препараты в терапевтической стоматологии: практическое руководство / Л.А. Дмитриева. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. - 456 с.
14. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология / Е.В. Боровский. - М.: МИА, 2007. - 840 с.
15. Луцкая И.К. Эндодонтия. Практическое руководство / И.К. Луцкая. - М.: Мед. лит., 2009. - 208 с.
16. Батюков Н.М. Сравнительная оценка эффективности методов обработки и пломбирования корневых каналов с использованием современных технологий / Н.М. Батюков [и др.] // Клиническая эндодонтия. - 2007. - № 3-4. - С. 22-27
17. Антанян А. Эндодонтическое лечение в одно посещение: современные стандарты / А. Антанян // Эндодонтия today. - №1. - 2010. - С. 69-76.
18. Jafarzade H. Ledge Formation: revive of a great challenge in endodontics / H. Jafarzade, P. Abbott // J. of Endodontics. - 2007. - Vol. 33. - №10. - P. 1155-1162
19. An in vitro assessment of the sealing ability of resilon/epiphany using fluid filtration / S. Biggs [et al.] // Journal of Endodontic. - 2006. - № 32. - P. 759-761
20. In vitro study of microbial leakage in roots filled with EndoRez sealer/EndoRez Points and AH Plus sealer/conventional gutta-percha points / S. Drukeinis [et al.] // Stomatologija. - 2009. - № 11. - P. 21-25
21. Coronal leakage of teeth root-filled with gutta-percha or Resilon root canal filling material / E. Pitout [et al.] // Journal of Endodontic. - 2006. - № 32. - P. 879-881
22. Дмитриева Л.А. Морфологическое изучение дентина корневой полости зуба при повторном эндодонтическом лечении / Л.А. Дмитриева, Т.В. Зюзина, И.В. Бутенко // Эндодонтия today. - №2. - 2011. - С. 23-26.
23. Холодович О.В. Клинико-лабораторное исследование качества obturation корневых каналов при использовании полимерных силеров, силеров на основе полидиметилсилоксана и метода латеральной конденсации гуттаперчи / О.В. Холодович, А.В. Наумова // Вестник института стоматологии. - 2011. - № 2 (13). - С. 84-91
24. Незнамов А.Е. Изменение содержания кальция и фосфора в дентине корня зуба при хроническом гранулематозном периодонтите в зависимости от способа пломбирования / А.Е. Незнамов // Вестник института стоматологии. - Воронеж, 2006. - № 2. - С. 33-35
25. Хохрина Т.Г. Трёхмерная вакуумная obturation корневой системы при лечении осложнений кариеса зубов / Т.Г. Хохрина // Эндодонтия today. - 2003. - № 1-2 - С. 16 - 18
26. Ruddle Clifford J. Техника трёхмерной obturation Calamus® / C.J. Ruddle // Новости Dentsply. - 2010. - С. 18-23



27. Маланьин И.В. Взгляд на некоторые популярные материалы для obturation корневых каналов / И.В. Маланьин // Дентал Юг. - № 1(30). - Краснодар, 2005. - С. 10-12
28. Рабинович И.М. Совершенствование эндодонтического лечения // И.М. Рабинович, И.Т. Цабалова // Материалы XXIII и XXIV Всероссийских научно-практических конференций. - М., 2010. - С.49-50
29. Микробиологическая оценка эффективности медикаментозной обработки корневых каналов при периодонтите / Т.Л. Рединова [и др.] // Институт стоматологии. - 2010. - №2 - С. 58-61
30. Копьев Д.А. Ошибки и осложнения в процессе эндодонтического лечения. Простые правила их профилактики / Д.А. Копьев // Эндодонтия today. - 2007. - №2 - С. 9-10
31. Журочко Е.И. Комплексный метод оценки состояния околоверхушечных тканей зуба при хроническом верхушечном периодонтите / Е.И. Журочко, Л.А. Дегтярёва // Эндодонтия today. - 2008. - №2. - С. 27-31
32. Пищинский И.А. Эндодонтическое лечение с применением никель-титановых инструментов: учебно-методическое пособие / И.А. Пищинский, А.И. Делендик. - Минск: БГМУ, 2009. - 40 с
33. Бекмурадов Б.А., Джураева Ш.Ф. Перспективы развития эндодонтии в Таджикистане / Б.А. Бекмурадов, Ш.Ф. Джураева // 60-я годовичная научно-практическая конференция «Теоретические и практические аспекты развития современной медицинской науки». - Душанбе, 2012. - С. 193-195

Summary

Modern materials and methods for obturation of teeth's root canals

B.A. Bekmuradov, Sh.F. Juraeva
Chair of Dentistry of Avicenna TSMU

Taking into account the high importance of endodontic therapy in clinical practice, in a review article has been summarized and analyzed the available literary data on modern materials and methods for obturation the system of root canals based on domestic and foreign scholars work for recent years.

The success of endodontic treatment is determined on the quality of root canal filling. Under the qualitative sealing has been implied three-dimensional sealing of the entire branched root canal system, which plays the role of a reliable barrier between the cavity of the tooth and periodontal tissues.

The high degree of post-endodontic complications of teeth dictates the need to implement the latest trends and developments of modern endodontics in dentiste work and investigate long-term results of their application.

Key words: endodontics, obturation, root canal

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Бекмурадов Берди Алтыевич – ассистент кафедры терапевтической стоматологии ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, пр. Сино, 30/1
E-mail: berdi-bekmuradov@mail.ru

Яркий представитель школы Авиценны (Шейх Раиса) – Бахманйар ал-Азербайджани

Н.Б. Солтанова

Институт физики НАН Азербайджана

В данной работе рассматривается деятельность любимого ученика Авиценны – Бахманйара. Бахманйар ал-Азербайджани – мудрый учёный из ряда корифеев Средневекового Востока. Анализируя труд Бахманйара «Ат-Тахсил», мы видим ряд решённых задач и проблем физики, которые опередили Запад на столетия.

Ключевые слова: Авиценна, Абуали ибни Сино, Бахманйар ал-Азербайджани

В развитии человечества ренессанс Востока можно назвать фундаментом ренессанса Запада. По словам Г.В.Гегеля: “Не будь Востока, не было бы Запада”.

В истории науки средневековый период является достаточно богатым и имеет свой характер. Сказанное тогда учёными Востока, столетиями опередило повторно сказанное учёными Запада.

Азербайджанский народ является наследником древних кура-араксинской, эллинистической, скифской и других цивилизаций, бытовавших на его земле и в его регионе. В силу ряда объективных причин (географическое положение, природные богатства) на протяжении всей своей истории Азербайджан экономически, политически и культурно был тесно связан со странами и народами, представлявшими различные древние, средневековые и более поздние, в том числе очень высокие цивилизации, которые явились одними из значительных факторов, определявших высокий уровень Азербайджанской многоязыкой и многорелигиозной культуры. Единая азербайджанская культура и её мировоззренческая основа – азербайджанская философия – создавались на этом общекультурном фоне.

Средневековый период в истории научно-философской мысли Азербайджана являлся достаточно плодотворным. В этот период жили и творили такие мыслители как Исмаил ибн Йасар, Муса Шахават, Абулхасан Ахмед ибн Омар Бардаи, Абубакр Макки ибн Ахмед Бардаи, Абулхасан Али ибн Харун Занджани, Абулхасан Бахманйар, Шихабалдин Марагаи, Абусаид Урмави, Шамсаддин Хосровшахи Табризи, Афзалалдин Хагани, Сираджалдин Урмави, Насиреддин Туси, Камаледдин Ардебили, Хагани Ширвани, Фалаки Ширвани, Низами Гянджеви, Махаммед Физули, Камаледдин Масуд Ширвани, Махаммед Насривани, Шихабалдин Абухафс Омар Сухраверди и другие [1].

Блестящие творения этих творцов вошли в сокровищницу мирового искусства, которые не стареют и по сей день.

Последователь философии и физики Аристотеля (384-322 до н. э.), ученик великого учёного-энциклопедиста Абуали ибни Сино (980-1037) Абу-л-Гасан Бахманйар ибн ал-Марзбан ал-Азербайджани (993-1066) внёс и свой вклад в развитие научно-философской мысли своего времени, являясь одним из крупных представителей восточного перипатетизма (философское учение, считающее бога началом, находящимся не за пределом сущего, а тождественным с ним). Бахманйар был зороастритом, потом принял ислам. Он виднейший ученик и последователь ибни Сино (Авиценны), который писал о Бахманйаре: “Он мне любим как сын и даже больше. Я дал ему образование, воспитание и довёл его до такого уровня”. Обращаясь к ибни Сино, его называли Шейх Раисом. В письмах ибни Сино и Бахманйара, сохранившихся в Санкт-Петербурге, Ташкенте, Милане, при обращении ибни Сино к Бахманйару высокое уважение к своему ученику отмечается словами “Мевлаки вариси”, на персидском языке это звучит как “Кийа Раис”, что означает “господин и глава”. Это словосочетание стало почётным призванием Бахманйара [2].

В историко-биографической энциклопедии XII века, сочинении ал-Байхаки “Татимма “Сиван ал-хикма” (“Дополнение к “Хранилищу мудрости”) собрана информация об учёных – философах, врачах, астрономах, математиках, творивших в X-XII веках. В этом энциклопедическом справочнике Бахманйар отмечен как известный философ и мудрец Абу-л-Хасан Бахманйар ал-Марзбан – ученик Абуали ибни Сино. Автор пишет: “Большинство научных трудов ибни Сино составляли предмет исследований и Бахманйара. Бахманйар обладал даром проникать в суть вещей... Из мудрых изречений Бахманйара: “Капитал – охраняемое, а разум – его хранитель; разум



стремится к познанию; правдивость – возлюбленная мудрых” [3].

По словам Бахманяра ал-Азербайджани: “Всякая передача знания и его получение осуществляется на основе предшествующего знания, но предшествующего не во времени, а по сущности” [4].

Научная и преподавательская деятельность Бахманяра сыграла свою роль в развитии философии и науки. Одним из учеников Бахманяра был Абу-л-Аббас ал-Лавраки, от которого философские науки распространились в Хорасане.

Исследователь философии средневекового Ирана А.Корбэн в своём труде “La philosophie iranienne islamique aux XVII et XVIII siecles” (Paris, 1981) отмечает роль Бахманяра в истории философской мысли народов мусульманского Востока. Созданные им труды, вместе с сочинениями его учителя ибни Сино и ученика ал-Лавраки, служили авторитетным источником научных знаний на протяжении ряда столетий – вплоть до Нового времени, что отмечается А.Корбэнном.

Известный просветитель Шихаб ад-Дин ал-Марджани (1818-1889) во II томе своего фундаментального труда о деятелях науки и культуры, представлявших цивилизацию мусульманского мира в VII-XIX веках, характеризует Бахманяра как одного из самых стойких единомышленников Шейха Раиса (Ибни Сино) в философских науках, превосходивший других изощрённостью ума, проницательностью мысли, писательским мастерством, основательностью и тщательностью исследований.

В вступительном томе того же труда об учёных он пишет: “Крупнейшие и самые великие среди них – Абу Наср ал-Фараби, Абуали ибни Сино, кадий Абу-л-Валид Мухаммад ибн Ахмад ибн Рушд и Бахманяр ибн ал-Марзбан” [5,6].

Для уяснения философских и естественно-научных взглядов как ибни Сино, так и Бахманяра большую ценность представляют входящие в список произведений Абуали “Совместные обсуждения” и “Объяснения”, отражающие содержание бесед, которые вели между собой учитель и ученик, обсуждая вопросы метафизики, физики, логики, психологии [7]. Причём, “Объяснения” сохранились в записи самого Бахманяра. До сих пор в Рукописном фонде Института востоковедения АН Узбекистана хранится письмо “Вопросы, заданные Бахманяром, и ответы, данные Шейх Раисом ибни Сино”, где обсуждаются основные научные вопросы того времени – материя, форма, движение и т.д. [5].

Дошедшие до нас труды Бахманяра написаны на арабском языке. Среди них “Познание”, “Украшение”, “Радость и счастье”, “Книга музыки”, “Метафизика”, “Иерархия существ” и другие. Эти произведения,

труды хранятся в библиотеках и рукописных фондах Стамбула, Ватикана, Тегерана, Бейрута, Каира, Лейдена, Лондона и т.д. Позже они стали переводиться как на восточные (персидский), так и на европейские языки. В 1851г. “Метафизика” и “Иерархия существ” были изданы в Лейпциге на немецком и арабском языках. Соломон Попер, переводчик труда на немецкий язык, в введении отмечает, что перевод сделан с арабского оригинала. Автор перевода приводит сравнения нескольких переписанных рукописей этих работ, где отмечается имеющаяся разница между рукописями одной и той же работы.

Арабские оригиналы “Иерархии существ” и “Метафизики” Абу-л-Гасана Бахманяра были изданы в 1911г. также и в Каире (Египет, издательство “Курдистан”). Лейпцигское и Каирское издания почти не отличаются друг от друга.

Коронным трудом Абу-л-Гасана Бахманяра ибн ал-Марзбан ал-Азербайджани считается трактат “Ат-Тахсил” (“Познание”). Эта энциклопедическая работа состоит из 3 книг: I – “О логике”, II – “О метафизике”, III – “О конкретно существующих вещах”. В 1971г. в Тегеране издана работа “Китаб ат-Тахсил” на арабском языке, в 1983г. – на персидском. Этот трактат был переведён на русский язык известным востоковедом А.В.Сагадеевым и издан в Баку под редакторством академика Г.Б.Абдуллаева в 1983-1986 гг., в трёх томах.

Бахманяр в своём труде освещает ряд вопросов, относящихся к физике:

1. Строение вещества; опровержение утверждения о том, что тело состоит из неделимых частиц.
2. Движение и покой. Виды движения по природе и траектории.
3. Пространство и время, их особенности.
4. Световые явления, природа солнечных лучей и механизм созерцания.
5. Звуковые явления; процесс происхождения, распространения, восприятия звука.

В первой книге Бахманяр даёт интересные определения понятиям точки, линии, плоскости, времени, движения и т.д. По Бахманяру “непрерывное количество может быть тем, у чего есть какое-то соединение и устойчивость, и на каждую часть чего можно указать, (обозначив) его “где” по отношению к другой (части).

Из непрерывного количества одно допускает деление в одном направлении – такова линия, другое – в двух направлениях, пересекающихся под прямым углом, – такова плоскость, третье – в трёх направлениях, перпендикулярных друг к другу, – таково тело. Что касается непрерывного количества, лишённого положения, то это – время. Время есть мера движения и оно относится к непрерывному количеству, но лишено положения, поскольку части его, а именно прошлое и будущее, вместе не существуют”.



Бахманйар в этой же главе говорит о движении: «Движение ... есть пребывание движущегося предмета в промежутке между началом и концом, когда у него нет ни того, что было прежде, ни того, чему предстоит быть потом. ... Пребывание в движении и является самим движением. Движение же есть изменение».

Говоря о движении Бахманйар определил его в форме изменения. Отмечая интуицию, мышление, мудрость, он указывает опять на движение. «Интуиция – это движение души ... это быстрый переход от известного к неизвестному. Сообразительность – это предрасположенность к интуиции». «Мышление – это движение ума человека к началам вопросов с тем, чтобы двигаться от них к самим вопросам». «Мудрость – это достижение душой человека возможного для него совершенства в отношении знания и дела» [4].

В главе «Об обретении посылок» Бахманйар рассматривает ряд проблем, куда входят также вопросы оптики. «Зрячие... становятся способны видеть окружающее только при наличии света.» Говоря о лунном затмении, он пишет: «Земля иногда занимает промежуточное положение между Луной и Солнцем, а у всякого (светила), получающего свет от Солнца, свет исчезает, когда Земля занимает промежуточное положение между ним и Солнцем. Светило, у которого свет исчезает, затмевается. Луна затмевается». Луна ночью для человека была в образе светила. Бахманйар же здесь тонко отмечает, что «у всякого (светила), получающего свет от Солнца, свет исчезает...». То есть Луна – не светило, она получает свет от Солнца.

10 глава 1-й части II книги написана под названием «Об опровержении утверждения, что тело состоит из неделимых частиц», где идет изложение нескольких вариантов опровержений отмеченного утверждения. Бахманйар в XI веке приходит к весьма удивительному заключению, что частицы, из которых состоит тело, сами делимы. Действительно, научные открытия, полученные начиная с XX века и по сей день, подтверждают предсказание Бахманйара о том, что тело не может состоять из неделимых одинаковых частиц.

Во II книге исследуется проблема о первоматерии, материи, форме. «... Форма первее первоматерии. Телесная форма есть актуальность, потенция бытия же её – в материи. Материя актуализируется благодаря форме, а бытие – первичным образом оказывается у формы и вторичным – у материи». «Нет ничего невозможного в том, чтобы единое в общем смысле, как в данном случае абсолютная форма, сохраняло свою общность в качестве единого по числу, благодаря другому единому по числу, как нечто сопричастное ему. В данном случае это есть начало, наделяющее актуальным бытием нечто единое по числу, а именно первоматерию, посредством общей формы». «Следует знать, что материальная форма никогда не существует отрешённо от материи». «...положение и величина представляют собой неотъемлемые признаки тела» [4].

Во второй части II книги имеется глава под названием «О количестве», откуда можно получить информацию о понятии непрерывного и прерывного, что такое положение и место.

«Количество делится на два разряда: непрерывное и прерывное. Непрерывное количество бывает четырёх разновидностей. Во-первых, это линия, то есть воображаемый след от движения неделимого предмета в каком-то направлении. Далее, это плоскость, то есть воображаемый след движения линии в направлении, отличном от направления вышеупомянутого движения. Далее, это тело, то есть воображаемый след от движения плоскости вверх или вниз. Далее, это время, то есть число движения согласно предшествованию и следованию. Время не относится к количествам, имеющим положение, ... у времени нет двух устойчивых соседствующих частей. Прерывное состоит из делимого, делимое – из неделимого, неделимое – из единиц» [4].

«Положение – это соотношение частей тела друг с другом, из которого явствует, где они находятся одна по отношению к другой. Место – это предел объемлющего тела, который охватывает объемлемое тело».

Главу «О месте» Бахманйар начинает предложением: «Данный вопрос обычно рассматривается в физике, поскольку он относится к этой науке. Под «местом» может подразумеваться то, что объемлет тело, или то, в чём тело пребывает неподвижно. И ещё: что касается места, то движение бывает в нём, а что касается формы и первоматерии, то движение бывает с ними».

Дальше в этой главе рассматривается пустота (вакуум). У Бахманйара были своеобразные взгляды на проблему вакуума: «Пустота есть количество, обладающее положением; пустота есть тело; в пустоте не может быть никакого движения – ни прямолинейного, ни кругового. В пустоте не может быть естественного движения; а раз в ней не может быть естественного движения, то там не может быть и насильственного движения. Кроме того, в пустоте не может быть покоя; покоящееся – это то, что не движется, но чему свойственно двигаться. Значит, и покоящееся в пустоте – это то, что не движется, но чему свойственно двигаться в ней. Пустота же не такова, чтобы что-то могло в ней двигаться. Так он вообще отрицает возможности появления движения и в особенности насильственного движения в вакууме. Он пишет, что для появления насильственного движения необходимо постороннее действие. Так как в вакууме невозможно наличие постороннего предмета, то невозможно и насильственное движение. Это логическое заключение делалось в то время, когда не были известны законы сохранения импульса.

Движение – это актуальная проблема тех времён. Бахманйар подходил к данной проблеме очень тонко и со всех сторон. О движении он говорит во II и III



томах. “Естественное движение – это то, которое совершает тело, оставленное при своей природе, а насильственное движение происходит тогда, когда тело приводится в движение в направлении, отличном от того, которого требует его природа, как, например, когда кто-то придаёт камню движение вверх.”

В главе “О времени” автор пишет: “Время есть число движения; не было бы движения – не было бы и времени. Оно (время) должно служить мерой для безначального и непрерывного движения. И именно такова форма кругового движения, посредством которого измеряются величины других движений...”

III том книги “Ат-Тахсил” (“Познание”) идёт под названием “О конкретно существующих вещах”. Предмет науки “о конкретно существующих вещах” у Бахманяра соответствует предмету физики в энциклопедических трудах Ибни Сино. III книга состоит из двух частей: часть первая, часть вторая: I раздел – 8 глав, II – 4 глав, III – 7 глав, IV – 15 глав. Первый раздел (8 глав) Бахманяра назвал “Физика”.

По словам Бахманяра “природа тела – это то, что служит началом для присущего ему самому изменения или покоя. Форма тела – это есть суть бытия, благодаря которому оно есть то, что есть. Материя тела – это нечто такое, что выступает в качестве носителя формы”. Бахманяра в книге “Ат-Тахсил” пишет, что “всё, что образуется в качестве тела, говорю я, уничтожается, а всё, что уничтожается, возникает”.

В первой главе II раздела автор пишет: “Фигуры простых естественных тел должны быть простыми, т.е. сферическими”. Дальше Бахманяра утверждает: “Знай: земля требует для себя сферической фигуры”.

Бахманяра считает, что “тела приходят в движение исключительно для того, чтобы вернуться в естественное состояние. Где бывает усиление стремления, там у движения должна быть цель, по достижению которой наступает покой. Прерывные прямолинейные движения должны завершаться покоем. Состояние покоя измеряется временем”.

С точки зрения Бахманяра, механическое движение различается как по траектории – прямолинейное, криволинейное, так и по природе – естественное (равномерное) и насильственное (ускоренное). При этом Бахманяра приходит к логическому заключению, что прямолинейное движение бывает как естественное, так и насильственное. “Однако, криволинейное движение и может быть естественным”, – заключает он. По Бахманяру “естественное движение – то, которое происходит от силы в теле, направляющемся к обусловленной его природой цели и соответствующим его природе способом, когда ему ничто не препятствует. Движение, осуществляющееся насильственно, – то, при котором движущее находится вне движущегося и которое не

соответствует природе тела”. Бахманяра пишет: “Всякое движение, не являющееся прямолинейным, не является и естественным. “В то время как Аристотель считает вращательное движение (например, движение небесных тел) – естественным и вечным.

“То, к чему направлено круговое движение, тождественно точке, от которой происходит удаление”.

Если считать, что небесное тело состоит из земного вещества, то согласно послегалилеевской физики, его естественное движение состоит из движения по прямой линии с постоянной скоростью. Поэтому, чтобы заставить тело вращаться по кругу, к нему необходимо приложить силу.

Впервые в аналитической форме значение и направление центростремительной силы определил голландский физик Христиан Гюйгенс, что и легло в основу созданной Исааком Ньютоном теории движения планет. Проблема движения планет, занимавшая умы древних греков, астрологов Халдея и Вавилона, создателя геоцентрической системы Коперника и, наконец, Великого Галилея, во времена Ньютона превратилась в прикладную научную задачу. Она стала идеальной областью для применения законов Ньютона, и, можно сказать, что решение проблемы движения планет с помощью теории Ньютона было высшим достижением наук XVII века и “естественное и вечное”, по Аристотелю, движение планет оказалось требующим некоторой силы. Логически чувствуя эту научную закономерность, ещё в XI веке Бахманяра в книге “Ат-Тахсил” писал: “Круговое движение может существовать лишь потому, что есть какая-то причина, ... у небесного кругового движения есть начало, отрешённое от материи, телесная сила, представляющая себе частные предметы, сила, связанная с желанием, и движущая сила”.

Говоря о движении Бахманяра выразил ещё и такую мысль: “Существуют три разновидности движения: одно – вокруг середины, другое – от середины, третье – к середине”, где ясно есть элементы центростремительной силы.

В результате своих исследований Бахманяра приходит к заключению, что во Вселенной единственным движением является вращательное и тем самым делает новое предположение о свойствах пространства и времени. Бахманяра пишет: “Коль скоро ты знаешь о конечности измерений, из всего вышеизложенного тебе должно быть понятно, что движения прямолинейного и уходящего в бесконечность, не бывает”. Из этого заключения становится так же зримым искривление пространства.

Известно, что с глубокой древности до XIX века в мировой науке господствующее положение занимала геометрия, связанная с именем выдающегося греческого философа и математика Евклида. В одном



из постулатов его говорится, что в данной плоскости, через данную точку можно провести только одну прямую, параллельную данной прямой.

В XIX веке были созданы две системы неевклидовой геометрии. Первая – это геометрия, связанная с именем выдающегося русского математика Лобачевского, по мнению которого через данную точку можно провести множество прямых параллельных линий. Вторая – римановская геометрия – геометрия сферы. В этом случае нельзя провести ни одной прямой, параллельной данной.

Длительное время не могли определить, в каком пространстве мы живём – евклидовом или неевклидовом.

Пространство в теории тяготения Ньютона носит евклидовый характер, т.е. предполагается наличие абсолютных прямых линий. Однако в общей теории относительности, созданной Эйнштейном в начале XX века, показано, что пространство носит неевклидовый характер – все линии являются замкнутыми и отсутствуют абсолютно прямые линии.

Уравнения Эйнштейна в общей теории относительности устанавливают связь между распределением материи и геометрическими свойствами пространства и времени – частицы и поля, находясь в пространстве, искривляют его. То есть, искривлённое пространство и время, являются символом общей теории относительности. Бахманйар ещё в XI веке принимает наличие кривизны пространства, он не приемлет понятия бесконечности. Он пишет “бесконечное имеет природу небытия”. Далее, анализируя явление происхождения движения под действием силы в промежутке времени, в главе “О том, что действие любой телесной силы конечно” Бахманйар пишет, что “Одна сила ... отличается от другой в нескольких отношениях: по скорости действия, по продолжительности действия” и логически развивает вышеизложенное предположение:

“...Понятно поэтому, что для приведения в насильственное или естественное движение ни одно тело не может располагать силой бесконечной интенсивности, поскольку для этого требовалось бы, чтобы его действие протекало во времени, тогда как движение, осуществляющееся не во времени, невозможно, а оно должно было бы осуществляться именно не во времени, ибо, чем интенсивнее сила, тем короче отрезок времени”. Таким образом, с точки зрения Бахманйара при бесконечной силе двигателя время равнялось бы в пределе нулю, т.е. движения не было бы совсем. Это выдающееся научное изречение сказано Бахманйаром в XI веке.

В 4 главе III раздела – “О лучах, о свете и о том, что с этим связано” рассматриваются вопросы, связанные с проблемами оптики: что представляют собой сол-

нечные лучи, светящееся тело, отражение световых лучей, механизм созерцания и т.д.

Световые явления и механизм созерцания интересовали людей с очень глубокой древности. Знаменитый греческий геометр Евклид, живший около 300 лет до н.э., строил свою оптику на представлениях, что будто бы прямолинейные “зрительные лучи” исходят из глаз наблюдателя, а не из видимого им предмета. Притом эти лучи представлялись как сплошное тело. Глаз как бы “ощупывает” все предметы с помощью “зрительных лучей”. Эту мысль защищали Платон и Аристотель.

Решительно возражая против такой трактовки, Бахманйар писал: “...Абсурдность этого предположения очевидна. Ибо не может быть так, чтобы от органа зрения исходило какое-нибудь сплошное тело, которое, заполняя полмира, доходило до сферы неподвижных звёзд, после чего, при смыкании век, возвращалось к нему обратно, а затем, когда веки откроются вновь, чтобы от него исходило такое тело, как если бы это зависело от намерения моргающего человека”.

Раскрывая механизм созерцания человеческого глаза, он пишет: “...Восприятие (зрением) осуществляется благодаря превращению, претерпеваемому органом зрения, когда его достигает созерцаемое. Однако сам созерцаемый предмет достигать его не может, ввиду чего указанное превращение вызывается тем, что в органе зрения проявляется образ созерцаемого предмета”. Далее Бахманйар связывает появление изображения “льдообразной влагой” (современное понятие – “стеклообразное вещество” – хрусталик) и зрительным духом (сетчаткой). Такое объяснение близко к современному понятию [8].

Что касается природы солнечных лучей, то Бахманйар их не считает телами, так как, в этом случае, от Солнца ничего бы не осталось. Развивая свою мысль в этом направлении, он пишет: “...Далее, если бы исхождение света от Солнца обуславливалось исхождением от него этих тел, то оно должно было бы уменьшаться или от него вообще ничего не должно было остаться”. В то время, когда ещё не были известны законы термоядерной реакции, Бахманйар, развивая своё научное мышление, стремится создать логическое научное заключение. Хотя он писал, что ему не понятны тепловые явления: “...Но ведь мы не знаем также и того, почему при трении одно тело нагревает другое, и того, почему щепка загорается при приближении к ней огня”. Следует отметить, что сущность тепловых явлений была раскрыта только в конце XVIII века, после известных опытов графа Румфорта.

В главе “О несостоятельности некоторых суждений, касающихся отражения лучей от зеркала” автор разъясняет процесс отражения световых лучей. “Причиной отражения служит гладкость; если ис-



точник света направляет лучи по природе, то они изменяют своё направление лишь под влиянием насильственно действующего фактора. Любая гладкая поверхность выступает причиной передачи какого-либо отображения. Луч в одних случаях отражается от воды, а в других – проникает в её глубину”.

Бахманйар отмечает: “Когда есть светящееся тело, а напротив него находится тело, способное освещаться, и когда между ними имеется прозрачное тело, тогда светящееся тело предрасполагает данное тело к принятию этой акциденции от источника акциденции и форм. После этого тело, принявшее свет, может передавать его другим телам”.

Бахманйар также рассматривает механизм зеркального отображения. По Бахманйару: “То, что передаёт отображение, должно находиться на прямой линии, соединяющей наблюдателя и наблюдаемый предмет, ибо по прямой передаётся (изображение) самого предмета, а не его отображение, между тем как то, что передаёт отображение предмета, обязательно должно отсутствовать на параллельных прямых, тянущихся между ним и наблюдателем”. Далее Бахманйар говорит: “Зажигательное зеркало вызывает горение потому, что внутри него имеется точка, в которой свет собирается со всех сторон, вследствие чего эта точка оказывается самой яркой из всех частей зеркала и вызывает возгорание. Жгут лучи, отражённые в (зажигательном) зеркале: если бы причиной зажигания было не излучение Солнца, а его тепло, то предметы, расположенные ближе к нему, были бы теплее, а между тем мы видим, что при падении лучей на какую-то вещь, та зажигается, в то время как предметы, находящиеся выше неё, остаются очень холодными”. Говоря о цвете Бахманйар считает, что “цвет возникает актуально благодаря света”.

В V главе под названием “О вкусе, обонянии и слухе” Бахманйар, анализируя отмеченные физические чувства человека, даёт интересные определения звуковому механизму и самому звуку. “Звук, не есть нечто существующее само по себе и устойчивым образом, он возникает при ударе и разрывании чего-то, не от всякого удара и разрывания, а от такого, при котором воздух с силой приводится в интенсивное движение. Но звук – это не сам удар и не само разрывание...”

Звук есть явление, возникающее от описанного движения, и причиной его служат удар и разрывание. Когда колебания воздуха или воды доходят до слухового канала, в полости которого заключён застоялый воздух, они вызывают в нём колебательное движение. Сзади в ухе находится перепонка, по которой стелется чувствительный к звуку нерв, который и воспринимает его.

...Слыша звук, мы воспринимаем и направление, откуда он исходит. Звук есть нечто, возникающее от

колебания текучего влажного тела, такого, как воздух или вода, которое оказывается сжатым между двумя соударяющимися и сталкивающимися друг с другом телами”.

Говоря о явлении “эхо” Бахманйар пишет: “Когда это колебание сталкивается с каким-нибудь препятствием, таким, как гора или стена, и отражается им, он опять же должен оказаться сжатым между колебанием, устремляющимся, чтобы удариться об стену или гору, и тем, обо что ударяется другой воздух и от чего он отражается, отскакивая под его давлением назад и принимая фигуру первого. Эхо есть у каждого звука, хотя его и не слышно, подобно тому, как у любого света есть отражение”.

Бахманйар в своей работе рассматривает также и проблемы о смеси и сопутствующих ей вещах. “Знай: особой причины, препятствующей одновременному существованию в теле, допустим, теплоты и холода, не бывает; смесь бывает прочной и непрочной; для прочности и непрочности смеси должна существовать причина, предшествующая смеси, и этой причиной является не смесь, а субстанция предмета, ибо смесь следует за прочным или непрочным соединением образующих её частей”.

В книге даются определения понятиям: выпаривание, плавление и т.д. “Выпаривание – это приведение в восходящее движение посредством нагревания частиц влаги, выходящих из влажного предмета в рассеянном состоянии”.

Бахманйар в главе “Об облаках, радуге, ветрах, землетрясениях, метеорах, кометах, месторождениях вод и минералов, о цвете неба и тому подобном” даёт разъяснения всем названным явлениям природы.

Человек с глубоких времён, со времён появления (рождения) на Земле, хочет понять всё окружающее и, конечно же, самого себя. Тогда на арену выходит проблема разума и умопостигаемости всего того, что происходит в нас и вокруг (в природе и во Вселенной вообще). В главе “О разуме и умопостигаемом” Бахманйар уделяет этой проблеме особое внимание. Он пишет: “Сильный умопостигаемый предмет – это тот, у которого сильное бытие. А, как ты уже знаешь, умопостигаемость предмета и бытие его, как умопостигаемого, суть одно и то же. Если бы бытие его было бытием для себя, то умопостигалось бы оно им же самим. Самым сильным бытием обладает то сущее, у которого нет потребности в сути бытия, а самым слабым – то, реальная сущность которого заключается в потенциальности, и именно такова первоматерия. То сущее, у которого самое сильное бытие, является самым сильным в отношении умопостигаемости”.

Мудрый Бахманйар ал-Азербайджани утверждает: “Знай: бытие – счастье”.



ЛИТЕРАТУРА

1. Восточная философия (IX – XII). – Баку. – 1999. – 303с.
2. Сагадеев А.В. Ибн Сина (Авиценна) /А.В. Сагадеев. – М. – 1980. – 239с.
3. Багирова С.Г. Сочинение “Татимма Сиван Ал-Хикма” Ал-Байхаки как образец средневекового энциклопедического справочника /С.Г. Багирова. – Ташкент. “ФАН”. – 1987. – 139с.
4. Бахманяр ал-Азербайджани. Ат-Тахсил. I-III т.т. (1983-1986): 196; 260; 297.
5. Баратов М.Б. Великий мыслитель Абу Али Ибн Сина / М.Б.Баратов. – Ташкент. – 1980. – 200с.
6. Мамедов З.Дж. Философия Бахманяра / З.Дж. Мамедов. – Баку. Наука. – 1983. – 208с.
7. Улугзаде С. Учитель Востока (на таджикском языке) / С.Улугзаде. – Душанбе. – 1980. – С. 159-162
8. Абдуллаев Г.Б. Дедукция Бахманяра / Г.Б.Абдуллаев, Л.М.Велиев // “Наука и жизнь”. – 2010. – №2

Summary

Lively representative of the Avicenna school (Sheikh Raisa) – Bakhmanyar al-Azerbaijani

N.B. Soltanova

Institute of Physics, National Academy of Sciences of Azerbaijan

In paper is considered activities of the beloved disciple of Avicenna Bakhmanyar. Bahmanyar al-Azerbaijani – a wise scholar from a number of leading figures of medieval East. Analyzing the work of Bahmanyar «Al-Tahsil» we see a number of solved tasks and the problems of physics, which outstripped the West for centuries.

Key words: Avicenna, Abu Ali ibn Sino, Bahmanyar al-Azerbaijani

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Солтанова Назилия Багир кызы – ведущий научный сотрудник
Института физики НАН Азербайджана; г.Баку, 370143, пр. Г.Джавида, 33
E-mail: muzeyfizika@yahoo.com

Юбилейные даты

Профессору А.Н. Кахарову – 80 лет

22 сентября 2013 года исполнилось 80 лет доктору медицинских наук, профессору Абдурауфу Носировичу Кахарову.

Абдурауф Носирович родился в г.Худжанде Лени-набадской (ныне Согдийской) области Республики Таджикистан.

Медицина и лечение людей заинтересовали А.Н.Кахарова с детства. В 1948 году он поступает в медучилище им.И.В.Павлова в Худжанде, окончив которое, получает первую свою медицинскую специальность – фельдшер. В 1952-1958 гг. он – студент лечебного факультета Таджикского государственного медицинского института (ныне университет) им. Абуали ибни Сино.

А.Н.Кахаров никогда не забудет годы аспирантуры в Москве. Это была незабываемая великая школа, где он окупился в свою любимую работу, и просиживал в библиотеках над книгами, зачитывался трудами великих врачей, знакомился с работами известных хирургов, посещал лекции академиков и профессоров.

Под руководством академика Д.А.Жданова выполнил и защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Локальные особенности лимфатической и кровеносной системы брыжеечной части тонкой кишки». Получив диплом кандидата медицинских наук, он вернулся на Родину, в свой родной ТГМИ. Работая на кафедре анатомии человека, он зарекомендовал себя строгим, требовательным, дисциплинированным педагогом.

Академик К.Т.Таджиев своей, выработанной многими годами, профессиональной интуицией быстро распознал в молодом, но уже достаточно опытным враче-специалисте зачатки будущего крупного учёного и рекомендовал А.Н.Кахарова на работу под своё начало. В 1964-1981 гг. Абдурауф Носирович Кахаров – клинический ординатор, ассистент, доцент и профессор кафедры общей хирургии ТГМИ им.Абуали ибни Сино. В 1977 году он защитил докторскую диссертацию на тему «Морфофункциональные изменения печени и жёлчного пузыря при холецистите» (экспериментально морфологическое и клиниче-



ское исследование). Научными консультантами были академик Академии наук Республики Таджикистан, профессор К.Т.Таджиев и заведующий кафедрой анатомии человека Московской медицинской академии им.И.М.Сеченова, академик Российской академии медицинских наук, профессор М.Р.Сапин.

Ещё большее развитие получили все положительные качества А.Кахарова, как учёного и педагога, в 1981 году, когда он был избран на конкурсной основе за-



ведущим кафедрой общей хирургии ТГМИ. А когда, вскоре, в клинике К.Таджиева открывается отделение колопроктологии, то именно Абдурауфу Носировичу поручается научное руководство этим направлением в медицинской практике, который со своими коллегами много сделал за годы своей деятельности для разработки и внедрения эффективных методов диагностики и лечения болезней толстой кишки. С 1981 по 2000 годы А.Н.Кахаров – главный колопроктолог Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, а в 2000-2005 гг. – главный хирург республики.

С 2009 года – профессор кафедры клинической хирургии с топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

В 1995-2008 гг. А.Н.Кахаров – главный редактор журнала «Здравоохранение Таджикистана», с 2009 года – заместитель главного редактора.

Правительство Таджикистана высоко оценило заслуги профессора А.Н.Кахарова в развитии отечественного здравоохранения. В 2001 году ему было присвоено почётное звание «Заслуженный деятель науки Таджикистана», он – «Отличник здравоохранения СССР» (1982), «Отличник народного образования РТ» (1999). А.Н.Кахаров академик Международной академии интегративной антропологии, член-корр. Международной академии наук высшей школы (1995), академик Российской академии медико-технических наук (2008).

В течение 30 лет А.Н.Кахаров был советником врачей-хирургов лечебно-профилактических учреждений г.Душанбе, Хатлонской и Согдийской области, ГБАО, районов республиканского подчинения. За годы научной и педагогической деятельности под его научным руководством подготовлены и успешно защищены 15 кандидатских и 3 докторских диссертаций. Кахаров Абдурауф Носирович – автор более 250 научных работ, 3 авторских свидетельств, 52 рационализаторских предложений, 2 учебников, 4 учебно-методических пособий и 8 монографий.

Доброе сердце, широкая душа, высокая эрудиция, огромный опыт и всесторонние знания Абдурауфа Носировича Кахарова позволяют быть всегда нужным своим коллегам по работе и многочисленным пациентам.

Коллектив кафедры общей хирургии №1, топографической анатомии и оперативной хирургии ТГМУ, сотрудники 1-2 хирургического отделения ГКБ №5 и Городского колопроктологического центра поздравляют Абдурауфа Носировича с юбилейной датой и желают Устоду здоровья, счастья и долгой активной жизни.

ОТ РЕДАКЦИИ

Ректорат ТГМУ им.Абуали ибни Сино и коллектив редакции научно-медицинского журнала «Вестник Авиценны» («Паёми Сино») сердечно поздравляют видного учёного, талантливого хирурга и замечательного педагога профессора Абдурауфа Носировича Кахарова с 80 - летием и желают ему отменного здоровья, благополучия и неиссякаемой жизненной энергии.



К 70 – летию профессора Ш.С. Анваровой

3 октября 2013 года исполнилось 70 лет со дня рождения заведующей кафедрой эндокринологии Таджикского госмедуниверситета имени Абуали ибни Сино, председателя Республиканской ассоциации диабетологов-эндокринологов, доктора медицинских наук, профессора Шакарджон Саидорововны Анваровой.

Ш.С. Анварова в 1966 году окончила Таджикский государственный медицинский институт (ныне университет) им. Абуали ибни Сино. В течение 1,5 лет работала врачом-эндокринологом в Республиканском эндокринологическом диспансере. С 1967 по 1969 гг. проходила клиническую ординатуру по курсу эндокринологии при кафедре госпитальной терапии №2 ТГМИ им. Абуали ибни Сино. После её окончания, в 1969 году была зачислена аспирантом кафедры и командирована в г. Ленинград для прохождения аспирантуры в отдел эндокринологии АМН СССР при Институте акушерства и гинекологии имени Отто.

В 1972 году после досрочного окончания аспирантуры и возвращения на родину Шакарджон Саидорововна работала ассистентом кафедры госпитальной терапии по курсу эндокринологии и успешно продолжает свой трудовой путь с момента организации самостоятельной кафедры эндокринологии по настоящее время, сочетая педагогическую, лечебную и консультативную работу с научными исследованиями. В 1973 году ею успешно защищена диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук на Совете Института физиологии имени И.П. Павлова АН СССР в г. Ленинграде. В 1989 году решением Государственного комитета СССР по народному образованию присвоено учёное звание доцента.

В 1993 году Шакарджон Саидорововна успешно защитила докторскую диссертацию на тему «Распространённость и клиничко-биохимическая характеристика сахарного диабета у населения, проживающего в различных климато-географических регионах Таджикистана» на Совете в Российском эндокринологическом научном центре (г. Москва).



В 2003 году в очередной раз была переизбрана на должность заведующей кафедрой. В период своей деятельности, как заведующая кафедрой, способствовала организации и совершенствованию учебного процесса с подготовкой рабочих программ для студентов, субординаторов, магистров, клинических ординаторов по клинической эндокринологии, составлению ситуационных задач, полупрограммированного контроля, внедрению участия студентов в



процесс обучения больных самоконтролю сахарного диабета, тиреоиде, обсуждению методических документов, Национальных программ, законов, посвящённых борьбе с наиболее распространёнными эндокринными заболеваниями.

Профессор Ш.С. Анварова читает лекции студентам, курсантам циклов УСО, аспирантам, клиническим ординаторам на высоком учебно-методическом уровне. Ей характерна доступность и ясность изложения материала с постоянным включением элементов новизны. Научные исследования сотрудников кафедры были посвящены наиболее актуальным проблемам клинической эндокринологии, имеющих важное значение для здравоохранения республики. Были изучены актуальные проблемы сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы в Таджикистане.

В настоящее время под руководством профессора Ш.С. Анваровой разрабатываются актуальные проблемы остеопороза и метаболического синдрома при эндокринных заболеваниях, совершенствуются вопросы профилактики осложнений сахарного диабета и патологии надпочечников.

Ш.С. Анварова является автором более 270 печатных работ, учебника по клинической эндокринологии на государственном языке, 3 монографий, 20 учебных пособий и методических разработок, 10 рационализаторских предложений. Под руководством профессора Ш.С. Анваровой подготовлено 9 кандидатов и 1 доктор наук. В настоящее время выполняются 2 кандидатские диссертации.

Ш.С. Анварова – высококвалифицированный педагог и эндокринолог высшей категории. Будучи в течение многих лет главным эндокринологом Минздрава РТ уделяла должное внимание развитию эндокринологической службы в стране, способствовала реорганизации данной службы с созданием республиканского, городского и областных эндокринологических центров.

Профессор Ш.С. Анварова явилась одним из инициаторов подготовки и последующей реализации Национальных программ по борьбе с йоддефицитными заболеваниями и сахарным диабетом в РТ, пионером в постановке вопроса обучения самоконтролю больных с сахарным диабетом.

Она принимает участие в организации и проведении республиканских и городских конференций эндокринологов, посвящённых актуальным вопросам сахарного диабета и его осложнений, патологии щитовидной железы и др.

Ш.С. Анварова активно участвует в общественной жизни системы здравоохранения, наряду с обязанностями внештатного специалиста Минздрава по эндокринологии, является членом диссертационного совета ТГМУ, межведомственной проблемной комиссии по терапевтическим дисциплинам, редакционного совета журнала «Здравоохранение Таджикистана», председателем Республиканской ассоциации диабетологов-эндокринологов.

За заслуги в области здравоохранения профессору Ш.С. Анваровой присвоено почётное звание «Заслуженный деятель науки и техники РТ», а также она награждена нагрудным знаком «Отличник здравоохранения РТ» и почётными грамотами.

Отличительными чертами характера Ш.С. Анваровой являются её скромность, отзывчивость, благородство и дружелюбное отношение к людям. Её многочисленные ученики успешно работают во всех регионах нашей республики и за её пределами.

Поздравляем Шакарджон Саидоровну с юбилеем и желаем крепкого здоровья, новых творческих успехов и свершений в её многогранной деятельности!

*Коллектив кафедры эндокринологии ТГМУ
им. Абуали ибни Сино,
Ассоциация диабетологов-эндокринологов РТ*

ОТ РЕДАКЦИИ

Ректорат ТГМУ им. Абуали ибни Сино и коллектив редакции научно-медицинского журнала «Вестник Авиценны» («Паёми Сино») искренне и с особой теплотой поздравляют профессора Ш.С. Анварову с юбилейным днём рождения и желают ей доброго здоровья и всех земных благ. Ваш жизненный и профессиональный путь является образцом самоотверженного служения своему народу и отечеству.



Правила приёма статей

При направлении статьи в редакцию журнала «Вестник Авиценны» («Паёми Сино») автору необходимо строго соблюдать следующие ПРАВИЛА:

1. Статья должна быть набрана на компьютере с использованием программы MS Word 2007; шрифтом 12 Times New Roman, через 1,5 интервала и распечатана в двух экземплярах на одной стороне листа с обязательным представлением электронной версии статьи на компакт-диске (CD).
2. В начале указываются название статьи, инициалы и фамилия автора, юридическое название учреждения. Если количество авторов больше 5, то необходимо указать доленое участие каждого из них в данной статье.
3. **Оригинальная статья** должна включать следующие разделы: реферат (резюме), ключевые слова (от 2 до 5 слов), актуальность (объёмом не более 1/2 страницы) или введение, цель, материал и методы, результаты и их обсуждение, выводы, список литературы, адрес для корреспонденции. Её объём не должен превышать 5-8 страниц. Реферат (резюме) должен отражать в сжатой форме содержание статьи. Также необходимо предоставить резюме и ключевые слова на английском языке.
4. Все формулы должны быть тщательно выверены. При наличии большого количества цифровых данных, они должны быть сведены в таблице.
5. Иллюстрации должны быть чёткими, конкретными, с обязательным пояснением и нумерационным (буквенным или цифровым) обозначением в подрисуночных подписях.
6. Список литературы для оригинальных статей должен включать не более 20 названий. Нумерация источников литературы определяется порядком их цитирования в тексте. За правильность данных ответственность несут только авторы.
7. Адрес для корреспонденции включает: место работы и должность автора, адрес, контактный телефон и электронную почту.
8. **Обзорная статья** должна быть написана ёмко, ясно и конкретно. Литературная справка должна содержать сведения, относящиеся только к обсуждаемому вопросу. Её объём не должен превышать 12 страниц.
9. Библиографические ссылки для обзорных статей необходимо оформлять в соответствии с правилами ГОСТа 7.1-2003 и должны включать не более 50 названий. В тексте они должны указываться цифрами в квадратных скобках.
10. **Статьи, посвящённые описанию клинических наблюдений** не должны превышать 5 страниц и не более 10 ссылок. Клиническое наблюдение - небольшое оригинальное исследование или интересный случай из практики.
11. Следует соблюдать правописание, принятое в журнале, в частности, обязательное обозначение буквы «ё» в необходимых местах текста.
12. Рецензии на статьи будут оцениваться по карте рецензии рукописи. Рецензент несёт ответственность за рецензируемую работу.
13. Статья должна быть заверена руководителем учреждения или кафедры и иметь направление научной части ТГМУ.
14. В одном номере журнала может быть опубликовано не более 2-х работ одного автора.
15. Плата с аспирантов за публикацию рукописей не взимается.
16. Ранее опубликованные в других изданиях статьи не принимаются.
17. Редакция оставляет за собой право на рецензирование и редактирование статьи.

Статью следует направлять по адресу: 734025, Республика Таджикистан,
г. Душанбе, пр. Рудаки - 139, ТГМУ имени Абуали ибни Сино, главный корпус,
редакция журнала «Вестник Авиценны» («Паёми Сино»)

Сдано в печать 28.09.2013 г. Подписано к печати 25.09.2013 г.
Печать офсетная. Бумага офсетная. Формат 60x84 1/8. 9,75 печатный лист
Заказ №76. Тираж 300 экз.

Отпечатано в типографии ООО «Континент.tj»
г. Душанбе, ул. Дехлави - 24