

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.

Муҳаррири масъул
Р.А. ТУРСУНОВ

А.Б. Бобоев - д.и.т., проф. (беҳдошт)
М.Ф. Додхоева - акад. АИТ ВТ ҶТ,
д.и.т., проф. (момопизишкӣ)
П.Т. Зоиров - узви вобастаи АИ ҶТ,
д.и.т., проф. (бемориҳои пӯст)
К.И. Исмоилов - д.и.т., проф. (кӯдакпизишкӣ)
Э.Р. Раҳмонов - д.и.т., проф. (сироятшиносӣ)
Ҳ.Қ. Рофиев - д.и.т., проф. (вогиршиносӣ)
С.С. Субҳонов - н.и.т., дотсент
(дандонпизишкӣ)
Н.Ҳ. Ҳамидов - узви вобастаи АИ ҶТ,
д.и.т., проф. (иплация)

ШҶҶҶҶ ТАҲРИРИЯ

Л.А. Бокерия - академики АИР ва АИТ ФР
(Москва, Россия)
М.И. Давидов – академики АИР ва АИТ ФР
(Москва, Россия)
В.И. Покровский – академики АИТ ФР
(Москва, Россия)
Ю.И. Пиголкин – узви вобастаи АИТ ФР
(Москва, Россия)
И.Е. Чазова – узви вобастаи АИТ ФР
(Москва, Россия)
С.Х. Ал-Шукри – д.и.т., профессор
(Санкт-Петербург, Россия)
М. Миршохӣ – профессор
(Париж, Франция)
П. Урсу – д.и.т. (Молдавия)
А.Т. Амирасланов – академики АИТ РФ ва АМИА
(Боку, ОзарбойҶон)
К.М. Қурбоннов – академики АИТ ВТ ҶТ
(Душанбе)
Н.Ф. Файзуллоев – академики АИТ ВТ ҶТ
(Душанбе)
Д.З. Зиқиряхочаев – д.и.т., профессор
(Душанбе)
Н.М. Шаропова – д.и.т., профессор
(Душанбе)

МУАССИС:

Донишгоҳи давлатии тиббии
Тоҷикистон ба номи
Абӯалӣ ибни Сино



ПАЁМИ СИНО

Нашрияи
Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон
ба номи Абӯалӣ ибни Сино

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

№2(59)/2014

Мувофиқи қарори Раёсати Комиссияи олии
аттестатсионии (КОА) Вазорати маориф ва илми
Федератсияи Россия маҷаллаи “Паёми Сино”
 (“Вестник Авиценны”) ба Феҳристи маҷаллаву
нашрияҳои илмӣ тақризӣ, ки КОА барои
интишори натиҷаҳои асосии илмӣ рисолаҳои
номзадӣ ва докторӣ тавсия медиҳад,
дохил карда шудааст
(аз 23 майи с.2003 таҳти рақами 22/17
ва тақроран 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

Сӯроғаи 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.vestnik-avicenna.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

А.Б. Бабаев - д.м.н., проф. (гигиена)
М.Ф. Додхоева - акад. АМН МЗ РТ, д.м.н., проф.
(гинекология)
П.Т. Зоиров - чл.-корр. АН РТ, д.м.н., проф.
(кожные болезни)
К.И. Исмоилов - д.м.н., проф. (педиатрия)
Х.К. Рафиев - д.м.н., проф. (эпидемиология)
Э.Р. Рахмонов - д.м.н., проф. (инфектология)
С.С. Субхонов - к.м.н., доцент
(стоматология)
Н.Х. Хамидов - чл.-корр. АН РТ, д.м.н., проф.
(терапия)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Л.А. Бокерия – академик РАН и РАМН
(Москва, Россия)
М.И. Давыдов – академик РАН и РАМН
(Москва, Россия)
В.И. Покровский – академик РАМН
(Москва, Россия)
Ю.И. Пиголкин – член-корр. РАМН
(Москва, Россия)
И.Е. Чазова – член-корр. РАМН
(Москва, Россия)
С.Х. Аль-Шукри – д.м.н., профессор
(Санкт-Петербург, Россия)
М. Миршохи – профессор
(Париж, Франция)
П. Урсу – д.м.н. (Молдова)
А.Т. Амирасланов – академик РАМН и НАНА
(Баку, Азербайджан)
К.М. Курбонов – академик АМН МЗ РТ
(Душанбе)
Н.Ф. Файзуллоев – академик АМН МЗ РТ
(Душанбе)
Д.З. Зикирходжаев – д.м.н., профессор
(Душанбе)
Н.М. Шарапова – д.м.н., профессор
(Душанбе)

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.

№2(59)/2014

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.vestnik-avicenna.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

ПЕРЕДОВАЯ

- Курбанов У.А., Ишанкулова Б.А.**
Некоторые аспекты развития фундаментальной медицины в Таджикистане 7

ХИРУРГИЯ

- Курбанов У.А., Давлатов А.А., Джанобилова С.М., Джононов Дж.Д.**
Оптимизация хирургического лечения эхинококкоза печени 13
- Гаибов А.Д., Садриев О.Н., Анварова Ш.С., Камолов А.Н.**
Диагностика и хирургическое лечение синдрома Иценко-Кушинга 18
- Яблонский П.К., Мосин И.В., Сангинов А.Б., Мосина Н.В., Чаусов А.В.**
Оментопластика как метод профилактики и лечения несостоятельности культи
правого главного бронха и трахеобронхиального (трахеотрахеального) анастомоза 25
- Ахмедов С.М., Сафаров Б.Дж., Саидмуродов А.С., Табаров З.В.**
Обширные резекции печени при местнораспространённом раке 30
- Ломтев Н.Г., Юлдошев Р.З.**
Гипофизарно-надпочечниковые функции после тотальной гастрэктомии 36
- Сопуев А.А., Сыдыков Н.Ж., Абдиев А.Ш., Успеев Р.К.**
Особенности экстренной хирургической помощи больным пожилого
и старческого возраста при раке ободочной кишки 40
- Курбанов К.М., Махмадов Ф.И., Гаюров У.Х., Назирбоев К.Р., Гафурова Ш.А.**
Комплексная антибактериальная терапия острого гнойного холангита 45
- Гаджиев Н.К., Васильев А.Г., Тагиров Н.С., Мусаев С.А.**
Метод расчёта риска формирования двустороннего нефролитиаза 50
- Мухаммадзода Р., Гульмурадов Т.Г.**
Комплексное лечение больных с синдромом Маллори-Вейсса 56
- Кадыров З.А., Одилов А.Ю., Багдасарян А.А., Колмаков А.С.**
Ближайшие осложнения после видеоэндоскопических методов нефрэктомии
при доброкачественных заболеваниях почек 62
- Абдуллоев Д.А., Юсупова Ш., Бегаков У.М., Набиев М.Х., Саидов К.М.**
Дифференцированное лечение синдрома диабетической стопы,
осложнённого гнойно-некротическими процессами 69
- Сангов Б.Ч., Зоиров П.Т., Солихов Д.Н., Мاستулов А.Ш., Шамбезода Р.Г.**
Особенности иммунологических расстройств при хроническом урогенитальном хламидиозе 74
- Каробекова Д.А., Рахматулоева Ш.Х., Сафаров Ч.Б.**
Хирургическое лечение больных с миомой матки 79
- Юлдошева М.У., Давлатова М.Ф.**
Частота и структура гинекологических заболеваний у женщин, перенёвших
кесарево сечение в анамнезе 84



ТЕРАПИЯ

- Шукурова С.М., Каримова Г.Н., Хамроева З.Д., Ахунова М.Ф.**
Факторы кардиометаболического риска у больных с остеоартрозом 88
- Мустафакулова Н.И., Ахмедова Д.С., Меликова Т.И.**
Анализ частоты встречаемости и факторов риска внебольничной пневмонии
у военнослужащих в Республике Таджикистан 93
- Гусейнова З.К., Тайжанова Д.Ж., Тауешева З.Б.**
Оценка эффективности телмисартана у больных с артериальной гипертензией
и метаболическим синдромом 98
- Хамидов Н.Х., Воронецкая К.Р., Рахмонов Э.Р., Турсунов Р.А.**
Состояние вегетативной нервной системы у больных с ВИЧ-инфекцией 102
- Диева Т.В.**
Новые перспективные методические подходы к совершенствованию
системы учёта труда врачей на стоматологическом ортопедическом приёме 106
- Турсунов Р.А.**
Современное эпидемиологическое состояние проблемы ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан 110
- Исмаилов К.И., Мухаммаднабиева Ф.А.**
Клинико-иммунологические особенности течения идиопатической
тромбоцитопенической пурпуры у детей 117

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

- Сироджиддинова У.Ю., Укуматшоева Л.Ш., Пиров К., Шарипов Б.П.**
Сложный диагностический случай туберкулёза 123

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

- Москвичева М.Г., Шишкин Е.В.**
Организация помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях за рубежом 126

АВИЦЕННОВЕДЕНИЕ

- Ишанкулова Б.А.**
Вклад Абуали ибни Сино в развитие фармакологии 131

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

- Джафарли Р.Э.**
Изменения индекса резистентности общей печёночной артерии
при лечении цирроза печени аутологическими стволовыми клетками 135

МЕТОДИКА ПРЕПОДАВАНИЯ

- Дорохов Е.В., Шукуров Ф.А., Семилетова В.А., Яковлев В.Н., Горбатенко Н.П.**
Перспективы использования активных методов обучения
на кафедре нормальной физиологии медицинского вуза 140

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

- Профессору Д.З. Зикийраходжаеву – 65 лет** 145

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

- Правила приёма статей** 148



CONTENTS

FRONTLINE

- Kurbanov U.A., Ishankulova B.A.**
Some aspects of fundamental medicine development in Tajikistan 7

SURGERY

- Kurbanov U.A., Davlatov A.A., Janobilova S.M., Jononov J.D.**
Optimization of surgical treatment of hepatic echinococcosis 13
- Gaibov A.D., Sadriev O.N., Anvarova S.S., Kamolov A.N.**
Diagnosis and surgical treatment of Cushing syndrome 18
- Yablonsky P.K., Mosin I.V., Sanginov A.B., Mosina N.V., Chausov A.V.**
Omentoplasty as a method for prevention and treatment of failure
of the right main bronchial stump and trachea-bronchial (trahea-traheal) anastomosis 25
- Akhmedov S.M., Safarov B.J., Saidmurodov A.S., Tabarov Z.V.**
Extensive liver resection in locally advanced cancer 30
- Lomtev N.G., Yuldoshev R.Z.**
Pituitary-adrenal activity after total gastrectomy 36
- Sopuev A.A., Sidikov N.J., Abdiev A.Sh., Uspeev R.K.**
Features of emergency surgery to patients of elderly and senile ages with colon cancer 40
- Kurbonov K.M., Makhmadov F.I., Gayurov U.Kh., Nazirboev K.R., Gafurova Sh.**
Combined antibacterial therapy of acute purulent cholangitis 45
- Gadjiev N.K., Vasilyev A.G., Tagirov N.S., Musaev S.A.**
Predicting method for risk forming of bilateral nephrolithiasis 50
- Muhammadzoda R., Gulmuradov T.G.**
Complex treatment of patients with Mallory-Weiss syndrome 56
- Kadyrov Z.A., Odilov A.Y., Bagdasaryan A.A., Kolmakov A.S.**
Immediate complications after video-endoscopic methods of nephrectomy in benign renal diseases 62
- Abdulloev D.A., Yusupova Sh., Begakov, U.M. Nabiyev M.H., Saidov K.M.**
Differentiated treatment of diabetic foot syndrome, complicated by purulent-necrotic processes 69
- Sangov B.Ch., Zoyirov D.C., Solihov D.N., Mastulov A.Sh., Shambezoda R.G.**
Features of immunological disorders in chronic urogenital chlamydiosis 74
- Karobekova D.A., Rahmatuloeva Sh.Kh., Safarov Ch.B.**
Surgical treatment of patients with uterine myoma 79
- Yuldosheva M.U., Davlatova M.F.**
Frequency and structure of gynecological diseases women with cesarean history 84



THERAPY

Shukurova S.M., Karimova G.N., Hamroyeva Z.D., Akhunova M.F. Cardiometabolic risk factors in patients with osteoarthritis	88
Mustafakulova N.I., Akhmedova D.S., Melikova T.I. Analysis frequency of occurrence and risk factors for community-acquired pneumonia in military in Tajikistan	93
Guseinova Z.K., Taijanova D.Z., Tauesheva Z.B. Effectiveness evaluation of telmisartan in patients with hypertension and metabolic syndrome	98
Khamidov N.H., Voronetskaya K.R., Rakhmonov E.R., Tursunov R.A. State of the vegetative nervous system in patients with HIV infection	102
Dyieva T.V. New promising approaches for improving the accounting system of dentist's job evaluation on the orthopedic seeing	106
Tursunov R.A. Modern epidemiological state of HIV infection in Tajikistan	110
Ismailov K.I., Muhammadnabieva F.A. Clinical and immunological features of idiopathic thrombocytopenic purpura course in children	117

CLINICAL OBSERVATIONS

Sirojiddinova U.Yu., Ukumatshoeva L.Sh., Pirov K., Sharipov B.P. Difficult diagnostic cases of tuberculosis	123
---	-----

LITERATURE REVIEW

Moskvicheva M.G., Shishkin E.V. Organization of emergency relief to victims of road accidents abroad	126
--	-----

AVICENNA SCIENCE STUDIES

Ishankulova B.A. Abuali ibni Sino contribution in development of pharmacology	131
---	-----

EXPERIMENTAL MEDICINE

Jafarli R.E. Changes of index resistance of common hepatic artery in treatment of liver cirrhosis by autologous stem cell	135
--	-----

METHODOLOGY OF TEACHING

Dorokhov E.V., Shukurov F.A., Semiletova V.A., Yakovlev V.N., Gorbatenko N.P. Prospects of application of active learning methods in chair of normal physiology in medical university	140
---	-----

ANNIVERSARIES

Professor D.Z. Zikiryahojaev – 65 years	145
--	-----

INFORMATION FOR AUTHORS

Rules of admission papers	148
--	-----

Некоторые аспекты развития фундаментальной медицины в Таджикистане

У.А. Курбанов, Б.А. Ишанкулова

Таджикский государственный медицинский университет им.Абуали ибни Сино

В данной работе авторами показаны важнейшие этапы развития и успехи фундаментальной медицинской науки в Таджикистане.

Наиболее значимыми достижениями фундаментальной медицинской науки являются: изучение вопросов особенностей течения воспаления, нарушения микроциркуляции, аллергии и регенерации в условиях высокогорья; впервые проведены молекулярно-генетические исследования ряда распространённых бактерий и вирусов – брюшного тифа, хеликобактер пилори, вирусов гепатита В, С и ВИЧ в Таджикистане; конкретизированы сроки адаптации человека к действию стресса, определены виды адаптации; предложены рекомендации по санитарно-гигиеническому улучшению условий труда рабочих Таджикского алюминиевого завода; разработка новых лекарственных препаратов на основе растительного сырья и химического синтеза.

Ключевые слова: фундаментальная медицина, воспаление, высокогорье, адаптация, молекулярно-генетические методы, лекарственные препараты

Ещё 1000 лет назад великий сын таджикского народа Абуали ибни Сино в своём величайшем творении человечества «Канон врачебной науки» указал, что без знаний анатомии и физиологии, т.е. основ теоретической медицины, немислимо развитие искусства врачевания [1].

Медицина с самого начала своего существования, в большей степени, опиралась на результаты практического характера. Как известно, в древности врачи собирали факты, наблюдая больных. Следующим шагом для врачевания было экспериментальное лечение, как на животных, так и на людях. Методом проб и ошибок оттачивалось искусство врачевания, без наличия какой-либо общей теории медицины. При этом попытки создать общую медицинскую теорию предпринимались такими учёными-энциклопедистами, как Гиппократ, Сушрута, Абуали ибни Сино, Диоскорид [2].

В своих заветах С.П.Боткин ярко представлял деятельность врача, которому присущ аналитический подход к диагнозу и лечению при чётком представлении этиологии, механизма заболевания и возможности различных методов лечения.

Нельзя забывать и изречение И.П.Павлова: «Только пройдя через огонь эксперимента, вся медицина станет тем, чем быть должна, т.е. сознательной, а,

следовательно, всегда и вполне целесообразно действующей». Это свидетельство значимости фундаментальных исследований медицины и глубоких клинических наблюдений. В литературе приводится огромное число примеров создания инноваций, новых методов диагностики и лечения в связи с разработкой как объёмных клинических исследований, так и фундаментальных работ [3].

Действительно, история развития клинической медицины, прежде всего, связана с успехами в изучении основ теоретической медицинской науки – анатомии, физиологии, биохимии, иммунологии, генетики и патологии. Бурное развитие этих разделов фундаментальной медицинской науки началось в XIX-XX веках – ознаменовался величайшими открытиями в различных областях – микробиологии, иммунологии, биохимии, генетики и генной инженерии, которые позволили не только приостановить распространение многих инфекционных и неинфекционных заболеваний, но и разработать эффективные методы их диагностики и лечения. Глубокие исследования в области молекулярной биологии и генетики повлияли на открытие многих эндогенных лигандов в организме, выделение отдельных рецепторов, в том числе пресинаптических, и связывание веществ с рецепторами. Исследование функций ионных каналов, успехи клеточной и генной инженерии – всё это сыграло решающую роль в определе-



нии наиболее перспективных направлений и путей разработки новых лекарственных средств.

В настоящее время, методом генной инженерии получены все 3 разновидности интерферона человека: α (лейкоцитарный), β (фибробластный) и γ (иммунный интерферон, продуцируемый в основном Т-лимфоцитами). Препараты α -интерферонов – «Роферон-А», «Интрон-А» (и др.) являются на данном этапе одними из самых активных противовирусных препаратов. Разработан препарат конъюгата интерферона α -2a с полиэтиленгликолем – «Пегасис» для лечения больных хроническим гепатитом С без цирроза или с компенсированным циррозом у взрослых [4].

В развитии фундаментальной медицинской науки Таджикистана большую роль сыграло открытие НИИ эпидемиологии и гигиены (1931г.) (ныне НИИ профилактической медицины МЗСЗ РТ) и Таджикского государственного медицинского института (ныне ТГМУ) им. Абуали ибни Сино (1939г.). Естественно, основные направления научных исследований в Таджикистане были посвящены изучению инфекционных и паразитарных заболеваний, так как они были широко распространены в республике. Глубокие научные исследования позволили в очень короткий период не только приостановить, но и искоренить многие из этих заболеваний в нашей стране [5].

Невозможно в одной статье описать подробно успехи фундаментальной медицинской науки в Таджикистане в историческом плане. Но нельзя не назвать имена выдающихся учёных, которые внесли весомый вклад в развитие фундаментальных

наук в Таджикистане. С гордостью можно назвать среди них академика Е.Н.Павловского, профессоров – А.И.Щуренкову, Я.А.Рахимова, Г.Л.Медника, Е.П.Смоличева, К.Ю.Ахмедова, Ф.Х.Шарипова, М.И.Орзуева и многих других [5,6].

Если вкратце остановиться на важнейших достижениях фундаментальной медицинской науки в республике, то их можно разделить на ряд проблем:

- 1) микроциркуляция и воспаление; 2) регенерация органов и тканей; 3) адаптация и стресс; 4) иммунопатология; 5) экология; 6) молекулярно-генетические исследования бактериальных и вирусных инфекций; 7) создание новых лекарственных препаратов [7].

Серьёзные исследования выполнялись в разные годы по проблемам микроциркуляции и воспаления в условиях долины и высокогорья анатомами, физиологами и патофизиологами ТГМУ им. Абуали ибни Сино совместно с сотрудниками лаборатории высокогорья АН Республики Таджикистан. Эти исследования проводились в 60-90-е годы под руководством профессоров Я.А.Рахимова, Л.Е.Этингена, Ф.А.Абдурахманова, В.Ш.Белкина, Е.П.Смоличева [7,8]. В настоящее время работы своих учителей продолжают профессора С.Курбанов, Ф.А.Шукуров, М.С.Табаров [9-11]. В частности ими уточнены особенности строения сосудистой и лимфатической системы в различных органах и тканях у животных и человека в норме и при воздействии различных экстремальных факторов (высокогорье, холод, термические и токсические агенты, высокое магнитное поле, вазоактивные вещества и др.) (схема 1).

СХЕМА 1



Доказана закономерность локализации лимфоидных и железистых структур в различных отделах желудочно-кишечного тракта, что имеет важное значение для уточнения характера метастазирования злокачественных опухолей [9].

Важные исследования осуществлены по проблеме регенерации органов и тканей, как в условиях долины, так и высокогорья. В частности, показано, что в условиях высокогорья значительно снижается митотическая активность клеток разных отделов нефрона почки крыс при частичной резекции или односторонней нефрэктомии. Представлены доказательства об универсальных механизмах размножения и гипертрофии клеток нефрона у представителей класса амфибий – озёрной лягушки и белых крыс. Именно эти данные крайне необходимы при проведении различных оперативных вмешательств в почках, как в условиях долины, так и в условиях высокогорья. Доказана регенерация кожных ран под влиянием лазерных лучей.

Особым достижением теоретической медицинской науки следует считать возможность применения стволовых клеток как биотехнологического материала для регенерации клеток различных органов (схема 1). Эти экспериментально-клинические работы успешно проводятся исследователями ЦНИЛ и лаборатории стволовых клеток ТГМУ им. Абуали ибни Сино совместно с сотрудниками медицинского факультета Парижского университета [12].

Стволовые клетки уже широко используются для лечения больных с ишемической болезнью сердца, циррозами печени и др. (схема 2).

Проведены экспериментально-клинические исследования консервирования алло-колотрансплантатов в слабых растворах альдегидов в сочетании с флавоноидами для замещения дефектов желудка и кишечника, а также использования декарлаци-

нированных ксенокостей, содержащихся в смеси антибиотиков с флавоноидами для краниопластики. Эти результаты могут быть широко использованы в трансплантологии, которая уже активно начинает развиваться в нашей республике [7].

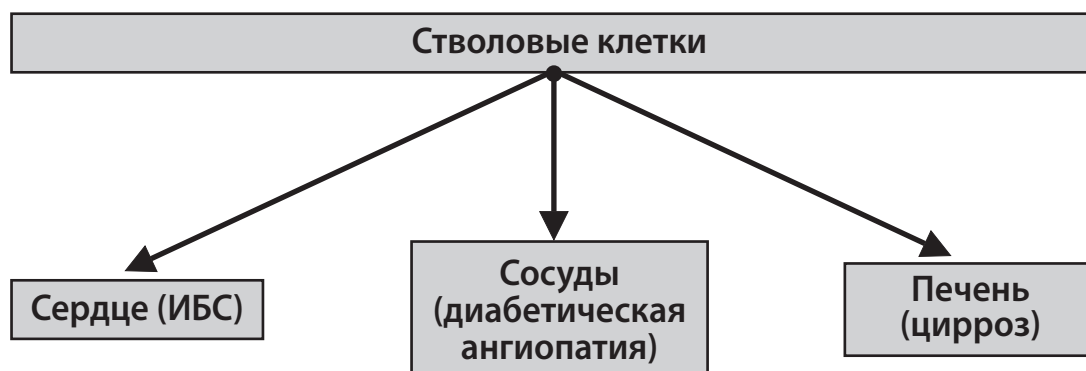
Разрабатываются морфологические критерии прижизненной и посмертной дифференциальной диагностики ожоговой травмы, которые крайне важны для судебно-медицинской экспертизы, так как суициды типа самосожжения не потеряли своего значения в нашей стране [13].

Многочисленные исследования выполнены в области физиологических аспектов индивидуальных возможностей адаптации человека к высокогорью. В настоящее время физиологи работают над проблемой состояния здоровья студентов в процессе учёбы и путей повышения функциональных резервов организма. Сравнительный анализ психического и вегетативного статусов студентов позволил конкретизировать сроки адаптации человека к действию стресса, определить вид адаптации. Установлено 4 типа корреляционных ритмограмм (КРГ), динамика изменений которых помогает оценить степень активности симпато-адреналовой системы, определить адаптационные возможности организма и своевременно диагностировать явления дезадаптации к действию стресса [10].

Изучена динамика иммунных реакций в условиях долины и высокогорья в эксперименте и у больных бронхиальной астмой. Результаты исследований доказана эффективность лечения больных бронхиальной астмой в условиях горного климата.

Не менее важными являются последние исследования по изучению иммунного статуса у больных, страдающих наркоманией. Показано, что наркомания приводит к снижению как гуморального, так и клеточного иммунитета, особенно к дисбалансу

СХЕМА 2





Т-хелперов и Т-супрессоров, которые тесно связаны не только с видом используемого наркотического средства, но также с длительностью его приёма. Изучались неспецифические факторы иммунной системы при эмоциональном напряжении. Результаты исследований показали снижение функции Т-клеточного звена иммунитета при эмоционально-стрессовых ситуациях [13].

Впервые проводятся исследования генетической гетерогенности среди молодых людей из различных климато-географических зон Республики Таджикистан. На основании изучения морфо-биохимических показателей крови, группы крови, резус-фактора, дактилокарт и антропометрических параметров установлена генетическая гетерогенность таджикской популяции.

Сложившаяся в республике эпидемическая ситуация по острым кишечным инфекциям (ОКИ), брюшному тифу, гепатитам, малярии и другим инфекциям поставила перед учеными серьёзные задачи. Специалистами выяснены особенности распространения этих инфекций, возможные пути заражения. Проведён тщательный эпидемиологический анализ заболеваемости кишечными инфекциями и установлена количественная зависимость между санитарно-гигиеническими условиями и заболеваемостью [7].

Проведён сравнительный молекулярно-генетический анализ хромосом ДНК возбудителей брюшного тифа и разработан ускоренный молекулярно-генетический способ диагностики тифо-паратифозных и сальмонеллёзных заболеваний.

Предложены новые молекулярно-генетические методы диагностики различных штаммов брюшного тифа, вирусов гепатита В и С с целью разработки эффективных способов их профилактики и лечения. В рамках Программы инновационного развития в Республике Таджикистан выполняется тема «Микробиологический и молекулярно-генетический мониторинг полирезистентных штаммов микобактерий и иммуногенетика туберкулёза в Таджикистане». Методом полимеразной цепной реакции была исследована молекулярно-генетическая характеристика возбудителя туберкулёза – *Micobacterium tuberculosis*, циркулирующего в республике, и хеликобактер пилори. Молекулярно-генетическому анализу были подвергнуты 9 штаммов возбудителя туберкулёза. Разработанный метод молекулярно-генетического типирования возбудителя туберкулёза позволит проводить качественную эпидемиологическую диагностику туберкулёза и эффективные профилактические мероприятия [6].

Многие годы проводятся комплексные исследования по воздействию вредных факторов Таджикского алюминиевого завода на организм рабочих и

лиц, проживающих за санитарно-защитной зоной. Разработаны профилактические мероприятия по предотвращению вредного воздействия химических (фосфорорганических и сернистых) соединений и физических факторов (магнитное поле) на организм человека. Предложены рекомендации по санитарно-гигиеническому улучшению условий труда рабочих и профилактике поражения окружающего населения [14].

Выполнен ряд работ по изучению природных ресурсов Таджикистана, на основе которых разрабатываются эффективные лекарственные препараты. Проведено химико-фармакологическое изучение травы термописа длинноплодного и плодов облепихи. Изучены бентонитовые глины Таджикистана, которые используются в фармацевтической промышленности для создания лекарств и в качестве адсорбентов. Разработан способ обезвоживания мумий и технология приготовления из него лекарственных форм в виде капсул, мази. Путём химического синтеза разработан противоэпилептический препарат «Карботин» [15]. Изучены антиоксидантные и антистрессорные свойства альфа-токоферола в условиях гипо- и гипертермии. На основе полимеров создан новый гемо- и энтеросорбент. Изучены и внедрены иммунностимуляторы тимоцин и тимогар. Это первые эффективные синтетические лекарственные препараты в Таджикистане, которые уже применяются в практической медицине.

Разработан ряд фитопрепаратов на основе эфирных масел – гераниевого, лавандового, кориандрового, лаврового. Всесторонне изучены листья винограда культурного, трава душицы, мелиссы, корень герани, солодки, плоды софоры и на их основе созданы антидиабетические сборы: «Юнибет», «Фитобет», «Маранкхуч», «Чорбарг». Также разработаны сокогонные фитопрепараты из незрелых плодов винограда культурного для улучшения процессов пищеварения – жидкий экстракт «Гура-об» и сухой экстракт «Хушгура». Изучается седативное, гипотензивное и отхаркивающее действие сбора «Чордору» [16].

Несомненно, для плодотворного развития любой науки, в том числе фундаментальной медицинской, необходимы соответствующие экспериментальные базы, оснащённые современным оборудованием и химическими реактивами; достаточное количество высококвалифицированных научных кадров и др. [17].

Таким образом, развитие фундаментальной медицинской науки может стать мощным стимулом для прогресса практической медицины. Перед медицинской наукой XXI века в нашей республике стоит много приоритетных направлений и задач, среди которых важными являются: развитие генной инженерии, позволяющей корректировать генетические дефекты;



изучение молекулярных механизмов развития аллергии и воспаления, что поможет победить целый класс аутоиммунных заболеваний и аллергических состояний; разработка способов выращивания органов с заданными генетическими и иммунологическими свойствами для развития трансплантологии; создание новых эффективных лекарственных препаратов на основе природных ресурсов и другие важные проблемы современной медицины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абуали ибни Сино «Канон врачебной науки». Кн. 1. Ташкент. Изд. АН УзССР / Абуали ибни Сино. – 1956, 820 стр.
2. Курбанов У.А. Современная медицина: теоретико-практические аспекты и перспективы / У.А.Курбанов. Сборник статей 60-й годичн. науч.-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с межд. участием, посвящ. 80-летию. член-корр. РАМН, проф. Ю.Б.Исхаки. – Душанбе. – 2012. – С. 3-4
3. Чазов Е.И. Фундаментальная медицина как основа инноваций в медицинской практике / Е.И.Чазов. В журн. «Терапевтический архив». – М., – 2013. – №8. – С. 6-7
4. Харкевич Д.А. Фармакология / Д.А.Харкевич. Учебник. М.:ГЭОТАР-Медиа. – 2009. – 736 с.
5. Одинаев Ф.И. Основные этапы и итоги научной деятельности НИИ профилактической медицины Таджикистана / Ф.И.Одинаев. Материалы Респ. науч.-практ. конф., посвящённой 10-летию независимости РТ, 70-летию образования НИИ профилактической медицины. – Душанбе. – 2001. – С.4-35.
6. Сатторов С.С. 80 лет Таджикскому НИИ профилактической медицины МЗ РТ / С.С.Саторов. – Душанбе. – 2011. – 120 с.
7. Рофиев Х.К. История деятельности Таджикского государственного медицинского университета / Х.К.Рофиев, П.Т.Зоиров, Н.Ф.Файзуллоев, Ф.А.Шукуров, М.Я.Расулов. Материалы истории и научно-педагогической деятельности кафедр, посвящённые 60-летию ТГМУ им.Абуали ибни Сино. – Душанбе. – 1999. – 601 с.
8. Белкин В.Ш. Морфология некоторых внутренних органов при воздействии общей вертикальной вибрации и высокогорья: дис.... д-ра мед. наук / В.Ш.Белкин. – Душанбе. – 1974. – 305 с.
9. Курбанов С.С. Морфологическая характеристика желёз ректо-сигмоидального отдела кишечника человека в постнатальном периоде: автореф. ... дис. д-ра мед. наук / С.С.Курбанов. – М. – 2002. – 35 с.
10. Шукуров Ф.А. Соотношение психического и вегетативного состояния при эмоциональном стрессе. Сборник статей 60-й годичн. науч.-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с межд. участием, посвящ. 80-летию. член-корр. РАМН, проф. Ю.Б.Исхаки / Ф.А.Шукуров. – Душанбе. – 2012. – С. 112-114.
11. Табаров М.С. Особенности реакций органов артерий и вен на гуморальные стимулы при сочетанном действии на организм гипоксии и гипотермии: дис.... д-ра мед. наук / М.С.Табаров. – С-Пб. – 2003. – 312 с.
12. Краткий отчёт о деятельности Академии медицинских наук МЗ РТ в 2012. – Душанбе. – 2013. – 285 с.
13. Наука Таджикского государственного медицинского университета им.Абуали ибни Сино, выпуск 51. – Душанбе. – 2004. – 10 с.
14. Бабаев А.Б. Гигиеническая оценка условий труда о состоянии здоровья работников алюминиевого завода. Сборник статей 60-й годичн. науч.-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с межд. участием, посвящ. 80-летию. член-корр. РАМН, проф. Ю.Б.Исхаки. / А.Б.Бабаев, Л.Э.Одинаева, Д.Ю.Сергеев // – Душанбе. – 2012. – С. 73-74.
15. Хайдаров К.Х. Механизм действия облепихового масла на модели эксперим. воспаления / К.Х.Хайдаров, И.Ф.Рахимов, И.М.Рахимов, А.И.Гафуров// Доклады АН РТ. – 2003. – Т.46, №1-2. – С.67-70
16. Ишанкулова Б.А. Фармакологические свойства экстракта "Хушкгура". Сборник научных статей 61-ой годичной науч.-практ. конф. ТГМУ им.Абуали ибни Сино / Б.А.Ишанкулова, М.М.Эгамова, М.Х.Насруллоева // – Душанбе. – 2013. – С. 55-56
17. Курбанов У.А. О состоянии координации медицинских наук и задачи по её интенсификации / У.А. Курбанов. – Вестник Авиценны. – 2007. – №2. – С.9-16



Summary

Some aspects of fundamental medicine development in Tajikistan

U.A. Kurbanov, B.A. Ishankulova

Avicenna Tajik State Medical University

In this paper, the authors show the most important stages of development and advances in fundamental medical science in Tajikistan.

The most significant advances in fundamental medical science are: study the features of inflammation, microcirculation disorders, allergies and regeneration at high altitudes; for the first time ever molecular genetic studies of a number of common bacteria and viruses - typhoid, *Helicobacter pylori*, hepatitis B, C and HIV carried out in Tajikistan. In research were detailed the time of human adaptation to stress and identified the types of adaptation.

Recommendations on improving the sanitary-hygienic working conditions of Tajik aluminum factory labours was proposed. Development of new drugs based on herbal substances and chemical synthesis was offered.

Key words: fundamental medicine, inflammation, highlands, adaptation, molecular genetic techniques, drugs

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ишанкулова Бустон Астановна –
заведующая кафедрой фармакологии ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, ул. Л. Толстого, д. 12
E-mail: ishankulova@yahoo.com

Оптимизация хирургического лечения эхинококкоза печени

У.А. Курбанов, А.А. Давлатов, С.М. Джанобилова, Дж.Д. Джононов

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

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии МЗиСЗН РТ

Обобщён опыт хирургического лечения 96 больных с эхинококкозом печени, оперированных за последние 15 лет.

Диаметр кист составлял от 45 мм до 170 мм, а их объём от 135 куб. см до 510 куб. см. Всего у 96 больных было обнаружено 136 объёмных образований. У 80 (83,3%) больных отмечалась одиночная эхинококковая киста печени, у 16 (16,7%) – две и более кисты.

Срединная лапаротомия выполнена 35 (36,4%) больным, лапаротомный доступ в правом подреберье – 39 (40,7%), торакофрениколапаротомия – 22 (22,9%).

В 47 (49%) случаях остаточную полость ликвидировали путём капитонажа. В 8 (8,3%) случаях применяли оментопластику, в 36 (37,6%) – остаточную полость дренировали вакуум-дренажом.

Сравнение ближайших и отдалённых результатов, в зависимости от способа ликвидации остаточной полости, показало значительную эффективность дренирования полости активным вакуум-дренажом, которое позволило сократить длительность госпитализации и уменьшить послеоперационные осложнения.

Ключевые слова: хирургия эхинококкоза печени; гидатидозный эхинококк печени; ликвидация остаточной полости

Актуальность. Несмотря на совершенствование методов диагностики и постоянный поиск новых путей профилактики, число больных эхинококкозом продолжает расти, причём чаще среди лиц трудоспособного возраста, что приносит большой экономический ущерб государству. Как известно, эхинококкоз часто (от 54% до 85%) поражает печень, не проявляя особых клинических симптомов [1]. При этом паразитарная киста может расти в объёме и проявиться в виде осложнённых форм, что в свою очередь усложняет лечение и реабилитацию больных, а порой становится угрозой для жизни больных. Эти осложнения встречаются достаточно часто – по данным разных авторов от 15% до 52% [2,3]. Вместе с тем, основным и радикальным способом лечения эхинококковых кист печени является хирургический метод [4]. В этой связи, вопросы хирургического лечения эхинококковой болезни, остаются актуальными по сей день.

Целью настоящего сообщения является обобщение опыта хирургического лечения больных с эхинококкозом печени и оптимизация методов ликвидации остаточной полости.

Материал и методы. На базе кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ за последние 15 лет обследовано и прооперировано 96 больных с эхинококкозом печени. Возраст больных колебался от 13 до 55 лет, т.е. все больные были в молодом трудоспособном возрасте. Женщины болели чаще (n=60; 62,5%), чем мужчины (n=21; 37,5%). Жители села, которые имели контакт с домашними животными, составили 43 (44,8%) человека, а городских жителей, предполагавших своё заражение алиментарным путём, было 53 (55,2%).

Всем 96 пациентам диагноз был выставлен на основании анализа жалоб, анамнеза, данных объективного обследования и ультразвукового исследования.

Основными клиническими симптомами эхинококкоза печени у больных были слабость и снижение аппетита – в 41 (42,7%) случае, нарушение сна – в 12 (12,5%), утомляемость – в 26 (27,1%), тошнота – в 3 (3,1%), неинтенсивные боли в правом подреберье, усиливающиеся при физической нагрузке – в 75



ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ ПО РАЗМЕРУ И ЛОКАЛИЗАЦИИ

Размеры кист	Общее количество кист		Локализация кисты	
	Абс.	%	Правая доля печени	Левая доля печени
Малые кисты (до 5 см)	28	20,6	21	5
Средние кисты (от 6 до 10 см)	55	40,4	42	11
Большие кисты (от 11 до 15 см)	41	30,2	38	3
Гигантские кисты (более 15 см)	12	8,8	12	-
Всего	136	100	113*	19

Примечание: * - 4 кисты (2 малых и 2 средних размеров) у двух больных располагались в правом боковом канале, в большом сальнике и малом тазу

(78,1%) случаях. Давность клинических проявлений заболевания составляла от 3 месяцев до 4 лет.

Ультразвуковым исследованием оценивали локализацию паразитарной кисты, её размеры и экоструктуру (наличие или отсутствие дочерних кист). Во всех случаях УЗИ позволило выявить шаровидной формы жидкостное образование в печени с чёткими ровными контурами, в большинстве случаев (у 54 – 56,3% больных) с наличием дочерних кист. Всего у 96 больных было обнаружено 136 объёмных образований. Диаметр визуализированных кист составлял от 45 до 170 мм, а объём от 135 см³ до 510 см³. По размеру все кисты распределены на малые, средние, большие и гигантские (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, в основном (83,1%) паразитарные кисты располагались в правой доле печени. В левой доле печени они локализовались лишь в 14% (19) случаев. У одного больного имелись 7 эхинококковых кист (3 – в правой доле печени, а 4 – в правом боковом канале и малом тазу). Гигантские кисты занимали более одного сегмента печени. У 80 (83,3%) больных отмечалась одиночная эхинококковая киста печени, а множественные кисты имели место у 16 (16,7%) больных.

В зависимости от расположения кист в различных сегментах, имела место следующая картина (табл.2).

При хирургическом лечении эхинококкоза печени оперативный доступ выбирали дифференцированно, в зависимости от локализации кисты. Таким образом, срединная лапаротомия выполнена в 35 (36,4%) случаях, лапаротомный доступ через подреберье – в 39 (40,7%), торакофрениколапаротомный доступ применён в 22 (22,9%) случаях.

Закрытая, так называемая “идеальная”, эхинококкэктомия была произведена лишь в 2 случаях, при крае-

ТАБЛИЦА 2. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ В СЕГМЕНТАХ ПЕЧЕНИ

Вариации сегментов	Количество кист	В процентах (%)
I	4	2,9
II	1	0,7
II-III	3	2,2
III	3	2,2
IV	8	5,9
III-IV	5	3,7
V	8	5,9
IV-V	17	12,5
VI	12	8,8
VI-VII	18	13,2
VII	17	12,5
VIII	15	11,1
VII-VIII	21	15,5
Всего	132*	97,1

Примечание: * - 4 кисты (2,9%) располагались в правом боковом канале, в сальнике и малом тазу

вом расположении паразитарной кисты по нижнему краю печени. Во всех остальных случаях выполнили открытую эхинококкэктомию.

После лапаротомии и идентификации кисты, вокруг неё обкладывали пелёнки и тампоны. Кисту пунктировали толстой иглой, соединённой с отсосом и проводили аспирацию жидкости, содержащейся в полости кисты. После уменьшения напряжения кисты, фиброзную капсулу удерживали окончатými зажимами Люера и проводили вскрытие фиброзной капсулы длиной до 3-5 см. С помощью ложки вынимали хитиновые оболочки и дочерние пузыри. При



этом инструменты, соприкасающиеся с паразитарной кистой, сразу же обрабатывались 2% раствором формалина. Антипаразитарная обработка остаточной полости производилась 3% раствором Люголя (йодпovidоном или бетадином) и 96% этиловым спиртом.

В 47 (49%) случаях остаточную полость ликвидировали путём капитонажа: стенки фиброзной капсулы изнутри остаточной полости ушивали кистетными швами атравматической иглой монофиламентной рассасывающейся нитью (махоп, монокрил, PDS, монозин 0 - 2/0 USP). В 8 (8,3%) случаях, в виду технического неудобства из-за глубокого расположения полости в печени, применяли оментопластику. При этом выкраивали прядь сальника на сосудистой ножке и тампонируют ею остаточную полость. Ещё в 5 (5,2%) случаях эти два способа были комбинированы.

В 36 (37,6%) случаях, по возможности, иссекали свободные, неприлежащие к печёночной ткани, стенки фиброзной капсулы, прижигали электрокоагулятором, а в остаточную полость помещали силиконовую трубку диаметром не менее 10 мм, которую фиксировали к краю фиброзной капсулы одним или двумя узловыми кетгутowymi швами. Трубку соединяли с вакуумным резервуаром, создав в остаточной полости отрицательное давление, что способствовало приближению стенок остаточной полости друг к другу и ликвидации свободного пространства внутри печени. Дополнительные силиконовые трубки размещали в подпечёночном пространстве или в поддиафрагмальном пространстве брюшной полости для профилактики скопления жидкости и контроля гемостаза. Как правило, эти трубки удаляли на 3-4-е сутки после операции, предварительно проведя контрольное УЗИ брюшной полости.

У 2 больных эхинококковые кисты были обнаружены не только в печени, но и в малом тазу, в большом сальнике и в правом боковом канале брюшной полости. Так, у 14 больных отмечались по 2 эхинококковые кисты, у 4 – по 3 паразитарные кисты, у двоих – по 5 кист и у одного – 6 кист. В двух случаях с множественными эхинококковыми кистами больные были оперированы в два этапа.

Двое больных поступили с осложнениями заболевания, когда паразитарная киста прорвалась в просвет холедоха, вызвав механическую желтуху. В этих случаях проводили дренирование холедоха по Вишневскому на 2-3 недели до полного исчезновения жёлчной гипертензии в холедохе.

Результаты и их обсуждение. Для оценки эффективности применения различных способов ликвидации остаточных полостей в печени после эхинококкэктомии провели сравнительный анализ послеоперационного течения и результатов хирургического лечения больных. Факторами, отягчающими лечение, являлись большие и гигантские кисты, осложнённые кисты, интраорганные расположение кисты. Об эффективности ликвидации остаточных полостей судили по длительности операции, наличию осложнений в раннем послеоперационном периоде, длительности периода госпитализации.

Осложнения в виде жёлчных свищей наблюдались у 3 больных и сохранение остаточной полости размерами 4-5 см – у 5 больных, которым был выполнен капитонаж и оментопластика остаточной полости. С целью профилактики рецидива химиотерапия альбендазолом проведена только 9 (9,4%) больным – из расчёта 10 мг/кг в сутки в течение 4-6 недель.

В послеоперационном периоде контрольное исследование проводили еженедельно в течении первого месяца, затем ежемесячно в первый квартал и в последующем – ежеквартально. Достаточно высокоинформативными методами исследования при эхинококкозе считаются ультразвуковое исследование и простая рентгенография [5-7], чего мы также придерживались и использовали у своих больных.

Следует отметить, что рецидивы эхинококкоза по данным литературы достигают до 25%, а эффективность химиотерапии отмечается в пределах от 41% до 72%. Вместе с тем, гепатотоксичность химиотерапии наблюдается в 15% наблюдений [8,9].

Предметом широкой дискуссии является способ ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии, ведь наличие остаточной полости является причиной развития многочисленных вторично развивающихся осложнений. Одним из способов ликвидации остаточной полости является капитонаж, который имеет ряд больших недостатков: происходит деформация ангиоархитектоники печени; часто развивается долго существующая полость в толще печени; нередко происходит вторичное инфицирование остаточной полости [10].



В связи с вышеизложенным, во всех возможных случаях нами использовался способ дренирования остаточной полости при помощи толстой силиконовой трубки, которая подсоединяется к резервуару с вакуумом. Таким образом, в остаточной полости создаётся отрицательное давление, которое способствует спадению стенок полости и исчезновению свободного пространства. Трубка в полости держится в течение 4-6 недель и затем удаляется после контрольного УЗИ остаточной полости.

Отдалённые результаты в сроках от 6 месяцев до 10 лет наблюдали у 87 (90,6%) оперированных больных. Рецидивы заболевания нами не были отмечены. Лишь в одном случае, через 5 лет после операции, отмечалась реинвазия с развитием эхинококковой кисти в правой доле печени, и больной повторно оперирован с хорошим исходом лечения.

Таким образом, сравнение ближайших и отдалённых результатов лечения больных эхинококкозом печени, в зависимости от способа ликвидации остаточной полости, показало значительную эффективность дренирования полости активным вакуум-дренажом, что способствовало сокращению длительности госпитализации и уменьшению послеоперационных осложнений, а следовательно позволяет рекомендовать его применение в широкую клиническую практику лечения этих больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветшев П.С. Современный взгляд на состояние проблемы эхинококкоза / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2006. - Т.11, № 1. - С. 26-30.
2. Пулатов А.Т. Анафилактический шок при разрыве эхинококковой кисты у детей / А.Т. Пулатов // *Неотложные состояния у детей: матер. Шестого конгресса педиатров России*. - М. - 2000. - С. 240.
3. Пулатов А.Т. Эхинококкоз почек у детей / А.Т. Пулатов // *Вестник хирургии*. - 1984. - № 6. - С.78-81.
4. Вишневский В.А. Радикальные операции при эхинококкозе печени / В.А. Вишневский, М.А. Кахаров, М.М. Камолов // *Актуальные вопросы хирургической гепатологии: Сб. тезисов XII Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ*. - Ташкент. - 2005. - С. 106.
5. Мусаев Г.Х. Диагностика и комплексное лечение гидатидозного эхинококкоза: дис... д-ра мед. наук / Г.Х. Мусаев. - М., 2000. - 342 с.
6. Сергиев В.П. Эхинококкоз цистный (однокамерный): клиника, диагностика, лечение, профилактика / В.П. Сергиев [и др.] // - М.: ВекторБест. - 2008. - 33 с.
7. Комиссарова М.А. Диагностика и лечение эхинококкоза у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.А. Комиссарова. - 2008. - Уфа. - 26с.
8. Пулатов А.Т. Мебендазол в лечении и профилактике рецидива эхинококкоза печени / А.Т. Пулатов // *Детская хирургия*. - 2004. - № 5. - С. 28-31.
9. Stephensen L.S. Optimising the benefits of anthelmintic treatment in children / L.S. Stephensen // *Paediatr Drugs*. - 2001. - № 3. - P. 495-508.
10. Кунпан И.А. Клиническая оценка способов ликвидации остаточных полостей, применяемых в плазменной хирургии эхинококкоза печени: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.А. Кунпан. - Ставрополь. - 2002. - 27с.



Summary

Optimization of surgical treatment of hepatic echinococcosis

U.A. Kurbanov, A.A. Davlatov, S.M. Janobilova, J.D. Jononov

Chair of Surgical Diseases №2 Avicenna TSMU;

Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery

Experience of surgical treatment 96 patients with liver echinococcosis operated for recent 15 years is summarized. Age of patients ranged from 13 to 55 years. Women suffered more often (60 cases – 62,5%) than men (21 cases – 37,5%). Rural people who had contact with domestic animals were 43 persons (44,8%) and urban residents were 53 persons (55,2%).

Cyst diameter ranged from 45 mm to 170 mm, and their capacity from 135 cub cm to 510 cub cm. Totally in 96 patients were found 136 mass lesions. In 80 (83,3%) patients was a single liver cyst, and in 16 (16,7%) patients - two or more cysts.

Midline laparotomy performed to 35 (36,4%) patients, laparotomy access in the right hypochondrium - 39 (40,7%), thoraco-phrenic laparotomy - 22 (22,9%).

Residual cavity by capitonazh way eliminated in 47 (49%) cases. Omentoplasty used in 8 (8,3%) cases. The residual cavity was drained by vacuum drainage in 36 (37,6%) cases.

Comparison of immediate and late results depending on way of residual cavity elimination showed significant efficacy of draining cavity by active suction drainage, which has reduced the duration of hospital stay and reduce postoperative complications.

Key words: surgery of hepatic echinococcosis, hydatid echinococcus of liver, elimination of the residual cavity

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

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



Диагностика и хирургическое лечение синдрома Иценко-Кушинга

А.Д. Гаибов^{1,3}, О.Н. Садриев¹, Ш.С. Анварова², А.Н. Камолов³

¹ Кафедра хирургических болезней №2;

² Кафедра эндокринологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино;

³ ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

В статье проанализированы результаты хирургического лечения 11 пациентов с синдромом Иценко-Кушинга, обусловленным кортикостеромой надпочечников.

Наиболее информативными дифференциально-диагностическими критериями являются: определение уровня кортизола и АКТГ, широкое проведение подавляющих тестов с дексаметазоном. Кроме того, высокоинформативным методом диагностики остеопороза при кортикостеромах является рентгеновская денситометрия.

Адреналэктомия из торако-френико-люмботомического доступа со стороны поражения была выполнена 8 пациентам, из мини-люмботомного – 3. Хорошие результаты со значительным регрессом симптомов заболевания отмечались у 90,9% больных, летальный исход наблюдался у одного пациента, спустя 7 месяцев после операции, от брюшнотифозного кишечного кровотечения.

У одной пациентки, спустя 4 года после операции, наступило полное восстановление нарушенных функций половых органов и репродуктивной деятельности с развитием беременности и рождением доношенного ребёнка.

Ключевые слова: синдром Иценко-Кушинга, кортикостерома, адреналэктомия, рентгеновская денситометрия

Актуальность. Синдром Иценко-Кушинга (СИК) – тяжёлая эндокринная патология, обусловленная длительным воздействием кортикостероидов на организм, вследствие их избыточной секреции корковым слоем надпочечников.

В общей структуре патологий надпочечников СИК составляет от 5 до 23% [1,3], а в 15–25% случаев он обусловлен кортикостеромой или узелковой гиперплазией пучковой зоны коркового вещества надпочечников [1,4].

По результатам Европейских популяционных исследований, заболеваемость эндогенным гиперкортицизмом составляет 2–3 случая на 1 млн. жителей ежегодно [2,4].

Согласно литературному обзору Michalkiewicz E. et al. (2004), распространённость СИК среди детей северных районов Бразилии составило 3,4–4,2 случая на 1 млн. детей в год.

Трудной задачей в лечении СИК является коррекция расстройств со стороны жизненно важных органов и систем (артериальная гипертензия, сердечная не-

достаточность, нарушение репродуктивных функций, стероидный диабет, генерализованный остеопороз), обусловленных длительным воздействием гиперкортизолеми [2,6].

Так, по данным некоторых авторов, основной причиной смертности пациентов с СИК являются сердечно-сосудистые осложнения, ассоциированные с атеросклерозом как в активной стадии заболевания, так и при ремиссии [7,8].

Половые расстройства, возникающие при СИК, значительно снижают качество жизни пациентов и уменьшают их репродуктивный потенциал, так как долгое время остаются не выявленными из-за умалчивания пациентов, и из-за поверхностного их обследования [9].

Важное социальное значение приобретает развитие заболевания у женщин молодого возраста. Грубые изменения внешнего вида и конституции девушек изолируют их от общества, оказывая отрицательное психическое воздействие.

После своевременного хирургического лечения, нормализация артериального давления наступает до 90% случаев, однако регресс наружных клинических признаков, нормализация репродуктивных функций и остеопороз, в большинстве случаев, сохраняются более пяти лет [2,6,10].

Цель работы: обобщение многолетнего собственного опыта диагностики и хирургического лечения больных с синдромом Иценко-Кушинга.

Материал и методы. Работа основана на результатах диагностики, хирургического лечения и диспансеризации 11 пациентов с синдромом Иценко-Кушинга, обусловленным кортикостеромой надпочечников, оперированных в период с 1993 по 2013 гг. в РНЦССХ, являющейся клинической базой кафедры хирургических болезней № ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Женщин было 9 (81,8%), мужчин – 2 (18,2%). Возраст больных колебался от 24 до 48 лет, в среднем составляя $31,7 \pm 3,2$ года. У 8 (72,8%) больных была отмечена левосторонняя локализация опухоли, у 3 (27,2%) – правосторонняя. Длительность заболевания, в среднем, составляла $5,7 \pm 1,5$ года.

Для исследования степени гормональной активности кортикостером, в венозной крови были исследованы уровень кортизола и адренокортикотропного гормона (АКТГ), а в суточной моче – 17-оксикортикостероидов (17-ОКС). Исследование проводилось в диагностическом центре «Мадади Акбар» г. Душанбе.

Топическая диагностика осуществлялась при помощи ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ) с внутривенным усиленным

контрастированием, в диагностическом центре «Нурафзо».

Ультразвуковое исследование надпочечников проводилось на аппарате «Aloka – SSD – 4000» (Япония) конвексным датчиком с частотой 3,5 мГц. Компьютерная томография выполнялась на аппарате Somatom Emotion фирмы «Siemens» (Германия). Ширина шага сканирования составляла от 3 до 5 мм.

Для определения наличия остеопороза всем пациентам была проведена рентгеновская денситометрия в Научно-исследовательском институте акушерства, гинекологии и перинатологии РТ.

Статистическую обработку проводили с использованием программы SPSS Statistica 10.0. Методами описательной статистики определяли средние тенденции с вычислением средне-арифметического значения (M), и его стандартной ошибки (m). Нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Клиническая картина надпочечникового гиперкортицизма была обусловлена следствием длительного влияния избытка глюкокортикоидов на органы и системы.

Наиболее характерными жалобами пациентов были: повышение артериального давления, изменение их внешнего вида, увеличение массы тела, нарушение функций половых органов и трофики кожи (рис. 1-4). Наблюдающиеся головные боли, нарушение памяти и подавленность пациентов были обусловлены как симптоматической гипертензией, так и энцефалопатией.



РИС. 1. ВНЕШНИЙ ВИД ПАЦИЕНТКИ С СИНДРОМОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА



РИС. 2. ГИРСУТИЗМ НА ЛИЦЕ У ЖЕНЩИНЫ



РИС. 3. ГЕМАТОМА ПЛЕЧЕВОЙ ОБЛАСТИ



РИС. 4. ПОЛОСЫ РАСТЯЖЕНИЯ (СТРИИ) КРАСНО-ФИОЛЕТОВОГО ЦВЕТА НА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКЕ

ТАБЛИЦА 1. ПОКАЗАТЕЛИ ГОРМОНОВ КРОВИ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ В СРОКАХ ДО 3 ЛЕТ

	До операции	Через 1 год после операции	Через 3 года после операции	Норма	Достоверность
Кортизол (нмоль/л)	1091,04±267,13	562,37±47,36	398,92±41,1	140-600	P<0,005
АКТГ (пг/мл)	39,88±5,42	38,97±2,71	38,69±1,03	8,3-57,8	P>0,005
17-ОКС (мкмоль/сут.)	44,71±4,58	19,43±1,09	20,57±2,43	8-21	P<0,005

При прогрессивном и тяжёлом течении заболевания было характерно появление жажды (обусловленное развитием стероидного диабета), выраженной мышечной слабости (связанное с гипокалиемией), болей в костях, чаще в грудном и поясничном отделах позвоночника (связанных с остеопорозом позвоночника) и психических нарушений (плохой сон и депрессия).

Ценным методом диагностики кортикостером являлось определение уровня кортизола и АКТГ в венозной крови и 17-ОКС в суточной моче (табл. 1).

С целью дифференциальной диагностики АКТГ-зависимого и АКТГ-независимого эндогенного гиперкортицизма проводился ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона, 48-часовой подавляющий тест с 2 мг в сутки дексаметазона и стимуляционная проба с кортиколиберином.

Как видно из таблицы 1, у всех больных содержание кортизола и 17-ОКС было достоверно повышенным ($p<0,005$), при нормальном содержании АКТГ.

Наиболее информативным дифференциально-диагностическим критерием является определение содержания АКТГ. У обследованных нами пациентов увеличение концентрации АКТГ не отмечалось.

По данным большинства авторов, некоторые кортикостеромы, являясь автономно-секретируемыми опухолями, не подчиняются гипофизу, чем и обусловлен нормальный уровень АКТГ [1-3,7].

Таким образом, для диагностики кортикостером необходимо исследование уровня кортизола, а для дифференциальной диагностики различных причин синдрома эндогенного гиперкортицизма необходимо исследование концентрации АКТГ и широкое проведение подавляющих тестов с дексаметазоном.

Проведение топической диагностики кортикостером оправдано после их лабораторного подтверждения. С этой целью, всем больным выполнили УЗИ и КТ с внутривенным усиленным контрастированием, при которых в 100% выявлено наличие опухолей.

Признаками кортикостеромы при УЗИ явилось наличие объёмного образования надпочечника – округлой формы, с чёткими и ровными контурами, однородной структурой. Размеры выявленных новообразований варьировались от 30 до 67 мм, в среднем составляя $38,42\pm6,09$ мм.

На КТ кортикостеромы проявились как округлые образования, исходящие из надпочечников, гомогенной структуры, плотностью до +25 Нв, средним



РИС. 5. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА КОРТИКОСТЕРОМЫ ПРАВОГО НАДПОЧЕЧНИКА (ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫПОЛНЕНО В РНЦССХ Г. ДУШАНБЕ)

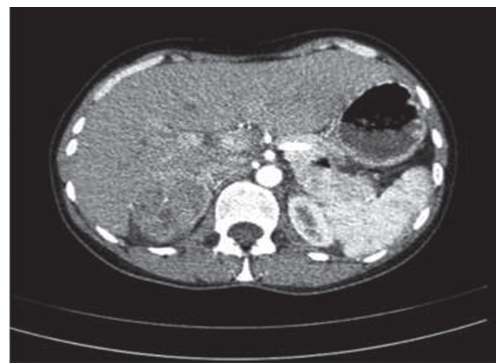


РИС. 6. КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ. БОЛЬШАЯ КОРТИКОСТЕРОМА ПРАВОГО НАДПОЧЕЧНИКА (ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДИЛОСЬ В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ «НУРАФЗО» Г. ДУШАНБЕ)

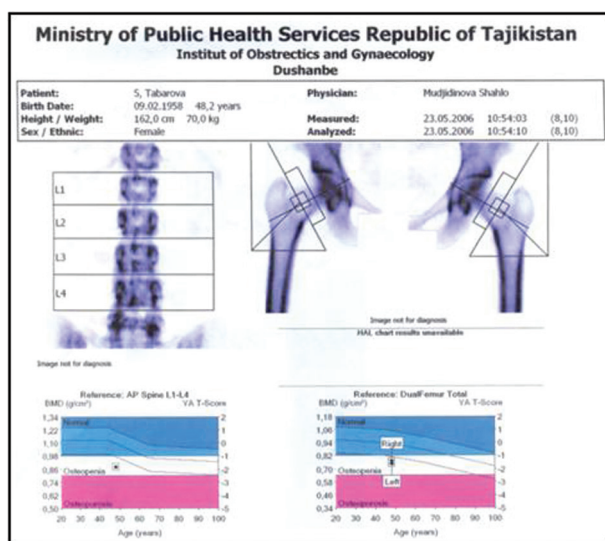


РИС. 7. РЕНТГЕНОВСКАЯ ДЕНСИТОМЕТРИЯ ПАЦИЕНТКИ Х. ДО ОПЕРАЦИИ. В ОБЛАСТИ ПОЗВОНОЧНИКА И ТАЗОБЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ

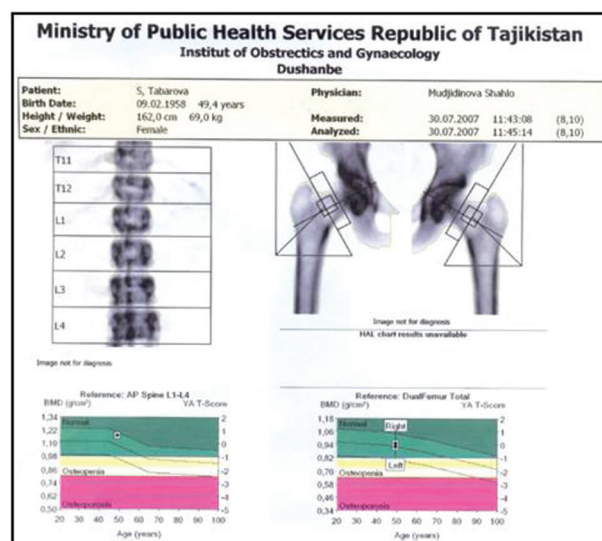


РИС. 8. РЕНТГЕНОВСКАЯ ДЕНСИТОМЕТРИЯ ПАЦИЕНТКИ Х. ЧЕРЕЗ 14 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ. ВОССТАНОВЛЕНА МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТЕЙ

размером $34,57 \pm 10,63$ мм. При исследовании КТ-плотности на разных фазах выведения контрастного вещества, кортикостеромы имели тенденцию к быстрому вымыванию контрастного вещества, и при этом быстро снижались показатели плотности, в течение 10 минут.

Для оценки степени остеопороза, всем пациентам была проведена рентгеновская денситометрия (РД), при которой у 9 пациентов отмечались признаки остеопороза, т.е. поверхностная минеральная плотность (ПМП) костной ткани на L_2-L_4 равнялась от $0,88 \text{ г/см}^2$ до $0,79 \text{ г/см}^2$, а на шейке бедра – от $0,781$ до $0,725 \text{ г/см}^2$, что по Т-критерию соответствовало $-1,9 \text{ SD}$ (остеопения).

После адреналэктомии и приёма препаратов кальция, витамина D и заметного снижения уровня кортизола, улучшился кальций-фосфорный обмен, что привело к восстановлению минеральной плотности костей, с её увеличением от 45 до 71,8% в сроках до 5,5 лет (рис. 7 и 8).

Таким образом, РД является высокоинформативным методом диагностики остеопороза при кортикостеромах, позволяющим оценить степень восстановления минеральной плотности костной ткани после проведенного хирургического и консервативного лечения.

В качестве предоперационной подготовки всем пациентам назначались гипотензивные (β -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов) и гипогликемические пре-

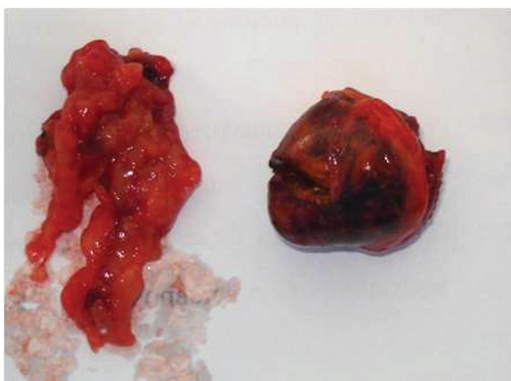
параты, при наличии сопутствующего сахарного диабета («Амарил», «Глюкофаж»), ингибиторы стероидогенеза («Ориметен», «Маммомит», «Низорал»), препараты кальция и витамин D, антибиотики широкого спектра действия для лечения сопутствующих очагов инфекции.

С целью профилактики развития послеоперационной надпочечниковой недостаточности за 2 дня до операции и в течение 30 дней после неё применялась заместительная гормональная терапия гидрокортизоном и преднизолоном.

Все больные были оперированы в плановом порядке после проведения комплексной предоперационной подготовки. Адреналэктомия из торако-френико-люмботомического доступа (ТФЛ) со стороны поражения была выполнена 8 пациентам, из минилюмботомного – 3. Двум пациентам с сопутствующей желчнокаменной болезнью была выполнена симультанная холецистэктомия.

Размеры удалённых новообразований варьировали от 25 до 75 мм и в среднем составили $45,28 \pm 6,27$ мм (рис. 9, 10).

Средняя продолжительность пребывания больных в реанимационном отделении после адреналэктомии из минилюмботомного доступа составила $1,3 \pm 0,2$ суток, а у пациентов, перенёвших адреналэктомию из традиционного торако-френико-люмботомного доступа, это время было значительно больше и составило $2,3 \pm 0,5$ суток.



**РИС. 9. КОРТИКОСТЕРОМА С ОСТАТКАМИ
ИНТАКТНОЙ ТКАНИ ПРАВОГО НАДПОЧЕЧНИКА
(ФОТО ОПУХОЛИ, УДАЛЁННОЙ
У БОЛЬНОЙ Д., 2012 г.)**



**РИС. 10. КОРТИКОСТЕРОМА ПРАВОГО
НАДПОЧЕЧНИКА С ЕЁ КИСТОЗНОЙ
ТРАНСФОРМАЦИЕЙ (ФОТО ОПУХОЛИ,
УДАЛЁННОЙ У ПАЦИЕНТКИ А., 2010 г.)**

При гистологическом изучении макропрепарата, признаков малигнизации ни разу не обнаружено.

До выписки из стационара у одного пациента развилось нагноение послеоперационной раны, что не повлияло на результаты лечения. На высокую частоту нагноений послеоперационных ран указывают также и другие авторы [2,4,10], которые связывают их со снижением иммунного статуса у этих пациентов и наличием избыточного накопления жира в подкожной клетчатке.

Непосредственные и отдалённые результаты после проведённой операции в сроках от 1 месяца до 9 лет изучены у всех 11 пациентов.

Стойкий гипотензивный эффект, снижение массы тела, восстановление нарушенных репродуктивных функций у женщин, уменьшение или исчезновение кожных проявлений (гирсутизм, акне, стрии), увеличение минеральной плотности костей и улучшение качества жизни отмечались у 10 пациентов. Умер один пациент, спустя 7 месяцев после операции, от кишечного кровотечения, развившегося на почве брюшного тифа. У одной пациентки, спустя 4 года после операции, наступило полное восстановление функций половых органов и репродуктивной деятельности с развитием беременности и рождением доношенного ребёнка.

Диспансеризацию и дальнейшую консервативную терапию пациенты получали в Городском эндокринологическом центре г.Душанбе, где ежегодно проводился контрольный осмотр пациентов, с целью оценки эффективности проведённой операции и исключения рецидива заболевания. Контрольное обследование больных включало наружный осмотр, УЗИ почек и проекции надпочечников, исследова-

ние уровня гормонов. Пациенты проходили контрольное обследование через 6 месяцев, 1 год, 2-3 года и 5 лет.

Несмотря на достижения современной медицины, проблема ранней диагностики и хирургического лечения пациентов с синдромом Иценко-Кушинга остаётся актуальной.

Поздние проявления наружных клинических признаков заболевания, отсутствие современных лабораторных и инструментальных методов исследования и квалифицированных специалистов на периферии, являются основными причинами поздней диагностики СИК, которые значительно влияют на исход и отдалённые результаты лечения больных. Несмотря на развитие тяжёлых изменений со стороны сердечно-сосудистой, костно-мышечной и репродуктивной систем, даже при проведении своевременного хирургического лечения СИК до 90% наступает излечение, однако при 15-летнем наблюдении, как свидетельствуют данные литературы, качество жизни пациентов остаётся низким в отличие от здоровых людей этого же возраста и пола [4,10].

По данным большинства исследователей и результатам наших исследований, предоперационная подготовка пациентов должна проводиться в индивидуальном порядке, с участием эндокринолога, кардиолога, гинеколога и невропатолога [2-4].

Золотым стандартом лечения СИК является адреналэктомия, а большинство авторов настоятельно рекомендуют её проведение с применением миниинвазивных доступов и технологий [5]. Необходимость в применении больших доступов для адре-



налэктомии возникает при образованиях больших размеров, наличии признаков малигнизации, а также технических сложностях и развившихся осложнениях в ходе операции.

Учитывая, что для СИК характерно прогрессирующее течение с постепенными необратимыми тяжёлыми изменениями, основной задачей специалистов разного профиля является своевременная диагностика и раннее проведение хирургического лечения [1,2,5,8].

В связи с этим, при обнаружении первых же признаков заболевания, пациенты должны быть тщательно обследованы и консультированы смежными специалистами. Первые целенаправленные шаги с целью выявления данного заболевания должны быть направлены на УЗИ надпочечников и исследование уровня гормонов.

С целью профилактики и лечения надпочечниковой недостаточности пациенты должны находиться на диспансерном наблюдении, и дальнейшая консервативная терапия их должна осуществляться совместно с эндокринологами [2,9].

Таким образом, своевременная диагностика и хирургическое лечение пациентов с СИК позволили нам добиться довольно хороших результатов: после хирургического лечения выздоровление наступило у 90,9% больных, летальный исход наблюдался у одного пациента от кишечного кровотечения на фоне брюшного тифа. У одной пациентки, спустя 4 года после операции, наступило полное восстановление репродуктивной деятельности, способствующее в последующем беременности и рождению здорового ребёнка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельцевич Д.Г. Инциденталомы надпочечников / Д.Г. Бельцевич [и др.] // Эндокринная хирургия. – 2009. – Т. 1. – № 4. – С. 19 – 23.
2. Трошина Е.А. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение эндогенного гиперкортицизма / Е.А. Трошина [и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2010. – № 2. – С. 53 – 63.
3. Etxabe J. Morbidity and mortality in Cushing's disease: an epidemiological approach / J. Etxabe, J.A. Vazquez // Clin. Endocr. (Oxf.). – 1994. – V. 40. – P. 479 – 484.
4. Bourdeau I. Loss of brain volume in endogenous Cushing's syndrome and its reversibility after correction of hypercortisolism / I. Bourdeau [et al.] // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2002. – V. 87. – P. 1949 – 1954.
5. Michalkiewicz E. Clinical and outcome characteristics of children with adrenocortical tumors: a Report from the International Pediatric Adrenocortical Tumor Registry / E. Michalkiewicz [et al.] // J. Clin. Oncol. – 2004. – V. 22. – № 5. – P. 838 – 845.
6. Hermus A.R. Bone mineral density and bone turnover before and after surgical cure of Cushing's syndrome / A.R. Hermus [et al.] // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 1995. – V. 80. – P. 2859 – 2865.
7. Dovio A. Increased osteoprotegerin levels in Cushing's syndrome are associated with an adverse cardiovascular risk profile / A. Dovio [et al.] // J. Clin. Endocrin. Metab. – 2007. – V. 92. – № 5. – P. 1803 – 1888.
8. Faggiano A. Cardiovascular risk factors and common carotid artery caliber and stiffness in patients with Cushing's disease during active disease and 1 year after disease remission / A. Faggiano [et al.] // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2003. – V. 88. – № 6. – P. 2527 – 2533.
9. Роживанов Р.В. Репродуктивная функция у мужчин с болезнью Иценко-Кушинга / Р.В. Роживанов, Д.Г. Курбатов, Л.Я. Рожинская // Проблемы эндокринологии. – 2010. – № 4. – С. 23 – 26.
10. Lindholm J. Incidence and late prognosis of Cushing's syndrome: a population based study / J. Lindholm [et al.] // J. Clin. Endocr. Metab. – 2001. – V. 86. – P. 117 – 123.



Summary

Diagnosis and surgical treatment of Cushing syndrome

A.D. Gaibov^{1,3}, O.N. Sadriev¹, S.S. Anvarova², A.N. Kamolov³

¹ Chair of surgical diseases № 2;

² Chair of Endocrinology Avicenna TSMU;

³ SI «Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery»

The results of surgical treatment 11 patients with Cushing's syndrome caused by adrenal corticosteroma are analyzed in the article.

The most informative differential diagnostic criterion is to determine the level of cortisol and ACTH, extensive conduction of suppressive tests with dexamethasone. Also highly informative method of diagnosing osteoporosis at corticosteroma is X-ray densitometry.

Adrenalectomy from thoraco-phrenal-lumbotomy access of affected side was performed in 8 patients, from mini-lumbotomy ones – in 3. Good results with a significant regression of symptoms occurred in 90,9% of patients, death was observed in one patient after 7 months of operation due to typhoid intestinal bleeding.

In one patient 4 years after the operation complete restoration of disturbed functions of genitals and reproductive activity observed with subsequent full-term pregnancy and the birth of the child.

Key words: Cushing's syndrome, corticosteroma, adrenalectomy, X-ray densitometry

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Садриев Окилджон Немаджонович – аспирант
кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ;
Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: sadriev_o_n@mail.ru

Оментопластика как метод профилактики и лечения несостоятельности культи правого главного бронха и трахеобронхиального (трахеотрахеального) анастомоза

П.К. Яблонский, И.В. Мосин, А.Б. Сангинов*, Н.В. Мосина, А.В. Чаусов

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии»;

НИИ пульмонологии СПбГМУ им.И.П. Павлова, Россия;

*Национальный центр туберкулёза, пульмонологии и грудной хирургии;

ТГМУ им.Абуали ибни Сино, Таджикистан

Проведён ретроспективный анализ лечения 171 пациента, которым по поводу местно-распространённого немелкоклеточного рака лёгкого IIIa и IIIb стадий выполнены правосторонние комбинированные пневмонэктомии и реконструктивно-пластические операции на трахее и её бифуркации. У 75 больных культи бронха или линия анастомоза была укрыта лоскутом большого сальника на сосудистой ножке. Несостоятельность культи правого главного бронха и трахеотрахеального (трахеобронхиального) анастомоза без применения оментопластики выявлена у 17 (17,7%) больных, а с применением оментопластики – у 4 (5,3%). Послеоперационная летальность без применения оментопластики была у 11 (11,5%) больных. Летальных исходов с применением оментопластики и развитием несостоятельности не было. Применение оментопластики существенно снижает частоту бронхоплевральных осложнений, кроме того, в случаях возникновения несостоятельности способствует заживлению дефекта и препятствует развитию гнойно-воспалительного процесса в плевральной полости или средостении.

Ключевые слова: оментопластика, местно-распространённый немелкоклеточный рак лёгкого, большой сальник, несостоятельность культи бронха, комбинированная пневмонэктомия, реконструктивно-пластические операции

Введение. Несмотря на развитие хирургической техники и значительное количество предложенных методов профилактики, частота возникновения несостоятельности культи правого главного бронха и трахеобронхиального (трахеотрахеального) анастомоза с формированием бронхоплевральных свищей остаётся достаточно высокой и не имеет отчётливой тенденции к снижению. По обобщённым данным отечественных и зарубежных исследователей несостоятельность культи главного бронха встречается у 20-40% больных, перенёвших правостороннюю комбинированную пневмонэктомию [1-4]. Летальность в группе больных с несостоятельностью может достигать 20-60% [4,5]. Проблема несостоятельности культи правого главного бронха (или трахеобронхиального анастомоза) сложна и далека от разрешения. Связь неудовлетворительных непосредственных результатов правосторонних комбинированных

пневмонэктомий и реконструктивно-пластических операций с техническими проблемами подчёркивает большинство исследователей [6,7].

Поиски путей снижения числа бронхиальных или трахеальных свищей после пневмонэктомии и резекции трахеи или её бифуркации способствовали разработке двух основных направлений. Наиболее перспективным из которых представляется перемещение большого сальника на сосудистой ножке к культе бронха или к зоне трахеобронхиального (трахеотрахеального) анастомоза [3,8-10].

Немногочисленные работы по применению большого сальника для профилактики послеоперационных бронхоплевральных свищей и несостоятельности трахеобронхиального анастомоза свидетельствуют, что использование оментопластики культи правого



главного бронха с этой целью является эффективным методом [3,4,8,9].

Однако представляется, что роль большого сальника на сосудистой ножке в предупреждении несостоятельности культи правого главного бронха и трахеобронхиального (трахеотрахеального) анастомоза исследована недостаточно, отсутствуют чёткие показания к оментопластике, не разработана методика укрытия прядью большого сальника линии трахеотрахеального (трахеобронхиального) анастомоза.

Цель работы: определение роли оментопластики в профилактике и лечении несостоятельности культи правого главного бронха и трахеобронхиального (трахеотрахеального) анастомоза.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ лечения 171 пациента, которым по поводу местнораспространённого немелкоклеточного рака лёгкого IIIa и IIIb стадий выполнены правосторонние комбинированные пневмонэктомии и реконструктивно-пластические операции на трахее и её бифуркации.

В дооперационном периоде у 28 больных проведено от 2 до 4 курсов неоадьювантной полихимиотерапии.

Мужчин было 139 (81,3%), женщин – 32 (18,7%). Возрастной диапазон – от 42 до 78 лет, средний возраст составил 59,6 лет. По характеру основного вмешательства было выделено 2 группы больных.

Первая группа больных (n=98), которым была выполнена правосторонняя комбинированная пневмонэктомия (с резекцией перикарда – 44 случая, с резекцией стенки левого предсердия – 28, с удалением участка адвентициально-мышечного слоя пищевода – 15, с удалением адвентиции нисходящего отдела аорты – 11). Из них у 43 больных комбинированная правосторонняя пневмонэктомия была дополнена оментопластикой на сосудистой ножке.

Во второй группе пациентов (n=73), перенёсших реконструктивно-пластические операции (циркулярная резекция трахеи – у 12 больных, циркулярная резекция бифуркации трахеи с правосторонней пневмонэктомией – у 22 и с клиновидной резекцией бифуркации трахеи – у 39). Укрытие линии анастомоза лоскутом большого сальника на сосудистой ножке было произведено у 32 пациентов.

Стандартная медиастинальная лимфодиссекция применялась у всех больных.

Показаниями к выполнению оментопластики служили: неоадьювантная химиотерапия, протяжённая резекция или натяжение в зоне анастомоза, скелетирование трахеи или главного бронха на значительном протяжении, пневмонит, вызванный обтурацией главного бронха опухолью, а также технические сложности при формировании анастомоза.

Интраоперационное исследование большого сальника было произведено во время оментопластики у 75 пациентов.

У больных (48 наблюдения), имевших сальник больших размеров, лоскут был сформирован вертикальным рассечением органа вдоль его сосудов до поперечно-ободочной кишки.

У 27 больных, вследствие недостаточно больших размеров сальника, была произведена мобилизация его по всей ширине формируемого лоскута от поперечно-ободочной кишки.

После перемещения сальникового лоскута в плевральную полость, рану брюшной стенки ушивали и приступали собственно к оментопластике культи бронха или анастомоза. Длину лоскута формировали таким образом, чтобы исключить как натяжение, так и «сбивание» сосудистой ножки.

Сальник фиксировали к культе бронха концами лигатур, использованных при её ушивании. Лигатуры проводили через ткань сальника таким образом, чтобы они не контактировали в дальнейшем с плевральной полостью. Затем сальниковый лоскут подшивали отдельными узловыми швами к клетчатке средостения, изолируя тем самым культю бронха от плевральной полости.

Во всех случаях применения оментопластики при реконструктивно-пластических операциях трахеотрахеальный (трахеобронхиальный) анастомоз циркулярно окутывали прядью большого сальника на сосудистой ножке в нашей модификации (рис.1).

Оментопексия циркулярного анастомоза нижней трети трахеи имеет технические особенности: отсутствие остаточной плевральной полости (необходимость размещения сальникового лоскута вдоль заднего средостения, что требует во избежание перегиба лоскута проведения его в плевральную полость через медиальный отдел грудинно-реберного треугольника). Методика укрытия линии анастомоза обеспечивает герметичность анастомоза с помощью формирования многослойной «муфты» с фиксацией её по краю к окружающим тканям.

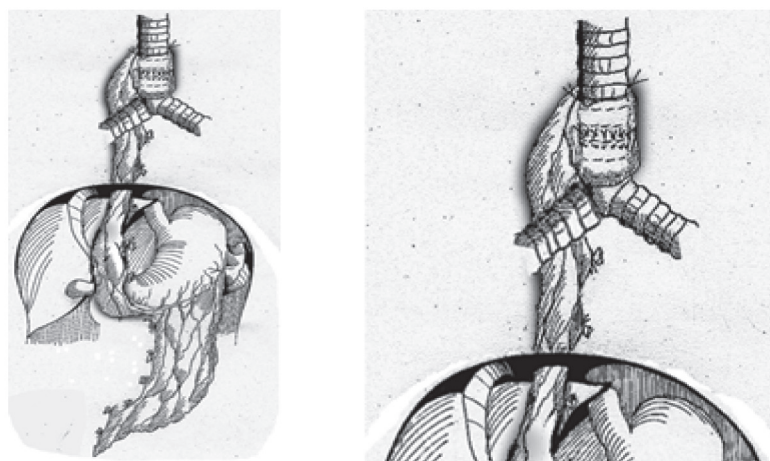


РИС. ОМЕНТОПЛАСТИКА ТРАХЕОТРАХЕАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА
ПО МОДИФИЦИРОВАННОЙ МЕТОДИКЕ

Результаты и их обсуждение. Комбинированные пневмонэктомии и реконструктивно-пластические операции являются наиболее травматичными и опасными из всех видов оперативных вмешательств, выполняемых по поводу местно-распространённого рака лёгкого и трахеи.

Несостоятельность культи правого главного бронха и трахеотрахеального (трахеобронхиального) анастомоза без применения оментопластики выявлена у 17 (17,7%) больных, а с применением оментопластики – у 4 (5,3%).

Послеоперационная летальность после несостоятельности культи правого главного бронха и трахеотрахеального (трахеобронхиального) анастомоза без применения оментопластики развилась у 11 (11,5%) больных. Летальных исходов после несостоятельности культи правого главного бронха и трахеотрахеального (трахеобронхиального) анастомоза с применением оментопластики не было.

Так, из 98 выполненных комбинированных пневмонэктомий несостоятельность культи правого главного бронха наблюдалась в 8 (8,2%) случаях.

У 6 (6,1%) больных, которым не была произведена оментопластика, на 7-10 сутки развилась несостоятельность культи правого главного бронха, с развитием в последующем эмпиемы плевральной полости и пневмонией единственного лёгкого аспирационного генеза, повлекшая за собой смерть в послеоперационном периоде.

В 2 (4,2%) случаях применённая во время операции методика укрытия культи правого главного бронха

лоскутом большого сальника на сосудистой ножке позволила ограничить свищевое отверстие от плевральной полости и в последующем в сравнительно короткие сроки способствовала самостоятельному заживлению свища.

При изучении непосредственных результатов во второй группе больных (73 реконструктивно-пластические операции), несостоятельность анастомоза без применения оментопластики отмечена у 9 (12,3%) пациентов, из них после циркулярной резекции бифуркации трахеи с правосторонней пневмонэктомией в шести случаях и в трёх случаях – после клиновидной резекции бифуркации трахеи. В последующем присоединившаяся эмпиема плевры привела к летальному исходу пяти пациентов (6,8%).

После выполнения оментопластики, несостоятельность анастомоза после циркулярной резекции трахеи и циркулярной резекции бифуркации трахеи с правосторонней пневмонэктомией развилась у 2 (6,3%) больных. Во всех этих случаях применение предложенной нами модифицированной методики оментопластики анастомоза позволило ограничить место фистулы от средостения и плевральной полости, что в последующем дало возможность самостоятельно ей закрыться без развития грозных гнойных осложнений.

Таким образом, клинический опыт применения оментопластики показал, что в ряде наблюдений этот метод, хотя и не предотвратил несостоятельность культи правого главного бронха (трахеобронхиального анастомоза), но прервал развитие гнойно-воспалительного процесса в плевральной полости (средостении).



ВЫВОДЫ:

1. Эффектным способом предупреждения несостоятельности культи правого главного бронха (или трахеобронхиального анастомоза) является пластика линии шва перемещённым лоскутом большого сальника на сосудистой ножке.
2. Применение оментопластики культи главного бронха и трахеобронхиального (трахеотрахеального) анастомоза существенно снижает частоту бронхоплевральных осложнений, кроме того, в случаях возникновения несостоятельности способствует самопроизвольному заживлению дефекта анастомоза и препятствует развитию гнойно-воспалительного процесса в плевральной полости или средостении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиллер Б.М. Послеоперационные осложнения и ближайшие результаты реконструктивно-пластических операций на трахее и бронхах / Б.М.Гиллер, Д.Б. Гиллер // Проблемы туберкулёза. - 1990. - №2. - С. 35-38.
2. Гиллер Д.Б. Результаты комбинированных резекций легких при злокачественных опухолях / Д.Б.Гиллер, Б.М.Гиллер, Г.В.Гиллер // 5 Национальный конгресс по болезням органов дыхания. М., 1995. - С.1771.
3. Чичеватов Д.А. Профилактика и лечение несостоятельности культи главного бронха и трахеобронхиального анастомоза с применением оментопластики / Д.А.Чичеватов, А.Н.Горшенев, И.В.Сергеев // Вестник хирургии. 2004. т. 163. - № 1. С. 36-39.
4. Asamura H. Bronchopleural fistulas associated with lung cancer operations. Univariate and multivariate analysis of risk factors, management, and outcome / H.Asamura [et al.] // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. - 1992.-V. 104.-P.1456-1464.
5. Вагнер Е.А. Эндоскопическая окклюзия культи главного бронха при её несостоятельности / Е.А. Вагнер [и др.] // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 1990. - № 2. - С. 46-48.
4. Левашев Ю.Н. Клиническое применение большого сальника в профилактике бронхиальных свищей после пневмонэктомии / Ю.Н.Левашев, Ю.В.Пржедецкий, Б.Б.Шафировский // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 1994. - № 1/2. - С. 42-46.
5. Оржешковский О.В. Использование большого сальника на ножке при пневмонэктомиях для профилактики бронхиальных свищей / О.В. Оржешковский [и др.] // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 1991 - № 1. - С. 40-41.
6. Порханов В.А. Хирургическое лечение пациентов с III стадией немелкоклеточного рака лёгкого / В.А. Порханов [и др.] // Вопросы онкологии. - 2000. Т.46. С. 74-76.
7. Трахтенберг А.Х. Клиническая онкопульмонология / А.Х.Трахтенберг, В.И.Чиссов. - М., 2000. - 599 с.
10. Martini G. Treatment of bronchopleural fistula after pneumonectomy by using an omental pedicle / G.Martini [et al.] // Chest. - 1994 (Mar.). - Vol. 105, № 3.-P. 957-959.



Summary

Omentoplasty as a method for prevention and treatment of failure of the right main bronchial stump and trachea-bronchial (trahea-traheal) anastomosis

P.K. Yablonsky, I.V. Mosin, A.B. Sanginov*, N.V. Mosina, A.V. Chausov

FGBI «St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology»;

Institute of Pulmonology SPbSMU named after I.P. Pavlov, Russia;

* National Center for Tuberculosis, pulmonology and thoracic surgery; Avicenna TSMU, Tajikistan

A retrospective analysis of treatment 171 patients with locally advanced non-small cell lung cancer stage IIIa and IIIb that underwent to right-combined pneumonectomy and reconstructive plastic surgery on the trachea and its bifurcation was done. In 75 patients the bronchial stump or anastomosis line was covered with omentum flap on the vascular pedicle of stump right main bronchus and trahea-traheal (trachea-bronchial) anastomosis without omentoplasty detected in 17 (17,7%) patients, and using omentoplasty - in 4 (5,3%). Postoperative mortality without omentoplasty was in 11 (11,5%) patients. No one case of deaths after using omentoplasty with development of failure. Application of omentoplasty significantly reduces the incidence of bronchopleural complications, moreover, in the case of failure promotes healing of the defect and prevents the development of inflammatory processes in the pleural cavity or mediastinum.

Key words: omentoplasty, locally advanced non-small cell lung cancer, the greater omentum, the failure of bronchial stump, combined pneumonectomy, reconstructive plastic surgery

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Мосин Игорь Валентинович – руководитель центра торакальной хирургии НИИ фтизиопульмонологии и профессор кафедры онкологии ФПО ГБОУ ВПО СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова; Россия, Санкт-Петербург, пр. Ю.Гагарина, д. 21, кв. 190
E-mail: ivmosin@mail.ru

Обширные резекции печени при местнораспространённом раке

С.М. Ахмедов, Б.Дж. Сафаров, А.С. Саидмуродов, З.В. Табаров

Институт гастроэнтерологии АМН МЗ и СЗН Республики Таджикистан

В работе проанализирован опыт обширных резекций печени у 31 больного с местнораспространённым раком печени, осложнённым разрывом опухоли в сочетании с перитонитом или внутренним кровотечением (17 пациентов) и угрозой разрыва опухоли (14 больных). Больные с диагностированными разрывами опухоли печени оперированы в ургентном порядке, а пациенты с угрозой разрыва рака печени – в ближайшие 1-3 дня после уточнения диагноза и, при необходимости, предоперационной подготовки в условиях реанимационного отделения.

5 больных умерли во время операции, вследствие массивной интраоперационной кровопотери, геморрагического шока и развития ДВС-синдрома. После операций в ближайшем послеоперационном периоде умерли 4 больных в результате развития декомпенсированной острой печёночной недостаточности и полиорганной недостаточности. Послеоперационная летальность составила 29% (9 из 31 больных).

Выполнение обширных резекций печени при жизнеопасных осложнениях местнораспространённого рака печени в ургентном или срочном порядке позволяет спасти от неминуемой смерти более 70% больных из числа прооперированных и добиться 2-летней выживаемости, не менее чем в 50% наблюдений.

Ключевые слова: резекция печени, первичный и местнораспространённый рак печени, вирусные гепатиты В и С, цирроз печени

Актуальность. Хирургическое лечение злокачественных новообразований печени представляет собой актуальную и сложную задачу современной хирургической гепатологии. Уровень заболеваемости и смертности от опухолевых заболеваний печени различной этиологии неуклонно растёт. До 30% злокачественных образований метастазируют в печень [1]. Первичный рак печени выявляют в 1,1 – 50,6% от всех злокачественных новообразований во всём мире [2]. Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) составляет около 85% в структуре всех первичных злокачественных опухолей печени [3]. Тревожным остается тот факт, что ко времени госпитализации больных и установления диагноза, внепечёночные метастазы выявляют у 28% больных, и пациенты, получавшие симптоматическое лечение, живут не более 6 месяцев с момента установления диагноза [4,5]. По-прежнему, единственным радикальным методом лечения остаётся оперативное вмешательство. Однако резектабельность при первичном раке печени остаётся одной из самых низких и составляет, по данным РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, не более 10–15% [6].

Большое число интра- и послеоперационных осложнений, а также высокая летальность (6–36%) являются сдерживающими моментами операций у данного контингента больных [7].

Отдалённые результаты радикально оперированных больных, по данным разных авторов, весьма вариабельны. Трёхлетняя выживаемость варьирует от 19 до 86,9%, пятилетняя – от 10 до 84%, десятилетняя – от 21 до 53,4% [3,6–8].

Проблема приобретает ещё большую актуальность при лечении местнораспространённого осложнённого рака печени, с билобарным поражением, развившимся на фоне цирроза печени, хронического гепатита «В» или «С», при его сочетании с холестаазом, стеатозом, последствиями со стороны структуры органа после многократных курсов химиотерапии.

В литературе практически отсутствуют сообщения об успешных исходах обширных резекций печени при ГЦК, выполненных при жизнеопасных осложнениях (разрывы опухоли, раковый перитонит, массивные внутрибрюшные кровотечения), что и послужило поводом для анализа собственного опыта (31 наблюдение) использования гемигепатэктомий и расширенных гепатэктомий, при такого рода осложнениях у больных с местнораспространённым раком печени.

В связи с вышеизложенным, целью настоящего исследования явилось определение показаний и анализ результатов ургентных и срочных обширных



РИС. 1. ВНЕШНИЙ ВИД БОЛЬНОГО С ТЯЖЁЛЫМ НАРУШЕНИЕМ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ВСЛЕДСТВИЕ РАСПАДА И РАЗРЫВА МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ПЕЧЕНИ

резекций печени при осложнённом местнораспространённом гепатоцеллюлярном раке.

Материал и методы. Представлен опыт 31 обширных резекций печени, urgently выполненных в гепатохирургическом отделении Института гастроэнтерологии АМН МЗ и СЗН РТ г. Душанбе за период 2011–2013 гг. Возраст больных варьировал от 19 до 75 лет. Мужчин было 20, женщин – 11. До поступления в нашу клинику у всех пациентов был установлен рак печени, признанный нерезектабельным (из-за обширности распространения), онкологами и хирургами других лечебных учреждений. У 13 из них осуществлялись курсы химиотерапии (без эффекта), у остальных – наблюдение и симптоматическая терапия.

Клиника поступавших в наше отделение по скорой помощи больных манифестировалась спонтанным развитием болей в верхнем этаже живота, признаками разлитого или ограниченного перитонита, наличием выраженных симптомов тяжёлого внутрибрюшного кровотечения со снижением уровня гемоглобина более 30 г/л.

Всем больным при поступлении выполняли УЗИ печени и брюшной полости, что позволяло выявить опухоль печени, наличие её разрыва, определить жидкостные скопления в брюшной полости и их объёмы.

При этом, отличительной особенностью клинического проявления местнораспространённого и осложнённого рака печени считалось наличие тяжёлой анемии и выраженное проявление диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови, что требовало проведения краткосрочной (до 6 часов) предоперационной инфузионно-корректирующей терапии (рис. 1).

Наличие гемоперитонеума служило основанием для сокращения диагностического этапа и проведения оперативного вмешательства в экстренном порядке, по жизненным показаниям.

Согласно представленным выпискам из историй болезни с указанием результатов инструментальных исследований и проведённых интраоперационных исследований с применением интраоперационного УЗИ, раковое поражение захватывало 3 и более сегментов одной доли – у 19 пациентов, билобарное поражение имело место у 12 больных (рис. 2).

Внутриорганные метастазирования выявлено у 9 больных, экстраорганные (в лимфоузлы) – у 6. Прорастание опухоли в диафрагму и переднюю брюшную стенку отмечено в 10 наблюдениях. Хронические гепатиты «В» и «С» зарегистрированы у 10 (32,2%) пациентов, а цирроз печени в неактивной фазе – у 7 (22,5%) человек: класс А – у 5 и класс В – у 2 пациентов по Child-Pugh. Необходимо отметить, что имевшееся явное расширение показаний к обширным резекциям (экстраорганные и внутрибрюшные метастазы, билобарное поражение, цирроз печени) объяснялось развитием жизнеопасных осложнений – разрывы опухоли в сочетании с массивной кровопотерей, деструкция опухоли с угрозой разрыва, при которых только обширная резекция могла быть спасительной.

Больных с местнораспространённым раком печени, осложнённым разрывом опухоли и массивным внутрибрюшным кровотечением, сразу после поступления отправляли в операционную и экстренно оперировали – т.е. по жизненным показаниям.

Стратегия хирургического лечения первично-осложнённого и диссеминированного рака печени пред-

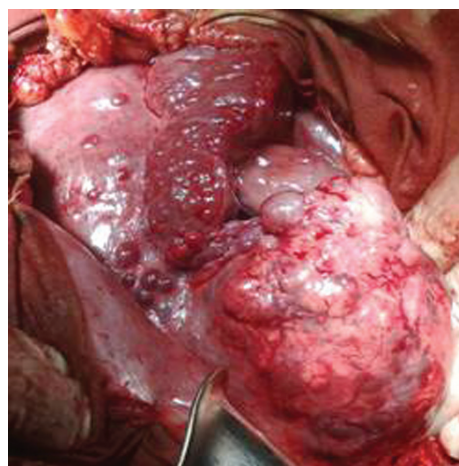
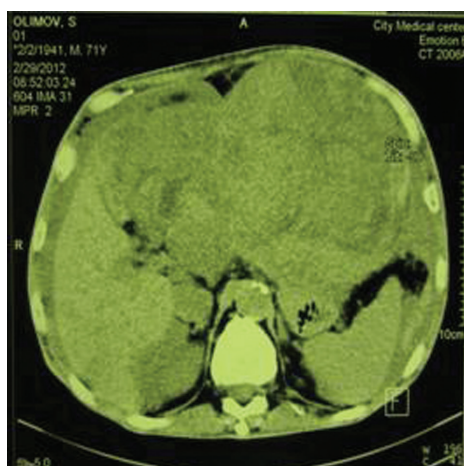


РИС.2. КТ И ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ КАРТИНА РАСПАДА ГЦК ЛЕВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ

усматривала обеспечение максимально щадящего и бескровного удаления патологического очага, профилактику внутри- и внеорганной диссеминации опухолевых клеток, надёжного окончательного гемостазиса. Реализация программы хирургического пособия больным с местнораспространённым и осложнённым раком печени требовала строгого выполнения ряда технических приёмов целой бригадой специалистов в условиях дефицита времени.

Важнейшим аспектом операции остаётся широкая экспозиция органа и последняя нами достигалась применением, в равной степени, J-образного и двух-подреберного доступов, с использованием ретрактора Сигала. При разрыве гигантской опухоли, в брюшной полости нередко обнаруживали её свободные фрагменты, наличие свободной крови и продолжающегося кровотечения из зоны разрыва (рис.3).



РИС. 3. ФРАГМЕНТ РАЗРЫВА ГИГАНТСКОЙ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Удаление патологической массы при обширных зонах распада опухоли с истончённой капсулой, как в пределах одной доли, так и билобарно в объёме до 3000,0 мл, достигали эвакуацией последней с помощью гидробомбесного вакуум-отсоса высокого разрешения. При этом профилактика внутри- и внеорганной миграции раковых клеток, во всех возможных случаях, достигалась выключением сосудисто-секреторных структур поражённой доли печени турникетом в области портальных и кавальных ворот. Вслед за эвакуацией содержимого опухоли проводили резекционный этап, завершая операцию пневмотермокоагуляцией и гепатизацией линии среза.

При угрозе разрыва рака печени, подтверждённой УЗИ, СКТ или МРТ, резекцию печени выполняли в ближайшие 1-3 дня.

Анатомические резекции печени были выполнены у 26 больных (83,8%): ПГГЭ – 11 чел., РПГЭ – 5, ЛГГЭ – 8 и РЛГЭ – 2. Атипичные резекции 4-х сегментов осуществлены у 5 (17,2%) больных.

При патоморфологическом исследовании удалённых поражённых раком участков печени, выявили: рак печени был гепатоцеллюлярным в 30 наблюдениях и холангиоцеллюлярным – в 1. Разрывы опухоли, как и их угроза, возникали обычно при довольно больших размерах опухоли, занимавшей не менее 3-х сегментов, при наличии в них очагов некроза, деструкции фиброзной капсулы. Сосуды, питавшие опухоль, были тромбированы или изъязвлены.

Результаты и их обсуждение. Из 7 больных раком печени, осложнённым разрывом опухоли в сочетании с массивной кровопотерей, погибли 5 человек после гемигепатэктомии. Следует указать, что эти пациенты поступили в крайне тяжёлом состоянии, с выраженными нарушениями гемодинамики (геморрагический шок), снижением показателей гемоглобина до 30 г/л и ниже. У 3-х из 5 погибших внутрибрюшное кровотечение сочеталось с гемобилией,



на что указывало наличие крови в тонкой и толстой кишках.

Крововосполнение и переливание плазмы начиналось в операционной, куда больные сразу поступали, минуя реанимационное отделение. Одновременно с переливанием эритроцитарной массы, излившуюся в брюшную полость кровь, как и кровь, излившуюся при гемигепатэктомии, возвращали в венозное русло организма аппаратом возврата крови. Несмотря на героические действия анестезиологов, гемодинамику удерживали с трудом, к концу операции больные погибали от геморрагического шока после массивной кровопотери и развития синдрома диссеминированного внутрисосудистого свёртывания (ДВС).

4 из 10 больных раком печени, осложнённым распространённым перитонитом, погибли после обширных резекций печени на 3-8 сутки после операции от острой печёночной и других проявлений полиорганной недостаточности. Всем этим пациентам во время операции устанавливали назоинтестинальный зонд в связи с выраженным парезом кишечника, а с 3 суток – производили санационный лаваж брюшной полости. Для улучшения функциональных нарушений со стороны печени и почек применяли различные способы экстракорпоральной детоксикации. Негативное влияние на летальные исходы после обширных резекций печени у данной группы больных оказывало не только наличие распространённого перитонита, вследствие поздней госпитализации, но и хронические гепатиты «В», «С» или цирроз печени, нарушающие функции печени и способствующие развитию декомпенсированной печёночной недостаточности.

Следовательно, после обширных резекций по поводу рака печени, осложнённого массивным внутренним кровотечением или перитонитом, умерли 9 из 17 (53%) человек. В подгруппе больных с угрозой разрыва раковой опухоли печени (n=14), послеоперационных летальных исходов не было, отсутствовали тяжёлые специфические осложнения обширных резекций печени (кровотечение со среза печени, жёлчные свищи, абсцессы, тяжёлые формы печёночной или печёочно-почечной недостаточности).

Итак, летальность после urgentных и срочных обширных резекций печени при разрывах опухоли в сочетании с массивными кровотечениями или распространённым перитонитом, а также при угрозе разрыва раковой опухоли составила 29% (9 из 31 больных).

В течение 1 года после операции, выживаемость составила 68,1% (n=15), через 2 года – 50% (n=11), более 3 лет – 13,3% (n=3).

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и хирургическом лечении рака печени, резектабель-

ность при нём, по данным специализированных центров, не превышает 30% [1,2,7,8].

Вопросы лечебной тактики при обширных резекциях рака печени, осложнённом разрывами с гемобилией, внутрибрюшным кровотечением и др., в литературе освещены недостаточно.

Первыми в российской литературе о применении обширных резекций печени у 4-х больных раком печени, осложнённом спонтанным разрывом опухоли, сообщили В.А. Вишневский и соавт. в 2003 г.[9]. Аналогичные тактические подходы и результаты были сопоставимы с данными других авторов, полученных при выполнении обширных резекций печени на высоте кровотечения при спонтанном разрыве раковой опухоли печени [10].

Мы располагаем опытом применения обширных резекций печени при различных жизнеопасных осложнениях рака печени у 31 больного. Наибольшую угрозу для жизни и особые трудности для лечения представлял рак печени, осложнённый спонтанным разрывом опухоли в сочетании с внутрибрюшным кровотечением, гемобилией (7 пациентов). Такие больные чаще всего поступали в состоянии геморрагического шока и массивной кровопотери (гемоглобин не превышал или был ниже 30 г/л). Поэтому этих пациентов сразу направляли в операционную, где осуществлялись реанимационные, противошоковые мероприятия, струйные переливания крови, плазмы, одновременно с проведением операции. Первичный гемостаз достигался использованием приема Pringle, иногда с наложением турникета на нижнюю полую вену под печенью, перевязкой, при возможности, кровоточащих сосудов в зоне разрыва опухоли. В последующем производили лигирование «ad massam» в воротах печени сосудисто-секреторных элементов правой или левой доли органа по Э.И. Гальперину [11]. Разделение паренхимы печени осуществляли с применением биполярного коагулятора по намеченной линии демаркации, тщательного лигирования сосудов и протоков на срезах печени, в последнюю очередь интрапаренхиматозно лигировали правую, левую или срединную печёночные вены. Для гемостаза на срезах печени использовали пластины «Тахокомб».

При такой технологии, ПГГЭ или ЛГГЭ удавалось выполнить за 1,5-2 часа. На этапах разделения паренхимы кровопотеря не превышала 1000 мл. Кровь при разделении паренхимы печени и кровь брюшной полости, в результате разрыва, вливали в венозное русло, применяя аппарат возврата крови. Из 7 таких больных умерли 5 – от массивной кровопотери, геморрагического шока, развития к завершению обширной резекции синдрома ДВС. После краткосрочной предоперационной подготовки и оценки возможности перитонита, в отделении реанимации оперированы 10 пациентов с раком печени. Ос-



ложением считали разрыв опухоли с развитием распространённого или ограниченного перитонита. Технология обширных резекций печени была аналогичной той, которую использовали у больных раком печени, осложнённым внутрибрюшным кровотечением и гемобилией.

4 из 10 больных этой группы умерли после обширных резекций печени от острой печёночной или полиорганной недостаточности. Причинами смерти у данной группы больных служат не только распространённость процесса и обширность операции, тяжёлая интоксикация вследствие перитонита, поздно распознанного врачами других лечебных учреждений, но и нарушения функции печени при наличии цирроза или хронических гепатитов «В» и «С».

Итак, умерло среди пациентов с раком печени, осложнённым спонтанным разрывом опухоли в сочетании с кровотечением или перитонитом, 9 (53%) из 17. Главными причинами неблагоприятных исходов экстренных обширных резекций в этой группе пациентов являлись: трудно диагностируемый геморрагический шок, вследствие массивной кровопотери, и поздно распознанный распространённый перитонит. Важная роль для улучшения результатов экстренных обширных резекций при раке печени, осложнённом спонтанным разрывом опухоли в сочетании с внутрибрюшным кровотечением, принадлежит активной хирургической тактике и скорости использования операции выбора – обширной резекции.

Необходимо знать, что у больных раком печени с большими опухолями могут чаще возникать спонтанные разрывы новообразований, особенно при наличии нарушений кровообращения последнего или его деструкции. Поэтому, при отсутствии противопоказаний (асцит, цирроз класса В по Child-Pugh, отдалённых метастазов, тяжёлых сопутствующих заболеваний), таким больным целесообразно проводить плановые обширные резекции печени. При угрозе разрыва, что подтверждается данными клинической картины (выраженный болевой синдром), УЗИ и КТ (истончение или изъязвление фиброзной капсулы со скоплением небольшого объёма реактивной жидкости вокруг опухоли, признаки распада, деструкции), необходимо проведение операций в срочном порядке.

Как показывают наблюдения за 14 подобными больными, операции у них протекали с минимальным числом осложнений и без летальных исходов. Отдалённые результаты обширных резекций печени у таких больных, со спонтанным разрывом опухоли или угрозой, несколько хуже, чем у больных без этих осложнений, однако они лучше, чем у пациентов, подвергшихся только консервативной терапии.

Таким образом, выполнение urgentных или срочных обширных резекций печени при жизнеопасных ос-

ложнениях рака печени (спонтанных разрывов опухоли в сочетании с внутрибрюшным кровотечением, гемобилией или перитонитом, как и при угрозе разрыва) следует считать основным способом хирургического лечения указанных осложнений рака печени. Использование такого подхода позволило спасти от неминуемой смерти более 70% больных из числа нами прооперированных и добиться 2-летней выживаемости, не менее чем в 50% наблюдений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cance W.G. The National Cancer Data Base Report on Treatment Patterns for Hepatocellular Carcinoma / W.G.Cance, A.K.Stewart, H.R.Menck // Cancer. - 2000; 88:912-920.
2. Патютко Ю.И. Хирургическое лечение первичного рака печени / Ю.И.Патютко [и др.] // Практическая онкология. - 2008. - №9(4). - С. 197-201.
3. Патютко Ю.И. Десятилетняя выживаемость больных со злокачественными опухолями печени после хирургического лечения / Ю.И.Патютко [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. 2010; 15(3): 39-47.
4. Результаты резекций печени при первичном раке / В.А.Вишневский, Н.А.Назаренко, В.В.Сивков, Н.В.Панова // Материалы 1 съезда онкологов стран СНГ. - М., - 1996. - 332с.
5. Журавлёв В.А. Радикальные операции у «неоперабельных» больных с очаговыми поражениями печени / В.А.Журавлёв. - Киров: Вятка. - 2000. - 200с.
6. Пути улучшения результатов обширных резекций печени / В.А.Вишневский, Н.А.Назаренко, Р.З.Икрамов, Т.И.Тарасюк // Анналы хирургической гепатологии. - 2005. - №10 (1). - С. 12-17
7. Патютко Ю.И. Резекция печени: Современные технологии при опухолевом поражении / Ю.И.Патютко [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2010. - №2(15). - С. 9-17
8. Zhou X.D. Twenty- survivors after resection for hepatocellular carcinoma-analysis of 53 cases / X.D. Zhou [et al.] // J. Cane. Res. Clin. Oncol. - 2009; 135 (8): 1067-1072.
9. Обширные резекции у больных с высоким хирургическим риском / В.А.Вишневский, Н.А.Назаренко, Т.И.Тарасюк, В.В.Егорова // Хирургия. - 2003. - №8. - С.4-10
10. Lai ECS Spontaneous ruptured hepatocellular carcinoma. An appraisal of surgical treatment / ECS Lai [et al.] // Ann. Surg. - 2009; 210: 24-28
11. Гальперин Э.И. Методика резекции печени ad massam при её злокачественном поражении / Э.И.Гальперин, В.Г.Игнатюк // Анналы хирургической гепатологии. - 2010. - Т.15, 2. - С. 18-23



Summary

Extensive liver resection in locally advanced cancer

S.M. Akhmedov, B.J. Safarov, A.S. Saidmurodov, Z.V. Tabarov

Gastroenterology Institute AMS MOH and MNS Tajikistan

In this paper we analyzed the experience of extensive liver resections in 31 patients with locally advanced liver cancer complicated by rupture of the tumor with peritonitis or internal bleeding (17 patients) and the threat of tumor rupture (14 patients). Patients diagnosed with liver tumor rupture operated in urgent procedure, and patients with liver cancer risk rupture - in the next 1-3 days after confirm the diagnosis and, if necessary, preoperative preparation in ICU.

Five patients died during surgery due to massive intraoperative blood loss, and hemorrhagic shock and DIC syndrome. After operations in the immediate postoperative period, 4 patients died as a result of the decompensated acute liver failure and multiple organ failure. Postoperative mortality was 29% (9 of 31 patients).

Extensive liver resections in life-threatening complications of locally advanced cancer of the liver in emergency or urgently rescues from certain death more than 70% of operated patients on and get 2-year survival rate at least in 50% of cases.

Key words: liver resection, primary and locally advanced liver cancer, viral hepatitis B and C, cirrhosis of the liver

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ахмедов Саидилхом Мухторович – руководитель
отделения хирургии печени и поджелудочной железы
Института гастроэнтерологии АМН МЗиСЗН РТ;
Таджикистан, г. Душанбе, ул. Маяковского, 2
E-mail: gkbsmp2004@mail.ru



Гипофизарно-надпочечниковые функции после тотальной гастрэктомии

Н.Г. Ломтев, Р.З. Юлдошев*

Национальный центр онкологии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, Бишкек;

*кафедра онкологии ТГМУ им.Абуали ибни Сино, Душанбе

У 187 больных раком желудка до и в различные сроки после гастрэктомии исследована секреция АКТГ, кортизола и альдостерона. Показано, что повышение уровня кортизола является индикатором интенсивности гормонального стресса и до операции наблюдается при прогрессировании рака желудка, а после гастрэктомии – при выраженных явлениях агастральной дистрофии. Снижение минералокортикоидной функции коры надпочечников в отдалённые сроки после гастрэктомии позволяет предположить выпадение эндокринной функции желудка, стимулирующей секрецию этого гормона.

Ключевые слова: рак желудка, гастрэктомия, АКТГ, кортизол, альдостерон

Актуальность. Рак желудка является одним из наиболее распространённых онкологических заболеваний в СНГ и в мире [1]. Несмотря на успехи в понимании существа болезни и применении новых таргетных средств лечения заболевания, единственным радикальным методом лечения рака желудка пока остаётся хирургический. Стандартными и наиболее распространёнными радикальными оперативными вмешательствами являются различные варианты гастрэктомии с объёмом лимфодиссекции D2. Удельный вес гастрэктомии колеблется в пределах 60-70%, резекции проксимального и дистального отделов желудка выполняются реже [2,3]. Удаление желудка становится причиной появления различных постгастрорезекционных расстройств, в том числе и эндокринных.

Цель исследования заключалась в исследовании изменений в гормональной системе гипофиз-надпочечники до- и после удаления желудка

Материал и методы. Всего обследовано 187 больных раком желудка, из них до операции 94, в ранние и отдалённые до 5 и более лет сроки после гастрэктомии – 93, а также 38 мужчин контрольной группы того же возрастного диапазона. У них в крови был исследован базальный уровень АКТГ, кортизола, альдостерона. Уровень кортизола исследовали также в условиях метаболической пробы с внутривенным введением глюкозы из расчёта 0,33 г/кг. Проба была проведена до операции у 12 больных, в отдалённые сроки после – у 13 больных, а также у 16 лиц контрольной группы. Образцы крови для исследования

получали пункцией локтевой вены. Максимальный срок хранения сыворотки до проведения анализа не превышал трёх месяцев.

При выполнении радиоиммунохимического тестирования использовали коммерческие наборы АСТН-К-PR, AIDOSTK-125I, CORTCTK-125I (CIS, Франция) для определения АКТГ, кортизола и альдостерона. Радиометрию проводили на автоматическом γ-счётчике "Clini Gamma-1272" (LKB-Wallac, Швеция). В процессе тестирования выполняли необходимые требования контроля качества.

Результаты и их обсуждение. При анализе базального уровня АКТГ, кортизола, альдостерона и факторов заболевания было обнаружено, что наиболее значимое воздействие на содержание гормонов системы гипофиз-кора надпочечников оказывала распространённость опухолевого процесса. У больных раком желудка наблюдалась реципрокная зависимость концентрации АКТГ от уровня гормонов коры надпочечников (табл.1). У больных с II-III стадией заболевания выявлено достоверное увеличение концентрации АКТГ. Уровень гормона у больных в IV стадии заболевания был снижен до значений контрольной группы. При этом концентрация кортизола и альдостерона у больных во II-III стадии имела только тенденцию к повышению, но достоверно повышалась у больных IV стадии заболевания.

Анализ факторов, характеризующих прогрессирование опухолевого процесса, в том числе метастазирования рака желудка в лимфоузлы, паренхиматозные органы (печень), диссеминацию по брюшине, не

ТАБЛИЦА 1. СОДЕРЖАНИЕ АКТГ, КОРТИЗОЛА И АЛЬДОСТЕРОНА В КРОВИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Группа	АКТГ		Кортизол		Альдостерон	
	n	пмоль/л	n	пмоль/л	n	пмоль/л
Контрольная	38	13,8±2,1	48	390,2±26,1	35	207,4±22,4
II-III стадия	47	21,9±2,6 p>0,01	50	452,6±22,5 p>0,05	41	240,2±20,8 p>0,05
IV стадия	47	11,2±1,0 p>0,05 p ₁ <0,001	54	663,4±54,5 p<0,001 p ₁ <0,001	48	278,4±23,9 p<0,05 p ₁ >0,05

Примечание: p – в сравнении с контрольной группой; p₁ – в сравнении с группой больных II-III стадией

ТАБЛИЦА 2. СОДЕРЖАНИЕ АКТГ, КОРТИЗОЛА И АЛЬДОСТЕРОНА В КРОВИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

Группа	АКТГ		Кортизол		Альдостерон	
	n	пмоль/л	n	пмоль/л	n	пмоль/л
Контрольная	38	13,8±2,1	48	390,2±26,1	35	207,4±22,4
До операции (II-III ст.)	47	21,9±2,6 p<0,05	50	452,6±22,5 p>0,05	41	240,2±20,8 p>0,05
Через 14-30 суток	35	13,7±1,7 p>0,05 p ₁ <0,01	31	443,3±24,2 p>0,05 p ₁ >0,05	37	195,0±14,9 p>0,05 p ₁ >0,05
2-12 мес.	25	10,3±1,4 p>0,05 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	33	616,2±56,7 p<0,001 p ₁ <0,01 p ₂ <0,01	15	115,8±16,8 p<0,01 p ₁ <0,001 p ₂ <0,01
1-5 лет	28	8,9±1,0 p>0,05 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	37	631,9±51,6 p<0,001 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	24	105,4±20,8 p<0,001 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05
5 и более лет	15	7,6±1,5 p<0,05 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	15	547,9±46,3 p<0,05 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05	14	101,9±13,2 p<0,001 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05

Примечание: p – в сравнении с контрольной группой; p₁ – в сравнении с группой до операции; p₂ – в сравнении с предыдущей группой

выявил статистически достоверных различий между этими группами больных.

Результаты определения спонтанной секреции АКТГ и основных гормонов коры надпочечников после гастрэктомии представлены в таблице 2. Через 14-30 суток после гастрэктомии содержание кортизола и альдостерона существенно не изменялось по сравнению с дооперационным и находилось на одном уровне с контрольной группой. Вместе с тем наблюдалось понижение концентрации АКТГ, уровень которого постепенно снижался и в отдаленные сроки после операции, достигая значимых различий по сравнению с показателями здоровых лиц, спустя 5 и более лет после гастрэктомии. Через 2 месяца с момента операции и в дальнейшем наблюдалось достоверное увеличение базальной концентрации

кортизола при одновременном снижении содержания альдостерона.

Сопоставление корреляционных взаимоотношений базальной секреции гормонов системы гипофиз-надпочечники показало, что в отдаленном послеоперационном периоде отмечалось усиление корреляционных связей с максимумом в сроки 2-12 месяцев. Так, если корреляционная связь между кортизолом и АКТГ гипофиза была достаточно сильной и отрицательной ($r=-0,66$; $p<0,05$), то между альдостероном и АКТГ была сильной и положительной ($r=+0,72$; $p<0,05$). Такое соотношение было устойчивым и сохранялось в более отдаленные сроки после гастрэктомии. Характер изменения базальной секреции гормонов системы гипофиз-кора надпочечников, с одной стороны, указывал на сохранность механизма



обратной связи, по которому высокие концентрации кортизола ингибируют секрецию АКТГ гипофизом, а с другой – на депрессию минералокортикоидной функции надпочечников.

Таким образом, усиление глюкокортикоидной функции в отдалённом послеоперационном периоде сочеталось со снижением минералокортикоидной функции надпочечников.

Состояние больных в отдалённые сроки после гастрэктомии определялось степенью компенсации утраченных функций желудка, возможностями приспособительных реакций со стороны пищеварительных органов и т.д. Поэтому был проведён анализ концентрации гормонов в зависимости от клинических проявлений гастрэктомии. Было найдено, что наиболее высокий уровень кортизола определялся у больных с явлениями выраженной агастральной дистрофии: $684,4 \pm 54,6$ нмоль/л, против $538,6 \pm 46,2$ нмоль/л у больных с лёгкой степенью синдрома. У них же содержание АКТГ было ниже: соответственно $5,9 \pm 1,7$ против $11,5 \pm 1,2$ пмоль/л ($p < 0,05$); более низким, но менее значимым было содержание альдостерона – $126,9 \pm 19,0$ против $83,6 \pm 14,3$ пмоль/л.

Реципрокный механизм функционирования системы гипофиз-кора надпочечников сохранялся и отражал степень тяжести клинических проявлений полного удаления желудка. Сохранялась также и реактивность коры надпочечников на нагрузку глюкозой. Секреция кортизола была исследована в условиях пробы с в/в введением глюкозы. Реакция коры надпочечников на гипергликемию у больных оказалась более активной, чем у здоровых лиц. Уровень кортизола снижался интенсивнее, амплитуда изменений уровня кортизола у больных была достоверно больше, чем в контрольной группе ($p < 0,001$), и к 120 минуте он не отличался от контроля.

Изменения секреции АКТГ и кортизола у больных раком желудка до и после гастрэктомии в целом отражают сохранность реципрокных механизмов, лежащих в основе гипофизарно-надпочечниковых взаимоотношений. Увеличение секреции кортизола при прогрессировании рака желудка до операции и у больных с выраженной агастральной дистрофией в отдалённые сроки после гастрэктомии указывает на состояние хронического стресса. Причины этого явления до и после гастрэктомии различны, но основной, по-видимому, является перераспределение пластических и энергетических ресурсов, на что указывают результаты теста с глюкозой. Наличие сильной положительной корреляции между концентрациями АКТГ и альдостерона делает вероятным

предположение о том, что торможение секреции АКТГ высоким уровнем кортизола приводит к дефициту гипофизарного стимулятора минералокортикоидной функции надпочечников [4]. При этом следует отметить, что некоторое повышение активности ренин-ангиотензиновой системы, наблюдаемое в ранние сроки после гастрэктомии недостаточно для адекватного усиления секреции альдостерона корой надпочечников в отдалённом периоде [5]. Другой причиной гипоальдостеронемии может быть дефицит гормонов пищеварительного тракта, в частности гастрин [6] и холецистокинина, которые способны стимулировать минералокортикоидную функцию коры надпочечников через специфические рецепторы [7]. Феномен гипоальдостеронемии, по-видимому, играет существенную роль в генезе некоторых постгастрэктомических расстройств, в частности нарушений регуляции объёма крови, внеклеточной жидкости и гемодинамики [8,9].

Таким образом, повышение уровня кортизола при прогрессировании рака желудка до операции и после гастрэктомии является индикатором интенсивности гормонального стресса. Снижение минералокортикоидной функции коры надпочечников в отдалённые сроки после гастрэктомии позволяет предположить выпадение эндокринной функции желудка, стимулирующей секрецию этого гормона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2007 / М.И.Давыдов, Е.М.Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. - 2009. - Т. 20. - №3(77), прил. 1. - С. 52-53.
2. Давыдов М.И. Рак проксимального отдела желудка: современная классификация, тактика хирургического лечения, факторы прогноза / М.И.Давыдов, М.Д.Тер-Ованесов // Русский медицинский журнал. – 2008. – Т. 16. - № 13. – С. 914-921.
3. Gastric cancer: surgery in 2011 / K. Ott, F. Lordick, S. Blank, M. Büchler // Langenbecks Arch Surg. – 2011.- V.396(6). – P.743-758.
4. Williams G.H. Надпочечные проявления системных заболеваний / G.H.Williams // Эндокринные проявления системных заболеваний / Под ред. Д.Федермана/ - М.: Медицина. -1982. - С. 109-135.
5. Беспалов И.И. Радиоиммунологическое исследование активности ренина в плазме больных раком желудка до и в различные сроки после гастрэктомии / И.И.Беспалов, Н.Г. Ломтев // Эпидемиология, диагностика и лечение опухолей



- внутренних локализаций. Тр. Кирг. НИИ онкологии и радиологии. - Фрунзе. - 1982. - С. 77-80.
6. Jiang X. Basal and postprandial serum levels of gastrin in normotensive and hypertensive adults / X.Jiang [et al.] // Clin Exp Hypertens. - 2013; 35(1). - P.74-8.
 7. Mazzocchi G. Cholecystokinin (CCK) stimulates aldosterone secretion from human adrenocortical cells via CCK2 receptors coupled to the adenylatecyclase/protein kinase A signaling cascade / G. Mazzocchi [et al.] // ClinEndocrinolMetab.- 2004; 89 (3). - P.1277-84
 8. Маят В.С. Резекция желудка и гастрэктомия / В.С.Маят [и др.]. - М.: Медицина. - 1975. - 367 с.
 9. Орехова Э.Ф. Изменение объёма циркулирующей крови у больных после гастрэктомии по поводу рака: автореф. ... дис. канд. мед. наук / Э.Ф.Орехова. - М. - 1980. - 18 с.

Summary

Pituitary-adrenal activity after total gastrectomy

N.G. Lomtev, R.Z. Yuldoshev*

National Cancer Centre at the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek;

*Chair of Oncology Avicenna TSMU, Dushanbe

In 187 patients with gastric cancer before and at various times after gastrectomy the secretion of ACTH, cortisol and aldosterone are tested. Increased levels of cortisol is an indicator of the intensity of hormonal stress and before the operation it is observed due to progression of gastric cancer, and after gastrectomy in presence of marked signs of agastral dystrophy. Reduction of mineralocorticoid adrenocortical function at remote after gastrectomy, allowing make assumption about loss of the endocrine function of stomach stimulating the secretion of this hormone.

Key words: gastric cancer, gastrectomy, ACTH, cortisol, aldosterone

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ломтев Николай Герасимович – старший научный сотрудник радиологического отдела Национального центра онкологии МЗ КР;
Кыргызстан, Бишкек, ул.Ахунбаева, 92
E-mail: lomtevng@mail.ru



Особенности экстренной хирургической помощи больным пожилого и старческого возраста при раке ободочной кишки

А.А. Сопуев, Н.Ж. Сыдыков, А.Ш. Абдиев, Р.К. Успеев

Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии

Кыргызской государственной медицинской академии;

Национальный хирургический центр МЗ КР, г.Бишкек, Кыргызстан

Была изучена группа больных (n=146) в возрасте 60 лет и старше, у которых при оказании неотложной хирургической помощи был выявлен рак ободочной кишки. По данным исследования, женщин было в 1,4 раза больше, чем мужчин. Среди гистологических форм рака ободочной кишки преобладали умеренно дифференцированные аденокарциномы по сравнению с низко- и высокодифференцированными (82,2% изученных случаев). 44,5% больных поступили в I и II стадиях заболевания, что улучшает прогноз операбельности.

По локализации заметно превалирует рак сигмовидной кишки (44,5%), далее следуют опухоли слепой (14,4%) и восходящей ободочной (13,1%) кишок. Оперативное лечение в экстренном порядке, несмотря на проведение консервативной терапии, получили 49,3% от всех обследованных. Принадлежность пациента к старшим возрастным группам не уменьшила уровень резектабельности рака ободочной кишки в исследуемой группе (опухоль была удалена у 77,8% прооперированных больных).

Ключевые слова: рак ободочной кишки, рак сигмовидной кишки, пожилой и старческий возраст, операбельность, уровень резектабельности

Актуальность. Своевременная диагностика и лечение рака ободочной кишки требуют дальнейшего совершенствования. Поэтому часто первые признаки заболевания выявляются только при значительном местном распространении опухоли и нередко сопровождаются такими осложнениями, как кишечная непроходимость, перфорация, распад опухоли и кровотечение [1,2]. Большинство таких больных с осложнёнными формами рака ободочной кишки госпитализируют по экстренным показаниям в общехирургические стационары для оказания неотложной помощи. Однако единой твёрдо установленной тактики в выборе метода операций у данной категории больных пока нет [3,4].

При поступлении в стационар поставить точный диагноз, определить характер и тяжесть развившихся осложнений не всегда представляется возможным. Дифференциальная диагностика проводится, практически, со всеми неотложными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости – острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза; воспалительными заболеваниями органов брюшной полости (острый аппендицит, холецистит и т.д.); перфорацией полых органов; кровотечениями; болями, абдоминальными, диспепсическими синдромами, обусловленными опухолями и неопухоловыми заболеваниями и т.д. [5,6].

В подавляющем большинстве случаев перевод перенесших групп больных в специализированное онкологическое лечебное учреждение, вследствие многих причин, не возможен. Поэтому всегда будет иметь место группа больных с онкологическими заболеваниями брюшной полости, диагностика и оперативное лечение которых будет проводиться в лечебных учреждениях, специализирующихся на оказании экстренной хирургической помощи [7].

Оперативные вмешательства, производимые пациентам при раке ободочной кишки по неотложным показаниям, помимо спасения жизни, преследуют цель радикального излечения от самой опухоли, послужившей причиной развития осложнений и госпитализации [8-10].

Неотъемлемой частью вопроса улучшения качества врачебной помощи больным указанной группы является анализ результатов лечения в условиях экстренной хирургии.

Цель исследования: определение комплексной информационной картины и характерных тенденций у больных раком ободочной кишки пожилого и старческого возраста, находившихся по экстренным показаниям в общехирургическом стационаре.

Материал и методы. Нами был проведён анализ рандомизированной выборки пациентов, у которых, при обращении в условиях общехирургического стационара на базе Национального хирургического центра (НХЦ) МЗ КР, был выявлен рак ободочной кишки.

Больные характеризовались по полу, стадии, локализации рака ободочной кишки. Определялись типы и количество оперативных вмешательств.

Было изучено 146 случаев рака ободочной кишки, выявленного у пациентов 60 лет и старше (до 101 года) в НХЦ в период с 2006 по 2012 гг. Из них мужчин было 62 (42,5%), женщин – 84 (57,5%).

Средний возраст больных не оценивался в связи с однородностью группы обследуемых.

Для диагностики, определения стадии рака ободочной кишки, его осложнений применялись: общеклинические методы; эндоскопическое исследование пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, ободочной кишки с взятием биопсии; рентгенологическое обследование органов грудной клетки, брюшной полости (включая контрастные исследования); ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Результаты и их обсуждение. Распределение пациентов по стадиям заболевания приведено в таблице 1.

ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО СТАДИЯМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Стадия	I	II	III	IV
Кол-во больных	5 (3,4%)	60 (41,1%)	47 (32,2%)	34 (23,3%)

Распределение по локализациям носит следующий характер: наибольшая частота локализации выявлена в сигмовидной кишке (65 больных; 44,5%), самая низкая – в нисходящей ободочной кишке (n=9; 6,2%) (табл. 2).

ТАБЛИЦА 2. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ

Локализация	Кол-во больных
Сигмовидная кишка	65 (44,5%)
Восходящая ободочная кишка	19 (13,1%)
Слепая кишка	21 (14,4%)
Поперечно-ободочная кишка	10 (6,8%)
Селезёночный изгиб	12 (8,2%)
Печёночный изгиб	10 (6,8%)
Нисходящая ободочная кишка	9 (6,2%)
Всего:	146 (100%)

Оперативное лечение было проведено 72 больным [11,12], что составляет 49,3% от всех пациентов. Вмешательства осуществлялись в экстренном и срочном порядке. Были выполнены следующие виды операций: правосторонняя гемиколэктомия – в 21 случае, левосторонняя гемиколэктомия – в 12, резекция поперечно-ободочной кишки – в 1, резекция сигмовидной кишки (включая операцию Гартмана) – в 22, выведение коло- и энтеростом на различных уровнях – в 12, пробная лапаротомия – в 4 случаях (табл. 3). Наибольшее количество операций выполнено на сигмовидной кишке (n=22; 30,5%).

ТАБЛИЦА 3. ВИДЫ ПРОВЕДЁННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Вид операции	Кол-во больных
Резекция сигмовидной кишки (включая операцию Гартмана)	22 (30,5%)
Правосторонняя гемиколэктомия	21 (29,2%)
Левосторонняя гемиколэктомия	12 (16,7%)
Резекция поперечно-ободочной кишки	1 (1,4%)
Наложение илеостомы	1 (1,4%)
Наложение еюностомы	1 (1,4%)
Выведение колостомы	10 (13,9%)
Пробная лапаротомия	4 (5,5%)
Всего:	72 (100%)

Среди обследованных больных: 62 (42,5%) – мужчины, 84 (57,5%) – женщины, соотношение мужчины/женщины – 1:1,4, что соответствует статистическим данным Республиканского медико-информационного центра МЗ КР, в которых указано, что количество заболевших женщин, к примеру, за 2012 год составляло 55% от общего числа заболевших [13]. В исследуемой группе пациентов, несмотря на строгие рамки отбора (только экстренные хирургические больные, возраст 60 лет и старше) соотношение мужчин и женщин являлось типичным и для общей популяции.

Заболевание в I и II стадиях выявлено у 65 (44,5%) больных, в III и IV – у 81 (55,5%). Таким образом, практически половина больных поступила в I и II стадиях заболевания, что является благоприятным прогностическим признаком операбельности.

По гистологической структуре изученные опухоли представляют собой аденокарциномы, среди которых преобладают умеренно дифференцированные формы – 120 (82,2%) случаев (табл. 4). Отсутствие в



ТАБЛИЦА 4. ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОПУХОЛИ И СТЕПЕНЬ ЕЁ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ

Гистологическая характеристика	Степень дифференцировки			Всего
	Высокая	Умеренная	Низкая	
Аденокарцинома	11(7,5%)	120 (82,2%)	15 (10,3%)	146

исследуемой рандомизированной группе стромальных опухолей, вероятно, связано с их небольшой встречаемостью (до 2-3% от всех опухолей желудочно-кишечного тракта).

По локализации заметно лидирует рак сигмовидной кишки у 65 (44,5%) пациентов, далее следуют опухоли слепой – у 21 (14,4%) больного и восходящей ободочной – у 19 (13,1%), вместе составляющие – 27,5%. Локализация опухоли в селезёночном изгибе, в печёночном изгибе, в нисходящей и поперечно-ободочной кишках встречается примерно с одинаковой частотой. В процентном выражении эти данные были равны – 8,2%; 6,8%; 6,2%; 6,8%, соответственно. Учитывая довольно частую встречаемость опухолей этой локализации, имеет смысл, с точки зрения онкологической настороженности, уделять повышенное внимание дифференциальной диагностике заболеваний органов брюшной полости с опухолями в первую очередь сигмовидной, а также слепой и восходящей ободочной кишок.

Оперативное вмешательство было проведено 72 больным, что составляет 49,3% от всех обследованных. Относительно небольшой процент оперативной активности (так, по некоторым данным, резектабельность опухоли составляет 70-80%) связан, прежде всего, с возможностью успешного лечения тех осложнений рака ободочной кишки, которые привели к госпитализации больных в стационар [14,15]. Это говорит о возможности проведения успешной консервативной терапии почти у половины больных. При возможности проведения оперативного лечения в отсроченном или плановом порядке больные направлялись в специализированное онкологическое учреждение (Национальный центр онкологии МЗ КР). Учитывая, что в число оперативных вмешательств включены диагностические и паллиативные вмешательства (диагностическая лапаротомия и выведение коло- и энтеростом), можно говорить о том, что показания к оперативному лечению всё-таки были выставлены почти половине больных. От общего количества операций пробные лапаротомии и выведения стом составляют 22,2%. Таким образом, удалить опухоль удалось в 77,8% случаев. Этот показатель, при сравнении с современными литературными данными, является довольно высоким [15].

Таким образом, у больных старших возрастных групп уровень резектабельности рака ободочной кишки не ниже, чем у больных более молодого возраста. Поэтому в условиях оказания экстренной помощи лицам старших возрастных групп возникает необходимость выделения двух основных направлений в лечебно-диагностической программе ведения больных с осложнённым раком ободочной кишки. Первое состоит в диагностике этого заболевания, проведении консервативного лечения и дальнейшем направлении в специализированное онкологическое лечебное учреждение. Второе – в проведении пациентам, требующим экстренного хирургического лечения, оперативных вмешательств. При лечении пациентов данной возрастной группы есть возможность такого же уровня оперативного лечения рака ободочной кишки, что и при лечении более молодых пациентов.

ВЫВОДЫ:

1. При раке ободочной кишки у больных в возрасте 60 лет и старше, которые поступали для оказания экстренной помощи в общехирургический стационар, женщин было в 1,4 раза больше, чем мужчин.
2. Среди лиц пожилого и старческого возраста, страдающих раком ободочной кишки, наиболее часто определялись умеренно дифференцированные аденокарциномы (82,2%).
3. Несмотря на экстренный порядок госпитализации, более 40% больных (44,5%) поступали в I и II стадиях рака ободочной кишки, что является благоприятным прогностическим признаком операбельности.
4. У 49,3% больных, были выставлены показания к оперативному вмешательству. Принадлежность пациента к старшим возрастным группам не уменьшила уровень резектабельности рака ободочной кишки.



ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахманов К.Ф. Особенности клинического течения рака правой половины ободочной кишки / К.Ф.Абдурахманов, Ш.К.Мухамедаминов // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ, Минск. - 2004. - Ч.1. - 424 с.
2. Алиев А.Р. Результаты диагностики и хирургического лечения рака толстой кишки / А.Р. Алиев // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ, Минск. - 2004. - Ч.1. - 424 с.
3. Blowhole colostomy for the urgent management of distal large bowel obstruction / [K.R. Kasten, E.F. Midura, B.R. Devis [et al.] // J Surg Res. - 2014. - №14. -р. 18-23.
4. Sanoff H.K. How we treat metastatic colon cancer in older adults / H.K. Sanoff, R.M. Goldberg // J. Geriatr Oncol. - 2013. - p. 295-301.
5. Денисенко В.Л. Осложнения колоректального рака: проблемы и перспективы / В.Л.Денисенко, Ю.М.Гаин // Новости хирургии. - 2011. - Т. 19. №1. - С. 103-111.
6. Яицкий Н.А. Рак толстой кишки, осложнённый воспалительным процессом и перфорацией / Н.А.Яицкий, Т.А.Мошкова // Вестник хирургии. - 2001. - № 1. - С. 92-96.
7. Analysis of the quality of care in surgical treatment of colorectal cancer: National study. Follow-up results. / [E. Rodriguez-Cuellar [et al.] // Cir Esp. - 2014. - №13. - p. 77-81.
8. Жарникова Т.Н. Прогнозирование течения заболевания и летальных исходов при осложнённом колоректальном раке / Т.Н.Жарникова, П.М.Иванов, В.Г.Игнатьев // Якутский медицинский журнал. - 2011. - №1. - С. 55-57.
9. Брехов Е.И. Перфорация кишечника при колоректальном раке / Е.И. Брехов, В.В. Калинин, И.Г. Репин [и др.] // Кремлёвская медицина. Клинический вестник. - 2012. - №3. - С. 93-95.
10. Руководство по колопроктологии / В.Л.Ривкин, А.С.Бронштейн, С.Н.Файн [и др.]. - М.: ИД: Мед-практика. - М., 2004. - С. 292-402.
11. Теоретическое обоснование применения многокомпонентной мази левомеколь в профилактике спаечной болезни брюшной полости / А.А.Сопуев, Н.Н.Маматов, Ж.Б.Мамакеев [и др.] // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. - М. - 2011. - №11(34) ноябрь. - С.254-257.
12. Оценка эффективности интраоперационной мазевой профилактики спаечной болезни брюшной полости / Н.Н.Маматов, А.А.Сопуев, А.Ш.Абдиев [и др.] // Современные проблемы науки и образования. - М.: Изд-во «Академия естествознания»/ - 2013. - №5.
13. Важенин А.В. Результаты лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью / А.В.Важенин, Д.О.Маханьков, С.Ю.Сидельников // Журнал хирургия им. Н.И.Пирогова. - 2007. - №4. - С. 49-53.
14. Кабанов М.Ю. Результаты комплексного лечения больных с острой кишечной непроходимостью карциноматозного генеза / М.Ю. Кабанов, И.А. Соловьёв, О.В. Балюра // Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2012. - Т. 1. - С. 34-39.
15. Решетина Е.А. Прогностические факторы развития рецидивов и метастазов у больных колоректальным раком: автореф. дис.... канд. мед. наук / Е.А.Решетина. Национальный центр онкологии КР. - Бишкек. - 2010. - 23с.



Summary

Features of emergency surgery to patients of elderly and senile ages with colon cancer

A.A. Sopuev, N.J. Sidikov, A.Sh. Abdiev, R.K. Uspeev

Chair of Hospital Surgery with course of Operational Surgery of the Kyrgyz State Medical Academy;

National Surgical Center MOH, Bishkek, Kyrgyzstan

The group of patients (n=146) aged 60 years and older in which colon cancer identified during emergency surgical care was studied. According to the study, women were 1.4 times more than men. From histological forms of colon cancer moderately differentiated adenocarcinoma prevailed compared with low and highly differentiated (82,2% of the cases studied). 44,5% of patients admitted in stages I and II of disease, which improves operability forecast.

By localization cancer of the sigmoid colon (44,5%) more occurred, than the caecum (14,4%) and ascending colon (13,1%) intestines. Urgent surgical treatment, despite of conservative therapy, received 49,3% of all surveyed. For patients from older age groups did not reduce the level of resectability of colon cancer in the study group (the tumor was removed in 77,8% of operated patients).

Key words: colon cancer, cancer of the sigmoid colon, elderly age, operability, resectability rate

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Сопуев Андрей Асанкулович – заведующий кафедрой госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии Кыргызской государственной медицинской академии; 720044, Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул. 3-я линия, 25
E-mail: uspeev_ruslan@mail.ru

Комплексная антибактериальная терапия острого гнойного холангита

К.М. Курбонов, Ф.И. Махмадов, У.Х. Гаюров, К.Р. Назирбоев, Ш.А. Гафурова

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе проанализированы результаты комплексного микробиологического исследования жёлчи и биоптатов жёлчного протока у 102 пациентов с гнойным холангитом, при этом у 87 из них высевались различные виды микрофлоры, среди которых доминирующими являлись грамотрицательные бактерии (n=53; 61%) с преобладанием анаэробного компонента (n=37; 42,5%).

Включение в комплекс интенсивной терапии постдекомпрессионного периода внутривенного и интрахоледохеального введения антибиотиков (n=58) в значительной степени улучшало результаты лечения больных с гнойным холангитом за счёт непосредственного воздействия на патологический очаг.

Комплексная антибактериальная терапия больных с ОГХ по усовершенствованной методике позволила снизить частоту послеоперационной летальности до 10,3%.

Ключевые слова: бактериохолия, гнойный холангит, антибиотикотерапия

Введение. Среди осложнений жёлчнокаменной болезни (ЖКБ) наиболее тяжёлым и сложным является острый гнойный холангит (ОГХ) [1]. ОГХ – гнойно-инфекционное заболевание, развивающееся в большинстве случаев на фоне холемии и ахолии, вызванных механической желтухой [2,3]. Развитие инфекции в жёлчных протоках происходит на фоне острой перемежающейся закупорки жёлчных протоков камнем, стриктурой и другими причинами, вызывающими жёлчную гипертензию.

Наряду с первичной декомпрессией жёлчных протоков, снижением гипербилирубинемии, жёлчной гипертензией, важным компонентом комплексного лечения больных с ОГХ является антибактериальная терапия [4]. В этой связи особую значимость в патогенетическом лечении ОГХ приобретают вопросы выявления этиологических особенностей микрофлоры жёлчи и тканевых изолятов, которые могут свидетельствовать об общем источнике и

патогенетическом механизме инфицирования жёлчи и печени при ОГХ [5,6]. Поэтому важное значение приобретают вопросы комплексной антибактериальной терапии ОГХ с непосредственным введением препаратов в гнойно-воспалительный очаг с целью более быстрого и эффективного купирования гнойно-воспалительных процессов.

Цель исследования – изучение эффективности рациональной антибактериальной терапии у больных с ОГХ.

Материал и методы. Исследование основано на анализе результатов клинического обследования 120 больных с гнойным холангитом (ГХ). Женщин было – 102 (85%), мужчин – 18 (15%). Возраст пациентов составил от 28 до 72 лет. Главной причиной ГХ являлась жёлчнокаменная болезнь и её осложнения, наблюдавшиеся в 69% случаев (табл. 1).

ТАБЛИЦА 1. ПРИЧИНЫ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА (n=120)

Группы заболевания	Кол-во	%
ЖКБ + холедохолитиаз	83	69
Стеноз (стриктура), повреждения холедоха воспалительного характера	18	15
Стеноз БДС	12	10
Рестеноз БДС	7	6
Всего	120	100



Следует отметить, что из 120 пациентов, лишь в 25 (21%) наблюдениях ГХ не сопровождался механической желтухой (МЖ), в остальных 95 (79%) случаях – ГХ проявлялся МЖ различной степени тяжести, что в значительной мере отягощало течение заболевания.

Для подтверждения роли бактериального фактора в развитии ОГХ были проведены бактериологические исследования протоковой жёлчи, биоптатов стенок общего жёлчного протока и перихоледохеальных лимфоузлов. Образцы протоковой жёлчи и биоптатов получали интраоперационно в объёме 5 мл, а также в послеоперационном периоде из наружных дренажей общего жёлчного протока. Посев полученной таким образом протоковой жёлчи и биоптатов производили в тёплую герметичную стерильную пробирку с мясопептонным бульоном. Доставка пробирки, помещённой в стандартный термоизолированный пакет, в бактериологическую лабораторию осуществлялась персоналом либо в пределах 10 минут со времени взятия, либо после кратковременной инкубации в термостате, размещённом в предоперационной. После инкубации чашек Петри при температуре +35°C в течение 24 часов, подсчитывали колонии на 1 мл жёлчи и определяли титр (КОЕ/мл). Предварительную идентификацию микроорганизмов осуществляли при микроскопии окрашенных по Граму марков, результатам оксидазных (для грамотрицательных палочковидных бактерий) и каталазных (для грамположительных кокков) тестов, по характеру роста и морфологии колоний на стандартных средах. Дальнейшую идентификацию проводили с использованием общепринятых биохимических тестов. В качестве контрольных штаммов использовали штаммы E.Coli ATCC25922, E.Coli 35218, P. Aeruginosa ATCC 27853, E. ATCC 29212, S. Aureus ATCC 29213.

Для изучения патогенетических механизмов эндотоксемии больным проводили клинико-лабораторные методы исследования. Характер эндотоксемии изучали в жёлчи, портальной и кавальной крови, путём катетеризации пупочной вены и ветвей брыжечных вен по уровню гематологических показателей эндотоксемии (МСМ, ЛИИ, лейкоцитоз, билирубин, АлАт и АсАт) и определению продуктов ПОЛ, в частности – ДК и МДА.

Результаты и их обсуждение. Бактериологическое исследование показало, что из 102 пациентов с ОГХ положительные результаты посевов отмечали у 87 (85%). В ходе проведения микробиологического исследования протоковой жёлчи и биоптатов стенки общего жёлчного протока у 87 пациентов с ОГХ и МЖ установлено, что между уровнем бактериологической контаминации протоковой жёлчи и степенью деструктивных изменений стенки жёлчного протока (ЖП) имеется однозначная зависимость. Минимальная степень бактериохолии была при

катаральном холангите у 14 пациентов (n=87) и составила – $3,2 \times 10^3 \pm 0,82 \times 10^3$ КОЕ/мл. В 6 из 14 наблюдений обнаружена стерильная жёлчь. У 48 пациентов с эрозивным холангитом бактериологическая контаминация была достоверно выше и составила $4,7 \times 10^5 \pm 6,3 \times 10^4$ КОЕ/мл, причём наличие стерильной жёлчи ни в одном случае не было обнаружено.

Максимальная степень общей бактериохолии в этой группе пациентов составила $9,12 \times 10^7$ КОЕ/мл. Средний уровень контаминации при эрозивно-язвенном холангите, таким образом, превышал таковой при катаральном холангите в 14 раз. При фиброзно-гнойном холангите (n=25) уровень бактериохолии протоковой жёлчи был на 2 порядка выше ($1,5 \times 10^7 \pm 9,8 \times 10^5$ КОЕ/мл), чем при эрозивно-язвенном холангите, то есть в 28 раз. Статистические различия между уровнем общей бактериальной контаминации в группах с катаральным, эрозивно-язвенным и фибринозно-гнойным холангитом строго статистически были значимыми ($p < 0,001$).

Следует отметить, что при бактериологических посевах жёлчи в большинстве случаев был отмечен рост грамотрицательных бактерий – у 53 (61%) больных из 87, несколько реже грамположительных – у 34 (39%). Среди грамотрицательной микрофлоры преобладали анаэробная флора, имеющая место у 37 пациентов (42,5%) из 53 и аэробная флора – у 16 (18%) больных (табл. 2).

ТАБЛИЦА 2. СПЕКТР МИКРОФЛОРЫ ИЗ ПРОТОКОВОЙ ЖЁЛЧИ У БОЛЬНЫХ С ОГХ

Характер микрофлоры	Кол-во	%
Анаэробная флора	37	42,5
Bacterilides	34	39
Fusobakterium	28	32
Keilonella	15	17
Peptococcus	20	23
Peptostreptococcus	18	20,5
Прочие	10	11,5
Аэробная флора	16	18
E.Coli	9	10
Enterococcus	7	8
Klebsiella	7	8
Streptococcus	6	7
P. proteus	5	5,5
Staphylococcus	4	4,5
Прочие	2	2,2

ТАБЛИЦА 3. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ МИКРОФЛОРЫ ЖЁЛЧИ И БИОПТАТОВ ЖЁЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У БОЛЬНЫХ С ОГХ (n=87)

Антибиотики	Число проб	Грамотрицательная флора				Число проб	Грамположительная флора			
		Чувствительность		Устойчивость			Чувствительность		Устойчивость	
		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%
Гентамицин	38	19	50	19	50	6	2	33	4	67
Канамицин	34	18	53	16	47	5	2	40	3	60
Карбеницилин	42	24	57	18	43	8	3	37	5	63
Левомецитин	64	21	33	43	67	7	2	28	5	72
Оксациллин	52	30	57	22	43	8	3	37	5	63
Полимексин	52	21	40	31	60	8	4	50	4	50
Тетрациклин	54	32	59	22	41	9	3	33	6	67
Цефалотин	74	61	82	13	18	9	7	78	2	22
Цефаперабел	74	59	79	15	21	8	6	75	2	25
Цефтазидим	74	62	84	12	16	10	4	40	6	60
Цефтриаксон (цефамед)	74	72	97	2	3	10	10	100	-	-
Ципрофлоксацин	74	63	85	11	15	10	6	60	4	40

В жёлчи среди анаэробов чаще других видов микроорганизмов встречались *Bacterilides* (39%), *Fusobacterium* (32%) и *Keilonella* (17%). В биоптатах стенки общего жёлчного протока преобладали – *Bacterilides* (32%), *Fusobacterium* (28%) и *Peptococcus* (18%). Среди аэробов причиной бактериохолии в 10% наблюдений были *E.Coli*, в 8% – *Enterococcus* и в 8% – *Klebsiella*. В биоптатах стенки общего жёлчного протока встречались *E.Coli* (18%), *Enterococcus* (11%) и *Streptococcus* (8%).

Таким образом, результаты микробиологических исследований показывают, что этиологическими факторами бактериохолии являются смешанные грамотрицательные бактерии с преобладанием анаэробной микрофлоры. После того как была получена бактериограмма жёлчи, определяли чувствительность микрофлоры к антибиотикам (табл. 3).

При определении чувствительности к антибиотикам, грамотрицательная флора в 85% была чувствительна к ципрофлоксацину, в 84% – к цефтазидиму и в 84% – цефалотину. Высокочувствительной грамотрицательная флора была к цефамеду (97%); грамположительная флора жёлчи также в 100% – к цефамеду, в 79% – к цефепарелу и в 82% – к цефалотину.

Лечение ОГХ заключалось, прежде всего, в декомпрессии жёлчных протоков и устранении причины обструкции жёлчных протоков. При этом, в зависимости от общего состояния больных, выражен-

ности проявления холангиогенной инфекции, эндотоксемии и гипербилирубинемии производили одно- и двухэтапные методы лечения с применением современных технологий и традиционных оперативных вмешательств. Одномоментные традиционные (n=40) и эндоскопические вмешательства (n=19) выполнены у 59 больных. Двухэтапные традиционные вмешательства (n=26) и двухэтапные методики с применением современных технологий (n=35) произведены в 61 случае. Как правило, после выполнения двухэтапных (n=61) и одноэтапных эндоскопических (n=19) вмешательств осуществлялось наружное отведение токсической жёлчи посредством наружного дренажа.

Дальнейшее повышение эффективности лечения ОГХ зависело не только от успешной диагностики, предоперационной декомпрессии и оперативного вмешательства, но и от полноты коррекции нескольких звеньев патогенеза ОГХ: бактериохолии, ахолии, эндогенной интоксикации и печёночной недостаточности. Главной и основной причиной холангиогенной инфекции и эндотоксемии при ОГХ является транслокация бактерий, вследствие уменьшения или прекращения (ахолии) поступления жёлчи в кишечник. Морфологическое исследование биоптатов печени у больных ОГХ показало, что вследствие порտальной бактеремии в паренхиме печени, а именно в зоне Купферовских клеток, определяется скопление бактерий (рис.).

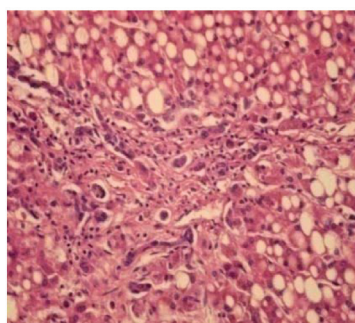


РИС. ПРОЛИФЕРАЦИЯ ЖЁЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И МИКРОБНОЕ ОБСЕМЕНЕНИЕ В ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ. ОКРАСКА ГЕМАТОКСИЛИНОМ И ЭОЗИНОМ, УВ. 400

Это явление диктует целесообразность и необходимость локального подведения антибактериальных средств через русло в печень.

Для лечения эндотоксемии и коррекции имеющейся бактериохолии эффективно использовали методики медикаментозного насыщения зоны патологии – печени и инфицированных жёлчных протоков. Для этого, после разбужирования пупочной вены, производили её катетеризацию, а жёлчные пути дренировали наружу. В постдекомпрессионном периоде в 58 наблюдениях проводили внутрипортальное и интрахоледохеальное капельное введение антибиотиков в зависимости от их чувствительности.

Контрольную группу составили 34 пациента с ОГХ, которым антибактериальная терапия осуществлялась внутримышечным и внутривенным введением антибиотиков. Пациентам основной группы (n=58) внутрипортальное и интрахоледохеальное введение антибиотиков проводили путём растворения 1-1,5г антибиотика цефалоспоринового ряда (цефамед) на 100 мл физиологического раствора. Это позволило на 3-4-е сутки постдекомпрессионного периода

значительно уменьшить выделения гнойной жёлчи через дренаж холедоха и её микробную обсеменённость (с $3,22 \pm 0,7 \times 10^5$ КОЕ/мл до $1,10 \pm 0,6 \times 10^3$ КОЕ/мл), уровень гематологических показателей эндотоксемии в периферической крови за этот же период также имел тенденцию к снижению (ЛИИ – с $8,06 \pm 0,5$ усл.ед. до $2,15 \pm 0,4$ усл.ед., МСМ – с $0,94 \pm 0,12$ усл.ед. до $0,33 \pm 0,08$ усл.ед., ДК – с $2,9 \pm 1,2$ отн. ед. до $1,2 \pm 0,6$ отн. ед., МДА – с $6,5 \pm 0,18$ нмкмколь/л до $3,0 \pm 0,16$ нмкмколь/л) (табл.4).

После выполнения хирургических вмешательств и проведения патогенетически обоснованной интенсивной терапии по разработанной методике у 58 больных с ОГХ, летальные исходы наблюдались в 6 (10,3%) случаях, причинами которых явились печёочно-почечная недостаточность (n=3), острая сердечно-сосудистая недостаточность (n=2) и послеоперационный перитонит (n=1).

ВЫВОДЫ:

1. При микробиологическом исследовании жёлчи и биоптатов общего жёлчного протока у 87 (85%) больных с ОГХ посевы были положительными. Микробный спектр был представлен преимущественно грамотрицательными микробами с доминированием анаэробных бактерий.
2. Методика внутривенного и интрахоледохеального введения антибиотиков цефалоспоринов III – IV поколения позволяет снизить обсеменённость жёлчи микроорганизмами к 6-м суткам – с 10^{5-6} до 10^{2-3} , уменьшить признаки эндогенной интоксикации и печёочной недостаточности – к 4-м суткам.
3. Комплексная антибактериальная терапия больных с ОГХ по усовершенствованной методике позволила снизить частоту послеоперационной летальности до 10,3%.

ТАБЛИЦА 4. ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТОКСЕМИИ ДО И ПОСЛЕ ВНУТРИПОРТАЛЬНОГО И ИНТРАХОЛЕДОХЕАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ

Показатели	Доноры (n=15)	Контрольная группа (n=34)		Основная группа (n=58)	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ЛИИ, усл.ед.	$1,01 \pm 0,2$	$8,07 \pm 0,5$	$4,15 \pm 0,4$	$8,06 \pm 0,5$	$2,15 \pm 0,4$
МСМ, усл.ед.	$0,24 \pm 0,03$	$0,95 \pm 0,11$	$0,56 \pm 0,07$	$0,94 \pm 0,12$	$0,33 \pm 0,08$
ДК, отн. ед.	$0,9 \pm 0,8$	$2,8 \pm 1,1$	$1,9 \pm 0,7$	$2,9 \pm 1,2$	$1,2 \pm 0,6$
МДА, нмкмколь/л	$2,6 \pm 0,14$	$6,4 \pm 0,17$	$4,8 \pm 0,15$	$6,5 \pm 0,18$	$3,0 \pm 0,16$
Микробная обсеменённость жёлчи, КОЕ/мл	$0-10^5$	$3,20 \pm 0,7 \times 10^5$	$2,10 \pm 0,6 \times 10^4$	$3,22 \pm 0,7 \times 10^5$	$1,10 \pm 0,6 \times 10^3$



ЛИТЕРАТУРА

- 2 Беляев А.Н. Новые технологии внутривенных инфузий в хирургии и интенсивной терапии / А.Н. Беляев [и др.] // Общая реаниматология. - 2006. - Т. 2. - №4/1. - С. 55-57.
- 3 Острый холангит: диагностика, лечение / Г.Г. Устинов [и др.] // Проблемы клинической медицины. - 2007. - №3. - С. 55-63
- 4 Багненко С.Ф. Холангит и билиарный сепсис: проблема и пути решения / С.Ф. Багненко, С.А. Шляпников, А.Ю. Корольков // Вестник хирургии. - 2009. - Т. 168. - № 3. - С. 17-20.
- 5 Шойхет Я.Н. Применение локальной внутриартериальной антимикробной терапии у больных с острым холангитом / Я.Н. Шойхет, И.В. Кулешова, А.А. Карпенко // Проблемы клинической медицины. - 2007. - №3. - С. 38-45
- 6 Бекеров Б.М. Выбор метода лечения гнойного холангита при механической желтухе у лиц пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Б.М. Бекеров. Махачкала. - 2011. - 22 с.
- 7 Carpenter H.A. Bacterial and parasitic cholangitis / H.A. Carpenter // Mayo Clin Proc. - 2004. - Vol. 73. - № 5. - P.473- 478.

Summary

Combined antibacterial therapy of acute purulent cholangitis

K.M. Kurbonov, F.I. Makhmadov, U.Kh. Gayurov, K.R. Nazirboev, Sh. Gafurova
Chair of surgical diseases № 1 Avicenna TSMU

This paper analyzes the results of a comprehensive microbiological examination of bile and bile duct biopsy specimens from 102 patients with purulent cholangitis, while in 87 of them were found different types of microflora, among which were the prevailed Gram-negative bacteria (n=53; 61%) with a predominance of anaerobic component (n=37; 42,5%).

Inclusion in complex intensive care of post-decompression period an intraportal and intracholedochal administration of antibiotics (n=58) greatly improved the outcome of therapy results of patients with purulent cholangitis due to the direct impact on the pathological focus.

Integrated antibiotic therapy of patients with APC by proposed scheme has reduced the frequency of postoperative mortality to 10,3%.

Key words: bacteriocholia, purulent cholangitis, antibiotic therapy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Курбонов Каримхон Муродович – заведующий кафедрой хирургических болезней №1 ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, пр. Айни, 46
E-mail: murod_kurbonov@rambler.ru



Метод расчёта риска формирования двустороннего нефролитиаза

Н.К. Гаджиев¹, А.Г. Васильев², Н.С. Тагиров³, С.А. Мусаев³

¹ *Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова;*

² *Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,*
Санкт-Петербург, Россия

Многомерная модель прогнозирования риска развития двустороннего нефролитиаза была построена на основе дискриминантного анализа результатов обследования 653 больных нефролитиазом. Клиническая апробация выявила высокую способность предложенной математической модели к прогнозированию развития двустороннего нефролитиаза. Для прогнозирования риска развития двустороннего нефролитиаза высокоинформативным является показатель относительного риска. В пользу высокого риска свидетельствуют повышение pH мочи более 6,1, снижение концентрации магния мочи менее 2,26 ммоль/л, значения степени насыщения мочи оксалатом кальция более 3,27 и относительная канальцевая реабсорбция менее 97,5%.

Ключевые слова: двусторонний нефролитиаз, прогнозирование риска, математическая модель, дискриминантный анализ

Введение. Будучи одним из распространённых урологических заболеваний, мочекаменная болезнь (МКБ) встречается не менее чем у 3% населения. В 2002 г. в России заболеваемость МКБ составила 535,8 случаев на 100 000 населения. По частоте мочекаменная болезнь занимает первое место среди хирургических заболеваний органов мочеполовой системы. Эти обстоятельства определяют высокую значимость проблемы диагностики и лечения мочекаменной болезни [1]. Постепенному увеличению частоты случаев заболеваемости нефролитиазом способствуют условия современной жизни: гиподинамия, обилие пуринов в пище и др. [2-4]. Двусторонний нефролитиаз – форма МКБ, характеризующаяся двусторонней локализацией конкрементов, тяжестью течения заболевания, высокой частотой рецидивирования. Двусторонний нефролитиаз встречается у 15-17% больных нефролитиазом [5].

Поиск лабораторно-диагностических методов интегральной оценки риска камнеобразования активно ведётся в последние годы. Один из таких методов основан на исследовании структурных особенностей высыхающей капли мочи больных мочекаменной болезнью [6]. Однако данный метод не обладает достаточной прогностичностью, не позволяет выявить метаболический тип нефролитиаза и слабо коррелирует с химическим составом конкремента [7]. В 2004 г. описан критерий литогенности мочи, основанный на использовании метода КВЧ-дieleктрометрии и определении комплексного коэффициента отражения [8]. В то же время, в ряде исследований показано, что изменения физических

параметров мочи являются преимущественно следствием воспалительного процесса, осложняющего течение мочекаменной болезни, и каждый из этих показателей в отдельности не может использоваться для прогнозирования течения заболевания [9,10].

Учитывая высокую частоту осложнений, частое рецидивирование и очевидную тяжесть течения двусторонней формы нефролитиаза, а также отсутствие в современной научной литературе систематизированной информации метафилактического характера по двустороннему нефролитиазу, поиск методов непосредственной оценки кристаллообразующей активности и возможности прогнозирования риска развития двусторонней формы нефролитиаза является актуальной и одной из приоритетных задач [11-14].

Цель исследования: разработать способ прогнозирования риска развития двустороннего нефролитиаза путём математического моделирования.

Материал и методы. В основу работы положен анализ результатов обследования 653 больных нефролитиазом (559, или 85,6%, – с односторонним и 94, или 14,4%, – с двусторонним), поступивших для лечения в клинику урологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова и урологическое отделение Елизаветинской больницы. Мужчин было 60 (63,8%), женщин – 34 (36,2%); средний возраст – 46,9±11,4 года. Всем больным проведено полное клиническое, лабораторное и рентгенологическое обследование.

Для построения математической многомерной модели прогнозирования риска развития двустороннего нефролитиаза нами был использован дискриминантный анализ. При этом использовались только переменные, измеренные в количественной и порядковой шкале. Для верификации модели использовалась имеющаяся матрица наблюдений. При проведении дискриминантного анализа группирующим служил признак одно- или двустороннего развития нефролитиаза: 1 – односторонний; 2 – двусторонний. В целях отбора группы наиболее информативных признаков, включаемых в конечную модель, оценена информативность каждого в дисперсионном однофакторном анализе, произведена их экспертная оценка, опробован ряд моделей с различным набором признаков.

Оценка связи варианта поражения почек с показателями, измеренными в ходе нашего исследования в количественной и порядковой шкале, проведена с использованием однофакторного дисперсионного анализа. Изучалось разложение дисперсии показателей на составляющие: дисперсию вследствие влияния контролируемого фактора (вариант поражения: одно- или двусторонний); дисперсию, вызываемую

действием неконтролируемых, случайных факторов и ошибками измерения. По доле дисперсии, обусловленной контролируемым фактором, определялась степень и значимость влияния на каждый из показателей, и, соответственно, связь с данным количественным показателем.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов дисперсионного анализа (табл.1) показывает, что для построения дискриминантной модели может быть использован ряд показателей, имеющих статистически достоверную связь с вариантом поражения почек. Наиболее тесная связь выявлена с pH мочи ($F=34,6$; $p<0,001$), CH NAP ($F=27,8$; $p<0,001$), показателями CH HUR и PU ($F=13,1$; $p<0,001$), а также MgU ($F=12,9$; $p<0,001$), R% ($F=11,1$; $p<0,001$) и CaU ($F=11,0$; $p<0,001$). Несколько менее значимы такие показатели, как MJU ($F=6,8$; $p<0,01$) и CH CaOX ($F=6,1$; $p<0,05$).

Окончательная дискриминантная модель содержала 4 переменных (табл.2). Полученная модель статистически достоверна (критерий $F(4,648) = 12,5$; $p<0,001$). Самым информативным показателем для прогнозирования варианта поражения почек в полученной дискриминантной модели, таким образом, оказалось

ТАБЛИЦА 1. ОЦЕНКА ВКЛАДА ЭФФЕКТОВ ФАКТОРА В ДИСПЕРСИЮ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Показатель	Дисперсия, обусловленная влиянием		F-критерий Фишера	Уровень значимости F-критерия Фишера, p
	контролируемого фактора	неконтролируемых факторов		
pHU	13,994	0,404	34,6	0,000000
MgU	0,000032	0,0000024	12,9	0,000341
PU	0,002	0,00012	13,1	0,000313
CAU	0,000037	0,0000033	11,0	0,000958
KICR	9568,239	2370,456	4,0	0,044940
R%	29,135	2,624	11,1	0,000911
MJU	0,020	0,003	6,8	0,009130
CHHUR	13,996	1,071	13,1	0,000324
CHCaOX	5,544	0,915	6,1	0,014086
CHNAP	3090,204	111,091	27,8	0,000000

ТАБЛИЦА 2. ИНФОРМАТИВНОСТЬ ПРИЗНАКОВ, ВОШЕДШИХ В МОДЕЛЬ

Название признака	Значение F-критерия	Уровень значимости признака в модели, p
pHU	26,3	<0,001
MgU	4,8	0,029
R%	2,8	0,092
CHCaOX	3,4	0,067



РН мочи ($p < 0,001$). Данная переменная имеет наибольшие отношения межгрупповой и внутригрупповой дисперсий.

В ходе выполнения канонического анализа получена одна каноническая линейная дискриминантная функция (КЛДФ) с уровнем значимости $p < 0,001$ (критерий χ -квадрат Пирсона – 48,5; число степеней свободы $df = 4$). Характер факторной структуры канонической функции (табл.3) позволил интерпретировать её, как фактор щелочного сдвига РН мочи: наиболее тесная корреляционная связь данной канонической функции выявлена с данной переменной ($r = -0,83$). При условии равной априорной вероятности принадлежности пациента к рассматриваемым группам получены линейные классификационные дискриминантные функции:

$$F1 = -2076,27 + 22,89 \times \text{pHU} - 9784,25 \times \text{MgU} + 41,33 \times \text{R} - 2,76 \times \text{CH CaOX}$$

$$F2 = -2068,17 + 23,82 \times \text{pHU} - 9952,00 \times \text{MgU} + 41,20 \times \text{R} - 2,98 \times \text{CH CaOX}$$

где: pHU – рН мочи;
 MgU – концентрация магния мочи, моль/л;
 R% – относительная канальцевая реабсорбция, %;
 CHCaOX – степень насыщения мочи кальций оксалатом.

Первая классификационная дискриминантная функция соответствует группе пациентов с односторонним, вторая – с двусторонним нефролитиазом.

**ТАБЛИЦА 3. ФАКТОРНАЯ СТРУКТУРА
КАНОНИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ**

Название признака	Каноническая функция №1
pHU	-0,827868
MgU	0,506448
R%	0,468644
CH CaOX	0,346230

Для практического применения полученной дискриминантной модели используется расчёт значений данных классификационных функций по результатам обследования пациента. Функция, значение которой оказывается больше, указывает на группу, вероятность принадлежности пациента к которой выше. Функционирование модели продемонстрируем на примере двух пациентов.

Результаты лабораторного исследования для пациента № 613: pHU – 6,3; MgU – 0,001; R% – 98,0; CH CaOX – 4,008. По приведённым формулам расчёта классификационных дискриминантных функций получены значения: $F1 = 2097,29$ и $F2 = 2097,74$. Наибольшее значение приняла функция, соответствующая группе больных с двусторонним нефролитиазом. Таким образом, у данного пациента, на основании заключения разработанной математической модели, высока вероятность развития двустороннего нефролитиаза. Данный диагноз совпадает с окончательным диагнозом.

Результаты лабораторного исследования для пациента №1: pHU – 5,0; MgU – 0,004; R% – 99,28; CH CaOX – 3,170. По приведённым формулам расчёта классификационных дискриминантных функций получены значения: $F1 = 2093,38$ и $F2 = 2092,15$. Наибольшее значение приняла функция, соответствующая группе больных с односторонним поражением почек. Таким образом, у данного пациента, на основании заключения разработанной математической модели, низка вероятность развития двустороннего поражения. Окончательный диагноз подтверждает прогноз – у пациента односторонний нефролитиаз.

Верификация полученной модели проводилась на основании распознавания моделью имеющейся группы больных (табл.4).

ТАБЛИЦА 4. ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ПОЛУЧЕННОЙ ДИСКРИМИНАНТНОЙ МОДЕЛИ

Показатель	Значение показателя на обучающей выборке (n=653, %)
Чувствительность	78,8
Специфичность	82,8
Эффективность (безошибочность)	79,1
Уровень ложноотрицательных ответов	18,2
Уровень ложноположительных ответов	16,2

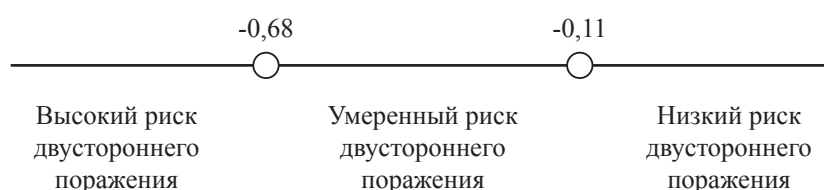


РИС. 1. ОЦЕНКА РИСКА ДВУСТОРОННЕГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПО ЗНАЧЕНИЮ КЛДФ

Эффективность полученной модели близка к 80%, что подтверждает возможность достаточно качественного прогноза характера поражения почек.

Анализ матрицы факторной структуры канонических переменных, координат центроидов исследуемых групп, а также коэффициентов канонической линейной дискриминантной функции показывает, что в пользу высокого риска двустороннего поражения свидетельствуют: высокое значение pH мочи, низкие концентрации магния мочи и степень насыщения мочи кальция оксалатом, а также малое значение относительной канальцевой реабсорбции. С целью получения единственной линейной функции нами был выполнен канонический дискриминантный анализ, в результате которого получено:

$$\text{КЛДФ} = -10,50 - 1,17 \times \text{pHU} + 211,64 \times \text{MgU} + 0,16 \times \text{R} + 0,28 \times \text{CH CaOX}$$

где: pHU – pH мочи;
MgU – концентрация магния мочи, моль/л;
R% – относительная канальцевая реабсорбция, %;
CHCaOX – степень насыщения мочи кальций оксалатом.

Построение канонической линейной дискриминантной функции позволяет предложить шкалу риска двустороннего нефролитиаза. Оценка риска в соответствии с полученными координатами центроидов групп пациентов с одно- и двусторонним нефролитиазом проводится следующим образом (рис.1): на оси выделенной дискриминантной канонической функции при её значении, меньшем -0,68, риск развития двустороннего нефролитиаза высок: относи-

тельный риск (ОР), рассчитанный по результатам оценки имеющейся матрицы наблюдений, составил 2,6. При значениях КЛДФ в интервале от -0,68 до 0,11 риск развития двустороннего нефролитиаза умеренный (ОР = 0,9). Минимальный риск (ОР = 0,6) отмечается при значениях КЛДФ более 0,11.

Расчёт КЛДФ для пациента №1 показал наличие высокого риска (КЛДФ = -0,80) развития двустороннего нефролитиаза, что совпадает как с оценкой классификационных ЛДФ, так и окончательным диагнозом.

С учётом вышеизложенного, введение нового прогностического показателя, позволяющего оценивать с высокой (до 80%) эффективностью риск развития двустороннего нефролитиаза, как самой сложной формы мочекаменной болезни, представляется крайне важным. При расчёте ОР на основании лабораторного исследования мочи становится возможным прогнозировать риск развития двустороннего нефролитиаза.

С целью клинической апробации полученной математической модели мы провели на основе анкетирования анализ отдалённых результатов лечения 60 больных как с двусторонним, так и с односторонним нефролитиазом (при условии отсутствия фрагментов и резидуальных камней). По исходным данным был произведён расчёт риска развития двустороннего нефролитиаза. Рецидив двустороннего нефролитиаза развивался у 16,6% больных экзаменационной выборки. Были сопоставлены оценка риска развития двустороннего нефролитиаза по данным прогноза и фактические результаты обследования (табл.5).

ТАБЛИЦА 5. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕРКИ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ НА ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ ВЫБОРКЕ

Группа риска по модели	Рецидив двустороннего нефролитиаза	
	n	%
Низкий риск, n = 31 (51,7%)	1	3,2
Умеренный риск, n = 18 (30,0%)	2	11,1
Высокий риск, n = 11 (18,3%)	7	63,6
Всего, n = 60 (100%)	10	1,7



В группе с высоким риском частота развития двустороннего нефролитиаза в наблюдаемый период составила 63,6% (7 из 11 пациентов), что статистически достоверно выше ($p < 0,05$), чем в группах с умеренным риском (11,1%, 2 из 18 пациентов) и низким риском (3,2%, 1 случай из 31).

Таким образом, клиническая апробация выявила высокую способность предложенной математической модели к прогнозированию развития двустороннего нефролитиаза. Для прогнозирования риска развития двустороннего нефролитиаза высокоинформативным является показатель относительного риска. В пользу высокого риска свидетельствуют повышение рН мочи более 6,1, снижение концентрации магния мочи менее 2,26 ммоль/л, значения степени насыщения мочи оксалатом кальция более 3,27 и относительная канальцевая реабсорбция менее 97,5%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопаткин Н.А. Пятнадцатилетний опыт применения ДЛТ в лечении мочекаменной болезни / Н.А.Лопаткин, Н.К.Дзеранов // Пленум правления Российского общества урологов: Тез.докл. – М., 2003. – С. 5-25.
2. Арзамасов Г.С. Метаболические факторы риска рецидивного уролитиаза / Г.С.Арзамасов, С.А.Краевой, К.П.Мельник // Диагностика, лечение и экспертиза больных с уролитиазом: матер. науч.-практ. конф. – М., 1995. – С.9.
3. Васильев А.Г., Акимов А.Н., Тагиров Н.С. и соавт. Динамическое наблюдение больных мочекаменной болезнью в амбулаторных условиях / А.Г.Васильев [и др.] // Terra Medica. – 2013; – №2. – 49с.
4. Tekin A.A study of the etiology of idiopathic calcium urolithiasis in children: hypocitruria is the most important risk factor / A.Tekin [et al.] // J. Urol. – 2000. – V. 164, № 1. – P.162-165.
5. Xavie F. Biochemical evaluation of urine of patients with bilateral nephrolithiasis / F. Xavie, H.Riss, D.Coleman // Scand. J. Urol. Nefrol. – 2000. – V.29, №3. – P.279-283.
6. Шатохина С.Н. Феномен патологической кристаллизации камнеобразующих солей мочи при уролитиазе / С.Н.Шатохина, В.Н.Шабалин // Урология и нефрология. – 1998. – №2. – С.16-19.
7. Дзеранов Н.К. Роль биохимических методов в динамическом наблюдении и лечении больных мочекаменной болезнью / Н.К.Дзеранов [и др.] // Урология. – 2001. – № 4. – С.18-20.
8. Бареева Р.С. Использование миллиметрового излучения сверхслабой интенсивности для исследования камнеобразующих свойств мочи человека / Р.С.Бареева, А.М.Яфясов, Г.М.Черняков // Вестник СПбГУ. – СПб, 2004. – Сер. 4, вып. 3. – С. 92-95.
9. Левковский С.Н. Физические свойства мочи в патогенезе уролитиаза / С.Н.Левковский, Р.С.Бареева //Клин.патофизиология. – 2004. – С. 24-27.
10. Batinic, D. Value of the urinary stone promoters/inhibitors ratios in the estimation of the risk of urolithiasis /D.Batinic [и др.] //J. Chem. Inf. Comput. Sci. – 2000, May-Jun. – V.40, №3. – P.607-610.
11. Гаджиев Н.К. Двусторонний нефролитиаз: физико-химические аспекты патогенеза и прогнозирование риска развития заболевания: дис. ... канд. мед.наук / Н.К.Гаджиев. – СПб.: ВМедА, 2010. – 155 с.
12. Назаров Т.Х. Современные аспекты патогенеза, диагностики и лечения мочекаменной болезни: дис. ... д-ра мед. наук / Т.Х.Назаров. – СПб.: ВМедА, 2009.
13. Чрескожная нефролитотрипсия в лечении коралловидного нефролитиаза / А.Г.Васильев, Б.К.Комяков, Н.С.Тагиров, С.А.Мусаев // Профилактическая и клиническая медицина. – 2009; 4: 183-186.
14. Тагиров Н.С. Опыт применения чрескожной нефролитотрипсии и контактной уретеролитотрипсии в комплексном лечении мочекаменной болезни / Н.С.Тагиров // Профилактическая и клиническая медицина. – 2012. – №4. – С.30-33.



Summary

Predicting method for risk forming of bilateral nephrolithiasis

N.K. Gadjiev¹, A.G. Vasilyev², N.S. Tagirov³, S.A. Musaev³

¹Russian Center of Emergency and Radiation Medicine of A.M.Nikiforov;

²St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia

Multivariate model predicting the risk of bilateral nephrolithiasis development was based on the discriminant analysis of the survey results 653 patients with nephrolithiasis. Clinical testing revealed a high ability of proposed mathematical model to predict the development of bilateral nephrolithiasis. To predict the risk of development of bilateral nephrolithiasis a highly informative is a relative risk indicator. Increasing urine pH over 6,1, reducing the concentration of magnesium urine less 2,26 mmol / l, the degree of saturation values of urine calcium oxalate more 3,27 and relative canalicular reabsorption less than 97,5% testify the high risk.

Key words: bilateral nephrolithiasis, risk forecasting, mathematical model, discriminant analysis

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Васильев Андрей Глебович – заведующий
кафедрой патологической физиологии
Санкт-Петербургского государственного
педиатрического медицинского университета;
Россия, г.Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2
E-mail: avas7@mail.ru



Комплексное лечение больных с синдромом Маллори-Вейсса

Р. Мухаммадзода, Т.Г. Гульмурадов

Кафедра сердечно-сосудистой и реконструктивной хирургии ТИППМК

В данном сообщении приводятся результаты комплексного обследования и лечения 141 больного с синдромом Маллори-Вейсса (СМВ).

Для объективности исследования больные с СМВ были распределены в две группы: контрольную – 68 пациентов (49 мужчин; 19 женщин), которые получали лечение по общепринятым методам и основную – 73 больных (59 и 14), которым проведено комплексное лечение с применением программного эндоскопического гемостаза в сочетании с препаратом «Октреотид». Возраст больных колебался от 19 до 78 лет.

Сравнительная оценка результатов лечения больных с СМВ показывает, что программный эндоскопический гемостаз даёт лучшие клинические результаты, снижая рецидив кровотечения с 30,1 до 12,3%, а летальность – с 44,0% до 13,3%.

Методом выбора оперативного лечения при СМВ является гастротомия и ушивание дефекта слизистой пищевода и кардиального отдела желудка 8-образными швами.

Ключевые слова: синдром Маллори-Вейсса, программный эндоскопический гемостаз, гастротомия

Актуальность. На сегодняшний день проблема острого желудочно-кишечного кровотечения при синдроме Маллори-Вейсса (СМВ) является одной из актуальных в неотложной абдоминальной хирургии, так как наблюдается рост количества больных с этим заболеванием, что обуславливает необходимость детального изучения этой проблемы [1,2]. При этом частота встречаемости СМВ остаётся достаточно высокой – 13,7% среди всех больных с желудочно-кишечными кровотечениями [3,4].

В последние годы около 90% больных с СМВ лечатся консервативными методами, с летальностью 3%, в то время как операционная летальность держится на уровне 15%, объясняется это тяжестью состояния больных, у которых консервативное лечение оказалось неэффективным [5,6].

Консервативное лечение направлено на остановку кровотечения и возмещение кровопотери и заключается в парентеральном введении гемостатических препаратов, H₂-блокаторов, ингибиторов водородной помпы, назначении инфузионно-трансфузионной терапии, антацидов, орошении желудка содовым раствором и норадреналином. Многие исследователи отмечают, что общепринятые гемостатические препараты недостаточно активизируют местный гемостаз в пищеводе и желудке для остановки кровотечения [7,8].

Ряд авторов утверждают, что при СМВ, как правило, требуется сочетание медикаментозного и инструментального гемостаза: лазерная фотокоагуляция, диатермокоагуляция, реже ангиографическое лечение [9,10].

Большинство авторов, показывая для хирургического лечения СМВ, считают обнаружение при эндоскопическом исследовании массивного кровотечения из разрывов пищеводно-кардиальной зоны и отсутствие эффекта от интенсивной гемостатической терапии в течение 12-24 часов [11,12].

Анализ литературы свидетельствует о том, что по сей день остаются невыясненными некоторые аспекты этиопатогенеза СМВ, нет единой тактики лечения больных с этим заболеванием. Всё вышеперечисленное явилось основанием для проведения нами настоящего исследования.

Цель исследования: анализ результатов эффективности комплексного лечения больных с синдромом Маллори-Вейсса путём применения программного эндоскопического гемостаза в сочетании с препаратом «Октреотид».

Материал и методы. Объектом исследования явились результаты комплексного обследования и лечения 141 больного с синдромом Маллори-Вейсса, находившихся с 1996 по 2012 гг. в хирургических



отделениях Городской клинической больницы №5 и ГКБ скорой помощи г.Душанбе.

Для объективности исследования больные с СМВ были распределены в две группы: контрольную – 68 пациентов (49 мужчин; 19 женщин), которые получали лечение по общепринятым методам (ретроспективный анализ) и основную (проспективное исследование) – 73 больных (59 и 14), которым проведено комплексное лечение с применением программного эндоскопического гемостаза (склеротерапия, орошение дефекта слизистой препаратом «Лифузоль» и клеевая аппликация). Возраст больных колебался от 19 до 78 лет.

Больным с СМВ основной и контрольной групп (n=141) консервативную терапию начинали с постановки назогастрального зонда и промывания желудка ледяной водой.

Инфузионно-трансфузионную терапию при СМВ начинали с переливания солевого раствора со скоростью 5-10 мл/мин., при тяжёлой кровопотере – в объёме 1-2 литра со скоростью 100 мл/мин. до стабилизации гемодинамики. При продолжающемся кровотечении и нестабильности гемодинамики показано переливание коллоидных растворов свежзамороженной плазмы и эритроцитарной массы.

Всем больным основной группы, до и после эндоскопического гемостаза был назначен препарат «Октреотид» (Сандостатин «NOVARTIS»), который вызывает сужение артерий брюшной полости, уменьшает возврат крови в портальную систему и снижает давление в воротной вене на 15-30%, что в свою очередь, способствует остановке кровотечения. При этом указанный эффект позволяет применять этот препарат для остановки кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Всем пациентам в схему комплексной терапии включили октреотид по 100 мкг подкожно 3 раза в день.

Результаты и их обсуждение. Нами у 47 больных основной группы изучены результаты эрадикационной терапии, включающей ингибитор протонной помпы, омепразол, амоксициллин и кларитромицин. Результаты применения этой схемы представлены в таблице 1.

Эффективность достигнутой эрадикации через 7 дней составила 87,2%, через 14 дней – 93,6%. Таким образом, эффективность предложенной схемы антихеликобактерной терапии, зависела от её длительности. Оптимальная продолжительность эрадикационной терапии составила 14 дней.

Оперативные методы остановки кровотечения применялись нами после безуспешной консервативной терапии и эндоскопических методов остановки кровотечения, а так же при возникновении рецидивов кровотечения.

Среди 73 пациентов основной группы комплексное лечение оказалось неэффективным у 5 (6,9%), у 4 (5,4%) – наступил рецидив кровотечения, в связи с чем им было проведено хирургическое лечение. В контрольной группе больных комплексное лечение было неэффективным у 10 (14,5%), а у 11 (16,2%) – наступил рецидив кровотечения, в связи с чем им потребовалось оперативное лечение.

В целом, в основной и контрольной группах прооперированы, соответственно, 9 (12,3%) и 21 (30,1%) пациентов (табл. 2). Среди оперированных больных преобладали лица мужского пола.

ТАБЛИЦА 1. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СМВ

Режимы	Эрадикационная терапия (n=47)	
Дозировка	Омепразол по 40 мг x 2 р. Амоксициллин по 1000 мг x 2 р. Кларитромицин по 500 мг x 2 р.	
Длительность	7 дней	14 дней
Эффективность эрадикации	41 (87,2%)	44 (93,6%)

ТАБЛИЦА 2. ЧИСЛЕННОСТЬ ПРООПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С СМВ

Больные	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Мужчины	8	10,9	19	27,9
Женщины	1	1,3	2	2,9
Всего	9	12,3	21	30,1

ТАБЛИЦА 3. ХАРАКТЕР ПРОВЕДЁННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С СМВ

Вид оперативных вмешательств	Основная группа (n=9)	Контрольная группа (n=21)
Гастротомия, ушивание разрыва желудка	6	16
Гастротомия+ ушивание разрыва желудка+стволовая ваготомия	3	5

По поводу рецидива кровотечения оперированы 15 пациентов. Рецидив кровотечения из зон разрыва наступил на 3-5 сутки у 4 (5,4%) больных основной группы и у 11 (16,1%) – контрольной, который сопровождался тяжёлой кровопотерей у большинства пациентов. При гастротомии у этих больных были установлены множественные дефекты слизистой оболочки (в среднем, размером 1,0х0,3см), на дне которых обнаружены кровоточащие сосуды.

Следует отметить, что у всех оперированных больных с СМВ наблюдалась тяжёлая кровопотеря из множественных разрывов слизистой оболочки. Все пациенты (n=30) основной и контрольной групп оперированы на высоте кровотечения, на фоне проводимой интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии. Характер выполненных оперативных вмешательств представлен в таблице 3.

У 22 больных была выполнена передняя гастротомия на 4-5 см ниже кардиального жома и ушивание продольных глубоких трещин слизистой оболочки кардии 8-образными швами из нерассасывающегося материала с захватом мышечного слоя стенки желудка. У 8 больных с сопутствующей язвенной болезнью 12-перстной кишки ушивание продольных трещин кардии желудка сочетали со стволовой ваготомией. Лишь у трёх больных с выраженным отёком и инфильтрацией кардии, для предотвращения рецидива кровотечения, ушивание трещин сочетали перевязкой левой желудочковой артерии.

Показанием к экстренному оперативному вмешательству явилось отсутствие эффекта от проведённых консервативных процедур и нарастание клинической картины острой кровопотери. Среди 30 оперированных пациентов обеих групп послеоперационный рецидив кровотечения возник у 2 (6,7%) больных контрольной группы, которым удалось консервативным лечением остановить кровотечение.

Следует отметить, что 9 (12,3%) пациентам основной группы во время оперативного вмешательства после ушивания дефекта слизистой кардии желудка для профилактики возникновения кровотечения, изнутри произведя расчёт размера ушитой раны слизистой, произведена дополнительная герметизация линий швов тонкой пластиной «Тахокомб» фирмы «NYCOMED», Австрия (адсорбирующее гемостатиче-

ское средство для склеивания тканей и гемостаза, эффективная комбинация коллагеновой пластины и компонентов фибринового клея).

Послеоперационная интенсивная инфузионно-трансфузионная терапия проводилась с учётом тяжести кровопотери. При лёгкой степени кровопотери (дефицит ОЦК до 15%) вводили только кристаллоиды (физ. раствор, раствор Рингера). При кровопотере средней тяжести (15-30% ОЦК) вводили растворы кристаллоидов и коллоидов в соотношении 3:1. При тяжёлой кровопотере (более 30% ОЦК), для восстановления кислородно-транспортной функции крови наряду с растворами кристаллоидов и коллоидов, вводили компоненты крови – свежезамороженную плазму и эритроцитарную массу (отмытые эритроциты) в соотношении 3:1, соотношение растворов кристаллоидов и коллоидов составило 2:1. Применение свежезамороженной плазмы предшествовало переливанию эритроцитарной массы, благодаря чему быстро и качественно пополнялись плазменные факторы гемостаза.

Осложнения ближайшего послеоперационного периода обеих исследуемых групп представлены в таблице 4. В основной группе среди 9 оперированных больных у 4 – развились неспецифические осложнения с 1 (11,1%) летальным исходом. Следует отметить, летальность среди 21 оперированного больного с СМВ контрольной группы составила 14,2%.

ТАБЛИЦА 4. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СМВ

Осложнения	Основная группа (n=9)	Контрольная группа (n=21)
Нагноение ран	1	3
Подпечёчный абсцесс	–	2
Кровотечение		5
Бронхопневмония	2	5
Острая сердечно-сосудистая и полиорганная недостаточность	1 (1)	3 (3)

Примечание: в скобках указано количество умерших пациентов

ТАБЛИЦА 5. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СМВ

Методы лечения	Основная группа (n=73)			Контрольная группа (n=68)		
	Хороший	Удовлетв.	Неудовлетв.	Хороший	Удовлетв.	Неудовлетв.
Эндоскопический гемостаз+медикамент. терапия	42	13	-	-	-	-
Медикамент. терапия	-	-	9	15	17	15
Хирургическое лечение	5	2	2 (1)	5	8	8 (3)

ТАБЛИЦА 6. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛИЗИСТОЙ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ЧЕРЕЗ 1 МЕСЯЦ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Локализация дефекта	Основная группа (n=41)		Контрольная группа (n=37)	
	Одиночный нежный рубец	Множественные грубые рубцы	Одиночный нежный рубец	Множественные грубые рубцы
Пищеводно-кардиальный переход	3	1	2	3
Абдоминальный отдел пищевода	7	2	4	7
Кардиальный отдел желудка	25	3	9	12
Всего	35	6	15	22

Результаты применения комплексных методов лечения больных с СМВ основной и контрольной групп показаны в таблице 5.

Эндоскопический гемостаз и медикаментозная терапия дали хорошие и удовлетворительные результаты у 42 и 13 больных основной группы (76,4 и 23,6%, соответственно). После хирургического лечения больных основной группы (n=9), у 5 наблюдался хороший, у 2 – удовлетворительный и 2 – неудовлетворительный результаты. В то время как, в контрольной группе среди оперированных пациентов (n=21) хороший результат получен у 5, удовлетворительный – у 8. При этом у 8 оперированных больных наблюдался неудовлетворительный результат, с тремя летальными исходами. Хороший и удовлетворительный результаты в этой группе наблюдались при медикаментозной терапии 15 и 17 больных, соответственно.

Результаты контрольного эндоскопического исследования 78 больных основной и контрольной групп через 1 месяц после лечения приведены в таблице 6.

Контрольное эндоскопическое исследование (через 1 месяц) показало, что в основной группе количество больных с грубыми рубцами после перенесённого СМВ меньше, и они выявлены у 6 (14,6%) пациентов, что касается контрольной группы, то грубые рубцы обнаружены у 22 (59,5%) больных.

Представленные данные свидетельствуют об эффективности проведённого программного эндоскопического гемостаза в сочетании с рациональной медикаментозной терапией с применением октреотида и ингибиторов протонной помпы. Оперативное вмешательство применено после безуспешной консервативной терапии и эндоскопических методов остановки кровотечения. В основной группе оперативному вмешательству подвергнуты 9 (12,3%) больных, в контрольной – 21 (30,1%). Выжившие пациенты обеих групп (n=26) были обследованы клиническими методами.

Хирургическое лечение СМВ обладает рядом недостатков из-за высокого операционного риска во время острой и массивной кровопотери, направлено на остановку только кровотечения и не снижает вероятность рецидива [13-15].

Таким образом, сравнительный анализ результатов лечения больных с СМВ показывает, что программный эндоскопический гемостаз в сочетании с применением октреотида даёт лучшие клинические результаты, снижая рецидив кровотечения с 30,1% до 12,3%, а летальность – с 44,0% до 13,3%.

Оперативные методы остановки кровотечения применялись после безуспешной консервативной терапии и эндоскопических методов остановки кровотечения, а так же при возникновении рецидивов.



ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритм программного эндоскопического инъекционного гемостаза в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений /А.В.Быков, Е.О.Захарова// Вестник Волгоградского госмедуниверситета. - 2012. - №2(42). -С.89-42.
2. Баткоев А.Р. Комплексное лечение неязвенных гастродуоденальных кровотечений с использованием внутрисветной эндоскопии: автореф. дис.... д-ра мед. наук /А.Р.Баткоев. - Воронеж. -2010. -С.32.
3. Борисов Д.Н. Эндоскопическая диагностика и лечение больных с синдромом Маллори-Вейсса, осложнённым кровотечением: дис.... канд. мед. наук /Д.Н.Борисов. -2001. -124 с.
4. Захарова Е.О. Программный эндоскопический гемостаз как метод выбора при язвенных гастродуоденальных кровотечениях: автореф. дис.... канд. мед. наук /Е.О.Захарова. Волгоград.-2012.-С.26.
5. Оганесян Е. Эндоскопическая диагностика и лечение синдрома Маллори-Вейсса: автореф. дис.... канд. мед. наук /Е.Оганесян. М., - 2002. -24 с.
6. Мумладзе Р.Б. Применение эндоскопического радиоволнового воздействия на источник кровотечения при пищеводно-желудочных кровотечениях у больных с синдромом Маллори-Вейсса / Р.Б.Мумладзе// Анналы хирургии. - М. - 2007. - №5. - С.29-33.
7. Орзиев З.М. Эффективность эрадикационной антигеликобактерной терапии у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки при различном режиме приёма препаратов /З.М.Орзиев, Ф.Э.Нурбаев// Клиническая медицина. -2003. -№6. -С.48-49.
8. Панцырев Ю.М. Эндоскопическое лечение кровотечений, обусловленных Маллори-Вейсса /Ю.М. Панцырев, Е.Д. Фёдоров// Хирургия. -2003.-№10. -С.35-40.
9. 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.29-34.
10. Уханов А.П. Эффективность применения эндоскопических технологий при синдроме Маллори-Вейсса /А.П.Уханов// Эндоскопическая хирургия. -2012. - Т.18. - №34. -С.8-12.
11. Endoscopic hemoclip placement and epinephrine injection for Mallory-Weiss syndrome with active bleeding / S.P. Huang [et al.]// Gastrointest. Endosc. -2009. - Vol. 55. -№7. - P. 842-46.
12. Evaluation of endoscopic hemostasis in upper gastrointestinal bleeding related to Mallory-Weiss syndrome / I.K. Chung, E.J. Kim, K.Y. Hwang // Endoscopy. 2009. - Vol. 34. -№ 6. - P. 474-479.
13. Tanabe S. Mallory-Weiss syndrome / S. Tanabe, K. Saigenji// Nippon Rinsho. 2008. - Vol. 56, № 9. - P. 332-335.



Summary

Complex treatment of patients with Mallory-Weiss syndrome

R. Muhammadzoda, T.G. Gulmuradov

Chair of Cardiovascular and Reconstructive Surgery of TIPDTMW

The results of a comprehensive examination and treatment of 141 patients with the syndrome Mallory-Weiss (MWSS) are given in article.

For objectivity study patients with MWSS were divided into two groups: control group - 68 patients (49 men, 19 women) who were treated by conventional methods and basic group - 73 patients (59 and 14), which carried out a comprehensive treatment using programmed endoscopic hemostasis in combination with a preparation «Octreotide». Age of patients ranged from 19 to 78 years.

Comparative evaluation of the treatment results of patients with MWSS shows that endoscopic hemostasis software provides better clinical outcomes, reducing rebleeding from 30,1 to 12,3%, and the mortality rate - from 44,0% to 13,3%.

Method of choice for surgical treatment at the MWSS is gastrotomy and suturing the defect of the esophageal mucosa and gastric cardiaby 8-shaped stitches.

Key words: Mallory-Weiss syndrome, programmed endoscopic hemostasis, gastrotomy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Гульмурадов Ташпулат Гульмурадович – заведующий кафедрой сердечно-сосудистой и реконструктивной хирургии ТИППМК;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони, 59а
E-mail: gulmurod777@mail.ru



Ближайшие осложнения после видеоэндоскопических методов нефрэктомии при доброкачественных заболеваниях почек

З.А. Кадыров¹, А.Ю. Одилов^{1,2}, А.А. Багдасарян¹, А.С. Колмаков¹

¹ Кафедра эндоскопической урологии факультета повышения квалификации медработников
Российского университета дружбы народов;

² Республиканский научно-клинический центр «Урология» МЗ СЗН РТ

В статье обобщены результаты анализа данных обследования и лечения 144 пациентов после традиционных, лапароскопических и ретроперитонеоскопических нефрэктомий.

Проведённые клинические исследования показали, что при точном определении показаний и противопоказаний к проведению вмешательства, соблюдения мер профилактики и правильной технике выполнения операции, практически можно избежать осложнений при видеоэндоскопических методах удаления почки. Интра- и ближайшие послеоперационные осложнения после традиционных, лапароскопических и ретроперитонеоскопических нефрэктомий отмечались, соответственно, у 16 (40,00%), 15 (37,50%) и 12 (18,75%) больных.

Ключевые слова: открытая нефрэктомия, ретроперитонеоскопическая нефрэктомия, лапароскопическая нефрэктомия, нефроуретерэктомия, видеоэндоскопические методы нефрэктомии, доброкачественные заболевания почек

Введения. Нефрэктомия остаётся сложным оперативным вмешательством, который может сопровождаться тяжёлыми осложнениями. К наиболее грозным из них относят повреждения нижней полой вены, печени, кишечника, селезёнки. При этом большое значение имеет оперативный доступ к почке. При традиционной нефрэктомии используют ретроперитонеальный, абдоминальный и торакальный доступы. В последние два десятилетия видеоэндоскопические операции получили широкое применение в урологии. Главными преимуществами ретроперитонеоскопической нефрэктомии перед традиционным открытым способом являются косметичность, короткий послеоперационный период и быстрое возвращение больных к обычной жизни [1-4].

В зарубежной литературе описано множество различных осложнений после лапароскопических [5,6] и ретроперитонеоскопических [7-9] методов нефрэктомии, особенно на этапе их внедрения. В то же время, у пациентов, перенёвших операцию лапароскопическим или ретроперитонеоскопическим методом удаления почек при их доброкачественных заболеваниях, в доступной нам российской и отечественной литературе данный показатель изучался в единичных случаях [10-12].

Цель исследования: сравнительное изучение ближайших осложнений после традиционных и видеоэндоскопических методов нефрэктомии.

Материал и методы. Основу настоящей работы составили результаты анализа данных обследования и лечения 144 пациентов с доброкачественными заболеваниями почек, которые находились под нашим наблюдением с 2003 по 2013 гг. на кафедрах хирургии и онкологии, и эндоскопической урологии факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН на базе 3 городских клиник и НИИ урологии г.Москвы и урологического отделения МБУЗ ГБ №2 г.Краснодара, а также Республиканского научно-клинического центра «Урология» г.Душанбе.

Основную группу составили 104 больных, которым выполнили видеоэндоскопические методы нефрэктомии (ВЭН), из них лапароскопическую нефрэктомию (ЛН) – 40 (27,8%) (I группа) и ретроперитонеоскопическую нефрэктомию (РН) – 64 (44,4%) (II группа). Контрольную группу составили 40 (27,8%) больных (III группа), у которых ретроспективно проанализировали применение традиционного метода – открытую нефрэктомию (ТН) с 2004 по 2012 гг. Возраст больных варьировал от 18 до 83 лет и составлял, в среднем, 56,4±6,22 года. Среди оперированных было 77 (52,1%) пациентов мужского и 67

(47,9%) – женского пола. Наиболее часто страдали лица трудоспособного возраста – максимальное количество больных (117) было в возрасте от 18 до 50 лет, что составило 81,2%.

Пациентам определяли общий анализ крови и мочи, свёртывающую систему крови, биохимический анализ крови (уровень креатинина, мочевины, билирубина, электролитов), проводили микробиологическое исследование мочи и определение чувствительности выявленных микроорганизмов к антибактериальным препаратам, гистоморфологическое исследование удалённой почки, УЗИ почек и мочевыводящих путей. По показаниям проводили обзорную и экскреторную урографию, компьютерную томографию и мультиспиральную компьютерную томографию, динамическую нефросцинтиграфию и радиоизотопную ренографию, доплерографию, уретероскопию и ангиографию сосудов почек.

Статистические методы исследования проводили для объективизации полученных данных. Достоверность результатов оценивали с помощью критериев достоверности Стьюдента и Фишера. При этом статистически значимой разницы по частоте заболеваемости в зависимости от пола выявлено не было ($p > 0,05$), т.е. заболевание почти одинаково часто встречалось как у мужчин, так и у женщин.

Результаты и их обсуждение. 40 (27,8%) больным почки удалили традиционным методом, среди них у 6 пациентов была выполнена нефроуретерэктомия и у 2 – геминефроуретерэктомия. Нефрэктомию 40 (27,8%) больным выполняли лапароскопическим методом, среди них 5 пациентам – двустороннюю нефрэктомию, 8 – нефроуретерэктомия и геминефроуретерэктомия. У 64 (44,4%) больных нефрэктомию выполняли ретроперитонеоскопическим методом, среди них 3 – нефроуретерэктомия и 3 – геминефроуретерэктомия.

Подавляющее большинство больных ($n=116$; 80,5%) поступали в плановом порядке, и только 28 (19,5%) – были доставлены скорой помощью в экстренном порядке. Повышение температуры тела свыше $37,5^{\circ}$ зафиксировано у 28 (19,5%) пациентов. С целью дренирования почки, 8 больным с пионефрозом и 8 – с гидронефрозом до операции установили чрескожную пункционную нефростомию.

При изучении анамнеза установили, что причиной нарушения функции почки у 36 (25,0%) больных была пиелонефритически сморщенная почка, у 10 (6,9%) – стеноз почечной артерии, у 40 (27,8%) – терминальный гидронефроз, вследствие стриктуры или облитерации лоханочно-мочеточникового сегмента и разных отделов мочеточника, у 20 (13,9%) – камни почек или мочеточника, у 18 (12,6%) – хронический гломерулонефрит и у 10 (6,9%) – пионефроз. Для донорской операции 10 (6,9%) больным выполнили нефрэктомию.

Оценивая эффективность нефрэктомии для получения более объективных данных, проанализировали некоторые показатели операции у больных после традиционных и видеоэндоскопических методов нефрэктомии. В качестве критериев эффективности выбрали продолжительность операции, объём кровопотери во время и после операции, успешность выполненной операции, осложнения в ближайшем послеоперационном периоде.

Продолжительность нефрэктомии лапароскопическим методом (ЛН) составила, в среднем, $75,5 \pm 10,5$ мин. (50-160 мин.), ретроперитонеоскопическим (РН) – $85,5 \pm 12,7$ мин. (40-180 мин.), а традиционной операции (ТН) – $65,8 \pm 11,8$ мин. (40-140 мин.). Средняя продолжительность лапароскопической нефроуретерэктомии (ЛНУ) составила – $105,2 \pm 16,3$ (70-180) мин., ретроперитонеоскопической (РНУ) – $100,4 \pm 18,3$ (70-200) мин. и традиционной (ТНУ) – $90,6 \pm 14,8$ (65-160) мин., соответственно (рис. 1).

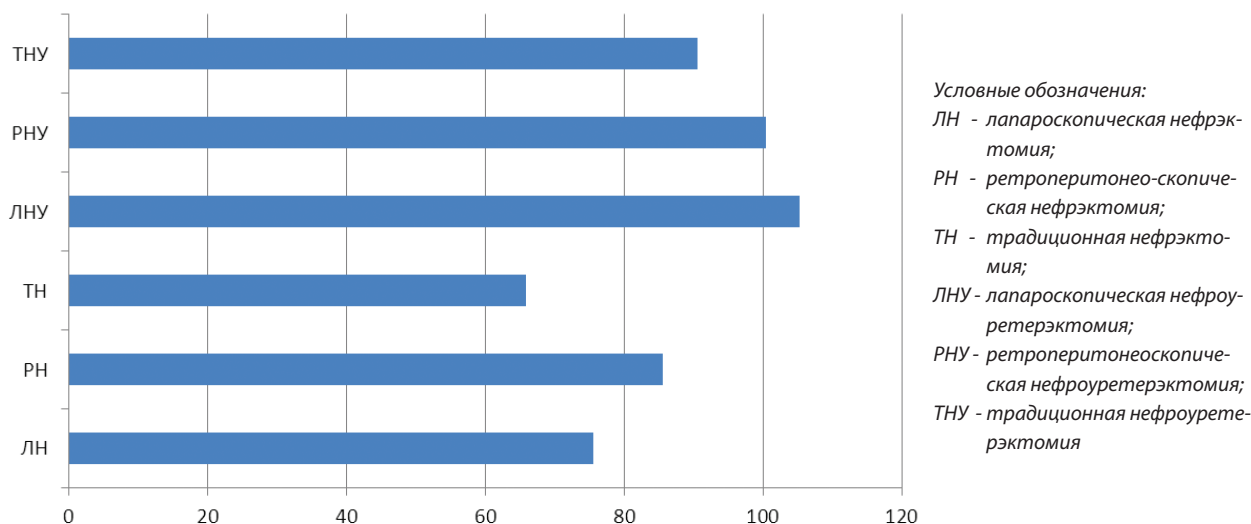


РИС. 1. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОПЕРАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ДОСТУПА



У больных со сморщенной почкой времени, затрачиваемого на операцию, при любом доступе требовалось значительно меньше ($60,2 \pm 6,4$ мин.), чем при удалении почки у доноров ($80,8 \pm 8,5$ мин.), больных пионефрозом ($120,8 \pm 14,5$ мин.) и больных с камнями почек и мочеточника ($105,4 \pm 12,5$ мин.). У больных с пионефрозом и пациентов с выраженным гидронефрозом, из-за спаечного процесса в забрюшинном пространстве и хронического паранефрита, возникали технические трудности, которые удлинляли время операции. У 1 больного, в связи с выраженным рубцовым процессом в паранефрии и интимном сращении с брюшиной из-за перенесённого паранефрита, брюшину пришлось вскрыть и удалить почку лапароскопическим доступом.

Полученные нами непосредственные результаты операций показали, что длительность операции и наркоза при использовании видеоэндоскопических методов, с одной стороны, превышают таковую при открытых операциях, а с другой – статистический анализ показывает, что различие по времени выполнения нефрэктомии между группами статистически достоверно ($p < 0,05$), а при нефроуретерэктомии – недостоверно ($p > 0,05$). Однако следует отметить, что люмботомия является стандартной операцией с отработанной техникой, в то время как эндохирургические операции на почке находятся на этапе применения. По мере накопления опыта, внедрения новых методологических и технических подходов, время ВЭН приближается к ТН. С другой стороны, ценность видеоэндоскопических методов возрастает при выполнении нефроуретерэктомии или геминефроуретерэктомии, так как операцию осуществляют из одного доступа. При этом не только минимизирована травматичность вмешательства, но и продолжительность вмешательства почти одинакова с традиционным методом.

Независимо от типа производимого оперативного вмешательства, в 1-е сутки после операции большинство пациентов указывали на слабость, тошноту, тахикардию, лихорадку, боль в области операции. Все эти явления, на фоне проводимой стандартной терапии, обычно проходили ко 2-м суткам.

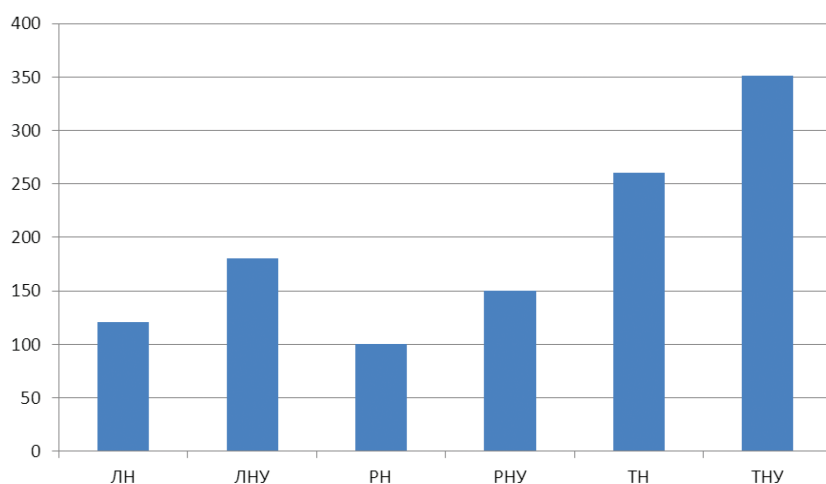
При выполнении ЛН, у 2 (5,0%) больных возникло кровотечение, которое остановлено клипированием и коагуляцией с помощью «Лигашу». У 1 больного в анамнезе были неоднократные операции на почке и при мобилизации почки на последнем этапе выявлено выраженное рубцово-спаечное сращения почки с аортой и нижней полую веной (НПВ). Поэтому на этом этапе мобилизации почки нами была выполнена конверсия, чтобы не повредить крупные сосуды. В 1 случае кровотечение возникло из сосудов почечной ножки, а в другом – из паранефральных сосудов. В обоих случаях возникали трудности при мобилизации почки и сосудов из-за выраженного рубцового процесса, вследствие перенесённых операций в

анамнезе. При двусторонней нефрэктомии, только в 1 случае, при удалении одной из аномальных почек с выраженным расширением полостной системы почки и множественными аномальными сосудами, возникли технические трудности. При этом объём кровопотери составил около 600 мл. Больная страдала ХПН и находилась на гемодиализе, и, соответственно, исходно уровень гемоглобина до операции был низкий (на уровне 90 г/л), поэтому в послеоперационном периоде потребовалось переливание крови. Чаще всего ЛН выполняли при наличии в анамнезе традиционной операции на почке.

Во время РН у 2 (3,1%) больных возникло кровотечение из поясничных сосудов, которое остановлено коагуляцией и клипированием (объём кровопотери около 250 мл). У 1 больной, при РН по поводу нефункционирующей почки с коралловидным камнем, выявлен выраженный рубцово-спаечный процесс, что затрудняло мобилизацию почки, и при выделении верхнего сегмента сзади обнаружено рубцовое сращение с НПВ, в связи с чем выполнена конверсия. Несмотря на конверсию, повреждения НПВ избежать не удалось, и возникло массивное кровотечение (кровопотеря около 2000 мл). НПВ ушита. У больной образовался незаживающий свищ, что потребовало повторной операции (иссечение свищевого хода), и оказалась, что свищевой ход идёт в н/з мочеточника, где выявлен ранее не диагностированный «рентгеннегативный» большой камень с выраженным инфильтратом по ходу мочеточника.

У 3 (7,5%) больных во время ТН появилось кровотечение из поясничных сосудов и почечной ножки до 400 мл, которое остановлено прошиванием и лигированием. У 1 (2,5%) больного на 2-е сутки возникло кровотечение через рану, потребовалась ревизия. Причиной кровотечения оказался поясничный сосуд, который был прошит. Объём кровопотери составил примерно 400 мл и больному переливание крови не потребовалось.

Во всех случаях, после ВЭН кровопотеря была минимальной, поэтому не требовала переливания кровезаменителей. В большинстве случаев, ВЭН и ТН при сморщенной почке легко выполнимы. Технические трудности возникли у 1 больного при РН, связанные с перенесёнными ранее неоднократными операциями и спаечным процессом в забрюшинном пространстве с вовлечением брюшины. При мобилизации почки не удалось создать адекватной полости в забрюшинном пространстве и операцию пришлось продолжить после вскрытия брюшины. Кроме того, у 2 (5%) больных при ТН возникли технические трудности, связанные с выраженным периуретеритом и рубцовым процессом забрюшинного пространства из-за перенесённого паранефрита, неоднократных операций, длительного стояния камня в мочеточнике или лоханке, вызывающих нарушения уродинамики на длительное время.



Условные
обозначения те же,
что и на рисунке 1

РИС. 2. ОБЪЁМ КРОВОПОТЕРИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИМЕНЯЕМОГО ДОСТУПА УДАЛЕНИЯ ПОЧКИ

Следует подчеркнуть также, что многие технические трудности, возникшие в ходе РН, были преодолены благодаря прямому выходу к сосудистой ножке, так как этот доступ в отличие от лапароскопического позволяет, в первую очередь, мобилизовать почечную артерию, а затем вену. Вследствие топографо-анатомических особенностей, на поиск, выделение и клипирование сосудистой ножки почек уходило от 15 до 50 минут от начала операции.

Объём кровопотери (рис. 2) после ЛН составил $120,4 \pm 12,8$ мл (40-600 мл) и после ЛНУ – $180,6 \pm 14,6$ мл (100-340 мл); ($p < 0,05$), после РН без учёта повреждения НПВ – $100,5 \pm 10,8$ мл (20-300 мл) и после РНУ – $150,4 \pm 15,2$ мл (50-250 мл); ($p < 0,05$), а после ТН – $260,4 \pm 16,2$ мл (100-400 мл) и после ТНУ – $350,8 \pm 25,4$ мл (150-550 мл). Переливание крови потребовалось только 1 больному. При выполнении традиционных вмешательств необходимость пересечения значительных массивов тканей предопределяла большую потерю крови. Интраоперационная кровопотеря при выполнении ВЭН, в среднем, не превысила 200 мл, и необходимости в гемотрансфузии не возникло, а при нефрэктомии из люмботомического доступа кровопотеря доходила до 550 мл. Таким образом, объём кровопотери после ТН был достоверно выше, чем после ВЭН ($p < 0,05$).

Конверсия потребовалась 1 больному при ЛН и 1 – при РН, в связи с интимным сращением почки с НПВ (более подробно описано выше).

Переход из ретроперитонеоскопического доступа к лапароскопическому был связан с выраженным рубцово-спаечным процессом и интимным сращением почки с брюшиной.

Вскрытие брюшины чаще всего возникает после вторых операций или перенесённого паранефрита с рубцовым сращением паранефральной клетчатки с брюшиной, а при традиционных и ретроперито-

неоскопических операциях – редко. При РН иногда активное поступление углекислого газа в брюшную полость затрудняет проведение вмешательства, поэтому приходится принимать дополнительные меры. В нашем наблюдении вскрытие брюшины у 2 больных не помешало завершить операцию. Следует отметить, что вскрытие брюшины не является осложнением, а скорее всего – этапом операции при определённых ситуациях.

Воспалительные осложнения, зафиксированные у 2 (5,0%) – после ЛН, у 1 (1,6%) – после РН и у 2 (5,0%) больных – после ТН, были связаны с развитием паранефральной гематомы и местным воспалительным процессом. Возможно, имела место также реакция на всасывание углекислого газа после ЛН и РН.

Парез кишечника зафиксирован больше всего: у 7 (17,5%) – после ЛН, у 1 (1,6%) – после РН и у 4 (10,0%) больных после ТН. Причиной пареза кишечника в 4 случаях была паранефральная гематома и в остальных случаях – лапароскопический доступ с вмешательством в брюшной полости и изменениями в околокишечной области, а также интимное сращение брюшины и её вскрытие во время РН. Парез кишечника проявлялся вздутием и болью в животе, отсутствием или частичным отхождением газов. Во всех случаях диагноз был установлен на основании клинических данных, осмотра, пальпации и УЗИ. При УЗИ, кроме пневматоза кишечника, было осмотрено забрюшинное пространство с целью исключения паранефральной гематомы, что могло явиться причиной пареза. Для ликвидации пареза кишечника использовали консервативные мероприятия (прозерин, очистительная клизма).

У 2 (5,0%) больных после ЛН, у 1 (1,6%) – после РН и у 1 (2,5%) – после ТН зафиксированы паранефральные гематомы размером до 5-6 см, которые эвакуированы пункцией.



ТАБЛИЦА. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛИЗИСТОЙ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ЧЕРЕЗ 1 МЕСЯЦ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Осложнения	Метод операции					
	ЛН и ЛНУ (n=40)		РН и РНУ (n=64)		ТН и ТНУ (n=40)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Кровотечение:						
• интраоперационное	2	5,0	2	3,1	3	7,5
• послеоперационное	–	–	–	–	1	2,5
Конверсия	1	2,5	1	1,6	–	–
Переход из ретроперитонеоскопического доступа к лапароскопическому	–	–	2	3,1	–	–
Вскрытие брюшины	–	–	2	3,1	2	5,0
Воспалительные осложнения с лейкоцитозом и гипертермией	2	5,0	1	1,6	2	5,0
Парез кишечника	7	17,5	1	1,6	4	10,0
Паранефральная гематома	2	5,0	1	1,6	1	2,5
Боль в области плеча	1	2,5	1	1,6	–	–
Подкожные кровоизлияния и эмфизема	–	–	1	1,6	–	–
Нагноение раны	–	–	–	–	3	7,5
Всего	15	37,50	12	18,75	16	40,00

Условные обозначения: ЛН – лапароскопическая нефрэктомия; ЛНУ – лапароскопическая нефроуретерэктомия;
 РН – ретроперитонеоскопическая нефрэктомия; РНУ – ретроперитонеоскопическая нефроуретерэктомия;
 ТН – традиционная нефрэктомия; ТНУ – традиционная нефроуретерэктомия.

На небольшой дискомфорт в области груди и плеч, который не мешал больным активно двигаться, указали 1 (2,5%) больной после ЛН и 1 (1,6%) – после РН в 1-е сутки из-за подкожного попадания углекислого газа. В послеоперационном периоде у 1 (1,6%) больного после ретроперитонеоскопических операций выявлены незначительно выраженные подкожные кровоизлияния, которые разрешились в течение 2-3 суток. Подкожная эмфизема, возникавшая от введения углекислого газа, как правило, через 2-3 часа почти полностью рассасывалась.

Подкожная эмфизема, боль в правом плече после РН возникали в результате распространения углекислого газа и, по сути дела, являлись не осложнением, а проявлением перенесённой операции, без каких-либо последствий. Эти симптомы, как правило, были невыраженными и бесследно исчезали, не влияя на общее состояние больных и число койко-дней.

У 3 (7,5%) больных после ТН нагноились раны. Раны были расширены и, после эвакуации гноя, были дренированы. Нагноение было в пределах тканей передней брюшной стенки. Эти больные находились в больнице в течение 13-14 суток после операции (таб.).

Оценивая послеоперационные осложнения, согласно классификации Clavien-Dindo [13], в зависимости от вида операции, нами зафиксировано, что осложнения 1 степени (парез кишечника, боли в области плеча, подкожные кровоизлияния) встречались у 20% больных после ЛН, у 4,8% – после РН и у 10% – после ТН. Осложнения 2 степени зафиксированы у 5% больных после ЛН, у 1,6% – после РН и у 12,5% – после ТН. Осложнения 3 степени выявлены у 5% больных после ЛН, у 1,6% – после РН и у 2,5% – после ТН.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что при сравнительном анализе отмечается меньшее количество ближайших осложнений после ретроперитонеоскопической нефрэктомии, чем после традиционных методов удаления почки. При выполнении видеоэндоскопических методов нефрэктомии, в наших наблюдениях серьёзных осложнений, за исключением 1 случая, не наблюдали. Эти осложнения, в основном, исчезали самостоятельно или были ликвидированы консервативно и в повторном вмешательстве не нуждались. При точном определении показаний и противопоказаний к проведению вмешательства, полноценном предоперационном обследовании, а также при строгом соблюдении соответствующих мер профилактики и



правильной технике выполнения операции, практически, можно избежать осложнений при ретроперитонеоскопическом методе лечения. Возникающие редкие интраоперационные осложнения при ретроперитонеоскопической нефрэктомии могут быть устранены без конверсии при наличии достаточных мануальных навыков у оперирующего хирурга и соответствующего оснащения операционной.

Проведение нефрэктомии ретроперитонеоскопическим способом значительно улучшает результаты оперативного лечения больных и может быть методом выбора и ценной альтернативой традиционной открытой нефрэктомии при доброкачественных заболеваниях почек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hemal A.K. Comparison of retroperitoneoscopic nephrectomy with open surgery for tuberculous nonfunctioning kidneys / A.K. Hemal [et al.] // J. Urol. – 2000. – V. 164, № 1. – P. 32-5.
2. Степанов В.Н. Лапароскопическая нефрэктомия / В.Н. Степанов, З.А. Кадыров // Атлас лапароскопических операций в урологии. – М., 2001. – С. 60-66.
3. Gupta N.P. Should retroperitoneoscopic nephrectomy be the standard of care for benign nonfunctioning kidneys? An outcome analysis based on experience with 449 cases in a 5-year period / N.P. Gupta [et al.] // J. Urol. – 2004. – V. 172, № 4, pt.1. – P. 1411-3.
4. Кадыров З.А. Лапароскопические ретроперитонеальные операции в урологии / З.А. Кадыров. – М.: Издательство БИНОМ, 2012. – 183 с.
5. Knoepp L. Complication after laparoscopic donor nephrectomy: a case report and review / L. Knoepp [et al.] // Transplantation. – 1999. – V. 68, № 3, – P. 449-51.
6. Fahlenkamp D. Complication of laparoscopic procedures in urology: experience with 2,407 procedures at 4 German centers / D. Fahlenkamp [et al.] // J. Urol. – 1999. – V. 162, № 3, – P. 765-765.
7. McAllister M. Vena caval transection during retroperitoneoscopic nephrectomy: report of the complication and review of the literature / M. McAllister [et al.] // J. Urol. – 2004. – V. 172, № 1, – P. 183-5.
8. Kusaka J. Pneumothorax during retroperitoneoscopic nephrectomy: a case report / J. Kusaka [et al.] // Masui. – 2004. – V. 53, № 12, – P. 1411-3.
9. Liapis D. Analysis of complications from 600 retroperitoneoscopic procedures of the upper urinary tract during the last 10 years / D. Liapis [et al.] // World. J. Urol. – 2008. – V. 26, № 6, – P. 523-30.
10. Артамонов В.А. Напряжённый пневмоторакс как осложнение лапароскопического вмешательства на почке / В.А. Артамонов [и др.] // Урология. – 2007. №1. – С. 65-66.
11. Одилов А.Ю. Видеоэндоскопические методы нефрэктомии при доброкачественных заболеваниях почек / А.Ю. Одилов [и др.] // Вестник Авиценны. – 2012. – №4. – С. 177-184.
12. Кадыров З.А. Некоторые послеоперационные показатели традиционной и ретроперитонеоскопической нефрэктомии / З.А. Кадыров [и др.] // Вестник Авиценны. – 2013. – №1. – С. 41-45.
13. Clavien P.A. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience / P.A. Clavien [et al.] // Ann. Surg. – 2009. – V. 250, № 2, – P. 187-196.



Summary

Immediate complications after video-endoscopic methods of nephrectomy in benign renal diseases

Z.A. Kadyrov¹, A.Y. Odilov^{1,2}, A.A. Bagdasaryan¹, A.S. Kolmakov¹

¹ Chair of Endoscopic Urology of Advanced Faculty Training of health workers of the Russian Peoples' Friendship University;

² Republican Research Center «Urology» MoH RT

In the article summarizes the results analysis of investigation and treatment of 144 patients after traditional, laparoscopic and retroperitoneoscopic nephrectomies.

Clinical studies have shown that accurate determination of indications and contraindications for the procedure, compliance with preventive measures and proper technique of the operation is practically possible to avoid complications in videoendoscopic excision of kidney. Intra- and postoperative complications after traditional laparoscopic and retroperitoneoscopic nephrectomies were observed in 16 (40,00%), 15 (37,50%) and 12 (18,75%) patients, respectively.

Key words: open nephrectomy, retroperitoneoscopic nephrectomy, laparoscopic nephrectomy, nephroureterectomy, videoendoscopic methods of nephrectomy, benign kidney disease

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич – заведующий кафедрой эндоскопической урологии факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов; Россия, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 21
E mail: zieratsho@yandex.ru

Дифференцированное лечение синдрома диабетической стопы, осложнённого гнойно-некротическими процессами

Д.А. Абдуллоев, Ш. Юсупова, У.М. Бегаков, М.Х. Набиев, К.М. Саидов

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье представлены результаты обследования 1415 больных с осложнёнными формами синдрома диабетической стопы. Комплексное лечение больных включало три компонента: реваскуляризирующую остеотрепанацию, хирургическую обработку гнойно-некротического очага и аутодермопластику раневого дефекта.

На фоне тяжёлого течения сахарного диабета, наличия сосудистых осложнений, а также сопутствующих заболеваний, гнойно-некротические поражения развивались у 1190 (84,2%) больных.

Реваскуляризирующая остеотрепанация дала эффект у 69 больных с рецидивом критической хронической ишемии нижних конечностей в изолированном варианте. Ввиду отсутствия кровотока у 43 пациентов по дистальным сегментам берцовых артерий были произведены ампутации нижних конечностей на уровне бедра у 13 больных, голени – у 30.

Аутодермопластика дефектов кожи стопы проведена 56 больным. В 69,6% (n=39) случаев отмечено полное приживление трансплантата, в 28,57% (n=16) – частичное приживление и лишь в 7,14% (n=4) – произошёл полный некроз трансплантата.

Применение препаратов простагландина E1 в комплексе консервативного и хирургического лечения после перехода гнойной раны в репаративную стадию привело к снижению количества высоких ампутаций с 21,4% до 4,1% и госпитальной летальности – с 17,8% до 7,4%.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, критическая ишемия нижних конечностей, реваскуляризирующая остеотрепанация, аутодермопластика

Актуальность. В настоящее время проблема лечения сахарного диабета (СД) приобретает всё большую актуальность. Этим заболеванием страдают более 4 – 5% населения в развитых странах. Увеличение продолжительности жизни больных сахарным диабетом ведёт к возрастанию поздних осложнений этого заболевания – синдрома диабетической стопы (СДС), нефропатии, ретинопатии. Одним из наиболее социально значимых осложнений сахарного диабета является развитие СДС [1]. Данные мировой статистики по этому вопросу неутешительны: так, у каждого шестого больного в течение заболевания развивается СДС. В настоящее время у 15 – 25% больных СД наблюдаются трофические изменения в тканях стопы [2,3]. При СДС дистального типа окклюзионно-стенотический процесс наблюдается у 70 – 90% больных [4,5], а гнойно-некротический процесс отмечается в 60 – 85% наблюдений [6,7].

Следует отметить, что СДС с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) без коррекции артери-

ального кровотока в 70 – 90% случаев заканчивается ампутациями нижних конечностей, при этом летальность достигает 60 – 70% [8,9]. Хирургические вмешательства при осложнённых формах СДС наиболее эффективны при отсутствии выраженного отёка конечности, явлений лимфангита, флебита, лимфаденита, стабилизации общего состояния, коррекции углеводного обмена и проведения адекватной антибиотикотерапии. Оперативные вмешательства, по возможности, носили отсроченный характер, поэтому удавалось производить обследование в сочетании с адекватным консервативным лечением, направленным на коррекцию показателей гомеостаза и функциональной разгрузки поражённой конечности [10]. Успех лечения осложнённых форм синдрома диабетической стопы возможен только при разработке индивидуальной стратегии комплексного хирургического лечения, включающей современные способы реваскуляризации нижних конечностей при критической ишемии и операции на тканях стопы [11].



Успешное лечение больных с СДС зависит от правильной диагностики форм поражения (невропатия, ишемия). Нейроишемия и ишемическая форма СДС, напротив, отличаются крайней резистентностью к терапии, и требуют коррекции кровотока.

Цель исследования: анализ результатов комплексного консервативного и хирургического лечения больных с различными формами синдрома диабетической стопы.

Материал и методы. Клиника общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино на базе хирургического отделения ГКБ №3 г. Душанбе занимается проблемами диагностики и лечения СДС. За последние 5 лет в отделении гнойной хирургии находились на лечении 1415 больных с СДС, что составляет 29% от общего числа госпитализированных пациентов. Высокое ампутации нижних конечностей на уровне голени и бедра выполнены у 3% больных. С полностью зажившими раневыми и язвенными дефектами были выписаны 225 (15,9%) пациентов, с открытыми ранами или язвами – 1190 (84%). Сахарный диабет впервые выявлен у 19 (1,3%) больных, СД I типа – у 24 (1,6%). Средний срок продолжительности заболевания до момента диагностики СДС составил $8,0 \pm 1,6$ года. Возраст пациентов варьировал от 17 до 76 лет. Следует отметить, что 73% больных были трудоспособного возраста (от 21 до 62 лет). Среди пациентов преобладал мужской контингент (57,7%).

Степень компенсации сахарного диабета у больных оценивали по уровню гликемии и глюкозурии. На момент поступления лишь у 404 (28,5%) пациентов отмечали компенсацию или субкомпенсацию сахарного диабета (уровень сахара крови – 7-8 ммоль/л). В состоянии декомпенсации поступили 1011 (71,4%) больных.

При поступлении в стационар все больные предъявляли жалобы на трофические язвы и гнойно-некротические процессы, боли по типу перемежающейся хромоты, чувство онемения. У 832 (58,7%) пациентов отсутствовала боль в нижних конечностях, по-видимому, это связано с тяжестью диабетической полинейропатии.

Среди осложнений сахарного диабета у 84% больных диагностировали различные формы диабетических микроангиопатий: диабетическая ретинопатия различной степени тяжести – у 17% больных и у 53% – диагностирована нефропатия. У всех больных были диагностированы сопутствующие и фоновые заболевания. Повышение артериального давления, вследствие гипертонической болезни или симптоматической гипертензии, наблюдали у 922 (65,1%) пациентов, острое нарушение мозгового кровообращения и инфаркт миокарда в анамнезе – у 71 (5%) больного.

Состояние больных при поступлении и течение раневого процесса оценивали по данным клинических лабораторных и инструментальных методов обследования. Объем поражения магистральных артерий нижних конечностей диагностировали с помощью дуплексного сканирования.

Комплексное лечение больных включало три компонента: реваскулязирующую остеотрепанацию (РОТ), хирургическую обработку (ХО) гнойно-некротического очага и аутодермопластику (АДП) раневого дефекта, после перехода гнойной раны в репаративную стадию. На первом этапе лечения больных с гнойно-некротическими осложнениями СДС, нейроишемической и ишемической формами СДС стремились выполнить реваскулязирующую остеотрепанацию голени по методике Ф.Н. Зусмановича в сочетании с другими видами хирургического лечения [12].

Результаты и их обсуждение. На фоне тяжелого течения сахарного диабета, наличия сосудистых осложнений, а также сопутствующих заболеваний, гнойно-некротические поражения развивались у 1190 (84,2%) больных. В связи с этим, всем пациентам проводилось всестороннее диагностическое обследование и объективные оценки глубины поражения.

По данным дуплексного ангиосканирования у этих групп больных выявили гемодинамические нарушения: у 321 (22,6%) – поражение бедренно-подколенной артерии по типу стеноза, у 121 (8,5%) – в берцовых артериях, у 234 (16,5%) – в артериях стопы.

Результаты бактериологического исследования показали, что почти во всех наблюдениях имеются характерные ассоциации микробного роста. Наиболее часто преобладали ассоциации стафилококка с грамотрицательной микрофлорой (клебсиелла, энтеробактерии). В 21,6% наблюдений микрофлора была представлена в виде монокультур *Staphylococcus*, *Enterococcus*, *Proteus*. Наиболее часто в ассоциации присутствовали грамм + микроорганизмы *St. aureus*, *Enterococcus faecalis*.

После проведения РОТ, больным назначена консервативная коррекция препаратами простагландина E1. Объем хирургической обработки после РОТ заключался в удалении только гнойно-некротического очага. При этом показанием к повторной ХО было появление в ране участков вторичного некроза, в случае флегмоны и влажных гангренов пальцев стопы, первично проведенного вскрытия гнойных очагов, а также по показаниям – экзартикуляция или ампутация пальцев стопы. После ХО гнойно-некротического процесса и стабилизации общего состояния, мы провели РОТ поражённой конечности.

**ТАБЛИЦА. ХАРАКТЕР ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И СРОКИ ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМ СДС**

Характер оперативных вмешательств		Экстренные	Срочные	Плановые
I. Экзартикуляция пальцев стопы с резекцией головок плюсневых костей:	- одного пальца	114	182	-
	- двух пальцев и более	96	121	-
II. Трансметатарзальная ампутация стопы		67	59	-
III. Вскрытие флегмоны стопы и голени		72	80	-
IV. Некрэктомия		252	284	-
V. Катетеризация нижней эпигастральной артерии		45	62	-
VI. Высокие ампутации:	- на уровне бедра	8	5	-
	- на уровне голени	18	12	-
VII. Реваскуляризирующая остеотрепанация		48	64	-
VIII. Аутодермопластика		-	-	56
Итого:		720	870	56

У 112 (7,9%) больных, для коррекции кровотока после ХО гнойно-некротического очага, РОТ сочетали с внутриартериальным введением препаратов простагландина (вазопростан) и с антибактериальной терапией (по результатам антибиотикограмм в течение 10 – 15 суток).

Реваскуляризирующая остеотрепанация дала эффект у 69 больных с рецидивом критической хронической ишемии нижних конечностей в изолированном варианте. Отсутствие кровотока у 43 больных по дистальным сегментам берцовых артерий и снижение до критических цифр является противопоказанием к РОТ, в связи с чем были произведены ампутации нижних конечностей на уровне бедра у 13 больных, голени – у 30.

Всем больным, как оперированным по поводу осложнений сахарного диабета, так и получившим консервативное лечение, назначили инсулинотерапию короткой и средней продолжительности действия.

Заключительным этапом лечения больных является аутодермопластика дефектов кожи стопы. У 56 больных с осложнившимся некрозом оставленных кожно-фасциальных лоскутов, по мере очищения ран от некротических масс и появления здоровых грануляций произведено пластическое замещение дефектов свободным, перфорированным, полнослойным кожным лоскутом, толщиной от 0,2 до 0,4 мм, взятым с передне-наружной поверхности бедра.

Показателем готовности раны послеоперационной культи к кожной пластике служило наличие равномерных, зернистых, сочных и достаточно плотных не кровоточащих грануляций, с умеренным отделяемым и развитой периферической эпителизацией по краям раны.

После пересадки лоскут фиксировали к культе узловыми кетгутовыми швами. Хорошая фиксация аутотрансплантата в ране является необходимым условием его приживления. При этом, первую перевязку больным производили через трое суток, и в течение всего этого времени повязку смачивали раствором декасана. Аутодермопластика дефектов кожи стопы проведено 56 больным. В 69,6% (n=39) случаев отмечено полное приживление трансплантата, в 28,57% (n=16) – частичное приживление и лишь в 7,14% (n=4) – произошёл полный некроз трансплантата. Приживление трансплантата было возможным только в условиях скорректированного углеводного обмена и сохранённой регионарной гемодинамики, при наличии активно гранулирующей раневой поверхности.

Применение препаратов простагландина E1 в комплекс консервативного и хирургического лечения после перехода гнойной раны в репаративную стадию привело к снижению количества высоких ампутаций с 21,4% до 4,1% и госпитальной летальности – с 17,8% до 7,4%.

Основным противопоказанием к выполнению АДП культи стопы были: тяжёлое общее состояние больных, вследствие декомпенсации сахарного диабета; прогрессирование осложнений и сопутствующих заболеваний.

У 187 (13,2%) больных, на фоне этих изменений, раны эпителизировались вторичным натяжением. В 43 случаях, вследствие прогрессирования гнойно-некротического процесса и декомпенсации сахарного диабета, произведены ампутации на уровне голени и бедра. Сроки проведения АДП колебались от 21 до 86 дней.



Исследованиями Ю.А. Белькова [13], а также нашими данными, установлено, что реваскуляризирующая остеотрепанация наиболее эффективна при лечении больных с критической хронической ишемией нижних конечностей только в IV степени по классификации Фонтена-Покровского в сочетании с малыми хирургическими вмешательствами на стопе при невозможности адекватного восстановления кровотока.

Таким образом, на наш взгляд, успех лечения больных с СДС зависит от индивидуального подхода и комплексного лечения в зависимости от формы поражения. При осложнённых формах синдрома диабетической стопы, органосохраняющие и функционально-щадящие оперативные вмешательства следует проводить после ликвидации воспалительного процесса, что достигается комплексной консервативной терапией с включением реваскуляризирующей остеотрепанации и энтериартериальным введением препаратов простагландина E1.

Комплекс консервативного и хирургического лечения СДС после перехода гнойной раны в репаративную стадию привёл к снижению количества высоких ампутаций и госпитальной летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дибиров М.Д. Роль реконструктивных сосудистых операций у больных диабетической ангиопатией / М.Д.Дибиров [и др.] // Хирургия. - 2009. - №2. - С.59-63
2. Epstein D.A. Surgical perspective in treatment of diabetic foot ulcers / D.A.Epstein, J.D.Corson // Wounds. - 2001; 13:2: 59-65.
3. Sen C.K. Human skin wounds: A major and snowballing threat to public health and the economy / C.K.Sen [et al.] // Wound repair and regeneration. - 2009; 17: 763-771.
4. Ерошкин И.А. Рентгенохирургическая коррекция поражений артерий нижних конечностей у больных сахарным диабетом и её роль в комплексном лечении синдрома диабетической стопы: автореф. дис... д-ра мед. наук / И.А.Ерошкин. - М. - 2010. - 57с.
5. Зелёнов М.А. Ангиографическая семиотика и рентгенохирургическая коррекция поражений артерий нижних конечностей у больных сахарным диабетом: автореф. дис... канд. мед. наук / М.А.Зелёнов. - М. - 2008. - 26с.
6. Капутин М.Ю. Транслюминальная баллонная ангиопластика у больных сахарным диабетом с критической ишемией нижних конечностей / М.Ю.Капутин [и др.] // Материалы Межд. симп. «Диабетическая стопа: хирургия, терапия, реабилитация». - С-Пб. - 2008. - С. 51
7. Коваль О.А. Анализ результатов реконструктивных операций у больных с ишемией нижних конечностей вследствие диабетической ангиопатии / О.А.Коваль, Г.К.Золотов, С.А.Батискин // Материалы Межд. симп. «Диабетическая стопа: хирургия, терапия, реабилитация». - С-Пб. - 2008. - С.53
8. Бокерия Л.А. Микрохирургия при поражении артерий дистального русла нижней конечности / Л.А.Бокерия [и др.] // Методическое пособие. М: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. - 2004. -55с.
9. Светухин А.М. Тактика хирургического лечения гнойно-некротических форм диабетической стопы / А.М.Светухин, А.Б.Земляной, В.А.Митиш // Медицинский научный интернет-журнал «MedWeb». - 2002. - №4. - С. 68-96
10. Набиев М.Х. Современные подходы в лечении осложнённых форм синдрома диабетической стопы: автореф. дис... канд. мед. наук / М.Х.Набиев. - Душанбе. - 2009. - 22 с.
11. Митиш В.А. Гнойно-некротические поражения при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы / В.А.Митиш [и др.] // - Хирургия. - 2014. - №1. - С.48-53.
12. Зусманович Ф.Н. Реваскуляризирующая остеотрепанация в лечении больных облитерирующими заболеваниями нижних конечностей: автореф. дис... д-ра мед. наук / Ф.Н.Зусманович. - М. - 1996. - 27с.
13. Бельков Ю.А. Реваскуляризирующая остеотрепанация в комплексном хирургическом лечении хронической критической ишемии нижних конечностей / Ю.А.Бельков [и др.] // Хирургия. - 2008. - 56с.



Summary

Differentiated treatment of diabetic foot syndrome, complicated by purulent-necrotic processes

D.A. Abdulloev, Sh. Yusupova, U.M. Begakov, M.H. Nabiyeu, K.M. Saidov

Chair of General Surgery № 2 Avicenna TSMU

The results of the investigation 1415 patients with complicated forms of diabetic foot syndrome are presented in article. Three components of integrated treatment included: revascularizingosteotrepantion, pyonecroticfocusdebridementand autodermoplastyof wound defect.

In the setting of severe course of diabetes, the presence of vascular complications and comorbidities, necrotic lesions developed in 1190 (84,2%) patients.

Revascularizingosteotrepantion given result in 69 patients with recurrent critical chronic lower limb ischemia in an isolated form. Due to the lack of blood flow in 43 patients at the distal tibial artery segments lower limb amputation at the thigh in 13 patients, leg - at 30were performed.

Autodermoplastyof foot skin defects carried out for 56 patients. In 69,6% (n=39) of cases revealed a complete engraftment in 28,57% (n=16) - partial engraftment and only 7,14% (n=4) - there was complete necrosis of the graft.

The use of prostaglandin E1 drugs in combination of conservative and surgical treatment of purulent wounds after the transition in the reparative stage resulted in a decrease of high amputations from 21,4% to 4,1% and in-hospital mortality - from 17,8% to 7,4%.

Key words: diabetic foot syndrome, critical limb ischemia, revascularizingosteotrepantion, autodermoplasty

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Беваков Умеджон Махмаджонович – аспирант кафедры общей хирургии №2 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, ул. акад. Ражабовых, 6/2
E-mail: begakov84@mail.ru



Особенности иммунологических расстройств при хроническом урогенитальном хламидиозе

Б.Ч. Сангов, П.Т. Зоиров*, Д.Н. Солихов, А.Ш. Мاستулов, Р.Г. Шамбезода

Кафедра урологии; дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В данной работе приведены результаты исследования состояния иммунного статуса у 68 больных (основная группа: 42 – с уретропростатитом и 26 – с уретритом) с хроническим урогенитальным хламидиозом (УГХ) в зависимости от вовлечённости в патологический процесс различных отделов урогенитального тракта (УГТ).

У всех больных с хронической хламидийной инфекцией отмечались сходные изменения, которые характеризовались лимфопенией, угнетением клеточного звена иммунитета (снижение содержания Т-лимфоцитов на 6,7%, Т-хелперов и Т-супрессоров – на 10,8%), нарушением гуморального звена иммунитета (увеличение количества В-лимфоцитов и снижение уровня Ig классов А (на 27,4%) и М (на 16,7%), а также патологией фагоцитоза (снижение процента фагоцитоза и увеличение значений фагоцитарного индекса, фагоцитарного числа, НСТ-теста – на 54,4%).

Состояние местной иммунологической реактивности характеризовалось уменьшением содержания основных факторов местного иммунитета – INF-γ (на 27,5%), sIgA (на 45,5%), IgG (34,7%), IgG1 (на 26,9%) и IgG3 (на 37,5%) в секрете предстательной железы по сравнению с контрольным значением.

Ключевые слова: урогенитальный хламидиоз, иммунологическая реактивность, лимфоциты, Т-хелперы, Т-супрессоры, INF-γ, sIgA, иммуноглобулины М, А, G, фагоцитоз

Введение. Урогенитальные инфекции (УГИ) являются сложной медико-социальной проблемой современности – это обусловлено их широким распространением, тяжестью вызываемых последствий и влиянием на репродуктивное здоровье населения. Социально значимым является то, что УГИ чаще встречаются у молодых людей и служат причиной бесплодия. По информации Всемирной организации здравоохранения, центра по контролю инфекционных заболеваний в США (CDC), а также данным многочисленных публикаций, *S. trachomatis* относится к наиболее распространённым возбудителям УГИ [1-4]. Ежегодно в мире регистрируется около 90 млн. новых случаев хламидийной инфекции [5]. Последствия не выявленной и не леченной хламидийной инфекции наносят экономический и демографический ущерб обществу и оцениваются астрономическими цифрами. Например, в США экономические потери от хламидиоза оценены в 1 миллиард долларов в год (CDC) [3]. Разнообразие клинической картины хламидиоза (от полного отсутствия симптоматики до тяжёлых полиорганных поражений) позволяет предполагать существенную роль иммунных механизмов в развитии заболевания. При хламидийной инфекции наблюдаются изменения как клеточного, так и гуморального звена иммунитета [2]. В литературе достаточно широко представлены

сведения о нарушениях различных звеньев иммунитета у больных с урогенитальным хламидиозом (УГХ), в частности об изменении иммунорегуляторного индекса CD4/CD8, об угнетении фагоцитарного звена, снижении активности систем комплемента и лизоцима [6-8], происходит локальное образование секреторного иммуноглобулина А, цитотоксическая защита посредством Т-лимфоцитов и образование иммуноглобулинов классов М, А, G [9-11]. Изменения иммунной системы при острых поражениях нижнего отдела урогенитального тракта (уретрит), как правило, многообразны и носят неспецифический, мало выраженный и преходящий характер. По мере хронизации и распространения процесса и возникновения осложнений они носят более стойкий характер [8,12,13]. Однако данные литературы, посвящённые изучению как системного, так и локального иммунного статуса при хроническом воспалительном процессе в половых органах при урогенитальном хламидиозе (УГХ), особенно при хроническом его течении, крайне противоречивы [14,15]. Кроме того, представляет интерес наличие вовлечённости в патологический процесс различных отделов урогенитального тракта (УГТ) (уретрит или уретропростатит) и связанная с этим степень иммунологических нарушений у больных с хроническим УГХ.



Цель исследования. Изучить состояние иммунологической реактивности у больных с хроническим урогенитальным хламидиозом в зависимости от вовлечённости в патологический процесс различных отделов урогенитального тракта.

Материал и методы. Исследование иммунного статуса было проведено у 68 пациентов с хроническим УГХ (основная группа), из них: 42 – с уретропростатитом и 26 – с уретритом. Мужчины, отобранные для участия в исследовании, были наиболее трудоспособного и сексуально активного детородного возраста.

По возрасту больные распределились следующим образом: от 21 года до 30 лет – 56%, от 31 года до 45 лет – 44%. Анализ социального положения пациентов показал, что в исследуемых группах служащие составили 20,5%, рабочие – 12%, предприниматели – 28%, лица, формально числящиеся как неработающие – 22%, студенты – 7% и военнослужащие – 10%.

Контрольная группа состояла из 20 здоровых мужчин, обратившихся с целью профилактического осмотра. Мужчины из этой группы характеризовались отсутствием субъективных и объективных клинических проявлений, в результате комплексного лабораторного исследования у них не обнаружены возбудители ИППП.

Верификацию диагноза урогенитальной хламидийной инфекции проводили при лабораторном исследовании соскобов и отделяемого доступной слизистой оболочки мочеполовых путей, сока простаты, спермы и сыворотки крови тремя методами: прямой иммунофлюоресценцией (ПИФ), полимеразной цепной реакцией (ПЦР) и иммуноферментным методом (ИФА). Для характеристики показателей содержания иммунокомпетентных клеток в периферической крови определяли количество лейкоцитов, нейтрофилов, моноцитов, лимфоцитов, Т-лимфоцитов (CD3+), Т-хелперов (CD4+), Т- супрессоров (CD8+), В-лимфоцитов (CD19+). Вычисляли иммунорегуляторный индекс (ИРИ): CD4+/CD8+. Для выявления изменений местной иммунологической реактивности и эффективности лечения у больных с хроническим УГХ и мужчин контрольной группы был взят секрет предстательной железы (ПЖ). Методом ИФА в секрете ПЖ определяли содержание INF- γ , IgA, IgG и его подклассов – G1, G2, G3.

Определение показателей иммунного статуса проводили с помощью набора тестов I, II уровня по Р.Ф. Петрову. Концентрацию иммуноглобулинов классов M, G, A определяли в сыворотке крови конкурентным иммуноферментным методом с помощью тест-систем фирмы «ORGENICS» (Израиль) и «Вектор-Бест» (Новосибирск).

Данные, полученные в результате исследования, были подвергнуты статистической обработке на персональном компьютере с помощью статистической программы Primer of Biostatistic Version 4.03. Оценку показателей проводили с использованием парного критерия Стьюдента, различия считались статистически значимыми при $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Анализ иммунного статуса больных с хроническим УГХ в зависимости от вовлечённости в патологический процесс различных отделов УГТ показал, что изменение ряда показателей иммунитета у мужчин как с уретритом, так и с уретропростатитом носило схожий характер (табл. 1). В частности, такие показатели как относительное количество лимфоцитов и В-лимфоцитов, абсолютные значения содержания Т-хелперов и В-лимфоцитов, а также показатели процента фагоцитоза, фагоцитарного числа, фагоцитарного индекса имели статистически значимые различия с контрольной группой у всех больных с хроническим УГХ.

Между тем, у больных с уретропростатитом в отличие от больных с уретритом имелись статистически значимые различия с контрольной группой по ряду значений.

В группе больных с уретропростатитом отмечалось статистически значимое снижение на 6,6% ($P < 0,01$) абсолютного показателя общего количества лимфоцитов. Помимо этого, относительный показатель Т-лимфоцитов был снижен на 6,7% ($P < 0,01$), а абсолютное количество этих клеток было на 12,8% ($P < 0,01$) ниже контрольного значения. Наряду с вышеназванными показателями у больных с уретропростатитом наблюдалось снижение количества Т-супрессоров в абсолютном значении на 10,8% ($P < 0,01$) в сравнении с группой контроля.

Нарушение фагоцитарной функции лейкоцитов у больных с уретропростатитом подтверждалось высокими показателями метаболической активности сегментоядерных лейкоцитов по данным НСТ-теста, который был на 54,4% ($P < 0,001$) выше значений контроля.

Исследование гуморального звена иммунитета показало, что у больных с уретропростатитом отмечено достоверное снижение содержания IgA на 27,4% ($P < 0,01$) и IgM – на 16,7% ($P < 0,01$), в сравнении с контрольными значениями.

Для выявления изменений местной иммунологической реактивности у больных с хроническим УГХ и мужчин контрольной группы был исследован секрет ПЖ. Как показал анализ состояния местной иммунологической реактивности, у больных с уретритом наблюдалось снижение содержания INF- γ на 23,4% ($P < 0,05$) по сравнению со значением в контрольной группе (табл. 2).


**ТАБЛИЦА 1. СОСТОЯНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ УГХ
 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПОРАЖЕНИЯ УГТ**

Показатель	Контрольная группа (n=20)	Основная группа (n=68)	
		Больные с уретритом (n=26)	Больные с уретропростатитом (n=42)
Лимфоциты, %	32,80±1,50	38,49±1,75**	39,31±0,87***
Лимфоциты, $\times 10^7/\text{л}$	2,27 ±0,01	2,16±0,11	2,12±0,08*
Т-лимфоциты, %	81,86 ±2,00	78,68±0,56	76,35±0,37**
Т-лимфоциты, $\times 10^7/\text{л}$	1,88 ±0,08	1,75±0,09	1,64±0,07**
Т-хелперы, %	49,71±2,30	46,78±0,84	46,36±0,48
Т-хелперы, $\times 10^9/\text{л}$	1,15±0,02	0,97±0,06***	0,97±0,04***
Т-супрессоры, %	32,80±1,60	31,72±0,82	30,87±0,56
Т-супрессоры, $\times 10^7/\text{л}$	0,75±0,01	0,71±0,05	0,67±0,04**
В-лимфоциты, %	17,20±1,30	21,84±0,56**	22,75±0,32***
В-лимфоциты, $\times 10^7/\text{л}$	0,39±0,01	0,48±0,02***	0,49±0,02***
ИРИ	1,54±0,27	1,44±0,06	1,50±0,04
Фагоцитоз, %	64,80±2,10	50,19±2,94***	41,09±2,00***
Фагоцитарный индекс	3,20±0,30	5,96±0,54***	4,72±0,34**
Фагоцитарное число	5,10±1,30	9,80±0,84**	8,42±0,58*
НСТ-тест	20,40±3,20	26,56±2,43	31,50±1,91***
IgA, г/л	2,30±0,25	1,88±0,08*	1,67±0,06**
IgG, г/л	10,60±0,60	9,96±0,38	9,73±0,27
IgM, г/л	1,20±0,05	1,11±0,06	1,00±0,05**

Примечание: * $P < 0,05$; ** $P < 0,01$; *** $P < 0,001$ – статистически значимые различия с показателями контрольной группы

**ТАБЛИЦА 2. СОСТОЯНИЕ МЕСТНОЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ
 ОТ УРОВНЯ ПОРАЖЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА**

Показатель	Контрольная группа (n=20)	Основная группа (n=68)	
		С уретритом (n=26)	С уретропростатитом (n=42)
INF- γ , пг/мл	2,18±0,16	1,67±0,16*	1,58±0,11**
sIgA, мг/мл	0,11±0,01	0,09±0,08	0,06±0,01**
IgG, мг/мл	0,49±0,04	0,44±0,03	0,32±0,02**
IgGI, мг/мл	0,27±0,02	0,23±0,02	0,18±0,01*
IgG2, мг/мл	0,13±0,01	0,11±0,02	0,11±0,02
IgG3, мг/мл	0,08±0,01	0,07±0,01	0,05±0,01*

Примечание: * $P < 0,05$; ** $P < 0,01$ – статистически значимые различия с показателями контрольной группы

Со стороны других показателей локального иммунитета статистически достоверных различий с таковой контрольной группы не отмечалось. Между тем, у больных с уретропростатитом выявлено снижение ряда показателей, имевших достоверные различия со значениями группы контроля и больных с уретритом. Содержание INF-у у больных с уретропростатитом характеризовалось снижением значения на 27,5% ($P<0,01$) в сравнении с контрольной группой и на 5,4% по отношению к больным с уретритом. Количество sIgA у больных с уретропростатитом было на 45,5% ($P<0,01$) ниже контрольных значений и на 33,3% ниже показателей у больных с уретритом. Кроме того, у больных с уретропростатитом наблюдалось снижение на 34,7% ($P<0,01$) по сравнению с контрольным значением и на 27,3% по сравнению с показателем у больных с уретритом содержания IgG в секрете ПЖ. Вместе с тем, содержание IgG1 у больных с уретропростатитом характеризовалось снижением данного показателя на 33,3% по сравнению с контрольным значением. Помимо этого, уровень IgG3 в секрете ПЖ был на 37,5% ($P<0,05$) ниже показателя контрольной группы.

Известно, что распространение инфекционных заболеваний зависит от вирулентности возбудителя, особенностей механизма его передачи, а также состояния иммунной системы макроорганизма. Выраженность воспалительного процесса также зависит от состояния местного и общего специфического и неспецифического иммунитета. Сведения о состоянии иммунологической реактивности при хроническом УГХ, по данным доступной литературы, носят разнонаправленный, а иногда и противоречивый характер [9,14].

По нашим данным, у большинства больных с хроническим УГХ имеется иммунодефицит, при котором доминирующим фактором является дисбаланс клеточного и гуморального звеньев иммунитета, что подтверждается другими исследователями [2,8,9].

Резюмируя данные исследования, следует отметить, что у всех больных с хронической хламидийной инфекцией, вне зависимости от характера вовлечённости в патологический процесс различных отделов УГТ, отмечались сходные изменения относительных показателей лимфоцитов и В-лимфоцитов, абсолютных значений Т-хелперов и В-лимфоцитов, показателей фагоцитоза. Однако у больных с уретропростатитом по ряду иммунологических параметров общего и локального иммунного статуса отмечается более выраженная степень угнетения иммунологической реактивности. Это проявлялось в снижении абсолютных показателей лимфоцитов, абсолютных и относительных значений Т-лимфоцитов, а также гипосупрессии. Кроме того, у больных с уретропростатитом отмечались изменения показателей НСТ-теста, Ig классов А и М. Состояние местной иммуно-

логической реактивности у больных с хламидийным уретропростатитом характеризовалось недостаточной антибактериальной защитой слизистых УГТ, что выражалось в уменьшении содержания основных факторов местного иммунитета – INF-у, sIgA, IgG и его подклассов – G1 и G3. У больных с уретритом наблюдалось снижение содержания INF-у в секрете ПЖ.

Таким образом, изменения общей иммунологической реактивности диктуют необходимость стимуляции Т-клеточного звена, нормализацию гуморального звена иммунитета и фагоцитарной активности лейкоцитов. Для достижения указанной цели необходимо включить в терапевтический комплекс целенаправленную и адекватную иммунокоррекцию, т.е. применять препараты, которые, обладают иммунокорригирующим эффектом, индуцируют выработку интерферона и воздействуют на указанные нарушения иммунологической реактивности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заболевания, передаваемые половым путём // Пресс-релиз ВОЗ, 25.08.95. - 1995. - №5. - С. 81-82.
2. Пашко Ю.П. Особенности распространения в организме *chlamydia trachomatis* при хроническом течении УГХ и детекция возбудителя в сыворотке крови / Ю.П.Пашко [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2010. – № 7 – . 50-57
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Chlamydia screening among sexually active young female enrollees of health plans United States. - 2004. - Vol. 53. № 42. - P. 983-985.
4. WHO Guidelines for the management of Sexually Transmitted Infections. WHO, 2003.
5. Schachter J. Epidemiology of human chlamydial infections / J.Schachter // Proc. 4th Meet. Eur. Soc. Chlamydia Res. Helsinki, Finland. - 2000. - P. 163-166.
6. Анчупане И.С. Смешанные хламидийные инфекции и их иммунокоррекция / И.С.Анчупане // Вест. дерматол. и венерол. - 2000. - №1. - С. 28-30.
7. Глазкова Л.К. Урогенитальная хламидийная инфекция / Л.К.Глазкова, Н.М.Герасимова // Тезисы научных работ I Росс. конгресса дерматовенерологов. С-Пб. - 2003.
8. Кошкин С.В. Значение иммуногенетических параметров в развитии урогенитального хламидиоза / С.В.Кошкин, Г.А.Зайцева // Тез. науч. работ IX Всеросс. конф. дерматовенерологов. Екатеринбург. - 2006. - С. 29-30.



9. Корепанов А.Р. Комплексная терапия хронического уrogenитального хламидиоза с учётом изменений иммунологической реактивности: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Р.Корепанов. Новосибирск. - 2008. - 23 с.
10. Кошкин С.В. Характер иммунологических изменений у больных уrogenитальным хламидиозом с различной активностью ФНО / С.В.Кошкин [и др.] // II Всеросс. конгресс дерматовенерологов: Тезисы докладов. - С-Пб. - 2007. - С.133-134.
11. Померанцев О.Н. Эффективность комплексной терапии УГХ у больных репродуктивного возраста: автореф. дис. ... д-ра мед. наук // О.Н.Померанцев. М. - 2009. - 24 с.
12. Гомберг М.А. Обоснование иммунотерапии при лечении рецидивирующего уrogenитального хламидиоза / М.А.Гомберг, А.М.Соловьёв, А.Д.Черноусов // ИПП. - 2000. - №2. - С.30-35.
13. Петренко О.Н. Клинико-лабораторное обоснование применения местной дифференцированной иммунотерапии в комплексном лечении уrogenитального хламидиоза: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.Н.Петренко. - Курск. - 2008. - 19 с.
14. Галдава Г. Некоторые показатели клеточного звена иммунитета во время уrogenитального хламидиоза / Г.Галдава // IX Всерос. съезд дерматовенерологов: Тез. науч. работ. Т. П. М. - 2005. - С. 72.
15. Ray K. Chlamydia trachomatis and infertility / K.Ray // Indian J. Med. Res. - 2006. - V. 123. - P. 730-734.

Summary

Features of immunological disorders in chronic urogenital chlamydiosis

B.Ch. Sangov, D.C. Zoyirov*, D.N. Solihov, A.Sh. Mastulov, R.G. Shambezoda

Chair of Urology; Dermatovenerology Avicenna TSMU

The results of immune status test in 68 patients (study group: 42 with urethraprostatitis and 26 - with urethritis) with chronic urogenital chlamydiosis (UGC) depending on involvement in the pathological process various parts of the urogenital tract (UGT) were presented.

In all patients with chronic chlamydial infection similar changes that characterized lymphopenia, suppression of cell-mediated immunity were noted (reduction of T-lymphocytes by 6,7%, T-helper and T-suppressor – 10,8%), disorders of humoral immunity (increase of B-lymphocytes and reduce of Ig class A (27,4%) and M (16,7%), as well as phagocytosis pathology (reduction percentage of phagocytosis and increase values of phagocytic index, phagocytic rate, NBT test – 54,4%).

State of local immune reactivity shows the reduction of the main factors of local immunity - INF- γ (to 27,5%), sIgA (by 45,5%), IgG (34,7%), IgG1 (26,9%) and IgG3 (37,5%) in prostatic secretions in compared with the control value.

Key words: urogenital chlamydiosis, immunological reactivity, lymphocytes, T-helper cells, T-suppressor cells, INF- γ , sIgA, immunoglobulins M, A, G, phagocytosis

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Сангов Бобохон Челаевич – ассистент кафедры урологии ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе пр. Нусратулло Махсум, д. 77
E-mail: bobochon_72@mail.ru

Хирургическое лечение больных с миомой матки

Д.А. Каробекова, Ш.Х. Рахматулова, Ч.Б. Сафаров

Лечебно-диагностический центр «Шифо» г.Душанбе

В статье проанализированы результаты хирургического лечения 132 больных с миомой матки. Определён необходимый объём диагностических мероприятий и хирургического лечения миомы матки в зависимости от характера и размеров опухоли.

Единственным (радикальным) способом хирургического лечения является выполнение операции в объёме тотальной гистерэктомии (экстирпации матки), которое не только обеспечивает радикальное излечение, но и профилактику возникновения в будущем какого-либо заболевания шейки матки.

Наилучшим оперативным доступом для удаления миомы матки является лапароскопический, который характеризуется меньшей кровопотерей и частотой интра- и послеоперационных осложнений. Летальных исходов не было. Послеоперационный период составил от 2 до 5 койко-дней. Длительность операции варьировала от 45 до 110 минут, в среднем – $95,46 \pm 18,12$ мин. Объём операционной кровопотери составил от 100 до 420 мл ($195,76 \pm 171,38$ мл).

Ключевые слова: миома матки, гормональная терапия, лапароскопия, гистерэктомия

Актуальность. Миома матки – одна из наиболее распространённых доброкачественных опухолей женской половой сферы. Возникает у 20-44% женщин репродуктивного возраста. Согласно современным представлениям, миома матки – это доброкачественная, моноклональная, хорошо ограниченная, капсулированная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток шейки или тела матки. Локализация миомы матки бывает самой разнообразной. Наиболее часто встречается субсерозное и межмышечное (интрамуральное) расположение миоматозных узлов, количество которых может достигать 25 и более, а размеры – значительно увеличиваться [1,2].

Несмотря на определённые успехи, достигнутые в области консервативной терапии этого заболевания, основным методом лечения миомы матки до настоящего времени остаётся хирургический, а полного излечения удаётся добиться только с помощью гистерэктомии [2,3]. Однако у молодых женщин с нереализованной репродуктивной функцией, страдающих бесплодием или невынашиванием беременности, а также желающих сохранить матку с целью рождения детей в будущем, требуется хирургическое лечение, позволяющее, с одной стороны, полностью удалить патологический очаг, с другой – сохранить или восстановить генеративную функцию. Операцией, решающей эти проблемы, является миомэктомия. По данным НЦ АГиП им. В.И. Кулакова (2013г.), за период 1991-2012гг. было произведено 6089 миомэктомий, из них 81,1% – лапароскопиче-

ским доступом, 14,2% – гистерорезектоскопическим и 4,8% – лапаротомическим. Статистические данные свидетельствуют о более частом использовании радикальных вмешательств при миоме матки. Выполнение миомэктомии при узлах больших и гигантских размеров во многих стационарах до сих пор остаётся трудноразрешимой проблемой [3-5]. Эффект гормонотерапии на рост узлов миомы матки у женщин – сложный вопрос. Согласно рекомендациям FDA, агонисты ГнРГ, как метод предоперационной подготовки, признаны единственным лекарственным средством, способным не только уменьшить симптоматику, сопряжённую с миомой матки, но и временно воздействовать на объём миоматозных узлов [6-8].

Вышеизложенное свидетельствует о том, что современное хирургическое лечение миомы матки является актуальной проблемой реконструктивной хирургии, требующей дальнейшего проведения научных исследований в этом направлении.

Цель работы: анализ результатов диагностики и хирургического лечения больных с миомой матки.

Материал и методы. Работа основана на результатах диагностики и лечения 132 больных с миомой матки, прооперированных в период с 2010 по 2013гг. в Лечебно-диагностическом центре «Шифо». Средний возраст больных составил $29,1 \pm 2,14$ года.



Мы разделяли женщин с миомой матки в зависимости от величины узлов на следующие группы:

1. Миома матки средних размеров, миомы матки на ножке (субсерозные). В эту группу входили женщины с единичным миоматозным узлом, размер которого не превышает 4 см. Лечение больных этой группы зависело от наличия у них репродуктивных планов. Если женщина планирует беременность, то мы рекомендовали лапароскопическую миомэктомию. Всем больным провели курс лечения препаратом «Бусерелин-депо» для уменьшения узлов перед операцией. После операции в течение 6 месяцев мы продолжали курс терапии бусерелином-депо – по 3,75 мг, до 5 инъекций каждые 28 дней;
2. Миома матки больших размеров. Женщины этой группы имели миому матки от 14 до 20 недель беременности. Мы выполняли лапаротомную тотальную гистерэктомию. Женщины были старше 45 лет. До и после операции назначали препарат «Бусерелин-депо»;
3. Миомы матки, рождающиеся, родившиеся из подслизистых опухолей. В этой группе больных провели миомэктомию влагалищным доступом.

Показаниями к хирургическому лечению миомы матки женщин были:

1. Величина миомы, превышающая размеры матки при беременности 12 недель у женщин до 45 лет, более 15-20 недель – у женщин старше 45 лет;
2. Быстрый рост миомы матки;
3. Маточные кровотечения. Рецидивирующие (повторно возникающие) маточные кровотечения;
4. Анемизация женщины (постоянно низкие показатели гемоглобина до и после менструации) вследствие обильной кровопотери;
5. Наличие субмукозных, субсерозных узлов любых размеров на длинных ножках;
6. «Рождающийся» узел;
7. Шеечная локализация миомы матки.

Предоперационная подготовка имела большое значение для прогнозирования исхода оперативного вмешательства: для уточнения объема операции, доступа (абдоминальный или влагалищный) и метода оперативного вмешательства (лапароскопия, лапаротомия), выявления и коррекции экстрагенитальных заболеваний.

Всем женщинам с миомой матки проведены:

- цитологическое исследование на атипичные клетки, расширенная кольпоскопия, при необходимости – биопсия шейки матки (онкомаркеры);

- по показаниям осуществляли гистероскопию с диагностическим (или отдельно-диагностическим) выскабливанием полости матки. Эти методы позволяли нам выявить подслизистые миоматозные узлы, с сопутствующим внутренним эндометриозом матки и другие патологии эндометрия;
- при сочетании миомы матки с патологией яичников, эндометрия, прямой кишки, мочевого пузыря провели ректороманоскопию, фиброгастроскопию, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза и брюшной полости, экскреторную урографию, рентгенологическое исследование органов грудной полости для выявления возможных метастатических очагов опухоли;
- при низко расположенных узлах и миоме шейки матки, мы провели экскреторную урографию для определения состояния мочевого пузыря, что позволило нам правильно оценить изменения, которые могут возникнуть во время операции и в послеоперационном периоде. При подозрении на почечную патологию проводили детальное исследование почек;
- за 7-10 дней до оперативного вмешательства нами было проведено полное общеклиническое обследование: развернутый общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, гемостазиограмма, общий анализ мочи; ЭКГ, RW, R-грамма ОГП; а также определяли группу крови и резус-фактор;
- при сопутствующих заболеваниях – консультации смежных специалистов и коррекция экстрагенитальной патологии;
- применяли агонисты гонадотропин-рилизинг-гормонов (а-ГнРГ) до и после операции. Использовали препарат «Бусерелин-депо» (3,75 мг).

При сборе анамнеза, мы обращали внимание на факторы риска, связанные с развитием миомы (возраст, менархе, репродуктивная функция, ожирение, менопауза, гормональная терапия).

Основным методом скрининга и первичной диагностики в нашей работе было УЗИ, которое проводилось на аппарате «Aloka-SSD-4000» (Япония). Достоверным ультразвуковым признаком миомы является обнаружение в миометрии сформированного узла. При обнаружении объемного образования определяли его локализацию, размеры.

Компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томографии (МРТ) выполнялись на аппаратах Somatom Emotion фирмы «Siemens» (Германия). При КТ и МРТ оценивали локализацию опухоли, её размеры, плотность, структуру, контуры, наличие капсулы, топографо-анатомические взаимоотношения с соседними органами и структурами.

Кольпоскопическое исследование являлось определяющим дальнейшую тактику и объём оперативного вмешательства. Видеофотокольпоскопия проводилась с помощью видеофотомикроскопа (Китай), в виде видеофотокамеры на штативе с источником света. Обязательным компонентом исследования являлись тесты с 3% раствором уксусной кислоты и 3% водным раствором Люголя.

Лапароскопию выполняли по стандартной закрытой методике с помощью иглы Вереша и инсуфлятора Endoflator или ThermoFlator (Karl Storz, Германия), используя троакары диаметром 10-11 мм (Karl Storz, Германия), лапароскоп Hopkins П (0°) (Karl Storz, Германия).

Эндоскопические операции проводили, используя телевизионные системы Trinitron Color Video Monitor (Sony, Япония).

Статистическую обработку проводили с использованием программы SPSS 16.0 и Statistica 10.0. Методами описательной статистики определяли средние тенденции с вычислением средне - арифметического значения и его стандартной ошибки. Дисперсионный анализ проводили методом ANOVA. Нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. На основании проведённых исследований, у всех пациентов диагностирована миома матки. Из 132 пациенток, которым провели хирургическое лечение, лапароскопическим доступом – 31,8% пациенток с субсерозными и интерстициальной локализацией узлов (единичные и множественные узлы), лапаротомным доступом – 68,1% пациенток, влагалищным – 2,9%.

Анализ результатов хирургического лечения больных с миомой матки, подвергшихся лапароскопической миомэктомии, показал, что величина матки, оценённая во время операции, варьировала от 5 до 10 недель (в среднем $6,89 \pm 2,51$ недели). Размеры опухоли более 10 недель отмечены у 5,4% больных. Число миоматозных узлов, удалённых при операции, колебалось от 1 до 8, в среднем – $2,49 \pm 1,37$ узла за операцию. Множественная миома обнаружена у 20 (28,5%) больных. У 20 больных с множественной миомой величина матки соответствовала 5-9 неделям беременности (средняя – $6,17 \pm 2,13$); диаметр наибольшего узла – 3,0-9,0 см (средняя величина $6,44 \pm 1,59$); число узлов – от 2 до 9 ($3,65 \pm 1,34$). У 10 больных с единичными миоматозными узлами величина матки составила 7-10 недель ($8,11 \pm 2,35$), диаметр узла – 5,5-10 см ($8,75 \pm 2,68$). Диаметр наибольшего из удалённых узлов варьировал от 3,0 до 12 см, в среднем – $5,98 \pm 2,43$ см. Узлы неблагоприятной локализации (перешеечной и межсвязочной) обнаружены при операции у 1 (3,1%) больной. Интраоперационных осложнений в наших наблюдениях

не было. Послеоперационный период составил от 2 до 5 койко-дней. Длительность операции варьировала от 45 до 110 минут, в среднем – $95,46 \pm 18,12$ мин. Объём операционной кровопотери составил от 100 до 420 мл ($195,76 \pm 171,38$ мл). Ни в одном случае объём операции не был расширен до гистерэктомии. Миомэктомию производили в первую фазу менструального цикла на фоне искусственной аменореи (приёма пациентками агонистов ГнРГ).

Все больные были прооперированы в плановом порядке с использованием общего эндотрахеального наркоза. Лапаротомным доступом прооперировано 68,1% женщин с миомой матки. Несмотря на высокую травматичность данного доступа, мы считаем его абсолютным показанием при больших размерах опухоли. Критериями для удаления матки из лапаротомного доступа явились: размеры узлов 15-16 см, множественная локализация крупных миоматозных узлов, субмукозная миома матки. Во всех случаях производили тотальную гистерэктомию (экстирпация матки) с придатками у женщин перименопаузального возраста, не оставляя даже неизменённую часть органа. Подобную тактику считаем оправданной, так как у 15-20% больных, которым оставили шейку матки, были рецидивы миомы в культе шейки [9,10].

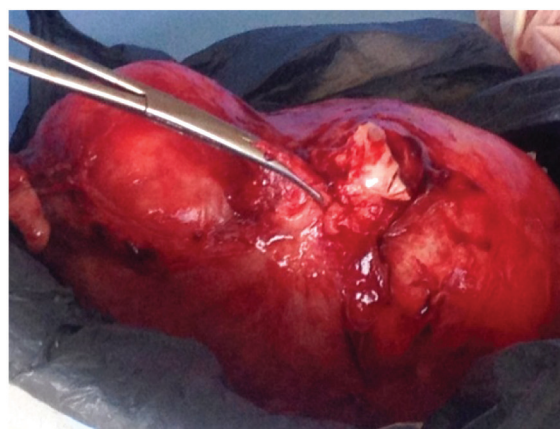


РИС. УЗЛОВАЯ МИОМА МАТКИ, 2,5 КГ
(СОБСТВ. НАБЛ.), 2013Г.

В одном случае, при удалении миомы матки гигантских размеров (рис.), возникло интраоперационное осложнение – пережатие мочеточника.

Вопрос о сохранении придатков матки в каждом случае решался индивидуально. Нагноение послеоперационной раны отмечалось у двух пациенток после этого доступа. Лапароскопический доступ позволил сохранить менструальную функцию у всех наших больных и восстановить детородную функцию у 30% пациенток.



Миомэктомию влагалищным доступом провели у 2,9% больных женщин во всех случаях миом, разрастающихся из подслизистых опухолей. Узлы миомы локализовались во влагалищной части шейки матки. Этот метод был наиболее подходящим у наших больных с миомой и локализацией узлов во влагалищной части шейки матки. Размеры узлов были до 6-7 см, возраст женщин – от 30 до 48 лет. Кровопотеря составила от 200 мл до 250 мл. Послеоперационный период протекал гладко.

Авторы, обладающие наибольшим опытом использования лапароскопического удаления опухолей матки, считают данный метод высокоэффективным [11-14]. Мы также являемся сторонниками проведения органосберегающих операций у женщин детородного возраста при миоме матки. Экстирпацию матки проводили только пациенткам перименопаузального возраста при наличии показаний.

Мы отказались от использования лапароскопии в тех случаях, когда: 1) толщина подкожно-жировой клетчатки в зоне разреза была более 6-7 см; 2) при наличии множества узлов диаметром более 3-4 см и значительном увеличении размеров матки; 3) при необходимости провести ревизию органов брюшной полости, а данный доступ ограничивал обзор.

По нашим данным и мнению ряда авторов [6,7,13], выполнение эндоскопической миомэктомии целесообразно в следующих случаях: 1) при сочетании подслизистого узла миомы более 4 см в диаметре с межмышечным (или межмышечно-субсерозным) узлом, требующим наложения швов на матку; 2) при размерах тела матки, превышающих 12 недель беременности, длины полости матки более 10 см; 3) в случае четырёх межмышечных узлов миомы более 4 см в диаметре, 4) при наличии множества мелких интрамуральных узлов опухоли, 5) при наличии подслизистого узла миомы с интрамуральным; 6) при наличии сопутствующей генитальной патологии. При наличии более 3-4 межмышечных или межмышечно-субсерозных узлов, миомы свыше 4 см в диаметре или множественных небольших интрамуральных, интралигаментарных и перешеечных узлов миомы, а также при сопутствующей патологии в сочетании с подслизистыми узлами, мы проводили абдоминальный этап миомэктомии открытым доступом.

Таким образом, полученные данные исследования констатируют, что лапароскопическая миомэктомия является методом выбора как при единичных, так и при множественных субсерозных узлах, а также при наличии узлов на ножке у женщин любого возраста, с целью предупреждения перекрута её ножки. Хирургическое лечение множественной миомы матки с различным характером роста узлов у женщин репродуктивного и перименопаузального возрастов, желающих сохранить репродуктивную и менструаль-

ную функции, следует проводить в комбинации с лапароскопическим доступом. Предложенные лечебные подходы, в основном, направлены на возможность сохранения органа и восстановление репродуктивной функции. При этом агонисты ГнРГ играют существенную роль в органосохраняющем лечении больных с миомой матки. Наш опыт лечения женщин с миомой матки позволил большому числу женщин избежать гистерэктомии и её последствий. Лапароскопическая хирургия раскрывает новые возможности в оперативном лечении гинекологической патологии как для больного, так и для хирурга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оперативная гинекология / В.И.Краснопольский, С.Н.Буянова, Н.А.Щукина, А.А.Попов// - М. Изд-во МЕДпресс-информ. - 2013. - 320с.
2. Беженарь В.Ф. Опыт применения стандартизированной методики лапароскопической миомэктомии / В.Ф.Беженарь, А.А.Цыпурдеева, А.К.Долинский // Журнал «Акушерства и женских болезней». - 2012. - Т.ХI. - Вып.4. - С.23-33.
3. Лапароскопическая гистерэктомия – семилетний опыт / В.Ф.Беженарь, А.А.Цыпурдеева, А.К.Долинский, Р.Г.Бочоришвили // Журнал «Акушерства и женских болезней». - 2011. - №4. - С.12-19.
4. Беженарь В.Ф. Современная стратегия и хирургическая техника при лапароскопической миомэктомии / В.Ф.Беженарь, Н.С.Медведева, Э.К.Айламазян // Журнал «Здоровье женщины». - №4. - 2008. - С.22-27.
5. Кулаков В.И. Руководство по оперативной гинекологии / В.И.Кулаков, Н.Д.Селезнёва, С.Е.Белоглазова. - М. - 2006. - 640 с.
6. Адамян Л.В. Опыт 1000 тотальных гистерэктомий / Л.В.Адамян, В.И.Кулаков, С.И.Киселёв // Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. -М. - 2002. - С.10-13.
7. Адамян Л.В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация / Л.В.Адамян. - М. - 2014. - 49с.
8. Лапотко М.Л. Органосохраняющее лечение миомы матки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Л.Лапотко. - Минск. - 2010. - 20с.
9. Тихомиров А.Л. Нюансы органосохраняющего лечения миомы матки / А.Л.Тихомиров// Практическая медицина. - М. - 2011. -32с.
10. Сидорова И.С. Состояние шейки матки при сочетанной патологии матки (миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия) / И.С.Сидорова // Росс. вестник акушера-гинеколога. - - 2012. - №3. - С. 45-48



11. Nirmala Duhan Current and emerging treatments for uterine myoma – an update / Duhan Nirmala // Int J. Womens Health. - 2011.3:231-241.
12. Giraudet G. Except fertility, place of myomectomy in perimenopause and after menopause / G.Giraudet [et al.] //Gynecol Obstet Biol Reprod. - 2011. - Vol.40. - №8. - P. 902-917.
13. Radosa M.P. Laparoscopic myomectomy in peri – and post-menopausal women is safe, efficacious and associated with long-term patient satisfaction / M.P.Radosa [et al.] // Eur. J. Obstet Gynecol Reprod Biol. - 2012. - Vol.162, №2. - P.192-196.
14. Bulun SE. Uterine fibroids / S.E.Bulun // N. Engl. J. Med. - 2013. - Vol.369. - P. 1344-55

Summary

Surgical treatment of patients with uterine myoma

D.A. Karobekova, Sh.Kh. Rahmatuloeva, Ch.B. Safarov

Medical and Diagnostic Center «Shifo» Dushanbe

The article analyzes the results of surgical treatment of 132 patients with uterine myoma. the Dimension of diagnostic procedures and surgical treatment of uterine myoma, depending on the nature and size of tumor is determined.

Only (radical) method of surgical treatment is to perform total hysterectomy, which provides not only a radical cure, but prevention of any disease of the cervix in the future.

The best approach to remove uterine myoma is laparoscopic, which is characterized by less blood loss and intra - and postoperative complications. Were no deaths. The postoperative period ranged from 2 to 5 bed-days. Duration of surgery ranged from 45 to 110 minutes on average - $95,46 \pm 18,12$ min. The volume of intraoperative blood loss ranged from 100 to 420 ml ($195,76 \pm 171,38$ ml).

Key words: uterine myoma, hormonal therapy, laparoscopy, hysterectomy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Каробекова Дилбар Ахроровна – заведующая отделением гинекологии Лечебно-диагностического центра «Шифо»;
Таджикистан, г.Душанбе, ул.Дружба народов, 146
E-mail: bahor2008@hotmail.com



Частота и структура гинекологических заболеваний у женщин, перенёсших кесарево сечение в анамнезе

М.У. Юлдошева, М.Ф. Давлатова

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Проведён ретроспективный анализ 140 историй болезни женщин, перенёсших кесарево сечение в анамнезе и поступавших с различными заболеваниями в отделение гинекологии Городского родильного дома №3 г. Душанбе за период 2007-2012 гг.

Исследование показало, что в основной группе преобладают эндометриты, которые определялись у каждой второй женщины с рубцом на матке ($56,4 \pm 4,2\%$). В группе опухолей и опухолевидных заболеваний органов малого таза, у женщин с рубцом на матке, лидирующее место занимает миома матки ($25,7 \pm 3,6\%$). Изучая особенности менструальной функции женщин, перенёсших кесарево сечение в анамнезе, было установлено, что самой частой формой нарушения данной функции репродуктивной системы явился гиперменструальный синдром ($50,0 \pm 4,2\%$).

Ключевые слова: кесарево сечение, рубец на матке

Актуальность. Количество операций кесарева сечения в родовспомогательных учреждениях колеблется от 9% до 38%, а в некоторых странах – достигает даже 80% [1-3].

После оперативного родоразрешения у 20-40% женщин отмечаются функциональные изменения в яичниках, проявляющиеся в нарушениях менструального цикла [4]. Наиболее часто встречаются гиперполименорея (15%), опсоменорея с удлинением менструального цикла на фоне ановуляции (10%) и альгодисменорея (9,5%) [5,6]. Подобные изменения в яичниках способствуют возникновению абсолютной или относительной хронической гиперэстрогемии, которая может приводить к выраженной пролиферации эндометрия [7,8]. У пациенток после кесарева сечения, при патогистологическом исследовании миометрия в области послеоперационного рубца, полученном в результате гистерэктомии, были выявлены участки очаговой гиперплазии и полипы эндометрия, клинически проявляющиеся меноррагиями [8]. По данным других авторов, меноррагия после оперативного родоразрешения обусловлена воспалительной инфильтрацией с фиброзом и расширением нижнего сегмента матки [9,10].

Даже неосложнённое кесарево сечение ограничивает репродуктивную функцию женщин фертильного возраста [11,12].

Несмотря на многообразие существующих методов профилактики и лечения послеоперационных

осложнений, частота их развития остаётся стабильно высокой, что диктует необходимость продолжения исследования в данном направлении.

Цель исследования. Изучить особенности репродуктивного здоровья женщин, перенёсших кесарево сечение в анамнезе (ближайшие и отдалённые сроки после операции).

Материал и методы. Был проведён ретроспективный анализ 140 (основная группа) историй болезни женщин, перенёсших кесарево сечение в анамнезе и поступавших с различными заболеваниями в отделение гинекологии Городского родильного дома №3 г. Душанбе за период 2007-2012 гг.

Контрольную группу составили 60 женщин, сопоставимых по возрасту, не имеющих в анамнезе каких-либо оперативных вмешательств на органах репродуктивной системы.

Критериями включения в данное исследование явились наличие рубца на матке после кесарева сечения, а также наличие соматических и гинекологических заболеваний.

Критерии исключения: все оперативные вмешательства на органах малого таза, кроме операции – кесарево сечение.

В основной группе возраст обследуемых женщин составлял от 18 до 60 лет. Из них каждая вторая (75;



53,5%) относилась к группе активного репродуктивного возраста, каждая третья (51; 36,4%) – к группе позднего репродуктивного возраста, а 14 (10%) были отнесены – к климактерическому периоду.

При изучении паритета пациенток основной группы установили, что 110 (78,6%) женщин были повторнородящими, из них 30 (21,4%) – многорожавшими; в контрольной группе: 6 (12%) – первородящими, 37 (74%) – повторнородящими и 7 (14%) – многорожавшими.

Полученные данные были обработаны с использованием методов описательной статистики. Описательная статистика количественных признаков представлена в виде $M \pm m$, где M – среднее и m – стандартная ошибка среднего; качественных признаков в виде n ($n/N\%$), где n – абсолютная частота признака, n/N – относительная частота, выраженная в процентах. Статистически значимыми считались различия, при которых вероятность ошибки (p) равнялась или ниже 0,05.

Результаты и их обсуждение. Из анамнеза обследуемых пациенток выяснилось что, своевременное наступление менархе было у 108 (75,5%) женщин. Средний возраст менархе составлял 14 лет. У остальных

35 женщин было позднее наступление менархе, т.е. с 16 до 20 лет, в контрольной группе – в диапазоне от 13 до 16 лет.

При изучении соматического статуса исследуемой группы, обнаружен высокий удельный вес экстрагенитальной патологии, который был представлен железодефицитными анемиями – у 7 (33,5%) пациенток, хроническим пиелонефритом – у 26 (18,5%), спаечной болезнью – у 47 (33,5%), диффузный зоб I-II степени – у 24 (17%), миопией – у 4 (2,7%), сахарным диабетом – у 2 (1,3%) женщин. В контрольной группе: хронический пиелонефрит – у 3 (6%), диффузный зоб I-II степени – у 3 (6%), варикозная болезнь – у 4 (8%) женщин.

Длительность существования рубца на матке после кесарева сечения у 65 (46,4%) женщин составила от 1 до 3 лет, у 43 (30,7%) – от 4 до 9 лет, у 32 (22,9%) – превышала 10 летний интервал. У 107 (74,8%) женщин имела место одна операция – кесарево сечение, у 32 (22,3%) – 2 случая, у 4 (2,7%) – эта операция проводилась трижды.

Структура основных гинекологических заболеваний представлена в таблице 1.

ТАБЛИЦА 1. СТРУКТУРА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Структура заболеваний	Основная группа (n=140)	Контрольная группа (n=60)	Значимость различий
1. Воспалительные заболевания органов малого таза:			
A. Эндомиометрит	56,4±4,2	21,6±5,3	p<0,05
B. Сальпингооофариты	40,0± 4,1	21,6±5,3	p<0,05
2. Опухоли и опухолевидные процессы органов малого таза:			
A. Кисты яичников	6,4±2,0	3,3±2,3	p<0,05
B. Кистомы яичников	2,8±1,6	1,0±1,2	p<0,05
C. Миома матки	25,7±3,6	8,3±3,5	p<0,05
D. Гиперплазия и полип эндометрия	6,4±2,0	1,6±1,2	p<0,05
3. Нарушение фертильности:			
Бесплодие вторичное	6,4±2,0	1,6±1,2	p<0,05

ТАБЛИЦА 2. ПАТОЛОГИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЁСШИХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В АНАМНЕЗЕ

Частота нарушений менструального цикла	Основная группа (n=140)	Контрольная группа (n=60)	Значимость различий
Гиперменструальный синдром	50,0±4,2	8,3±3,5	p<0,05
Гипоменструальный синдром, в том числе аменорея	6,4±2,3	3,3±2,3	p<0,05
	3,5±1,5	1,6±1,2	p<0,05
Альгодисменорея, %	6,4±2,3	3,3±2,3	p<0,05



Как видно из представленных данных, среди воспалительных заболеваний органов малого таза в основной группе преобладают эндомиометриты, которые определялись у каждой второй женщины с рубцом на матке (56,4%), в группе опухолей и опухолевидных заболеваний органов малого таза у женщин – лидирующее место занимает миома матки (25,7%).

Изучая особенности менструальной функции женщин, перенёсших кесарево сечение в анамнезе, было установлено, что самой частой формой нарушения данной функции репродуктивной системы явился гиперменструальный синдром ($50,0 \pm 4,2\%$), который диагностировался у каждой второй больной (табл. 2).

Акушерский и гинекологический прогноз для женщин, перенёсших кесарево сечение, не всегда благоприятен. У данных пациенток возрастает риск развития поздних осложнений, высока частота гинекологических заболеваний, вторичного бесплодия, нарушений менструальной, сексуальной и детородной функций [12,13].

Повреждение эндометрия при оперативном родоразрешении является основным фактором риска развития гиперпластических процессов эндометрия у женщин, перенёсших кесарево сечение в анамнезе. У 62,9% пациенток были диагностированы железистые полипы эндометрия и у 37,1% – очаговая гиперплазия эндометрия, расположенные нетипично – в проекции рубца [14].

Таким образом, проведённый ретроспективный анализ историй болезни женщин, перенёсших кесарево сечение в анамнезе, показал достоверно высокую частоту гинекологической заболеваемости в данной группе пациенток, наиболее значимыми из которых оказались воспалительные заболевания органов малого таза, опухоли миометрия и нарушения менструальной функции репродуктивной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Менгниязова З.Г. Особенности перинатального развития плода у беременных с рубцом на матке после кесарева сечения: автореф. дис. канд. мед. наук / З.Г. Менгниязова. – Душанбе. - 2002. - 19 с.
2. Полёнов Н.И. Функциональное состояние нижнего сегмента у беременных после кесарева сечения: дис. канд. мед. наук / Н.И. Полёнов. - СПб. - 2008. - 129 с.
3. Бычков Н.В. Особенности течения беременности и оперативного родоразрешения у женщин с рубцом на матке / Н.В. Бычков // Мат. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы современной медицины». - 2011. - 28 с.
4. Павлова Т.Ю. Пути снижения частоты повторного кесарева сечения в Республике Саха (Якутия): автореф. дис. канд. мед. наук / Т.Ю. Павлова. - М. - 2009. - 13 с.
5. Павлова Т.Ю. Комплексная оценка характера репаративных процессов в области разреза на матке после кесарева сечения / Т.Ю. Павлова // Якутский медицинский журнал. - 2008. - № 4. - С. 30-40.
6. Болотова О.В. Современные возможности состояния рубца на матке после кесарева сечения / О.В. Болотова // Журнал «Акушерство и гинекология». - 2009. - №5. - С. 7-9.
7. Skin preparation for preventing infection following caesarean section / D.R.Hadiati, M.Hakimi, D. S.Nurdiati // Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2012
8. Alvarez Pelayo, Borbolla Sala M.E. // Ginecol. Obstet. Mex. - 2008. - Vol.62. - P. 330-335.
9. Атласов В.О. Современные технологии абдоминального родоразрешения в профилактике перинатальной смертности и заболеваемости родильниц / В.О. Атласов // Журнал акушерства и женских болезней. - 2008. - Т.LVII, вып.1. - с.80 - 84.
10. Коротких И.Я. Проблемы прогнозирования осложнений при абдоминальном родоразрешении / И.Я. Коротких // Акушерство и гинекология. - 2009. - № 5. - С. 27-31.
11. Казарян Р.М. Особенности течения беременности и родов у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения: дис. канд. мед. наук / Р.М. Казарян. - М. - 2008. - 131 с.
12. Горбачёва А.В. Ближайшие и отдалённые результаты повторного кесарева сечения: автореф. дис. канд. мед. наук / А.В. Горбачёва. - М., - 2008. - 32 с.
13. Густоварова Т.А. Беременность и роды у женщин с рубцом на матке: клинико-морфологические и диагностические аспекты: автореф. дис. д-ра мед. наук / Т.А. Густоварова. - М., - 2007. - 48 с.
14. Савельева Г.М. Кесарево сечение в современном акушерстве / Г.М. Савельева [и др.] // Акушерство и гинекология. - 2007. - №4. Т.2. - С. 3-8



Summary

Frequency and structure of gynecological diseases women with cesarean history

M.U. Yuldosheva, M.F. Davlatova

Chair of Obstetrics and Gynecology № 1 Avicenna TSMU

A retrospective analysis of 140 case histories of women who had undergone cesarean in history and comes with a variety of diseases in the Department of Gynecology of the City Maternity Hospital № 3 in Dushanbe for the period 2007-2012.

The study showed that in the main group prevail endometritis, which determined in every second woman with an uterine scar ($56,4 \pm 4,2\%$). In the group of tumors and tumor-like diseases of the pelvic organs in women with an uterine scar, dominant place takes uterine myoma ($25,7 \pm 3,6\%$). Studying features of menstruation in women undergoing cesarean section in history, it was found that the most common form of reproductive system disorders was hypermenstrual syndrome ($50,0 \pm 4,2\%$).

Key words: cesarean section, scar on the uterus

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Давлатова Махина Фарруховна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: vafo.2011@mail.ru

Факторы кардиометаболического риска у больных с остеоартрозом

С.М. Шукурова, Г.Н. Каримова, З.Д. Хамроева, М.Ф. Ахунова

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В данной статье приводятся результаты изученных нами наиболее характерных факторов кардиометаболического риска у 60 больных с остеоартрозом (ОА) и взаимосвязь между степенью тяжести суставного синдрома и ишемической болезнью сердца (ИБС). Все больные были разделены на 2 группы: 1 группа (n=28) – больные с ОА без ИБС, II (n=32) – ОА с ИБС. При анализе тяжести течения гонартроза по индексу Лекена выявили, что в группе больных с ИБС индекс тяжести течения гонартроза был достоверно выше ($p<0,001$) – $17,37\pm0,57$ балла против $6,71\pm0,68$ балла в группе больных с ОА без ИБС. Показатели субъективных болевых ощущений на суставную симптоматику, определяемые по ВАШ в покое и при ходьбе, были достоверно выше ($<0,05$) в группе больных с ИБС – $97,63\pm0,365$ мм против $26,5\pm0,65$ мм – без ИБС. Так, у больных второй группы длительность ОА была достоверно выше ($p<0,001$), что составило 7,8 года (от 3 до 10 лет), против 2,5 года в 1 группе. Установлена прямо пропорциональная связь между показателями суммарного коронарного риска с показателями суставного синдрома, что отражает как тяжесть ОА, так и риск развития кардиоваскулярных заболеваний.

Ключевые слова: остеоартроз, факторы кардиоваскулярного риска, метаболический синдром, ишемическая болезнь сердца

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания и связанные с ними осложнения определяют клиническое течение и исходы ряда ревматических заболеваний [1,2]. Кардиоваскулярные заболевания (КВЗ) оказывают наиболее существенное влияние на уровень смертности в данной популяции больных за счёт раннего развития прогрессирующего атеросклероза [3,4]. Ассоциация ревматической патологии и ишемической болезни сердца (ИБС) не случайна, так как в патогенезе этих заболеваний имеются общие наглядно-воспалительные механизмы [5,6].

В последнее время внимание учёных и врачей всё больше привлекает проблема мульти- и коморбидности [5,6]. Она является вдвойне актуальной по отношению к таким часто встречающимся и социально высоко значимым патологиям опорно-двигательной и сердечно-сосудистой системы, как остеоартроз и кардиоваскулярные заболевания [7].

Исследования последних лет [8] позволили определить факторы риска смертности у пациентов с ОА: тяжесть заболевания, пожилой возраст и наличие коморбидных состояний. По имеющимся данным, ОА наиболее часто сочетается с артериальной гипертензией (АГ), ИБС, ожирением, сахарным диабетом, хроническими обструктивными заболеваниями лёгких, при этом сердечно-сосудистая патология наблюдается у более, чем 50% пациентов с ОА. Уста-

новлено, что почти 70% больных с ОА имеют более двух факторов риска развития кардиометаболических заболеваний [4], например, таких как дислипидемия, АГ, сахарный диабет второго типа, инсулинорезистентность, ожирение.

Среди модифицирующих факторов риска АГ и ОА наибольшее значение имеет ожирение [5]. По данным Фремингемского исследования, у лиц с избыточной массой тела АГ встречается в два раза чаще, чем у лиц с нормальным весом [8].

Ряд исследователей выявили взаимосвязь между дислипидемией и окислительным стрессом с эрозивными изменениями в хряще, ассоциации метаболического синдрома с более тяжёлыми поражениями суставного хряща у пациентов с ОА [9].

Цель исследования. Установить наиболее значимые кардио-метаболические факторы риска и оценить их связь с клиническими особенностями остеоартроза.

Материал и методы. В исследование были включены 60 больных с ОА в возрасте от 40-76 лет, из них 20 – мужчин и 40 – женщин, госпитализированных в кардиоревматологическое отделение Городской клинической больницы №5 им. академика К.Т. Таджиева за период с 2010 по 2012 гг.

Критериями исключения больных явились: вторичный остеоартроз, подагра, ревматоидный артрит, приобретённые пороки сердца, хроническая сердечная недостаточность III-IV функциональных классов.

В процессе исследования всем больным проводились обследования, которые включали в себя антропометрические измерения: рост (см), масса тела (кг), окружность талии (ОТ) и бёдер (ОБ); вычисление индекса массы тела (ИМТ) по формуле Кетле: отношение массы тела в кг на квадратное число роста в метрах ($\text{кг}/\text{м}^2$). Соотношение ОТ и ОБ ($N < 1$). По суммарному индексу Лекена рассчитывался индекс тяжести ОА, клинические проявления ОА оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в покое и при ходьбе.

Критерии определения рентгенологической стадии ОА (по Kellgren I. и Lawrence L, 1957), основаны на оценке степени выраженности сужения суставной щели, субхондрального остеосклероза и величины краевых костных разрастаний, в ней выделяются 5 стадии: 0 - отсутствие рентгенологических признаков; I – сомнительная; II – минимальные проявления (небольшое сужение суставной щели, единичные остеофиты); III – умеренные проявления (умеренное сужение суставной щели, множественные остеофиты); IV – выраженные изменения (суставная щель почти не прослеживается, выявляются грубые остеофиты).

Диагностику ожирения и оценку выраженности осуществляли при помощи определения ИМТ по схеме, рекомендованной ВОЗ [10].

Уровень артериального давления (АД) определялся по методу Н.С. Короткова ручным способом в дневное время в состоянии покоя и в положении сидя. АД диагностировалась при величинах систолического АД (САД) выше 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД (ДАД) выше 90 мм рт. ст. (классификация ВОЗ и МОАГ, 1999) при двух и более последовательных визитах с интервалом не менее 1 недели, при условии отсутствия антигипертензивной терапии. Диагноз ишемической болезни сердца (ИБС) устанавливался в соответствии с критериями ВОЗ (1979).

Для определения суммарного коронарного риска (СКР) был использован алгоритм, рекомендованный Государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины МЗ РФ. Значение $\text{СКР} \geq 20\%$ расценивалось как высокий риск, а значение $\text{СКР} < 20\%$ – как низкий риск развития ИБС в ближайшие 10 лет. При наличии у пациента дополнительных факторов риска (СД, уровень триглицеридов в сыворотке крови выше 2 ммоль/л, повышение ИМТ $> 25 \text{ кг}/\text{м}^2$, ИБС или другие атеросклеротические заболевания) СКР, согласно используемой модели, увеличивался в 2 раза.

Клинический и биохимический анализ крови проводились унифицированными методами в лаборатории Госсанэпиднадзора МЗ РТ. У всех пациентов определяли уровень глюкозы натощак (глюкооксидазный метод) и мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови (колориметрический ферментативный метод) и проводилось исследование липид-белкового спектра крови – общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ) и холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛВП). Уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) определяли расчётным методом по формуле Friedwald et al. [8]: $\text{ХС ЛПНП (ммоль/л)} = \text{ОХС} - (\text{ТГ} : 2,2 + \text{ХС ЛПВП})$. Коэффициент атерогенности рассчитывался по формуле $(\text{ХС} - \text{ХСЛПВП} / \text{ХСЛПВП})$ ($N < 3,0$).

Математическая обработка полученных результатов была проведена стандартными методами вариационной статистики. Для оценки статистической значимости различий между значениями использовали t-критерий Стьюдента. Количественные данные представлены в виде средних значений (M) плюс-минус стандартное отклонение ($\pm SD$) в случае близкого к нормальному распределения признака. Учитывая, что многие признаки не подчинялись закону нормального распределения, значительная часть данных представлена в виде медианы (Me) и интерпроцентильного размаха [25-й процентиль; 75-й процентиль].

Результаты и их обсуждение. Общая продолжительность течения остеоартроза у данных пациентов ($n=60$) составила $5,74 \pm 0,47$ года (от 1 недели до 30 лет).

На момент исследования, после сбора анамнеза за болевания, на основании клинических проявлений у 40 больных был диагностирован остеоартроз коленных суставов, что составило наибольший процент (75%) из всех обследуемых. Второе место по локализации патологического процесса занимает тазобедренный сустав – у 8 (10%), а также полиостеоартроз – вовлечение нескольких групп суставов – в общем объёме 60% ($n=48$) случаев. При проведении рентгенологического метода исследования суставов по Kellgren и Lawrence (1957) – I и II стадия наблюдались у 45 больных, III стадия – у 15. АГ имела место у 40 (75%) больных. Среди 21 (35%) пациента с впервые выявленной АГ, у 7 (11,6%) больных была диагностирована АГ II степени. ИБС была выявлена у 19 (31,6%) пациентов, из них у 2 (10,5%) – имелся перенесённый инфаркт миокарда в анамнезе. У 17 (89,4%) больных диагностирована стенокардия напряжения II-IV функциональных классов, у 2 пациентов в анамнезе – острое нарушение мозгового кровообращения. Хроническая сердечная недостаточность была выявлена у 18 (30%) обследованных пациентов.


**ТАБЛИЦА 1. ЧАСТОТА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ
ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ
С ОСТЕОАРТРОЗОМ (n=60)**

Факторы риска	n (%)
ТГ > 2,3 ммоль/л	48 (80,0%)
ХСЛПВП ≤ 1,6 ммоль/л	46 (76,6%)
ОХС > 6,5 ммоль/л	45 (75,0%)
ИМТ > 25 кг/м ²	37 (61,6%)
САД > 140 мм. рт. ст.	34 (56,6%)
Возраст > 55 лет	25 (41,6%)
Семейный анамнез по ИБС, n (%)	10 (16,6%)
Сахарный диабет 2 типа	9 (15,0%)

Частота кардиоваскулярных факторов риска в исследуемой группе больных с остеоартрозом представлена в таблице 1.

Среди основных факторов риска чаще выявлялись повышение уровня общего холестерина, снижение уровня ХСЛПВП, повышение САД. Из дополнительных ФР у подавляющего большинства больных выявлено увеличение ИМТ. Так, у 18 (30%) – выявлена избыточная масса тела, у 15 (25%) – ожирение I степени, II степени – у 9 (15%) и III степени – у 3 (5%) больных. Из всех больных с ОА нормальная масса

тела имела только у 15 пациентов, что составило 25%. Висцеральный тип ожирения (окружность талии более 102 см), с которым связывают увеличение риска развития кардиоваскулярных заболеваний, установлен у 19 (31,6%) больных с остеоартрозом.

Как видно из таблицы 2, полученные данные свидетельствуют, что у больных с ОА в сочетании с ИБС наблюдался более выраженный и длительный болевой синдром, характерный для тяжёлого гонартроза. Таким образом, имеется достоверная взаимосвязь между степенью тяжести гонартроза и частотой встречаемости ИБС у больных с ОА.

По данным литературы, частота АГ при остеоартрозе колеблется от 50-75 % [1]. Полученные данные свидетельствуют о связи между развитием АГ и наличием метаболического синдрома у больных с остеоартрозом.

Известно, что сочетание двух, трёх или более факторов у одного больного существенно повышает риск кардиоваскулярных катастроф [7]. Низкий СКР (менее 5 %) имел место только у 51 (63,75%) больного, а 29 (36,25%) пациентов имели высокий кардиоваскулярный риск (≥20%).

Сравнительный анализ факторов риска для оценки наиболее значимых факторов риска в развитии ИБС у пациентов с остеоартрозом представлен в таблице 3.

**ТАБЛИЦА 2. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Показатель	Больные без ИБС	Больные с ИБС	p
Длительность болезни (лет)	2,5 [1;3]	7,8 [3; 10]	<0,001
Индекс Лекена (балл)	6,71±0,68	17,37±0,576	<0,001
ВАШ в покое (мм)	2,65±0,65	3,65±0,295	<0,05
ВАШ при движении (мм)	7,56±0,675	9,763±0,365	<0,05

**ТАБЛИЦА 3. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Факторы риска	Больные с ОА (n=35)	Больные с ОА+ИБС (n=25)	p
Возраст, годы	55,4 ± 7,09	58,4±8,95	< 0,001
ХС, ммоль/л	6,4 [5,8; 8,7]	7,4 [5,9; 9,3]	<0,05
ХСЛПВП, ммоль/л	1,75 [1,58; 2,4]	1,49 [1,3; 1,7]	
ТГ	3,2 [2,7; 4,3]	3,8 [2,5; 5,2]	
САД, мм рт. ст.	135,7±17,8	148,3±16,8	<0,05
Индекс атерогенности	3,9±0,654	4,6±0,43	<0,05
ИМТ, кг/м ²	28,3±2,5	28,4±2,8	<0,05
Сахарный диабет 2 типа	6 (17,1 %)	11 (44%)	



Полученные данные таблицы 3 свидетельствуют о том, что пациенты с ИБС были достоверно старше по возрасту ($p < 0,001$) и имели высокий уровень САД ($p < 0,05$) по сравнению с больными без ИБС. Сахарный диабет 2 типа также чаще встречался у больных второй группы.

Будучи разнородными по происхождению и клиническим проявлениям, ИБС и ОА имеют общие патогенетические механизмы развития, о чём свидетельствуют полученные нами данные. В ходе исследования, направленного на выявление общих факторов риска развития как ИБС, так и ОА, наряду с возрастом, повышением индекса массы тела, важную роль играют гиперхолестеринемия, повышение систолического артериального давления.

Таким образом, кардиометаболические нарушения наблюдаются фактически у 95% пациентов с ОА. К наиболее часто регистрируемым факторам риска при ОА, наряду с возрастом и ожирением (61,6%), относятся повышение уровня холестерина (75%), снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (76,6%) и артериальная гипертензия (56,6%). Имеется достоверная взаимосвязь между степенью тяжести гонартроза и частотой встречаемости ИБС у больных с ОА. Исследование суммарного коронарного риска у данных пациентов прямо пропорционально коррелирует с показателями суставного синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Zoltán Szekanecz Vascular involvement in rheumatic diseases: vascular rheumatology / Zoltán Szekanecz, Alisa E. Koch // Arthritis Research & Therapy. – 2008. – V. 10. – P. 224
2. Васильева Л.В. Остеоартроз и метаболический синдром – современное видение проблемы / Л.В. Васильева, Д.И. Лахин // Вестник новых медицинских технологий. – 2012. – Том XIX. – №4 – С. 40
3. Остеоартроз в общей медицинской практике, методические рекомендации / А.Л. Вёрткин и др. // М. - 2008. - 145с.
4. Association of atherosclerosis with presence and progression of osteoarthritis: the Rotterdam Study / Theun Antonius Hoeven [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2013. – V.72. – P.646-651
5. Мазуров В.И. Кардиоваскулярные проблемы в ревматологии / В.И. Мазуров [и др.] // – Ревматология. – 2006. – №4. – С. 28 – 34
6. Коморбидность при остеоартрозе: рациональные подходы к лечению больного / О.И. Мендель [и др.] // Русский медицинский журнал. – 2009. – N 21. – С.1472-1475.
7. Nurs Times. Osteoarthritis 1: Physiology, risk factors and causes of pain Swift A. Source University of Birmingham. – 2012 Feb 14-20 – V. 108(7) – P. 12-5.
8. Kannel W.B. Framingham study insights on diabetes and cardiovascular disease / W.B. Kannel // Clin Chem. 2011. – Vol. 57. – № 2. – P. 338-9.
9. Erosive Hand Osteoarthritis is Associated with Subclinical Atherosclerosis and Endothelial Dysfunction / Athanasios Koutroumpas [et al.] // Int J Biomed Sci. – 2013. – Vol. 9. № 4. – P. 217-221.
10. World Health Organization (WHO). Obesity: prevention and management of the global epidemic. Report of the WHO Consultation // World Health Organ. Tech. Rep. Ser. – 2000. – V.894 (i-xii). – P. 1-253.
11. Friedewald W.T. Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge // W.T. Friedewald, R.S. Levy, D.S. Fredrickson // Clin. Chem. – 1972. – V. 18. – P. 499-502.



Summary

Cardiometabolic risk factors in patients with osteoarthritis

S.M. Shukurova, G.N. Karimova, Z.D. Hamroyeva, M.F. Akhunova

Chair of Propaedeutics of Internal Medicine Avicenna TSMU

In this article, we studied the results of the most characteristic cardiometabolic risk factors in 60 patients with osteoarthritis (OA) and the relationship between the severity of articular syndrome and coronary heart disease (CHD). All patients were divided into 2 groups: Group 1 (n=28) - patients with OA without CHD, II (n=32) - OA with CHD. Analysis the severity of gonarthrosis by Leken index revealed in patients with CHD severity index was significantly higher ($p<0,001$) - $17,37\pm0,57$ points versus $6,71\pm0,68$ points in the group of patients with OA without CHD. Indicators of subjective pain on the articular symptoms, as assessed by VAS at rest and walking, were significantly higher ($p<0,05$) in group with CHD - $97,63\pm0,365$ mm vs. $26,5\pm0,65$ mm - without CHD. Thus, in II group of patients the duration of OA was significantly higher ($p<0,001$), which was 7,8 years (range, 3 to 10 years), compared to 2,5 years in I group. Directly proportional relationship between measures of total coronary risk indicators by articular syndrome signs is established, which reflects the severity of OA as well as the risk of developing cardiovascular diseases.

Key words: osteoarthritis, cardiovascular risk factors, metabolic syndrome, coronary heart disease

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

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

Анализ частоты встречаемости и факторов риска внебольничной пневмонии у военнослужащих в Республике Таджикистан

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

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Работа посвящена анализу частоты встречаемости и факторов риска внебольничной пневмонии (ВБП) у военнослужащих (ВС), призванных из разных регионов Республики Таджикистан (РТ), и гражданского населения (ГН) по месту жительства.

Наиболее часто в стационар поступали больные из Хатлонской области (ВС/ГН – 26,4% и 21,4%), Районов республиканского подчинения (РРП) (24,5% и 24,2%) и Согдийской области (24,5% и 15,7%). Высокий процент поступления ВС в госпиталь отмечается из Душанбинского гарнизона, из войсковых частей, дислоцированных в РРП, из учебной части (15,7%). Военнослужащие первого года службы в 2 раза чаще подвержены заболеваемости по отношению к ВС 2 года службы (51,2% против 26,5%). Наиболее высокий процент заболеваемости приходится на 3-6 месяцы службы (34,7%). Заболеваемость у новобранцев среди осеннего призыва превалировала над заболеваемостью среди весеннего призыва – у 387 чел. (69,5%) против 170 чел. (30,5%). Основными факторами риска у ВС РТ по сравнению с ГН явились переохлаждение, запылённость, происхождение из многодетной семьи, дефицит массы тела, курение сигарет и насвая.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, факторы риска, военнослужащие, дефицит массы тела

Актуальность. Ежегодно острая внебольничная пневмония (ВП) поражает каждого шестого из 1000 жителей планеты и уносит жизни более двухсот миллионов людей [1-3]. По словам академика РАМН, профессора А.Г. Чучалина, согласно расчётам ежегодно в России показатель заболеваемости во всех возрастных группах достигает 14-15%, а общее число больных ежегодно превышает 1,5 миллиона, т.е. заболевают пневмонией 3,9 чел. на 1000 населения. Заболеваемость пневмонией в развитых странах, в частности в Европе, колеблется от 3,6 до 16 случаев на 1000 человек в год, причём в отдельных возрастных группах эта цифра достигает 34,2 случая на 1000, госпитализации подлежат 20-50% больных пневмонией [4-6].

Заболеваемость ВП за период 1993 по 2009 гг. значительно возросла (с 4,1 до 20,4%) среди рядового состава [5,6].

Ежегодно, по данным ВОЗ, регистрируется около 400 000 случаев острых респираторных инфекций, на каждые 15 случаев приходится 1 случай заболевания пневмонией, т.е. более 26 000 (6,7%) пациентов с ВБП, 30-40% из них нуждаются в госпитализации, 18-30% приходится на возраст до 30 лет [7].

Статистические данные Агентства по статистике при Президенте РТ позволяют утверждать, что с 2000г. распространённость болезней органов дыхания стабильно занимает ведущее место среди классов болезней, превышая аналогичные показатели в 3 раза [8].

Информация по Таджикистану имеет собирательный характер из разных отечественных, зарубежных и официальных источников. Однако эти цифры не отражают истинной заболеваемости ВП в Таджикистане, т.к. реальная заболеваемость пневмониями во много раз выше, за счёт неучтённых случаев и ошибок диагностики. Очевидно, это связано с неточностью регистрации заболеваемости ВП в этих районах, самолечением населения и ошибками в постановке диагноза [2,8,11].

В доступной литературе мы не встретили работ, посвящённых изучению встречаемости и факторов риска развития ВП у ВС Республики Таджикистан.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости и факторы риска внебольничной пневмонии у военнослужащих Республики Таджикистан.



Материал и методы. Исследование было проведено путём ретроспективного изучения архива историй болезни ЦВГ МО РТ за период формирования ВС и МС МО РТ (1993-2013гг.), проспективного анализа результатов обследования заболевших ВП в кардиопульмонологическом отделении ЦВГ МО РТ за 2006-2013гг., а также наблюдения больных с ВП среди гражданского населения в пульмонологическом отделении НМЦ РТ за период с 2006 по 2013 гг.

Для выполнения работы, из общего массива историй болезни больных, поступивших в ЦВГ МО РТ, было отобрано и полностью проанализировано 680 случаев болезни ВС, заболевших ВП (I группа). В качестве контрольной группы (II группа) использовалась выборка 250 историй болезни больных с ВПГН, сопоставимых по возрасту и полу, госпитализированных в пульмонологическое отделение НМЦ РТ.

Из 680 военнослужащих рядовые составили 557 (82,0%) чел., прапорщики – 65 (9,5%), офицеры – 30 (4,4%), курсанты – 28 (4,1%). Пациенты с ВП в обеих группах, ранее проживающие в селе, составили 410 (60,3%) чел. и 170 (68,0%) чел., и жители городского населения составили 270 (39,7%) чел. в I группе и 80 (32,0%) – во II группе. Распределение военнослужащих РТ по воинским званиям показало, что 82,0% составили рядовые срочной службы.

Критериями включения явились: клинические и рентгенологические признаки ВБП, информированное согласие больного.

Критерии исключения: туберкулёз лёгких, онкопатология и заболевания крови.

Кроме общепринятых клинико-лабораторных методов исследования, проведены цитологическое исследование мокроты, рентгенография лёгких, исследование функции внешнего дыхания. Состояние питания оценивали на основании интегрального антропометрического показателя – индекса массы тела (ИМТ) = t / l^2 , где t – фактическая масса тела в килограммах, l – длина тела (рост) в метрах. У всех обследованных больных и лиц контрольной группы путём анкетирования проанализированы сведения анамнеза заболевания, общие традиционные факторы риска для развития ВБП.

Значение статистических критериев определялись по программе в составе пакета «Statistica for Windows 5,0». Различия между показателями оценивали с помощью t-критериев Стьюдента, принимая за статистически значимую величину ($p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. На первом этапе исследования проведено изучение частоты встречаемости и факторов риска ВП у военнослужащих, призванных из разных регионов РТ, и гражданского населения по месту жительства (табл. 1).

ТАБЛИЦА 1. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВБП У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПРИЗВАННЫХ ИЗ РАЗНЫХ РЕГИОНОВ СТРАНЫ, И ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Регион пребывания	I группа (n=680)		II группа (n=250)	
	Абс.	%	Абс.	%
РРП	173	25,4	60	24,0
Хатлонская область	180	26,5	75	30,0
ГБАО	36	5,3	1	0,4
Согдийская область	167	24,6	45	18,0*
г. Душанбе	124	18,2	67	26,8*

Примечание: * - статистически значимые различия показателей между группами

Сравнительный анализ частоты встречаемости у пациентов I и II групп, страдающих ВБП, из различных регионов страны показал, что наиболее часто в стационар поступали больные из Хатлонской области (26,5% и 30,0%) и Районов республиканского подчинения (24,5% и 24,0%). Число поступивших больных I группы из Согдийской области в 1,3 раза превалировало над количеством пациентов II группы (24,5% против 18,0%). Число больных ГН, поступивших из г. Душанбе, в 1,4 раза превалировало по отношению пациентов I группы.

Структура регионального (по месту службы) распределения военнослужащих в исследуемых группах представлена в таблице 2.

ТАБЛИЦА 2. РЕГИОНАЛЬНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО МЕСТУ СЛУЖБЫ

Дислокация войсковой части	По месту службы	
	Абс.	%
Душанбе	244	35,9
Учебная часть (г. Душанбе)	107	15,7
РРП	167	24,6
Хатлонская область	88	12,9
Согдийская область	28	4,1
ГБАО	46	6,8

Высокий процент поступления ВС в госпиталь отмечается из Душанбинского гарнизона, из войсковых частей, дислоцированных в РРП, из учебной части, что обусловлено возможностью быстрой и своевременной транспортировки больных.

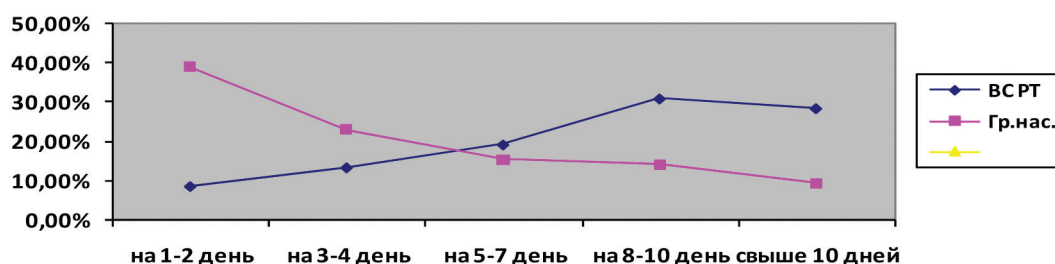


РИС. 1. ВРЕМЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РТ

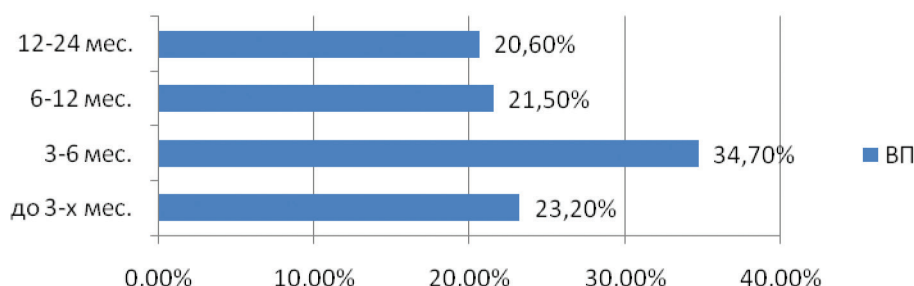


РИС. 2. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ РТ, ЗАБОЛЕВШИХ ВП, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА СЛУЖБЫ

Время госпитализации пациентов обеих групп было различным (рис. 1).

Как видно из данных рисунка 1, лица гражданского населения чаще поступали в первые 2 дня по отношению к военнослужащим (38,8% против 8,4%). В большинстве случаев военнослужащие, страдающие ВП, поступали на 8-10 день (30,9% против 14,0%) и свыше 10 дней (28,4% против 9,2%), что свидетельствует о позднем обращении и госпитализации этой категории лиц.

Сравнительный анализ заболеваемости военнослужащих ВП по срокам службы показал, что военнослужащие первого года службы в 3,8 раза чаще подвержены заболеваемости по отношению к военнослужащим 2 года службы (79,4% против 20,6%). Наиболее высокий процент заболеваемости приходится на 3-6 месяцы службы (34,7%) (рис. 2).

Заболеваемость у новобранцев среди осеннего призыва превалировала над заболеваемостью среди ВС весеннего призыва – 387(69,5%) против 170(30,5%) $p < 0,05$.

Основными факторами риска возникновения ВП в обеих группах явились переохлаждение (95,6%; 90%), происхождение из многодетной семьи (63,5%; 57,2%); жаркое время года (58,7%; 54,8%), перенесённое ОРЗ (52,3%; 46%), сырость (48,5%; 34,8%), запылённость (48,9%; 35,2%), курение насвая (44,7%; 38,8%), холодное время года (41,3%; 45,2%), ДМТ (26,0%; 6,0%) и курение сигарет (23,1%; 30,4%).

Обращали внимание на характер жилья и плотность заселения. Анализ полученных данных показал, что, в основном, военнослужащие до призыва на службу проживали в неблагоустроенных домах (78%) и квартирах (12%). В одной семье проживали от 5-10 и более человек (67%). Среди основных и отличительных факторов риска, вызывающих ВП в РТ, в особенности в сельской местности, явились: высокая плотность населения (76%, 27%), скученность населения в жилых помещениях (59%, 17%), загрязнение воздуха в результате сжигания дров, угля и органического топлива для обогрева помещения (56%, 33%).

У большинства больных обеих групп течение болезни отличалось отягощённым преморбидным фоном. Сопутствующие заболевания у военнослужащих РТ и гражданских лиц, страдающих внебольничной пневмонией, представлены в таблице 3.

В обеих группах отмечено частое сочетание ВП с острым бронхитом (44,6% и 31,6%), ДМТ (26,0% против 6,0%), с анемией лёгкой степени (23,4% против 6,0%) и диффузным увеличением щитовидной железы (18,7% против 12,8%).

По сравнению с данными других исследователей [9,10,12], частота развития ВП в РТ в течение летнего сезона в 1,5 раза превалирует над зимним периодом года. Йоддефицитное состояние повышает потребность тканей в кислороде, увеличивает частоту дыхания, общую вентиляцию лёгких и МОД, что способствует возникновению пневмонии [3].


ТАБЛИЦА 3. СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ РТ И ГРАЖДАНСКИХ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

	I группа (n=680)		II группа (n=250)	
	Абс.	Абс.	Абс.	%
Острый бронхит	303	44,6	79	31,6*
Дефицит массы тела	177	26,0	15	6,0*
Анемия	159	23,3	15	6,0*
Диффузное увеличение щитовидной железы	127	18,7	32	12,8*
Хронический бронхит	46	6,8	17	6,8
Хронический тонзиллит	23	3,4	8	3,2
Хронический эрозивный Гастродуоденит	23	3,4	2	0,8**
Острый отит	13	1,9	-	-
Аскаридоз	15	2,2	1	0,4
Аномалия развития грудной клетки (рахит)	5	0,7		

Примечание: * - $p < 0,05$ и ** $p < 0,001$ - статистически значимые различия показателей между группами

Таким образом, вышеуказанные факторы риска и сопутствующая патология усугубляют течение ВП у военнослужащих и гражданских лиц. Наличие анемии лёгкой степени у военнослужащих, возможно было связано с жарким климатом РТ, тяжёлой физической нагрузкой, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, глистной инвазией, белково-витаминной недостаточностью и, возможно, анемической гипоксией, развившейся на фоне пневмонии. Диффузное увеличение щитовидной железы связано как с хроническим адаптационным перенапряжением организма в условиях военной службы, так и эндемической зоной РТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомолов А.Б. Особенности течения внебольничной пневмонии у военнослужащих в современных условиях в зависимости от структуры контингентов и климатогеографических аспектов: дис. ... канд. мед. наук / А.Б. Богомолов. - СПб. - 2010. - 168с.
2. Каюмов Х.Б. Особенности этиологической структуры бронхолегочных заболеваний у населения Республики Таджикистан на современном этапе: дис. ... канд. мед. наук / Х.Б. Каюмов. - Душанбе. - 2009. - 115с.
3. Максимова М.Е. Внебольничная пневмония: анализ функциональных сдвигов тиреоидного статуса / М.Е. Максимова, Г.Г. Мусалимова // Здоровоохранение Чувашии. - 2007. - № 2. - С. 1619-1622.
4. Чубукова О.А. Совершенствование эпидемиологического и микробиологического мониторинга в системе эпидемиологического надзора за внебольничными пневмониями: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.А. Чубукова. - Нижний Новгород. - 2012. - 26с.
5. Fujiki R. The risk factors for mortality of community-acquired pneumonia in Japan / R. Fujiki [et al.] // J. infect. chemother. - 2007. - Vol. 13, № 3. - P. 157-165.
6. State Committee on Statistics. Health and health care in the Republic of Tajikistan in 2007 / Dushanbe, State Committee on Statistics. - 2008. - P.344.



7. Синопальников А.И. Внебольничная пневмония у военнослужащих / А.И. Синопальников, О.И. Клочков, А.А.Зайцев // Воен.-мед. журн. - 2007. - № 2. - С. 94-95.
8. Таджикистан – медико-демографическое исследование 2012 года / Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан // - Душанбе. - 2013
9. Зуева Н.В. Динамика состояния иммунной системы у военнослужащих с различными формами респираторной патологии / Н.В. Зуева [и др.] // Медицинская иммунология. - 2005. - №6. - С. 57-59.
10. Мануйлов В.М. Медико-социальные факторы риска возникновения пневмоний и острых бронхитов у новобранцев / В.М. Мануйлов, В.М. Емельяненко // Воен.-мед. журнал. - 2005. - № 4. - С. 11-13.
11. Оралбекова Ж.М. Клинико-морфологические особенности и предикторы неблагоприятного прогноза при внебольничной пневмонии: автореф. дис... канд. мед. наук / Ж.М.Оралбекова. - 2013. - 25с.
12. Чучалин А.Г. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике: пособие для врачей / А.Г.Чучалин [и др.]// М.: - 2010. - С.130-156.

Summary

Analysis frequency of occurrence and risk factors for community-acquired pneumonia in military in Tajikistan

N.I. Mustafakulova, D.S. Akhmedova, T.I. Melikova
Chair of Internal Medicine № 3 Avicenna TSMU

The paper analyzes the frequency of occurrence and risk factors for community-acquired pneumonia (CAP) in the military (M), drafting from different regions of the Republic of Tajikistan (RT), and civilians (C) from place of residence.

Most often patients admitted to hospital from Khatlon region (M / C – 26,4% and 21,4%), regions of Republican Subordination (RRS) (24,5% and 24,2%) and Sughd region (24,5% and 15,7%). High percentage of admission of M to hospital noted from Dushanbe garrison, military units stationed in the RRS, training unit (15,7%). Military men in first year of service 2 times more had incidence with respect to M of 2 years of service (51,2% versus 26,5%). The highest percentage of incidence occurs in 3-6 months of service (34,7%). Incidence during autumn draft of recruits prevailed over the incidence of spring period - the 387 (69,5%) against 170 men (30,5%). The main risk factors in M compared with C were hypothermia, dust, large families, lack of body weight, cigarette smoking and nasvaya.

Key words: community-acquired pneumonia, risk factors, soldiers, underweight

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

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



Оценка эффективности телмисартана у больных с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом

З.К. Гусейнова, Д.Ж. Тайжанова, З.Б. Тауешева

Карагандинский государственный медицинский университет, Республика Казахстан

В статье проведён анализ влияния гипотензивного препарата группы антагонистов рецептора ангиотензина (АРА) – «Телмисартан» в лечении 40 больных, страдающих артериальной гипертензией в сочетании с метаболическим синдромом.

В ходе проводимого лечения наблюдалось достоверное снижение целевого артериального давления у пациентов I группы в 76% случаев на 6 сутки от начала гипотензивной терапии, что привело к дальнейшей коррекции лечения. Тогда как во II группе пациентов наблюдался значительный гипотензивный эффект на 3 сутки от начала лечения в 95% случаев.

Лечение препаратом АРА – «Телмисартан» привело к стойкому снижению артериального давления и улучшению липидного профиля сыворотки крови обследованных больных, что может предотвращать развитие атеросклероза у пациентов этой категории. Телмисартан, наряду со снижением уровня АД, обладает благоприятным плеiotропным эффектом и является одним из препаратов выбора для профилактики сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ и АО.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, метаболический синдром, антагонисты рецептора ангиотензина, телмисартан

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. В разных исследованиях установлено, что высокое артериальное давление (АД) оказывает наибольшее влияние на смертность среди всех других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [1-3]. Это связано как с высокой распространённостью АГ, так и с поражением органов-мишеней.

Кроме того, в мире увеличивается число пациентов, у которых АГ сочетается с абдоминальным ожирением (АО). Ожирение также является актуальной медицинской и социальной проблемой. Его распространённость приобрела характер эпидемии во многих странах мира, в том числе и в странах Европы [4]. По последним оценкам ВОЗ, более 1 млрд. человек на планете имеют избыточную массу тела, при этом количество больных с АО в настоящее время прогрессивно увеличивается.

АО и АГ являются основными компонентами метаболического синдрома (МС) [5,6]. Проблема МС напрямую связана с риском возникновения сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Немедикаментозные (уменьшение массы тела, повышение физической активности), так и медикаментозные методы лечения (коррекция нарушений липидного и углеводного обмена, повышенного АД) уменьшают

риск развития таких осложнений, как артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, сахарный диабет, тем самым уменьшают уровень смертности у данной категории пациентов. При этом снижение АД ниже целевого уровня является ключевым звеном медикаментозного воздействия.

В настоящее время появилось достаточно данных, указывающих на высокую эффективность и безопасность применения антагонистов рецептора ангиотензина (АРА) [7]. Гипотензивный эффект этих препаратов реализуется через воздействие на ангиотензин (АТ) II, который является мощным вазоконстриктором, стимулирует секрецию ренина и альдостерона, вызывает сужение эфферентных артериол, повышает активность симпатической нервной системы.

Цель исследования: изучение влияния гипотензивного препарата группы антагонистов рецептора ангиотензина – «Телмисартан» в лечении больных, страдающих артериальной гипертензией в сочетании с метаболическим синдромом.

Материал и методы. Двойное слепое рандомизированное перекрёстное исследование выполнено у 40 (14 мужчин и 26 женщин) больных с мягкой и умеренной артериальной гипертензией (АГ), у которых имелись показания к применению гипотензивных



препаратов. Возраст пациентов составил от 39 до 56 лет (средний показатель $51,1 \pm 0,9$ года). Средний возраст мужчин и женщин достоверно не различался ($46,7 \pm 3,8$ и $52,0 \pm 0,8$ года, соответственно; $p > 0,05$).

Наличие АГ устанавливали с помощью офисного измерения АГ методом Короткова. У 25 (62,5%) больных с АО была выявлена 1-я степень АГ, у 15 (37,5%) – 2-я степень. Всем пациентам проводились общеклинические, лабораторные, биохимические методы исследования, в том числе и исследования липидного обмена, ЭКГ, ЭХОКГ, суточное мониторирование АД. Эффект терапии оценивали по динамике суточного АГ. Основные антропометрические и демографические данные, а так же распространенность факторов риска развития АГ представлены в таблице 1.

Все пациенты на момент включения в исследование получали плановую терапию по поводу имеющихся ССЗ: антигипертензивную терапию – 27 (90%) больных, гиполипидемическую (статины) – 13 (43%). В качестве гипотензивной и антиангинальной терапии 10 (25%) больных получали β -адреноблокаторы. В качестве антигипертензивной монотерапии 4 (10%) больным были назначены антагонисты кальция, 15 (37,5%) – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и 11 (27,5%) пациентов получали диуретики в комбинации с другими гипотензивными препаратами. В среднем пациенты принимали 3 препарата для лечения ССЗ.

ТАБЛИЦА 1. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДУЕМОГО КОНТИНГЕНТА

Показатель	Значение
Возраст, годы	$51,1 \pm 0,9$
Длительность АГ, годы	$15,9 \pm 5,1$
САД, мм рт.ст.	$169,2 \pm 14,1$
ДАД, мм рт.ст.	$99,8 \pm 7,7$
ЧСС, в минуту	$76,4 \pm 2,2$
АГ II степени (исходно), %	74,5
АГ III степени (исходно), %	25,5
Наследственность, %	55,0
Курение, %	47,5
Ожирение, %	85,0
МС, %	20,1
ГМЛЖ, %	90,0

Примечание: МС – метаболический синдром;
ГМЛЖ – гипертрофия миокарда левого желудочка

Критерии включения: возраст 18 лет и старше; высокий риск развития ССО (риск по шкале SCORE $\geq 5\%$) и наличие показаний к применению препаратов АСК или очень высокий риск в связи с наличием установленных ССЗ или ассоциированных клинических состояний (ИБС, СД, МА, перенесённый ИМ, церебральный и периферический атеросклероз и др.); наличие письменного согласия пациента на включение в исследование; для женщин – отрицательный тест на беременность и согласие придерживаться адекватных методов контрацепции.

Критерии исключения: тяжёлая АГ (систолическое артериальное давление – САД ≥ 180 мм рт.ст. и/или диастолическое артериальное давление – ДАД ≥ 110 мм рт.ст.), не контролируемый приём гипотензивных препаратов; наличие выраженных сопутствующих заболеваний; эрозивно-язвенные поражения ЖКТ в анамнезе; нарушение функций почек и печени; бронхиальная астма; геморрагический синдром, авитаминоз К; отягощённый аллергологический анамнез, непереносимость лекарственных препаратов; злоупотребление алкоголем, лекарственными препаратами, наркомания; любые другие медицинские или хирургические состояния, которые, по мнению исследователя, противоречат критериям включения, увеличивают риск для больного, могут стать причиной досрочного прекращения его участия в исследовании или затруднят трактовку результатов последнего; беременность и период лактации.

Последовательность назначения курсов тестируемого и референсного препарата для каждого больного определяли путём рандомизации методом случайных чисел. Выдаваемый исследуемый препарат был «заслеплен» для пациентов.

Протокол проведения исследования. Перед включением в исследование пациенту, соответствующему критериям отбора, предоставляли полную информацию об изучаемых препаратах, целях, задачах и методах исследования, после чего он подписывал «Информированное согласие на участие в исследовании».

Статистическая обработка данных. Применяли пакеты статистических программ Statistica 6.0 (ANOVA) с использованием как стандартных методов описательной статистики (вычисление средних, стандартных отклонений, ранговых статистик и др.), так и известных критериев значимости (t-критерий Стьюдента, Фишера, Манна – Уитни и др.) Достоверными считали различия при $p < 0,05$. Данные представлены в виде $M \pm m$, где М – среднее значение, m – стандартное отклонение среднего.



ТАБЛИЦА 2. ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СМАД

Показатель	До лечения	На фоне терапии
САД (сут), мм рт.ст.	169,2±14,1	129,1±14,3
ДАД (сут), мм рт.ст.	99,8±7,7	80,6±9,6
ИБ САД, %	80,2±3,9	27,2±4,2
ИБ ДАД, %	70,2±3,6	34,2±3,1
Вариабельность САД (сут), %	16,9±2,1	14,1±0,7
Вариабельность ДАД (сут), %	14,6±1,6	12,4±1,1
ПАД (сут), мм рт.ст.	66,8±4,9	48,7±1,2
ЧСС (сут), в минуту	76,4±2,2	78,2±1,2

Примечание: $p < 0,05$; $p < 0,001$

Результаты и их обсуждение. Согласно классификации Международной федерации диабета (2005 г.), за критерии АО принимали окружность талии (ОТ) у мужчин более или равную 94 см и ОТ у женщин более или равную 80 см. В нашем исследовании ОТ у мужчин и женщин достоверно не отличались (104,3±2,3 и 110,4±3,1 см, соответственно; $p > 0,05$).

Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле Кетле: масса тела / рост² (кг/м²). При этом за нормальную массу тела принимали ИМТ, равный 18,5-24,9 кг/м². Избыточную массу тела диагностировали при ИМТ 25,0-29,9 кг/м², а ожирение устанавливали при ИМТ от 30 кг/м² и более. ИМТ у мужчин и женщин с АО не отличался (29,9±2,0 и 33,1±1,5 кг/м², соответственно; $p > 0,05$). Избыточную массу тела имели 34 (85%) пациента: из них у 16 (47 %) – ожирение 1-й степени, у 9 (26,5%) – 2-й степени, у 9 (26,5%) – 3-й степени.

Наследственная предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям выявлена у 22 (55%) пациентов. У 19 (47,5%) обследованных в анамнезе выявлено длительное курение сигарет более 1 пачки в сутки. При проведении глюкозотолерантного теста, у 100% больных выявлено нарушение толерантности к глюкозе. Во время исследования пациента не придерживались специальной гиполипидимической и низкокалорийной диеты. У всех пациентов на момент включения в исследование АД было выше целевого уровня.

При проведении лечения больные были разделены на 2 группы. В I группу вошли 20 (50%) пациентов, получавших гипотензивные препараты в виде приёма ингибиторов АПФ (лизиноприл в дозе 10 мг 2 раза в день) в комбинации с диуретиками (гипотиазид – 25 мг 2 раз в день) в течение месяца. Во II группу вошли 20 (50%) пациентов, получавших препарат АРА – «Телмисартан» (препарат «Микардис», «Boehringer Ingelheim», Германия) в течение 1 месяца в дозе

40мг/сутки). В связи с тем, что целевой уровень АД не был достигнут у 5 (25%) больных, дозу препарата увеличили до 80 мг в сутки.

В ходе проводимого лечения (табл. 2) наблюдалось достоверное снижение целевого артериального давления у больных I группы в 76% случаев на 6 сутки от начала гипотензивной терапии, что привело к дальнейшей коррекции лечения. Тогда, как во II группе пациентов наблюдался значительный гипотензивный эффект на 3 сутки от начала лечения в 95% случаев. В ходе проведения лечения у больных II группы без применения статинов отмечалась нормализация уровня холестерина, липопротеидов низкой и очень низкой плотности

Таким, образом, препарат «Телмисартан» улучшает липидный профиль сыворотки крови у больных с АГ и АО, что может предотвращать развитие атеросклероза у пациентов этой категории. Телмисартан наряду со снижением уровня АД, обладает благоприятным плеiotропным эффектом и является одним из препаратов выбора для профилактики сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ и АО.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойцов С.А. Системные гипертензии / С.А.Бойцов // Материалы конф. Всеросс. научн. общества кардиологов. - М. - 2004. - №2. - С. 23-26.
2. Леонова М.В. Роль повышения ЧСС в развитии артериальной гипертензии и её исходов: место β-блокаторов / Российский медицинский журнал. - 2014. - №1. - С. 152
3. Голиков А.П. Комбинированные препараты в лечении гипертонической болезни/ А.П.Голиков, В.А.Рябинин, С.А.Крыжановский // Кардиология. - 2006. - №12. - С. 59-62.



5. Карпов Ю.А. Особенности лечения артериальной гипертензии при хронических обструктивных заболеваниях лёгких / Ю.А.Карпов // Русский медицинский журнал. - 2006. - №20. - С.1458-1461.
6. Жернакова Ю.В. Место комбинированной терапии в лечении больных с метаболическим синдромом / Ю.В.Жернакова, В.Б.Мычка, И.Е.Чазова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2010. - № 9. - С. 34-39
7. Zhou W.J. A Randomized Controlled Study on the Effects of Bisoprolol and Atenolol on Sympathetic Nervous Activity and Central Aortic Pressure in Patients with Essential Hypertension / W.J.Zhou [et al.] // PLoS ONE. - 2013. -Vol. 8(9). - P. 72-102.

Summary

Effectiveness evaluation of telmisartan in patients with hypertension and metabolic syndrome

Z.K. Guseinova, D.Z. Taijanova, Z.B. Tauesheva

Karaganda State Medical University, Republic of Kazakhstan

This article analyzes the impact of antihypertensive preparation from group of angiotensin receptor antagonists (ARA) - «Telmisartan» in the treatment of 40 patients with arterial hypertension and metabolic syndrome.

During the treatment there was a significant reduction in the target blood pressure in 76% of patients group I at day 6 from the beginning of antihypertensive therapy, resulting in a further correction treatment. Whereas in 95% of patients group II observed a significant hypotensive effect on day 3 of the therapy beginning.

Treatment with ARA - «Telmisartan» led to sustained reduction in blood pressure and improve the lipid profile of blood serum which can prevent the development of atherosclerosis in these patients. Telmisartan, along with a decrease in blood pressure, has a favorable pleiotropic effect and is one of the drugs of choice for the prevention of cardiovascular complications in patients with hypertension and AO

Key words: hypertension, metabolic syndrome, angiotensin receptor antagonists, Telmisartan

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Гусейнова Зухра Кадыровна – доцент кафедры внутренних болезней №1 с курсом инфекционных болезней КГМУ; Казахстан, г.Караганда, ул. Гоголя - 40
E-mail: Tauesheva@mail.ru



Состояние вегетативной нервной системы у больных с ВИЧ-инфекцией

Н.Х. Хамидов, К.Р. Воронецкая, Э.Р. Рахмонов, Р.А. Турсунов

Кафедра внутренних болезней №2; инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе представлены результаты исследования variability ритма сердца у 30 больных с ВИЧ-инфекцией IV клинической стадии (по классификации ВОЗ, 1991 г.). Оценка спектральных показателей проводилась до назначения схемы антиретровирусной терапии. У данной категории пациентов отмечалось преобладание высокочастотных колебаний (HF) на 53,87% по отношению к здоровым лицам. При оценке симпатопарасимпатического баланса (LF/HF) наблюдался значительный сдвиг в сторону парасимпатического отдела вегетативной нервной системы на 66,67%. Эти данные указывают в пользу парасимпатикотонии, что может являться одним из факторов риска развития внезапной сердечной смерти.

Ключевые слова: variability ритма сердца, ВИЧ-инфекция, спектральные показатели

Актуальность. ВИЧ-инфекция / СПИД занимает особое место среди важнейших проблем современного здравоохранения. Катастрофические масштабы пандемии ВИЧ-инфекции свидетельствуют о том, что они влекут за собой не только медицинские, но также социальные и экономические проблемы [1,2].

По данным Объединённой программы ООН по ВИЧ/СПИДу (2013), в мире 35,3 млн. человек являются носителями ВИЧ. В 2012 году во всём мире число людей, умерших от СПИДа, составило 1,7 млн. [3]. В течение последнего десятилетия число ВИЧ-инфицированных в Республике Таджикистан продолжает неуклонно расти (в среднем в 1,5-3 раза ежегодно) [4]. По данным Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ на 1 января 2014 года зарегистрировано 5550 больных ВИЧ-инфекцией.

Клинические проявления ВИЧ-инфекции полиморфны в связи с поражением многих органов и систем. Центральная и периферическая нервная система вовлекаются в патологический процесс достаточно часто, уступая лишь поражению органов дыхания [5,6]. ВИЧ-инфекция может захватить весь длинный цереброспинальный ось на любом уровне [7]. Многочисленные исследования, проведённые в течение последних двух десятилетий, показали значительную связь между автономной нервной системой (АНС) и сердечно-сосудистой смертностью. Косвенным показателем состояния вегетативной нервной системы является variability ритма сердца (BPC). Расстройства АНС проявляются повышенной симпатической или пониженной парасимпатической активностью. Они могут привести к желудочковой тахикардии и внезапной сердечной смерти, что

на сегодняшний день является одной из основных причин летальности при сердечно-сосудистой патологии [8]. Спектральный анализ BPC позволяет отличать парасимпатические влияния от симпатических на деятельность сердца. Стандартные пробы (тилт-тест, оценка BPC, стресс-тесты) обычно выявляют поражение АНС у ВИЧ-инфицированных [9].

Таким образом, изучение показателей BPC у больных ВИЧ-инфекцией является наиболее целесообразным в прогностическом отношении у данной категории пациентов. В Республике Таджикистан подобные исследования не проводились.

Цель исследования: изучить показатели variability ритма сердца у больных с ВИЧ-инфекцией.

Материал и методы. Всего обследовано 60 лиц, находившихся на стационарном лечении в городской клинической инфекционной больнице г. Душанбе. В исследование были включены 30 больных с ВИЧ-инфекцией IV клинической стадии (по классификации ВОЗ, 1991 г.), которые входили в основную группу. Возраст пациентов колебался от 25 до 48 лет (в среднем $38,0 \pm 6,2$ года). Из них 21 (70%) мужчина и 9 (30%) женщин.

Диагноз ВИЧ-инфекция у всех больных был подтверждён экспресс-тестом, иммунофлюоресцентным анализом и иммуноблотингом. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц, сопоставимые по возрасту и полу. Критериями исключения были: аритмии, недостаточность кровообращения II-IV функциональных классов по NYHA, выраженная степень хронической почечной недостаточности. Исследование BPC проводилось при помощи аппарата «ВАРИКАРД 2.51» (Россия) до назначения анти-

ретровирусной терапии. Запись ЭКГ осуществляли во II стандартном отведении в течение 5 минут утром в состоянии покоя (через 15 минут после адаптации больного к обстановке) в положении лёжа.

Анализ параметров ВРС выполнялся при условии устойчивого синусового ритма [10-12]. Вычислялись все четыре спектральных показателя ритма сердца: 1) VLF – мощность спектра с частотой меньше 0,05 Гц; 2) LF – мощность спектра с частотой 0,05 – 0,15 Гц; 3) HF – мощность спектра с частотой 0,15 – 0,4 Гц; 4) LF/HF – соотношение низко- и высокочастотных компонентов. Для нивелирования индивидуальных различий абсолютное числовое значение каждого диапазона пересчитывалось в относительное и выражалось в процентах от общей мощности спектра (соответственно VLF%, LF% и HF%).

Статистическую обработку данных проводили при помощи программы Microsoft Excel – 2007. Разница спектральных показателей variability ритма

сердца определялась в процентном отношении ($-\Delta\%$).

Результаты и их обсуждение. Средняя продолжительность заболевания обследованных больных составила 11 лет. Основным путём передачи ВИЧ-инфекции являлось инъекционное потребление наркотиков (рис. 1). Исследование клеток CD4 распределялось следующим образом: у 33,3% больных количество CD4-лимфоцитов составило <100 кл/мм³, у 30% – от 100 до 400 кл/мм³ и у 36,7% – >400 кл/мм³.

Рассмотрены индивидуальные данные спектральных показателей ВРС на примерах одного практически здорового лица (рис. 2) и другого – ВИЧ-инфицированного больного (рис.3). В первом случае было отмечено равновесие между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы (LF/HF – 0,73). У пациента с ВИЧ-инфекцией наблюдалось преобладание вагусного влияния (LF/HF – 0,13).

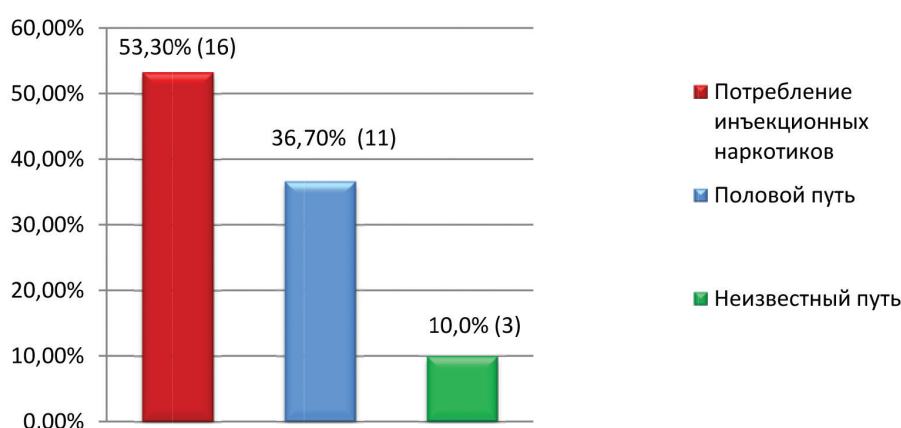


РИС. 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ (N=30)

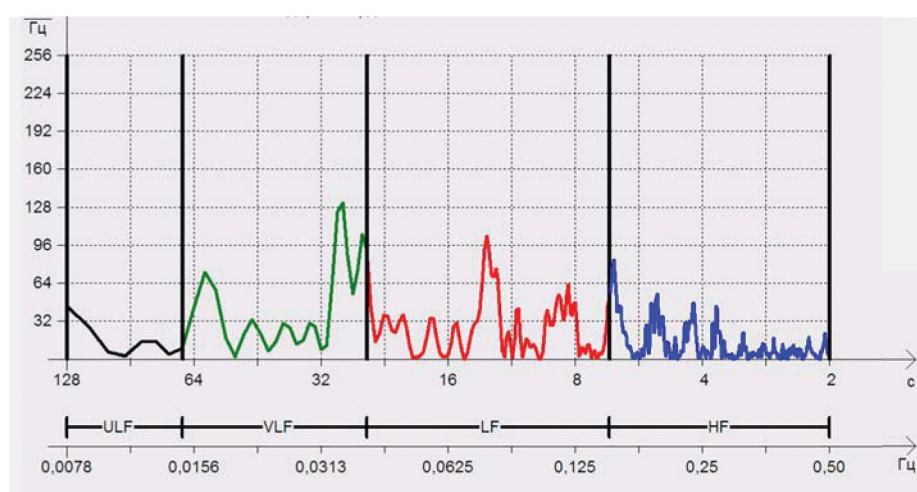


РИС. 2. СПЕКТРОГРАММА ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА

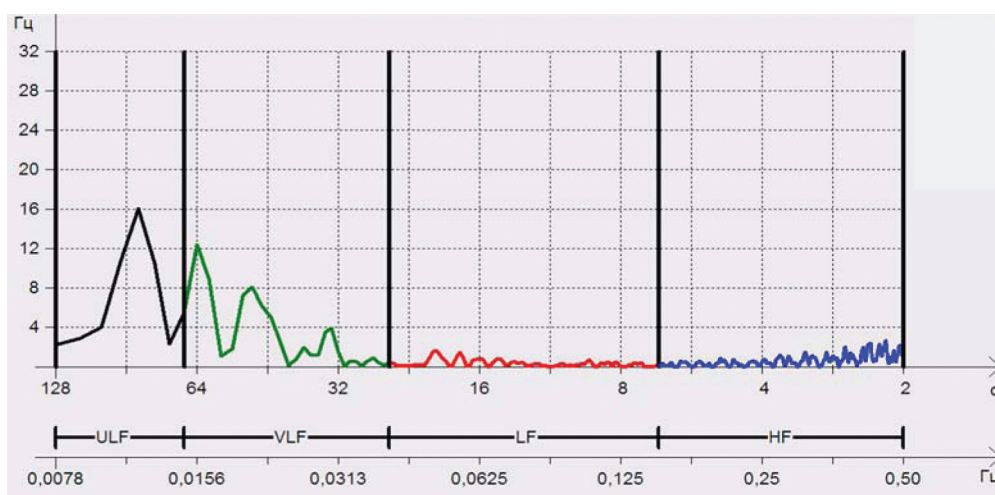


РИС. 3. СПЕКТРОГРАММА БОЛЬНОГО С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Результаты исследования вегетативного статуса основной и контрольной групп показывают достаточно выраженные индивидуальные колебания спектральных параметров ВРС. Средние значения представлены в таблице.

Общая мощность спектра в контрольной группе соответствовала нормативам для лиц средних возрастов. Наибольший вклад в указанную величину приходился на долю колебаний высокой частоты и, соответственно, на долю низкочастотных и очень низкочастотных колебаний – суммарно менее половины от общей мощности модуляций ритма сердца. Соотношение LF/HF, отражающее симпато-парасимпатический баланс, оказалось, в среднем, смещено в сторону относительного преобладания высокочастотного компонента (парасимпатикотония).

У больных с ВИЧ-инфекцией общая мощность спектра ВРС была значительно снижена по сравнению с контрольной группой (на 52,1%). Отмечалось преимущественное снижение показателей нейрогу-

моральной регуляции – на 85,1% и симпатической нервной системы – на 78,5%. Симпато-парасимпатический баланс был заметно смещён в сторону преобладания высокочастотного компонента (0,5 против 1,5 контрольной группы), что является прогностически неблагоприятным фактором. Аналогичные данные были получены и другими авторами. В исследовании D. Correia et al. (2006), при сравнении больных с ВИЧ-инфекцией и здоровых лиц не отмечалось особых различий в общей мощности спектра ВРС. Но наблюдалось снижение LF% по сравнению HF% у данной категории лиц [13].

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что у больных с ВИЧ-инфекцией снижена вариабельность ритма сердца. Сказанное косвенно характеризует преобладание тонуса парасимпатической части вегетативной нервной системы над симпатической. Указанная особенность может иметь неблагоприятное прогностическое значение и должна учитываться при медикаментозной терапии ВИЧ-инфицированных больных.

ТАБЛИЦА. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕКТРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Показатели	Основная группа (n=30)	Контрольная группа (n=30)	- Δ%
TP, мс ²	1743,9 (636,9 – 3080,5)	3641,9 (1561,3 – 4754,6)	-52,11
VLF, мс ²	135,3 (112,3 – 390,7)	910,6 (355,8 – 1175,1)	-85,14
LF, мс ²	248,9 (115 – 707,2)	1155,1 (513,1 – 1425,5)	-78,5
HF, мс ²	718,5 (235,2 – 2306,1)	1557,5 (461,1 – 1618,5)	-53,87
LF/HF	0,5 (0,3 – 0,9)	1,5 (0,5 – 2,3)	-66,67
VLF, %	16,1 (7,3 – 21,7)	29,68 (17,51 – 39,79)	-45,75
LF, %	29,2 (19,8 – 38,6)	33,72 (24,63 – 42,72)	-13,4
HF, %	54,7 (41,1 – 72,9)	36,39 (21,05 – 50,53)	+33,47



ЛИТЕРАТУРА

1. Беляков Н.А. Вирус иммунодефицита человека / Н.А. Беляков, А.Г. Рахманова. – СПб. – 2010. – 141 с.
2. Покровский В.В. ВИЧ-инфекции и СПИД / Под ред. акад. РАН В.В.Покровского. – 2014. – 528 с.
3. UNAIDS/Report on the global HIV/AIDS epidemic/ – 2013. P. 4. – 298 с.
4. Турсунов Р.А. Научное обоснование роли полового пути передачи в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в Таджикистане / Р.А. Турсунов // Вестник Авиценны. – 2014. – №1. – С. 105-109.
5. Changes in pathological findings at autopsy in AIDS cases for the last 15 years / E. Masliah [et al.] // AIDS. – 2000. – V. 14, № 1. – P. 69-74.
6. The clinical spectrum of neurological manifestations in AIDS patients in Mexico / F. Gongora-Rivera [et al.] // Arch. Med. Res. – 2000. – V. 31, № 4. – P. 393-398.
7. Дамулин И.В. Инфекционные заболевания нервной системы / И.В. Дамулин // Неврологический журнал. – 2004. – № 5. – С. 54-62.
8. Олимов Н.Х. Нарушение связи центральной регуляции сердечного ритма и вариабельности R-R кардиоинтервала как возможный фактор внезапной смерти в постинфарктном периоде / Н.Х. Олимов // Вестник Авиценны. – 2009. – №1. – С. 93-98.
9. Heart rate variability. Standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use / Task Force of European Society of Cardiology and The North American Society of Pacing and Electrophysiology // Eur Heart J. – 1996. – № 17. – P. 334-381.
10. Иванов А.П. Некоторые аспекты оценки вегетативного баланса при спектральном анализе вариабельности сердечного ритма / А.П. Иванов, И.А. Эльгардт, Н.С. Сдобнякова // Вестник аритмологии. – 2001. – №21. – С. 45-48.
11. Михайлов В.М. Вариабельность ритма сердца: опыт практического применения / В.М. Михайлов. – Иваново. Ивановская госмед. академия, 2002. – 290 с.
12. Фомин Ф.Ю. Клинико-диагностическое значение исследования вариабельности ритма сердца у пожилых больных с артериальной гипертензией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ф.Ю. Фомин. – Иваново. – 2006. – 32 с.
13. Power spectral analysis of heart rate variability in HIV-infected and AIDS patients / D. Correia [et al.] // Pacing Clin Electrophysiol. – 2006. – №29. – P.53-58.

Summary

State of the vegetativenervous system in patients with hiv infection

N.H. Khamidov, K.R. Voronetskaya, E.R. Rakhmonov, R.A. Tursunov
Chair of Internal Medicine № 2; Infectious diseases Avicenna TSMU

The results of a study of heart rate variability in 30 patients with HIV, clinical stage IV (WHO classification, 1991) are presented in research. Spectral parameters were evaluated before prescribing antiretroviral therapy. In these patients noted the predominance of high-frequency oscillations (HF) at 53,87% as compared to healthy individuals. In assessing the sympathetic-parasympathetic balance (LF / HF) was a significant shift towards the parasympathetic system to 66,67%. These data indicate the benefit parasympathictonia that may be one of the risk factors for sudden cardiac death.

Key words: heart rate variability, HIV infection, spectral indices

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Хамидов Набиджон Хамидович –
профессор кафедры внутренних болезней №2 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: nilu505@mail.ru



Новые перспективные методические подходы к совершенствованию системы учёта труда врачей на стоматологическом ортопедическом приёме

Т.В. Диева

Государственное учреждение «Институт стоматологии Национальной академии медицинских наук Украины», г.Одесса, Украина

Проведён ретроспективный анализ систем учёта и оценки труда врачей-стоматологов-ортопедов. Исследованы методические подходы определения величины условных единиц трудоёмкости их работы.

Установлена зависимость величины трудоёмкости изготовления основных видов зубных протезов и условных трудовых единиц от их объёма и структуры в полном соответствии с медико-географическими регионами Украины.

Учитывая данное положение, рекомендуется при определении величины условных единиц труда данных специалистов подходить дифференцировано, с учётом уровня стоматологической ортопедической заболеваемости региона.

Ключевые слова: условные единицы труда, врачи-стоматологи-ортопеды, величина трудоёмкости, структура зубных протезов

Актуальность. В практическом здравоохранении нашей страны за весьма значительный период времени существовало и ныне существует крайне незначительное число официально утверждённых систем учёта труда врача-стоматолога-ортопеда [1-8]. В основу первых условных единиц труда данных специалистов был заложен объём на изготовление одной штампованной коронки, условно принятый за 1 единицу. При этом величина подобных единиц на другие виды зубных протезов в большую или меньшую стороны отталкивалась от трудоёмкости их изготовления в сравнении с величиной затраченного труда на 1 коронку [3,4].

Ныне же существующая подобная система отличается коренным образом от предыдущей, в которой за основу одной единицы взят труд, затраченный данными специалистами на проведение ортопедической помощи в течение 1 часа [2,9]. При этом главным методическим условием подобного стало обязательное наличие данных хронометражных измерений клинического процесса изготовления зубных протезов или оказания чисто врачебных ортопедических вмешательств [1,2,9,10], а также усреднённая их структура в целом по стране.

Принимая во внимание последние положения, достаточно интересные с научной точки зрения,

учитывать уже доказанную рядом исследователей зависимость показателей стоматологической заболеваемости [12], и в том числе ортопедической [11], от медико-географического региона Украины.

Цель исследования: влияние новых методических подходов на величину условных единиц трудоёмкости врачей-стоматологов-ортопедов.

Материал и методы. Объектом исследования были стоматологическая ортопедическая заболеваемость в разных медико-географических регионах Украины, объём и структура основных видов зубных протезов, используемых в данных регионах, и трудоёмкость их изготовления.

Предметом исследования стало установление степени влияния на величину условных единиц труда по ортопедической стоматологии структуры зубных протезов в полном соответствии с показателями ортопедической заболеваемости по данным массовых осмотров и продолжительности их изготовления согласно хронометражным измерениям.

Объектом для исследования служили данные ортопедической заболеваемости по материалам стоматологических осмотров в разных регионах нашей страны, её вид, объём и структура, а также структу-

ра подлежащих изготовлению зубных протезов и показатели продолжительности их изготовления в зависимости от медико-технологического способа их производства.

Основным методическим условием определения величины трудоемкости изготовления тех или иных видов зубных протезов было взято рекомендованное положение МЗ Украины согласно приказа №507 от 28.12.02г. «Утверждение нормативов оказания медицинской помощи и показателей качества медицинской помощи», основным разработчиком которого был наш коллектив, согласно которому за одну основную единицу взят объем затраченного врачебного труда в течение одного часа на оказание ортопедической помощи.

При этом искомая величина условных единиц рассчитывалась по формуле:

$$A = \frac{HB}{C}, \text{ где:}$$

А – искомая величина условных единиц труда врача-стоматолога-ортопеда; НВ – норматив времени врача-стоматолога на оказание основных видов ортопедической помощи; С – условная величина времени, принятая за 1 трудовую единицу, отражающая объем выполненной работы данными специалистами в течение 1 часа.

Норматив же времени врача на изготовление зубных протезов, однотипных по структуре, определялся по формуле:

$$HB = T_n + K \times T_{np}, \text{ где:}$$

Тп – постоянные затраты времени врача на изготовление зубных протезов; К – количество протезов; Тпп – переменнo-повторяемые затраты времени врача на изготовление зубных протезов.

При более сложных по конструкции зубных протезов, искомый норматив устанавливали по следующей формуле:

$$HB = T_n + \sum (K_k \times T_{np} + K_3 \times T_{np}), \text{ где:}$$

Кк – количество коронок в мостовидных протезах;
Кз – количество искусственных зубов в мостовидных протезах.

Для достижения цели исследования нами использованы результаты массовых стоматологических осмотров населения в разных медико-географических осмотрах регионах Украины, проведённых коллективом сотрудников НИИ стоматологии, по данным которых было обследовано 5090 человек (Одесса, Белая Церковь, Днепропетровск, Тернополь), а также данные хронометражных измерений продолжительности изготовления основных видов зубных протезов и чисто врачебных клинических ортопедических вмешательств. Наличие последних позволило установить и официально утвердить в МЗ Украины

ведомственные нормы времени врачей-стоматологов на ортопедическом приёме [2]. Наличие вышеприведённых данных позволяет нам в полной мере решить поставленную цель в настоящем исследовании.

Результаты и их обсуждение. Остановимся на динамике изменения величины трудоёмкости условных единиц на примере изготовления наиболее распространённых видов зубных протезов в нашей стране – несъёмных зубных протезов и, в частности, на одиночных коронках.

Так, исходя из данных эпидемиологических исследований, количество одиночных коронок, подлежащих изготовлению на 1 обследованного, составляет: в Одессе – 2,77, в Белой Церкви – 3,81, в Днепропетровске – 2,91 и в Тернополе – 4,16. Показатели же временных затрат рабочего времени врача на все основные виды ортопедической помощи, согласно данным наших исследований, практически идентичны и составляют, в частности, на одиночную штампованную коронку – 71,78 минут постоянного времени и 10,96 – переменного-повторяемого.

В качестве примера остановимся на данных по г.Одессе. Проставив все исходные показатели в приведённую выше формулу, получаем:

$$HВ_{2,77к} = 71,78 + 2,77 \times 10,96 = 102,14 \text{ мин.}$$

Итак, исходя из этого, получается, что врач затрачивает на изготовление 2,77 одиночных коронок 102, 14 мин. или 36,87 мин. – на 1 коронку.

Далее, исходя из методического требования МЗ Украины, согласно которого за одну условную единицу труда врача-стоматолога-ортопеда взят объём выполненной работы в течение 1 часа, продавая несложные математические расчёты, получаем:

$$A = 36,87 \div 60 = 0,6 \text{ УЕТ}$$

Следовательно, при структуре одиночных коронок в 2,77 на одного пациента, величина 1 условной единицы составляет 0,6 УЕТ.

Теперь остановимся на примере наиболее интенсивного показателя нуждаемости в одиночных коронках населения в г.Тернополе, где согласно его структуре он составляет 4, 16 единиц на 1 обследованного и как это сказывается на трудоёмкости их изготовления и величины условной 1 единицы для данного региона.

Проставив опять-таки в приведённую выше формулу исходные показатели получаем:

$$HВ\ 4,16 = 71,78 + 4,16 \times 10,96 = 117,37 \text{ мин.}$$

Следовательно, на 1 подобную коронку врач г.Тернополя затрачивает – 28, 21 мин., что составило в переводе на трудовые единицы:

$$A = 28,21 \div 60 = 0,47 \text{ YET}$$



Проведя подобные расчёты, мы получили, что, при нынешней структуре одиночных коронок в данных регионах, величина трудоёмкости их изготовления в пересчёте на 1 единицу составляет: в Одессе – 0,6, Белой Церкви – 0,51, Днепропетровске – 0,59 и Тернополе – 0,47 УЕТ.

Анализируя полученные нами показатели, на первый взгляд, казалось бы, что разница не очень-то и существенная. Однако, если обратиться к месячной трудовой нагрузке данных специалистов, которая согласно приказа МЗ Украины № 507, составляет 126 УЕТ и пересчитать их на количество подлежащих изготовлению одиночных коронок в абсолютном их количестве по данным городам, то это уже достаточно весомая разница, а именно 210 коронок на одного врача по Одессе и 268 коронок – по Тернополю, т.е. разница составляет 58 коронок, а это уже не мелочи, а весьма и весьма значительный разрыв в объёме подлежащих к выполнению подобных работ на 1 врача в данных регионах. А это ещё и финансовый план данных специалистов, и их качественные и количественные показатели, и даже стоимость зубных протезов, не говоря уже об объективности оценки их труда и начислении заработной платы, учитывая, что они все работают на хозрасчётных началах.

Исходя из полученных нами показателей, вполне очевидна региональная зависимость величины трудовой единицы на одиночные коронки, свидетельствующая о различной фактической величине затраченного врачебного труда, при прочих равных условиях.

Далее, остановимся на степени влияния данного фактора на примере изготовления более сложных конструкций несъёмных зубных протезов – мостовидных протезах.

Опять-таки, возьмём за основу их структуру по данным стоматологических осмотров в указанных городах, которая составляет в Одессе – 3,51 коронок и 2,84 фасеток на одного нуждающегося в них на день обследования, в Белой Церкви, соответственно, 4,13 и 3,01, Днепропетровске – 3,37 и 2,71 и в Тернополе – 5,21 и 3,81.

В качестве примера их расчёта, остановимся на показателях заболеваемости и нуждаемости в мостовидном протезировании жителей г.Одессы. Имея в наличии все исходные данные, проведём следующие расчёты:
$$HB_{3,51k+2,84f} = 113,13 + \sum (3,51 \times 13,03 + 2,84 \times 3,66) = 169,25 \text{ мин.}$$

Чтобы не усложнять расчётами по каждому элементу мостовидных протезов, учитывая, что это далеко не основная цель настоящего исследования, рассмотрим как изменяется величина условных единиц по данным регионам, условно сложив все временные

показатели и структурные элементы в одно целое и разделив на всю структуру, получим искомую величину на одну единицу изделия при той или иной структуре подобного рода зубных протезов:

$$HB_{1ед} = 169,25 \div (3,51 + 2,84) = 26,65 \text{ мин.}$$

Следовательно, при такой структуре мостовидных протезов (3,51 коронки и 2,84 фасеток), на один подобный им элемент врач затрачивает 26,65 мин., что в пересчёте на 1 условную единицу его труда, составляет 0,44 УЕТ.

Аналогичным образом была рассчитана трудоёмкость изготовления мостовидных протезов и по другим городам в полном соответствии с их индивидуальной структурой, результаты которых позволили определить искомую среднюю величину 1 условной единицы труда, которые составили: по Одессе – 0,44, Белой Церкви – 0,41, Днепропетровску – 0,46 и в Тернополе – 0,36 УЕТ.

Анализируя приведённые выше показатели, следует заметить, что выявленная нами и отмеченная выше на примере одиночных коронок зависимость величины условных единиц врача-стоматолога на ортопедическом приёме от региона нашей страны, в полной мере своей свойственна и мостовидному протезированию.

Более того, она также свойственна в большей или меньшей мере и по другим основным видам ортопедической помощи, оказываемой в практическом здравоохранении – это и съёмное протезирование, и микропротезирование и т.д.

Таким образом, принимая во внимание региональную зависимость условных единиц труда врачей-стоматологов на ортопедическом приёме и учитывая данное положение, организаторам здравоохранения, работающим в области нормирования труда в стоматологии, необходимо его учитывать и проводить соответствующие расчёты в полном соответствии с индивидуально присущей данному региону структурой ортопедической заболеваемости и, следовательно, зубных протезов, согласно материалам стоматологических осмотров или данным обращаемости населения в различных медико-географических регионах страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лабунец В.А. Основы научного планирования и организации ортопедической стоматологической помощи на современном этапе её развития / В.А. Лабунец. – Одесса. – 2006. – 427 с.
2. Приказ МЗ Украины №507 от 28.12.02 г. «Об утверждении нормативов оказания медицинской помощи и показателей качества медицинской помощи».



3. Нормы расчёта производственных единиц. Приказ МЗ СССР от 4.11.50г., №87.
4. Нормы нагрузки на одного врача-протезиста в производственных зубопротезных единицах в год. Приказ МЗ СССР от 20.07.60 г., №321.
5. Вагнер В.Д. Путеводитель по ортопедической стоматологии / В.Д. Вагнер, В.М. Семенюк, О.В. Чекунков. – Н. Новгород. – 2004. – 580 с.
6. Леонтьев В.К. Развитие и обоснование системы УЕТ в новых экономических условиях деятельности стоматологических служб и учреждений России / В.К. Леонтьев, В.Г. Шестаков // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2002 – №1(6). – С. 6-15.
7. Постный В.П. О системе учёта труда врачей-стоматологов и его основы / В.П. Постный, Э.И. Падарфа // Здравоохранение Российской Федерации. – 1991. – №8. – С. 6-8.
8. Садик С.А. Хронобиологический подход к лечению в клинике ортопедической стоматологии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 22с.
9. Лабунец В.А. Дополнительные условные единицы трудоёмкости работы врача-стоматолога на ортопедическом приёме / В.А. Лабунец, Т.В. Диева. Метод. рекоменд. – Киев. – 2005. – 11 с.
10. Лабунец В.А. Методологические аспекты унифицированной системы учёта, контроля труда стоматологов-ортопедов и зубных техников в Украине / В.А. Лабунец, В.Р. Григорович. Метод. рекоменд. – Одесса. – 1999. – 12с.
11. Лабунец В.А. Разработка научных основ планирования стоматологической ортопедической помощи на современном этапе её развития: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.А. Лабунец. – К., 2000. – 37с.
12. Косенко К.Н. Эпидемиология основных стоматологических заболеваний у населения Украины и пути их профилактики: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / К.Н. Косенко. – К., 1994. – 45 с.

Summary

New promising approaches for improving the accounting system of dentist's job evaluation on the orthopedic seeing

T.V. Dyieva

State Institution «Institute of Dentistry National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Odessa, Ukraine

A retrospective analysis of accounting systems and job evaluation dentists and orthopedists is carried out. Methodological approaches of determining the value of arbitrary labor units are investigated.

The dependence of complexity magnitude of the preparing the main types of dentures and arbitrary labor units from their size and structure in full compliance with medical-geographical regions of Ukraine is established

Given this situation, it is recommended differentiated approach when determining the arbitrary units of labor in these specialists, taking into account the level of dental orthopedic morbidity in the region.

Key words: arbitrary units of labor, dentists, prosthodontist, the value of labor input, the structure of dentures

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Диева Татьяна Васильевна – старший научный сотрудник отделения ортопедической стоматологии Государственного учреждения «Институт стоматологии Национальной академии медицинских наук Украины»; Украина, г.Одесса, ул. Ришельевская, 11
E-mail: vesnik@email.ua



Современное эпидемиологическое состояние проблемы ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан

Р.А. Турсунов

Кафедра эпидемиологии ТГМУ им.Абуали ибни Сино

В работе представлены данные исследования ретроспективного эпидемиологического анализа 5-летней (2009-2013 гг.) динамики заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди населения Республики Таджикистан с выявлением тенденций путём расчёта традиционных показателей, характеризующих эпидемический процесс в целом.

Установлены следующие тенденции: наибольшая вариабельность показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 100000 населения в г.Душанбе и в Горно-Бадахшанской автономной области (ГБАО) относительно других регионов страны – 223,5 и 118,4 случаев на 100 тысяч населения, т.е. соответственно в 6,3 и 3,3 раза больше, чем показатели в Согде, в 6,0 и 3,2 раза – чем в Хатлоне, в 5,1 и 2,7 раза – чем в Районах республиканского подчинения (РРП); существенное снижение темпов ежегодного показателя роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 100 тысяч населения в г.Душанбе, стабильная тенденция роста значений данного показателя в ГБАО и в РРП.

В структуре пути передачи ВИЧ, по-прежнему, из-за стабильной концентрации эпидемического процесса среди потребителей инъекционных наркотиков, доминирует парентеральный путь (52,3%). В целом же, за последние 10 лет отмечается тенденция снижения удельного веса данного пути в 1,5 раза.

Активизация полового пути передачи ВИЧ (39,5%), особенно среди женщин фертильного возраста, неуклонный рост (в 3,5 раза больше) числа впервые выявленных ВИЧ-инфицированных беременных женщин за последние 5 лет, влечёт за собой рост проблем с сохранением здоровья половых партнёров и рождением здорового потомства, особенно, когда один из них имеет положительный ВИЧ-статус.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, ВИЧ-инфицированные беременные женщины, ВИЧ-статус, потребители инъекционных наркотиков (ПИН), ежегодный показатель роста заболеваемости

Актуальность. Пандемия ВИЧ-инфекции является актуальной проблемой современного общественного здравоохранения, так как остаётся одним из 10 наиболее значимых для человечества заболеваний, представляющих реальную угрозу здоровью, перспективам нации и национальной безопасности многих стран мира. За последние три десятилетия ВИЧ-инфекция унесла более 36 миллионов человеческих жизней [1-3].

В докладе ООН отмечается, что, несмотря на трагичность эпидемиологической ситуации в мире, за последние годы всё-таки удалось замедлить темпы распространения ВИЧ-инфекции почти на 20%. При этом, как минимум в 56 странах удалось стабилизировать либо существенно снизить уровень заболеваемости, что делает реальным достижение Целей тысячелетия в области развития, связанных с ВИЧ, в частности, к 2015 году снизить передачу ВИЧ

половым путём и передачу ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) на 50% [4,5].

Согласно совместному докладу (за 2013г.) ECDC/BO3 «Эпиднадзор за ВИЧ/СПИД в Европе 2012» («HIV/AIDS surveillance in Europe 2012»), несмотря на обнадеживающие новости, по-прежнему во многих частях мира эпидемия ВИЧ-инфекции продолжает расширяться.

В 2012г. в Европейском регионе ВОЗ было зарегистрировано 131202 новых случаев ВИЧ-инфекции, что на 8% больше, чем в 2011 году.

В Восточной Европе и Центральной Азии отмечаются самые быстрые темпы роста заболеваемости ВИЧ в мире. Число людей с ВИЧ в этом регионе резко возросло на 250% (с 410 000 человек в 2001 году до 1,5 миллиона – в 2013 году).

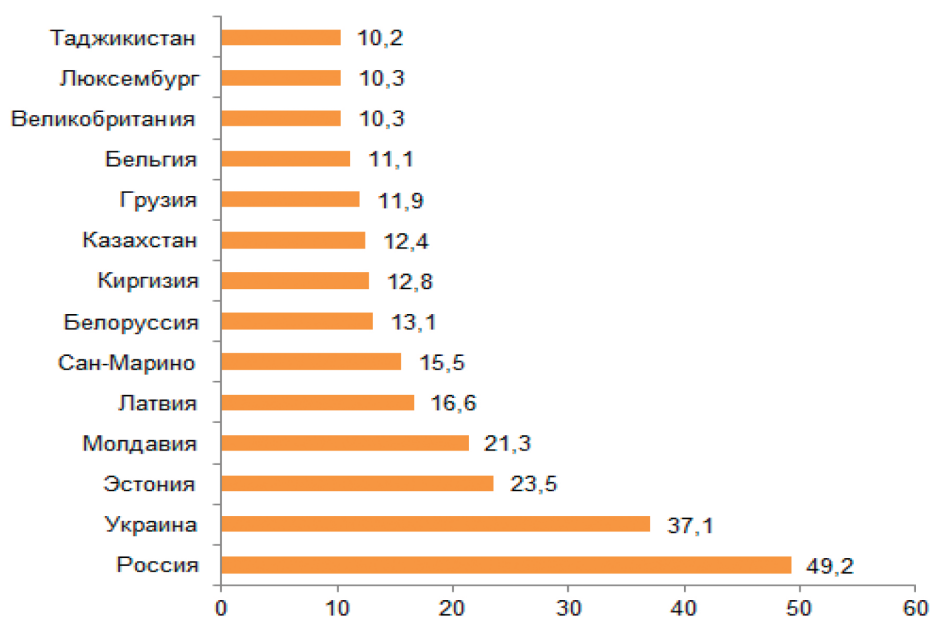


РИС. 1. СТРАНЫ С НАИБОЛЬШИМ ЧИСЛОМ НОВЫХ ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ В РАСЧЁТЕ НА 100 ТЫСЯЧ НАСЕЛЕНИЯ, 2012 Г. [6-8]

Самая высокая частота новых случаев ВИЧ среди стран, предоставивших в ECDC отчёт, была зарегистрирована в 2012 г. в Российской Федерации (49,2 на 100 тысяч населения), на Украине (37,1), в Эстонии (23,5) и Молдавии (21,3) (рис. 1).

Согласно данным ECDC, показатель частоты выявления новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией по Республике Таджикистан составил 10,2 случая на 100 000 населения, а уровень инфицированности ВИЧ за последние десять лет увеличился более чем на 25%, что свидетельствует о том, что эпидемическая ситуация с ВИЧ-инфекцией в Таджикистане остаётся напряжённой и имеет тенденцию к устойчивому развитию.

Цель исследования: оценить эпидемиологические особенности проблемы ВИЧ-инфекции с учётом развития некоторых современных её тенденций в Республике Таджикистан.

Материал и методы. В ходе ретроспективного эпидемиологического анализа была проведена оценка статистических данных заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди населения Республики Таджикистан за 2009 - 2013 гг.

В исследовании использовались материалы Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ, Агентства статистики при Президенте РТ и Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом официальной регистрации ВИЧ-инфицированных; карты эпидемиологического расследования случаев ВИЧ-инфекции с указанием

предполагаемых источников заражения, путей и факторов распространения ВИЧ.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы Epi-Info.

Результаты и их обсуждение. Показатель роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией в РТ, по данным Агентства по статистике при Президенте РТ и Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом МЗиСРН РТ по состоянию на 31.12.2013г., составил 57,4 случая на 100 тысяч населения (рис.2). При этом различия между показателями заболеваемости по регионам республики оказались достаточно выраженными.

Развитие эпидемического процесса по ВИЧ-инфекции в г.Душанбе и в Горно-Бадахшанской автономной области (ГБАО) за указанный период показывает, что в этих административно-территориальных единицах республики отмечается наибольшая вариабельность показателей в абсолютном количестве ВИЧ-инфицированных лиц на 100000 населения относительно других регионов страны – 223,5 и 118,4 случаев на 100 тысяч населения, т.е. соответственно в 6,3 и 3,3 раза больше, чем показатели в Согде, в 6,0 и 3,2 раза – чем в Хатлоне, в 5,1 и 2,7 раза – чем в Районах республиканского подчинения (РРП).

Сравнительное значение показателя ежегодного роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 100 тысяч населения в целом по регионам нашей страны за последние 5 лет (2009-2013гг.) представлено на рисунке 3.

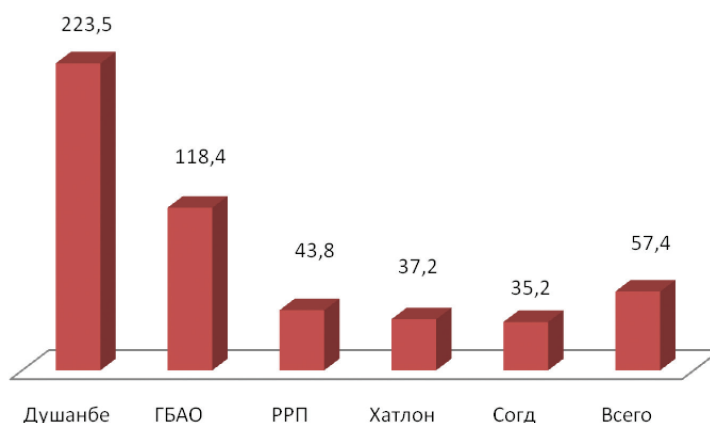


РИС.2. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НА 100 ТЫСЯЧ НАСЕЛЕНИЯ
ПО РЕГИОНАМ РТ (1991-2013 гг.)

Следует констатировать, что несмотря на высокие показатели, в г. Душанбе, начиная с 2010 года, отмечается существенное снижение темпов роста ВИЧ-инфекции, соответственно в 2011 г. – в 1,37 раза и в 2013 г. – в 2,23 раза. Между тем в ГБАО, наоборот, выявляется чёткая закономерность – стабильная тенденция роста значений данного показателя – 22,3 случая на 100 000 населения в 2010 году, 26,0 случаев – в 2011 г. и 31,0 случаев на 100 тысяч – в 2013 году. Такая же тенденция, но выраженная в меньших значениях, отмечается в РРП: если в 2009 году было 7,5 случаев на 100 000 населения, то в 2013 году – 11,2 на 100 тысяч, т.е. ежегодный показатель роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией в данном регионе повысился почти в 1,5 раза.

Между тем следует учитывать, что различия в показателях регистрации ВИЧ-инфицированных и ежегодного показателя роста заболеваемости в разных регионах РТ в какой-то степени могут быть следствием таких факторов, как: степень распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН, либерализация сексуальных отношений, рост проституции, расширение миграционных процессов (внутреннего и внешнего), диагностические возможности регионов относительно ВИЧ, а также экономическими, социальными и культурными особенностями.

Безусловно, на фоне неблагоприятного эпидемиологического процесса в стране, всё больше возрастает актуальность другой чрезвычайно важной проблемы в системе эпиднадзора – вертикальный путь передачи ВИЧ-инфекции.

Согласно данным ООН, ежегодно у 200 миллионов женщин наступает беременность, из них 2,5 миллиона – инфицированы ВИЧ. В результате передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребёнку, в мире ежегодно заражаются 600 тысяч детей, или свыше 1600 ежедневно [9,10].

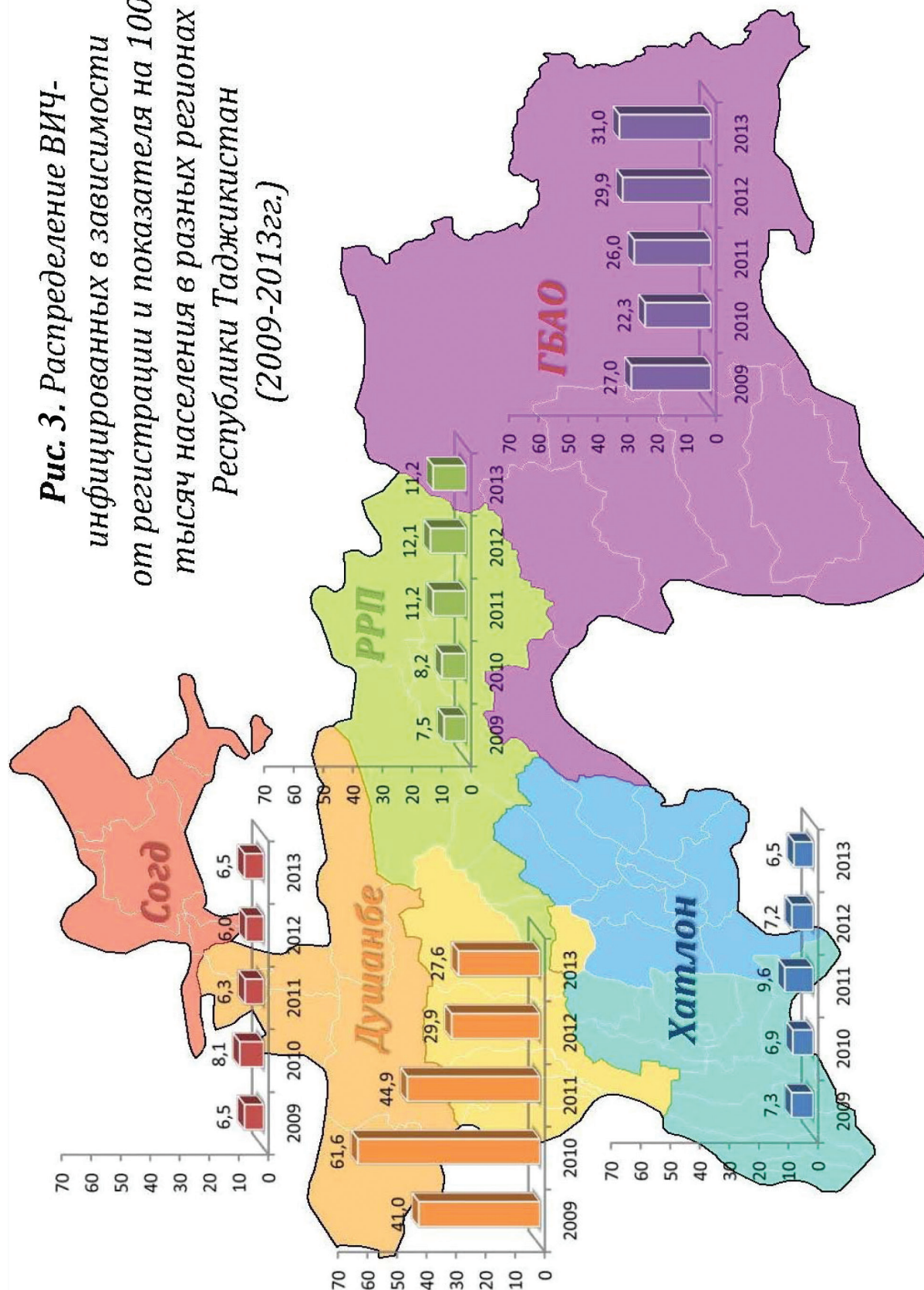
Несмотря на то, что 2,6% (в 2013 г.) новых случаев инфицирования ВИЧ в РТ обусловлены передачей вируса от матери к ребёнку, удельный вес ВИЧ-инфицированных беременных женщин за последние 5 лет неуклонно растёт (рис.4). Так, если в 2009 году число впервые выявленных ВИЧ-инфицированных беременных женщин составило 32 случая, то в 2013 г. оно выросло до 112 (в 3,5 раза больше). За указанный период всего по республике было зарегистрировано 372 ВИЧ-инфицированных беременных женщин: 11 – в ГБАО, 102 – в Душанбе, 90 – в РРП, 54 – в Согде, 115 – в Хатлоне.

Между тем, некоторые авторы полагают, что, в свою очередь, беременность также оказывает неблагоприятное влияние на дальнейшее течение ВИЧ-инфекции. Доказано, что у 45-57% беременных – бессимптомных носителей ВИЧ при отсутствии АРВ-терапии, инфекция манифестирует в период 28-30 месяцев после родов [11].

Высокие темпы роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией в стране и доминирование парентерального пути передачи ВИЧ (52,3%), являются результатом стабильной концентрации эпидемического процесса среди потребителей инъекционных наркотиков (рис.5). Также следует констатировать и другую особенность развития эпидемии ВИЧ в Таджикистане – растущую долю новых случаев заражения ВИЧ, обусловленных незащищёнными гетеросексуальными контактами (39,5%), что свидетельствует об активизации полового пути инфицирования ВИЧ (особенно среди женщин репродуктивного возраста) [12].

Несмотря на такую ситуацию, если провести сравнительный анализ с показателями, так называемого, периода «рассвета» эпидемии ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан (2004-2008 гг.), то становится очевидным – за последние 5 лет в РТ отмечается

Рис. 3. Распределение ВИЧ-инфицированных в зависимости от регистрации и показателя на 100 тысяч населения в разных регионах Республики Таджикистан (2009-2013гг.)



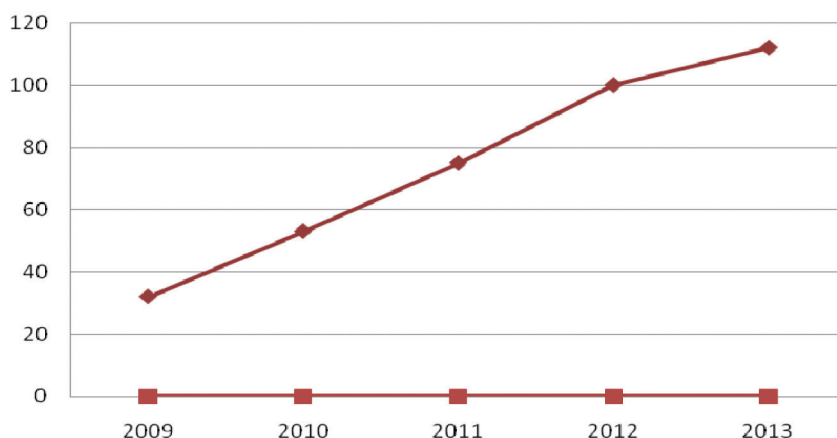


РИС. 4. ДИНАМИКА РОСТА КОЛИЧЕСТВА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН (2009-2013 гг.)

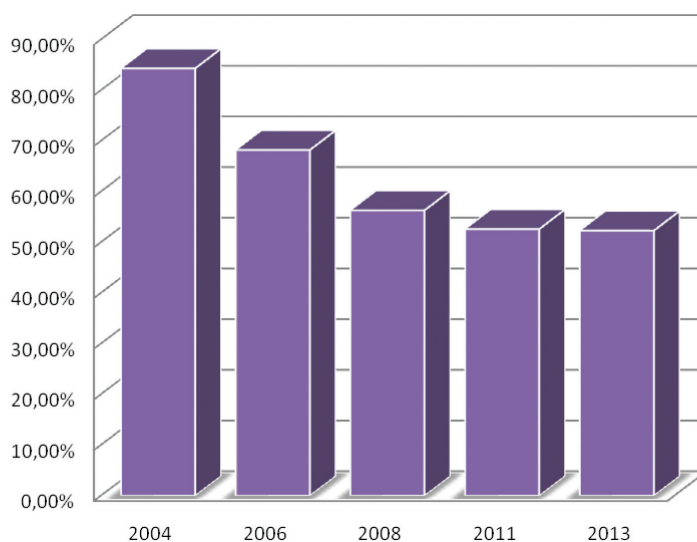


РИС. 5. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ В РТ (2004-2013 гг.)

устойчивая тенденция снижения передачи ВИЧ-инфекции данным путём: в 2004 г. – в 84,3% случаев заражение ВИЧ произошло при инъекционном употреблении наркотиков, а в 2013 г. – 52,3%, т.е. удельный вес передачи парентеральным путём снизился более чем в 1,5 раза.

Одними из значимых факторов распространения наркомании в стране являются наркотрафик и наличие наркоиндустрии в соседнем Афганистане. Протяжённость таджикско-афганской границы является самой большой в Центральной Азии (1344 км). Международный опыт борьбы с незаконным оборотом наркотических средств показывает, что транзит наркотиков через территорию любой страны способствует резкому росту числа наркопотребителей, а также и заболеваемости наркоманией среди её населения.

По данным Nusbaum M.R. et al. (2004), в 103 из 129 стран или территорий, где зарегистрировано инъекционное употребление наркотиков, отмечены связанные с ним случаи заражения ВИЧ. Рост заболеваемости ИППП и ВИЧ-инфекцией среди ПИН повышает вероятность развития обширной эпидемии ВИЧ-инфекции, передаваемой половым путём. Кроме того, другие исследователи полагают, что эпидемия ВИЧ-инфекции среди ПИН может сопровождаться эпидемией той же инфекции, передаваемой половым путём, среди групп населения, не употребляющих инъекционные наркотики [13-15].



Таким образом, можно констатировать, что некоторыми важнейшими факторами в тенденции развития эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан являются:

- доминирование парентерального пути (52,3%) в структуре передачи ВИЧ, благодаря стабильной концентрации эпидемического процесса среди ПИН, несмотря на тенденции его снижения за последние 10 лет (в 1,5 раза);
- активизация полового пути инфицирования ВИЧ (39,5%), особенно среди женщин фертильного возраста, влечёт за собой рост проблем, связанных с сохранением здоровья половых партнёров и рождением здорового потомства, особенно, когда один из них имеет положительный ВИЧ-статус;
- наибольшая вариабельность показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 100000 населения в г.Душанбе и в Горно-Бадахшанской автономной области относительно других регионов страны – 223,5 и 118,4 случаев на 100 тысяч населения;
- существенное снижение темпов ежегодного показателя роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 100 тысяч населения в г.Душанбе, стабильная тенденция роста значений данного показателя в ГБАО и в РРП;
- неуклонный рост (в 3,5 раза больше) числа впервые выявленных ВИЧ-инфицированных беременных женщин за последние 5 лет.

Приоритетным направлением, позволяющим существенно снизить распространённость ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан, является дальнейшее изучение эпидемиологического аспекта ВИЧ-инфекции и совершенствование проводимых в республике профилактических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические рекомендации / В.В.Покровский. - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2013. - 192 с.
2. Подходы к определению оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных в популяции / В.В. Розенталь, Н.А. Беляков, В.В. Рассохин, П.А. Дубикайтис // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. - 2011. - Т.3. №3. - С. 7-12
3. Хоффман К. Лечение ВИЧ-инфекции / К.Хоффман, Ю.К.Рокштро. - М.: Р.Валент. - 2010. - 648 с.
4. WHO/ Global HIV/AIDS response – Epidemic update and health sector progress towards Universal Access – Progress Report. – 2011. – 46с.
5. Global report UNAIDS / Report on the global HIV/AIDS epidemic/ – Geneva, UNAIDS, 2014. – 400 p.
6. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe. – 2012.
7. European Centre for Disease Prevention and Control. – Stockholm: – 2013.
8. ВИЧ-инфекция / В.В. Покровский, Н.Н. Ладная, Е.В. Соколова, Е.В. Буравцова. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Москва. Информационный бюллетень. – 2013. – №38.
9. Садовникова В.Н. Эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции у беременных женщин и рождённых ими детей / В.Н. Садовникова // Эпидемиол. инф. бол. – 2010. – №1. – С. 8-13.
10. Фазулзянова И.М. Современные тенденции распространения ВИЧ-инфекции среди беременных женщин и рождённых ими детей / И.М. Фазулзянова, А.А. Хораськина // Казанский медицинский журнал. – 2011. – №92. – Том 3
11. Джин Р. Андерсен Руководство по медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам / Джин Р. Андерсен. США. – 2003. – 216с.
12. Турсунов Р.А. Научное обоснование роли полового пути передачи в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в Таджикистане / Р.А. Турсунов // Вестник Авиценны. – 2014. – №1 (58). – С.105-109
13. Sexually transmitted infections and increased risk of co-infection with human immunodeficiency virus / M.R. Nusbaum, R.R. Wallace, L.M. Slatt, E.C. Kondrad // J. Am. Osteopath Assoc. – 2004. – V.104. – N 12. – P. 527-535
14. Kruse G.R. Drug choice, spatial distribution, HIV risk, and HIV prevalence among injection drug users in St. Petersburg, Russia / G.R. Kruse, R. Barbour, R. Heimer [et al.] // Harm Reduct J. – 2009. – Vol. 6. – P. 22.
15. Плавинский С.Л. Распространённость и заболеваемость ВИЧ-инфекцией и ИППП в группах риска и эффективность проектов снижения вреда в Российской Федерации / С.Л.Плавинский [и др.]. – М. – 2011. – 104с.



Summary

Modern epidemiological state of HIV infection in Tajikistan

R.A. Tursunov

Chair of Epidemiology Avicenna TSMU

The article presents findings of study a retrospective epidemiological analysis of the 5-year (2009-2013) dynamics of HIV infection among the population of the Republic of Tajikistan to identify trends by calculating the traditional indicators characterizing the epidemic process as a whole.

The following trends were established: the greatest variability in incidence of HIV infection per 100,000 population in Dushanbe and in the Gorno Badakhshan Autonomous Oblast (GBAO) relatively to other regions of the country – 223,5 and 118,4 cases per 100000 population, ie respectively 6,3 and 3,3 times higher than the rates in Sughd, 6,0 and 3,2 times - than in Khatlon, 5,1 and 2,7 times - than in Regions of Republican Subordination (RRS). Significant decreasing in the annual growth rate of HIV infections per 100 thousand population in Dushanbe, stable growth trend values of this indicator in GBAO and RRS.

In the structure of HIV transmission, still of stable concentration of epidemic process of injecting drug users (IDUs), dominated the parenteral way (52,3%). In general, over the last 10 years there has been a trend decrease of the share of this path is 1,5 times.

Activation of sexual transmission of HIV (39,5%), especially among of childbearing agewomen, the steady growth (3,5 times) the number of newly diagnosed HIV-infected pregnant women in the last 5 years, entails increasing challenges maintaining sexual health partners and the birth of healthy generation, especially when one of them has HIV-positive status.

Key words: HIV infection, HIV-infected pregnant women, HIV status, injecting drug users (IDUs), the annual growth rate of morbidity

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Турсунов Рустам Абдусамадович –
ассистент кафедры эпидемиологии ТГМУ;
Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: trustam.art@mail.ru

Клинико-иммунологические особенности течения идиопатической тромбоцитопенической пурпуры у детей

К.И. Исмаилов, Ф.А. Мухаммаднабиева

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В данной работе представлен анализ результатов клинического и иммунологического исследования 70 детей с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (ИТП), в возрасте от 1 месяца до 14 лет. В зависимости от течения и клинических форм заболевания дети были разделены на 2 группы: I группа (n=43) – с острым течением; II группа (n=27) – с хроническим течением. Сухая форма заболевания явилась наиболее распространённым клиническим вариантом и наблюдалась у 72% обследованных, влажная форма была зарегистрирована у 28% детей. При сухой форме имел место только кожно-геморрагический синдром, а при влажной форме – кровотечения различной локализации. У 92% больных кожно-геморрагический синдром носил выраженный характер, при этом петехии имелись у всех детей, а экхимозы – у 76%. Петехии на лице встречались в 84% случаев, экхимозы на лице – в 40%. Геморрагии на слизистой полости рта наблюдались у 48% больных, а кровоизлияния в склеры – у 12%.

Полученные нами результаты свидетельствуют о значительных отклонениях иммунной системы детей в зависимости от клинических форм и течения заболевания.

Ключевые слова: тромбоцит, кровотечение, аутоантитела, спленэктомия

Актуальность. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) является одним из наиболее распространённых заболеваний среди геморрагических диатезов у детей, которая составляет не менее 40% всех геморрагических синдромов, встречающихся в практике гематолога [1,2]. В последние годы, с появлением качественно новых методов оценки гемостаза и иммунной системы, интерес к этой группе заболеваний возрос. Многие исследователи среди возможных патогенетических механизмов заболевания рассматривают Т-зависимую клеточную цитотоксичность [3-5]. В патогенезе иммунопатологического процесса при ИТП, наряду с дисбалансом в субпопуляциях лимфоидных клеток, большое значение придаётся нарушению функции макрофагов [6,7].

Несмотря на то, что клиническая и лабораторная картина этого заболевания подробно описана многими авторами, на сегодняшний день нет однозначных представлений о состоянии специфического иммунитета у больных с ИТП [8,9].

Цель исследования: изучение клинико-иммунологических особенностей течения идиопатической тромбоцитопенической пурпуры у детей.

Материал и методы. Под наблюдением находились 70 детей с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой, в возрасте от 1 месяца до 14 лет. Из них

мальчиков было 37 (52,8%), девочек – 33 (47,2%). В зависимости от течения и клинических форм заболевания дети были разделены на 2 группы: I (n=43) – с острым течением; II (n=27) – с хроническим течением. Сухая форма заболевания явилась наиболее распространённым клиническим вариантом и наблюдалась у 72% обследованных, влажная форма была зарегистрирована у 28% детей. Контрольную группу составили 30 здоровых детей соответствующего возраста.

Комплексное исследование включало в себя тщательное общеклиническое обследование, общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи и кала, коагулограмму, УЗИ внутренних органов и забрюшинного пространства, изучение иммунного статуса в периферической крови по показателям клеточного и гуморального звеньев иммунитета с определением IgA, M, G методом радиальной иммунодиффузии по Machini, T и B-лимфоцитов методом иммуноферментного анализа (ИФА). При необходимости проводилась консультация специалистов.

Статистическую обработку результатов исследований проводили общепринятыми методами с вычислением среднеарифметического значения (M), средней квадратической ошибки (m), относительной величины в процентах (P) и средней ошибки про-



РИС. 1. ДЕВОЧКА, 12 ЛЕТ. КОЖНО- ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, НА ВНУТРЕННО-РАЗГИБАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПЛЕЧА ПРИ ОСТРОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ: ПОЛИМОРФНОСТЬ, ПОЛИХРОМНОСТЬ, НЕАДЕКВАТНОСТЬ ТРАВМЫ



РИС. 2. МАЛЬЧИК, 3 ГОДА. КОЖНО- ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НА КЛЮЧИЧНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ПРИ ОСТРОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ: ПОЛИМОРФНОСТЬ, ПОЛИХРОМНОСТЬ



РИС. 3. МАЛЬЧИК, 10-ЛЕТ. КОЖНО-ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НА ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ БЕДРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ИТП ПОЛИМОРФНОСТЬ, ПОЛИХРОМНОСТЬ, ЭКХИМОЗ



РИС. 4. ДЕВОЧКА, 7 ЛЕТ. КОЖНО-ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НА РАЗГИБАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНИ И ТЫЛЬНОЙ ЧАСТИ СТОП ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИТП: ПОЛИМОРФНОСТЬ, ПОЛИХРОМНОСТЬ

центного отношения (mp), с последующим сопоставлением аналогичных характеристик различных групп, сравниваемых между собой и с контрольной группой. Статистическую значимость различий определяли с использованием критерия Стьюдента при постоянном заданном уровне надёжности 95% ($p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Кожно-геморрагический синдром был отмечен во всех случаях, причём у подавляющего числа пациентов (86%) он носил выраженный характер. Элементы пурпуры, в таких случаях, были многочисленными и локализовались на голове, туловище и на конечностях (рис. 1-4). Петехиальная сыпь присутствовала в общей сложности у 95,7% больных, а на лице петехии наблюдались у 65,6% пациентов. Экхимозы отмечались у 92,5% за-

болевших, однако наличие их на лице было зафиксировано только в 39,8% случаев. Сравнение частоты различных проявлений геморрагического синдрома при хронической и острой ИТП показало, что частота петехий и экхимозов при обеих вариантах течения была сопоставимой между собой. Однако локализация петехиальных элементов на лице оказалась более характерной для острой формы. Носовые и маточные кровотечения достоверно чаще были зарегистрированы при хронической ИТП. Статистически значимого преобладания в отношении дёсневых и почечных кровотечений при этой форме отмечено не было. Желудочно-кишечные кровотечения, напротив, были более типичны для острой формы. При сухой форме имел место только кожно-геморрагический синдром, а при влажной форме – кровотечения различной локализации.

У больных с влажной ИТП преобладали носовые кровотечения, которые носили спонтанный характер, были кратковременными или продолжительными, скудными или обильными, развивались в разное время суток, нередко ночью и утром. Дёсневые кровотечения были либо спонтанными, либо появлялись после экстракции зубов. Третьими по частоте явились кровотечения из желудочно-кишечного тракта. В 6 случаях из 8 – это были изолированные кишечные кровотечения, проявлявшиеся сгустками или прожилками алой крови в стуле. В одном случае наблюдалось желудочное кровотечение, заподозренное на основании рвоты «кофейной гущей» без предшествующего носового кровотечения. Ещё у одного больного имелись симптомы как желудочного, так и кишечного кровотечения. Почечные кровотечения проявлялись микрогематурией; дизурия не отмечалась. Маточные кровотечения были обильными и длительными (от 8 до 26 дней). У единственной больной развилось внутричерепное кровоизлияние.

У 92% больных кожно-геморрагический синдром носил выраженный характер; при этом петехии имелись у всех детей, а экхимозы – у 76%. Петехии на лице встречались в 84% случаев, экхимозы на лице – в 40%. Геморрагии на слизистой полости рта наблюдались у 48% больных, а кровоизлияния в склеры – у 12%.

Носовые кровотечения были отмечены у 80% больных, развивались спонтанно, реже – на фоне вирусных инфекций, были, как правило, кратковременными, необильными, не требовали применения инвазивных методов остановки и не приводили к тяжёлой анемизации. Кишечные кровотечения, в виде появления сгустков алой крови в стуле, отмечались у 3 обследованных (12%), также были непродолжительными (1–2 дня) и необильными. Дёсневые кровотечения, длительные кровотечения из мест внутримышечных инъекций встречались в одном случае.

Наиболее часто хроническая ИТП носила непрерывно-рецидивирующий характер (62,1%). Реже заболевание протекало с частыми (22,4% больных) или редкими (15,5%) рецидивами. Развитие рецидивов у 34,5% лиц провоцировали инфекции (ОРВИ, грипп, пневмония). В единичных случаях обострения развивались на фоне переохлаждения, перегревания, травм, приёма облигатных аллергенов, применения ортофена.

При оценке клеточного звена иммунитета, у больных с острой формой ИТП выявлен дисбаланс на уровне клеточного и гуморального звеньев иммунитета, заключающийся в повышении общих Т-лимфоцитов (CD3), изменении соотношения иммунорегуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов в сторону снижения относительного числа цитотоксических клеток (CD8) при нормативном содержании клеток хелперной направленности (CD4), и увеличении концентрации В-лимфоцитов (CD20) с повышением уровня иммуноглобулинов всех классов (A,M,G). Выявленный дисбаланс в соотношении субпопуляций Т-лимфоцитов в сторону уровня (CD8) Т-лимфоцитов, свидетельствует о нарушении процессов иммунологической толерантности с развитием аутосенсibilизации и клиническими проявлениями со стороны органов кроветворения в виде острой формы ИТП (табл.1).

Сложившаяся иммунологическая ситуация у пациентов с острой ИТП свидетельствует о доминировании тимус независимого ответа на антигены, или вторичного иммунного ответа, что характерно для длительно персистирующих смешанных или хронических инфекций смешанного генеза, при обострении которых реализуется острый вариант ИТП. Оценивая уровень NK-клеток (CD16), нами отмечено, что содержание NK-клеток не отличалось от показателя (CD16) контрольной группы. Система естественной цитотоксичности, частными представителями которой являются натуральные киллеры, при острой ИТП

ТАБЛИЦА 1. СУБПОПУЛЯЦИОННЫЙ СОСТАВ ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ

Показатели	Контрольная группа n=30	I группа n=43	II группа n=27
CD3	50,89±1,51	76,26±1,14*,***	51,33±2,520**
CD4	40,42±1,52	39,07±1,21**	37,4±2,045*
CD8	24,13±0,75	18,33±0,97*	17,529±0,543*
CD4/CD8	1,67±0,05	1,28±0,09***	0,708±0,312*,**
CD16	19,234±1,51	16,4±0,043*,***	8,94±1,516*,**
CD20	6,48±1,25	5,36±0,58***	13,7±0,13*,**
CD95	45,0±1,3	46,1±1,2***	61,5±1,1*,**

Примечание: *статистически значимые различия с контрольной группой; **,***- между I и II группами (p<0,05)


ТАБЛИЦА 2. ПОКАЗАТЕЛИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМАМИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ

Показатели	Контрольная группа n=30	I группа n=43	II группа n=27
IgA, г/л	2,13±0,50	1,16 ±0,12	2,833±0,210
IgG, г/л	12,06±0,52	14,14 ±0,032*,***	1,435±0,213*,**
IgM, г/л	0,81±0,112	1,09 ±0,08	2,329±0,622
Фагоцитоз	42,61 ±4,04	47,28 ± 1,70***	51,44±0,33*,**

Примечание: *-статистически значимые различия с контрольной группой; **,*** - между I и II группами (p<0,05)

не страдала. Анализ клеточного звена иммунитета у пациентов с хронической формой ИТП показал снижение общего количества Т-лимфоцитов, несущих маркеры (CD3). Аналогичная картина изменений наблюдалась при анализе Т-лимфоцитов, обладающих хелперной функцией (CD4) и несущих маркеры (CD8). У больных, имеющих высокий удельный вес вирусно-бактериальных заболеваний, выявлено снижение относительного числа Т-хелперов (CD4). Количество Т-лимфоцитов с маркером (CD8) у этих больных было ниже контроля. Выявленная диспропорция в соотношении субпопуляции Т-лимфоцитов, с преобладанием (CD8) – фракций Т-лимфоцитов, может быть следствием поляризованного Th1 ответа при вирусной или бактериальной инфекции в тот период, когда нарастает число антиген-специфических цитотоксических Т-клеток. Как показал анализ исследования уровня NK-клеток, отмечалось снижение Т-лимфоцитов (CD16) у детей с хроническим течением ИТП по сравнению с данным показателем у детей контрольной группы (табл.1). Можно считать, что в этих условиях снижение цитотоксических лимфоцитов и NK-клеток ослабляло процесс элиминации чужеродных агентов из организма и способствовало развитию бактериальных осложнений.

При анализе иммуноглобулинов класса М, А, G были выявлены следующие закономерности. Концентрация иммуноглобулинов класса М при остром течении ИТП превышала норму (табл.2), что расценено нами как результат переносимых инфекций. Уровень IgA у детей с острой ИТП увеличен по сравнению с эквивалентными показателями в контрольной группе. Данные значения являются закономерным отражением воспалительного процесса с участием слизистых оболочек, преимущественно респираторной локализации.

Анализ показателей гуморального иммунитета выявил, что уровень иммуноглобулинов классов М, G и А существенно не отличался от средневозрастной нормы. Показатель процента фагоцитоза, в среднем, по группе был сопоставим с возрастной нормой. Более чем у половины больных (61,5%) его значения были в пределах нормы,

у 23,1% человек регистрировались сниженные его показатели, а у 15,4% – повышенные. В силу того, что с недостаточностью гуморального иммунитета традиционно ассоциируется высокая заболеваемость бактериальными инфекциями Bussel J. (2013), у обследованных нами больных рецидивировали именно такого рода инфекционные процессы [8].

Острая и хроническая формы данного заболевания имели ряд общих иммунофенотипических закономерностей, что может свидетельствовать о схожих патогенетических механизмах развития иммунопатологического процесса. Так, и при острой, и при хронической ИТП наблюдались увеличение относительного количества Т-лимфоцитов, относительный и абсолютный дефицит Т-хелперов, сниженный иммунорегуляторный индекс, тенденция к снижению относительного количества В- лимфоцитов и к увеличению абсолютного числа активированных Т-лимфоцитов. Фактом, заслуживающим внимания, является достоверно более низкий абсолютный уровень NK-клеток при острой ИТП. Истощение системы NK-клеток могло быть обусловлено массивной антигенной нагрузкой при наличии активного инфекционного процесса, запускающего иммунный механизм. Для хронической ИТП характерным оказался дефицит абсолютного количества Т-супрессоров, что подтверждает истинно аутоиммунный характер заболевания. При остром течении иммунной тромбоцитопенической пурпуры у больных выявляется дисбаланс Т-клеточного и гуморального звеньев иммунитета, заключающийся в повышении общих Т-лимфоцитов (CD3), изменении соотношения субпопуляции Т-лимфоцитов в сторону снижения относительного числа цитотоксических клеток (CD8) и увеличении уровня иммуноглобулинов класса А, М, на фоне увеличения В-лимфоцитов (CD20). Прямо противоположные результаты получил Кузьмич Е.А. (2014), исследуя эти показатели у 26 больных ИТП: в стадии обострения хронической формы болезни содержание Т-лимфоцитов было повышено, а В-лимфоцитов – снижено [3]. В нашем исследовании активация CD20-клеток (по абсолютным показателям) была выявлена только у 30% обследованных больных с острой формой ИТП и у 17,4% – с хро-



нической. Единственную причину этого мы видим в выраженном дефиците Т-хелперов, которые, как известно, активируют CD20-лимфоциты [4].

Итак, проведенные нами исследования показали, что заболеваемость этой патологией имеет отчетливую тенденцию к росту за счёт остро текущих форм, а частота хронической ИТП составляет, в среднем, $19,2 \pm 2,5\%$. Выявлена возрастная эволюция клинико-гематологических показателей острой ИТП, заключающаяся в увеличении частоты влажной формы заболевания и тяжести тромбоцитопении по мере роста возрастной категории. Показано, что хроническая ИТП, более чем у половины детей, характеризуется постепенным началом, отсутствием связи с этиологическим фактором, непрерывно-рецидивирующим течением. Доказана высокая информативность иммунофенотипического исследования при остром и хроническом течении процесса. Отмечены сходства (дефицит абсолютного числа Т-хелперов и NK-клеток) и различия (снижение абсолютного уровня цитотоксических лимфоцитов) в структуре циркулирующего лимфоидного пула при обоих вариантах течения ИТП.

Таким образом, при хронической форме тромбоцитопенической пурпуры у больных выявлено угнетение Т- и В-клеточного звеньев иммунитета и снижение количества и функций фагоцитов. Уровни иммуноглобулинов М, в отличие от всех иммунных показателей, при данной форме заболевания повышены. При остром течении ИТП у больных выявляется дисбаланс Т-клеточного и гуморального звеньев иммунитета, заключающийся в повышении общих Т- лимфоцитов (CD3), изменении соотношения субпопуляции Т-лимфоцитов (CD20). Для коррекции иммунного дисбаланса в комплексную терапию больных ИТП необходимо включить иммунокорригирующие препараты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранова А.А. Аллергология и иммунология: (клинические рекомендации для педиатров) // Под ред. А.А. Баранова, Р.М. Хаитова. – М.: Союз педиатров России. – 2010. – 248с.
2. Зингерман Б.В. Проблемы создания единого информационного пространства в трансфузиологии / Под ред. Б.В. Зингерман // Гематол. трансфузиол. -2010. - №4. - С. 24-31.
3. Кузьмич Е.А. Современные методы лечения иммунной тромбоцитопении / Е.А. Кузьмич // Медицинские новости. – 2014. – №3. – С. 11–14.
4. Птушкин В.В. Лечение больных с резистентной иммунной тромбоцитопенией / В. В. Птушкин // Обзор литературы и клинические наблюдения. Онкогематология. - 2011. - № 1. - С. 56-63.
5. Масчан А.А. Рекомендации российского совета экспертов по диагностике и лечению больных первичной иммунной тромбоцитопенией / А.А. Масчан // Онкогематология. - 2010. - № 3. - С. 36-45.
6. Румянцева А. Г. Стимуляция продукции тромбоцитов: новый подход к лечению хронической иммунной тромбоцитопенической пурпуры / А. Г. Румянцева // Онкогематология. - 2009. - № 1. - С. 51-56.
7. Cheng G. Ther. Adv. Hematol / G. Cheng // - 2012. - Vol.3 (3). - P.155-164.
8. Bussel J. Blood / J. Bussel // – 2013. – Vol.121. – P.537-545.
9. Federiksen H. Haematologica / H. Federiksen // – 2011. – Vol.96 (Suppl. 2). – P.331.



Summary

Clinical and immunological features of idiopathic thrombocytopenic purpura course in children

K.I. Ismailov, F.A. Muhammadnabieva

Chair of Children's Diseases № 2 Avicenna TSMU

In this article presents the results of a clinical and immunological study of 70 children with idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) at the age from 1 month to 14 years. The children were divided into 2 groups depending on the course and clinical forms: Group I (n=43) with acute course; Group II (n=27) - with a chronic course. The dry form of the disease was the most common clinical variant and observed in - 72% of the patients, the wet form was registered in - 28% of children. In dry form only skin-hemorrhagic syndrome took place, and in wet form bleeding of different localization is observed. In 92% patients marked cutaneous hemorrhagic syndrome was observed; petechiae were present in all children, and ecchymosis - 76%. Petechiae on the face occurred in 84% of cases, ecchymosis on the face - 40%. Hemorrhages on the oral mucosa were presented - in 48% of patients, and bleeding in the sclera - in 12%.

Our results indicate significant deviations of the immune system of children, depending on the clinical course of disease and forms.

Key words: platelet, bleeding, autoantibodies, splenectomy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Исмаилов Камилджон Исраилович –
заведующий кафедрой детских болезней №2 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони, 59а
E-mail: IsmoilovK. I@mail.ru

Сложный диагностический случай туберкулёза

У.Ю. Сироджиддинова, Л.Ш. Укуматшоева, К. Пиров, Б.П. Шарипов
Кафедра фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Представлен сложный случай диагностики генерализованного туберкулёза у 6 летнего ребёнка из неустановленного по туберкулёзу контакта, когда диагноз был выставлен только при проведении пробной противотуберкулёзной терапии, так как традиционные методы исследования не могли верифицировать диагноз.

Ключевые слова: туберкулёз, туберкулинодиагностика, пробное противотуберкулёзное лечение

Актуальность. Цель стратегии «Остановить туберкулёз» заключается в обеспечении равного доступа к медицинской помощи в соответствии с международными стандартами для всех больных туберкулёзом: взрослых и детей, с заразными и не заразными формами заболевания, для больных с отрицательным и положительным статусом в отношении вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), а также с множественными лекарственно-чувствительными и устойчивыми формами туберкулёза (МЛУ ТБ) [1]. Стратегия направлена и на то, чтобы устранить укоренившееся недостаточное внимание борьбе с детским туберкулёзом.

В Таджикистане относительно низкие показатели заболеваемости туберкулёзом детей (в течение ряда лет составляет 11-12 случаев на 100 000 населения) и это не отражает реальную действительность [2], так как среди них большой процент выявляется с тяжёлыми распространёнными формами туберкулёза с бактериовыделением (МБТ+). Важным компонентом в улучшении эпидемиологического состояния туберкулёза в РТ, является своевременная диагностика и эффективное лечение каждого больного, в том числе и детей.

Для детей источником инфекции обычно является взрослый больной, находящийся в контакте с ребёнком (чаще всего, проживающий в одной семье), при наличии факторов риска [2-5].

В Республике Таджикистан с 2007г. внедрена стратегия ДОТС, по которой приоритетным является выявление больных туберкулёзом при помощи микроскопии мазка мокроты [3], но у детей в силу возрастных особенностей сбор мокроты затруднён, и диагноз туберкулёз ставится на основании данных анамнеза, клинико-лабораторных, рентгенологических и иммунологических исследований (проба Манту с 2 ТЕ) [5-7].

Цель исследования. Анализ сложности диагностики туберкулёза у детей на примере одного случая.

Материал исследования. Ретроспективный анализ истории болезни ребёнка, когда при тщательном исследовании всеми рекомендуемыми методами не удалось диагностировать туберкулёз.

Больной Х., 6 лет житель Хатлонской области, 4.12.12г. был госпитализирован в Детскую туберкулёзную больницу г.Душанбе с диагнозом: «Полисерозит туберкулёзной этиологии». Состояние ребёнка при поступлении тяжёлое, в сознании, бледный, пониженного питания, кожа сухая, тургор снижен, живот увеличен в объёме, определяется свободная жидкость в брюшной полости, периферические л/узлы не увеличены, в лёгких перкуторно – лёгочный звук, аускультативно – везикулярное дыхание. ЧДД – 20 в мин. ЧСС – 108 в мин. Болеет в течение 4-5 месяцев, получал неоднократно как амбулаторное, так и стационарное лечение по месту жительства. Консультирован фтизиатром, диагноз туберкулёз был исключён. Родители увезли ребёнка в Российскую Федерацию для обследования и лечения.

Выписка из истории болезни больного: ребёнок Х., 6 лет, поступил в реанимационное отделение Тушинской городской больницы г.Москвы 1.10.2012г. с направляющим диагнозом: «Асцит неясного генеза. ОРВИ».

Состояние при поступлении тяжёлое, ребёнок в сознании, на осмотр реагирует адекватно. Речевой контакт затруднён. Очаговой и менингеальной симптоматики нет, лихорадит, температура до 38,2-38,5°C. Дыхание спонтанное, аускультативно – жёсткое, хрипов нет, ЧДД – 18-22 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 120 в минуту, АД – 120/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объёме, мягкий, на пальпацию реагирует.



Вакцинация БЦЖ в роддоме, рубца нет. Проба Манту с 2 ТЕ и Диаскинтест – результаты отрицательные. В общем анализе крови многократно выявлялась гипохромная анемия, лейкоциты – от 5,9 до 12,4, СОЭ от 2-12 мм час, другой патологии не выявлено. Биохимический анализ крови: снижение общего белка до 24 г/л, умеренная тромбоцитопения – $146 \times 10^9/\text{л}$. Проводился лапароцентез, затем диагностическая лапароскопия, удалено около 1 литра прозрачной жидкости. Были назначены антибактериальная, дезагрегатная и гормонотерапия. На фоне проводимой терапии состояние больного ухудшилось, отёки живота стали нарастать, выросла гипопроотеинемия. Больной был консультирован инфекционистом, окулистом, фтизиатром было рекомендовано продолжить диагностический поиск для исключения гематоонкологии, коллагенозов, туберкулёза. Проведено серологическое обследование на сальмонеллёз, шигеллёз, нерсинеоз, псевдотуберкулёз, клостридиоз, ротавирус, аденовирус – результаты отрицательные.

Исследован гуморальный иммунитет – значительное снижение IgG (3,87 г/л) и Ig M (0,23 г/л).

Проведено УЗИ тазобедренных суставов – эхопризнаки воспалительных изменений правого тазобедренного сустава и парасуставных тканей, правого голеностопного сустава; КТ органов грудной клетки, брюшной полости, костей таза, тазобедренных суставов, поясничного и грудного отделов позвоночника. На основании КТ диагностирована двухсторонняя пневмония, плотно-инфильтративное образование верхней доли правого лёгкого (не исключён специфический ТБС процесс), признаки воспалительных изменений во всех отделах кишечника, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия.

Проведён повторный консилиум: рекомендовано продолжить дифференциальную диагностику между туберкулёзом, воспалительными заболеваниями кишечника, системными заболеваниями соединительной ткани, паразитарными заболеваниями, иммунодефицитом.

Повторная консультация фтизиатра: реакция Манту и Диаскин-тест – отрицательные, возможно вследствие анергии в связи с длительностью течения заболевания. Но учитывая изменения по КТ нельзя исключить туберкулёз с поражением лёгкого, кишечника, мезентеральных л/узлов. Назначена пробная специфическая противотуберкулёзная терапия 4 препаратами: изониазид – 10 мг/кг, рифампицин – 10 мг/кг, пирразинамид – 20 мг/кг, амикацин – 15 мг/кг.

Состояние ребёнка на 9.11.12г.: после проведённой терапии отмечается положительная динамика, не лихорадит ($36,6-36,8^\circ\text{C}$), ЧДД – 28 в минуту, аускультативно дыхание жёсткое, проводные рассеянные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный,

ЧСС – 90-110 в минуту. АД – 110/60 мм рт. ст., живот увеличен в объёме за счёт асцита, мягкий, пальпация чувствительна. По дренажу из брюшной полости отходит светлая асцитическая жидкость. Печень +3,5 см. Терапия продолжена с учётом назначений фтизиатра.

На контрольном КТ лёгких отмечается положительная динамика, сохраняются признаки перенесённого воспаления.

От 14.11.12г. дренаж из брюшной полости удалён. Ребёнок выписан домой для продолжения лечения по месту жительства.

Центральным научно-исследовательским институтом туберкулёза РАМН выдана выписка консилиума специалистов от 28.11.12г., что данные проведённого обследования не подтверждают туберкулёзный процесс. Однако, с учётом проведённых исследований, на фоне тяжёлого состояния и одновременного получения противотуберкулёзной, неспецифической терапии с положительной клинико-рентгенологической динамикой, рекомендуется: продолжить противотуберкулёзную терапию.

15.12.12 г. больной был выписан по настоянию родителей из Детской туберкулёзной больницы г.Курган-Тюбе по месту жительства с диагнозом: полисерозит туберкулёзной этиологии, для дальнейшего лечения.

ВЫВОДЫ:

1. Подтверждение диагноза туберкулёз у детей иной раз бывает сложным, из-за долгого латентного течения и лечения специалистами ОЛС нераспознанного туберкулёза антибиотиками широкого спектра действия, а также частого назначения кортикостероидной терапии приводит к искажению серологических анализов на туберкулёз, таких как проба Манту с 2ТЕ и Диаскин-тест.
2. С целью дифференциальной диагностики и подтверждения диагноза туберкулёза, в некоторых случаях целесообразно назначение пробной противотуберкулёзной терапии на 1,5-2 месяца с дальнейшим наблюдением за эффективностью данной терапии.



ЛИТЕРАТУРА

1. Стратегия "Остановить туберкулёз". Всемирная организация здравоохранения. - Женева. - 2006
2. Сироджиддинова У.Ю. Эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу у детей из очагов инфекции / У.Ю.Сироджиддинова [и др.] // Вестник Авиценны. - 2012. - №1. - С.109-112.
3. Бобоходжаев О.И. Борьба с туберкулёзом в Республике Таджикистан / О.И.Бобоходжаев, К.А.Закирова, Р.У.Махмудова. Межд. конф. «М/ШЛУ ТБ – призыв к действиям. – Душанбе. – 2010. - С.86.
4. Куфакова Г.А. Факторы риска развития туберкулёза у детей и подростков из социально-дезадаптированных групп населения / Г.А.Куфакова, Е.С.Овсянкина // Большой целевой журнал о туберкулёзе. -1998. - №1. - С. 20-23.
5. Аксёнова В.А. Инфицированность и заболеваемость туберкулёзом детей как показатель общей эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в России / В.А. Аксёнова // Проблемы туберкулёза. - 2002. - №1. - С. 6-9.
6. Туберкулёз у детей и подростков в России (проблемы и пути решения в 21 веке) / В.А.Аксёнова, Т.А.Севостьянова, Н.И.Клевно, В.Н. Лапшина // Вопросы современной педиатрии. – 2011. - Т.10, №3. - С. 7-11
7. У.Ю.Сироджиддинова Руководство по диагностике и лечению детей, больных туберкулёзом в Республике Таджикистан / У.Ю.Сироджиддинова [и др.]. - Душанбе. - 2011

Summary

Difficult diagnostic cases of tuberculosis

U.Yu. Sirojiddinova, L.Sh. Ukumatshoeva, K. Pirov, B.P. Sharipov

Chair of Phthisiopneumology Avicenna TSMU

Presents a complicated case diagnosis generalized tuberculosis in 6 year old child of an unidentified tuberculosis exposure, when the diagnosis was confirmed only during the probationary TB treatment, as traditional methods of investigation could not verify the diagnosis.

Key words: tuberculosis, tuberculin, a test for TB

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Сироджиддинова Умриниссо Юсуфовна –
заведующая кафедрой фтизиопульмонологии ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, пр.Рудаки, 139
E-mail: 56@tajmedun.tj

Организация помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях за рубежом

М.Г. Москвичева, Е.В. Шишкин

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет», кафедра общественного здоровья и здравоохранения факультета дополнительного профессионального образования, г. Челябинск, Россия

Дана характеристика и приведены модели организационной системы помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в экономически-развитых, развивающихся и странах с низким уровнем экономического развития. В процессе исследования, учитывая динамику и тенденции дорожно-транспортного травматизма, нами выделена наиболее оптимальная и эффективная модель организации помощи травмированным в современных условиях.

Ключевые слова: дорожно-транспортные происшествия (ДТП), дорожно-транспортный травматизм (ДТТ)

Дорожно-транспортный травматизм (ДТТ) является одной из основных проблем общественного здравоохранения [1]. Высокий уровень развития системы здравоохранения, качественная и эффективная медицинская помощь пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) играют важную роль в снижении уровня смертности и инвалидности от ДТТ [2,3]. Показатели ДТТ зависят не только от профилактических мер, направленных на сокращение случаев ДТП, но и от комплекса мероприятий, направленных на снижение последствий у травмированных, пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях [4,5].

Многими исследователями показано, что для снижения числа смертельных исходов и случаев инвалидности в ДТП необходим комплексный и интегрированный подход с эффективной первоначальной оценкой состояния здоровья пострадавшего и оказания помощи на месте происшествия [6]. Значительно увеличить шансы выживаемости можно благодаря своевременному прибытию медицинской помощи на место ДТП, транспортировке пострадавшего и оказания квалифицированной медицинской помощи по пути следования в медицинскую организацию. Качественная специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь в стационарах может значительно уменьшить последствия ДТП. Первые 60 минут после получения травмы называют «золотым часом», т.к. именно в этот временной промежуток шансы для спасения жизни высоки даже при наличии у пострадавшего множественной и сочетанной травмы [7].

Американские учёные создали модель системы помощи пострадавшим в ДТП, которая должна быть направлена:

- на обеспечение оптимальной, качественной и доступной помощи для всех пострадавших в ДТП;
- на предотвращение и снижение уровня смертности и инвалидности в результате ДТП;
- на сдерживание роста затрат для оказания помощи пострадавшим в ДТП при одновременном повышении её эффективности;
- на распределение ресурсов с учётом геополитических и субнациональных особенностей внутри каждого государства [8].

Современная система помощи травмированным в ДТП должна быть доступна, учитывать потребности всех травмированных пациентов, нуждающихся в госпитализации, использовать все квалифицированные медицинские ресурсы [9]. Пострадавшие пациенты должны быть доставлены своевременно в ближайшую медицинскую организацию для получения качественной помощи [10]. Система помощи пострадавшим в ДТП должна устанавливать соответствующие стандарты для санитарного транспорта и квалификации персонала, при необходимости обеспечивать своевременный перевод пациентов из одной медицинской организации в другую, учитывая интересы и потребности пациента [11].

С 90-х годов XX столетия во многих Европейских странах (Германия, Франция, Нидерланды, Швеция и др.) для оказания помощи пострадавшим в ДТП дей-



ствует модель специализированных травмоцентров, которая включает в себя сеть больниц, распределённых по уровням на основании наличия высокотехнологического оборудования и квалифицированного персонала [12]. Каждая из больниц включена в интегрированный информационный реестр для возможности обмена данными с другими травмоцентрами о состоянии пациентов и при необходимости организации в кратчайшие сроки их перевода в другие травмоцентры высшего звена. Кроме того, данные реестры эффективны для исследования потребления ресурсов и оценки затрат системы в целом и по отдельности по каждому травмоцентру [13]. В тех странах Европы, где функционирует система травмоцентров, отмечен низкий уровень смертельных случаев в ДТП. Например, в Германии 6,0 случаев на 100 тысяч населения [14], во Франции – 7,5 случая на 100 тысяч населения [15], в Нидерландах – 4,8 на 100 тысяч населения [16], в Швеции – 5,2 случая на 100 тысяч населения [17].

Стоит отметить, что в некоторых странах Европы система травмоцентров недостаточно развита. Например, в Италии (в Ломбардии) не существует единого информационного реестра. Вследствие этого значительная часть пациентов, травмированных в ДТП, не проходит лечение в специализированных травмоцентрах и, соответственно, их данные не фиксируются в реестре [18].

Достаточно хорошо развита система оказания помощи пострадавшим в ДТП в Германии, где на протяжении нескольких десятилетий разрабатывается и совершенствуется система помощи травмированным. В настоящее время система включает в себя сеть спасательных служб, а также травмоцентров различных уровней [19]. Но даже в Германии есть недостатки в модели оказания помощи травмированным в ДТП: травмоцентры распределены неравномерно, и довольно часто привлекается вертолётная санавиация [20]. Первый вертолёт с командой медицинских работников начал курсировать над небом Мюнхена в Германии ещё в 1970 году. В 2011 году вертолётная санавиация совершила более 47000 вылетов и оказала помощь более 43000 пациентам, в том числе и пострадавшим в ДТП. Основное преимущество вертолётной санавиации заключается в сокращении времени транспортировки пациента в больницу, лучшей догоспитальной помощи, благодаря наличию высококвалифицированной медицинской команды на борту и эффективной быстрой транспортировке в травмоцентры I уровня [19,21]. Хотя некоторые исследователи утверждают, что транспортировка пострадавших на вертолёт приводит к увеличению времени оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе [22]. В Германии, например, эвакуация пострадавших в ДТП с множественной и сочетанной травмой составляет, как правило, не более 15 минут [23]. Исследования, проведённые в Великобритании, показали, что транспортировка пострадавших в ДТП

на вертолёт снижает частоту смертельных исходов и гораздо эффективнее, чем транспортировка на автомобилях [24], другие исследования не показывают преимущества транспортировки на вертолёт, особенно в городской местности [5,21]. Некоторые учёные считают, что решение об использовании санавиации необходимо принимать с учётом географических особенностей регионов, а так же в зависимости от удалённости травмоцентров [25].

В целом, во всём мире около 16% всех пострадавших в ДТП ежегодно транспортируются санавиацией от мест ДТП до соответствующих медицинских организаций [26].

В Нидерландах в каждом регионе расположено не менее одного травмоцентра I уровня, несколько травмоцентров II уровня, а так же больницы для оказания помощи пострадавшим в ДТП, один или несколько диспетчерских пунктов скорой помощи и несколько государственных и частных служб скорой помощи. За каждым регионом закреплена мобильная медицинская бригада, состоящая из врача и медсестры с опытом оказания комплексной медицинской помощи на месте ДТП [27].

Помимо Европейских стран, сеть травмоцентров практикуется в США, Канаде, Бразилии, Австралии, развитых странах Азии.

Система травмоцентров в Канаде начала свою работу в 1993 году и включает медицинскую помощь пострадавшим в ДТП в городской (травмоцентры) и сельской (районные больницы) местностях. В настоящее время данная система состоит из 6 травмоцентров I уровня (в том числе 2 педиатрических), 4 травмоцентров – II уровня, 21 травмоцентра – III уровня, и 28 травмоцентров – IV уровня [28].

В США в начале 90-х годов XX века уже существовала эффективная многоуровневая система оказания помощи пострадавшим в ДТП, включающая сеть травмацентров. Учёные из США отмечают, что в проводимом ими исследовании (1995-1997гг.) была использована база данных единого реестра всех пострадавших в ДТП, которая включала: фамилию, имя и отчество пациента, пол, дату рождения, время и место несчастного случая, дату госпитализации и выписки, диагноз и классификацию пострадавшего (водитель, пассажир, пешеход) [29]. Во многих странах, особенно с низким и средним уровнем экономического развития, такая база данных отсутствует и в настоящее время.

Некоторые авторы указывают, что модель США и Франции практикуется почти во всех странах Запада. Хотя в модели США и Франции есть некоторые отличия: американская система направлена на оказание догоспитальной медицинской помощи пострадавшим в ДТП средним медицинским персоналом, в то



время как во Франции считают присутствие врачей на месте происшествия крайне необходимым. Такие системы, как правило, имеют хорошие результаты в плане снижения развития осложнений и смертности от ДТП, и обе модели являются достаточно эффективными [30].

Однако во многих развивающихся странах система травмоцентров для оказания помощи пострадавшим в ДТП отсутствует [31].

В большинстве стран с низким и средним уровнем дохода, транспортировка пострадавших в ДТП осуществляется на автомобилях родственников, водителей такси, водителями грузовых транспортных средств, не имеющими знаний и навыков по оказанию не только первой медицинской, но и первой помощи [32]. Например, в Кении (Африканский континент) транспортировка пострадавших в ДТП от места происшествия в больницу в 89% случаев осуществляется на такси или частных автомобилях, в 6% – на автотранспорте полиции и лишь в 3% – автомобилями скорой помощи [33]. Машины скорой помощи, как правило, обслуживают только города и пригородные районы [34]. Извлечение пострадавшего из транспортного средства и дальнейшая транспортировка без должной иммобилизации приводят к тяжёлым и летальным последствиям ДТП [35].

Практически во всех странах Африки не созданы системы оказания помощи пострадавшим в ДТП. Кроме того, в этих странах отсутствуют базы данных о пострадавших, что влечёт за собой отсутствие достоверной статистики о погибших и пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях [36].

В странах Азии с низким уровнем дохода отсутствует система оказания помощи пострадавшим в ДТП. В Тегеране (Иран) функционирует более 100 больниц, принимающих пострадавших в ДТП. Данные больницы не разделены на уровни оказания медицинской помощи пострадавшим [37]. В настоящее время здесь не создана система медицинской помощи травмированным в ДТП и ни одна крупная больница не была обозначена как травмоцентр I уровня, хотя несколько из них имеют высококвалифицированное кадровое и материальное обеспечение [38]. В Индии не организована единая система помощи пострадавшим в ДТП, частота смертельных исходов на догоспитальном и госпитальном этапах в этой стране в шесть раз выше, чем в экономически-развитых странах, имеющих эффективную систему помощи пострадавшим в ДТП [39].

На Аравийском полуострове, в частности в Саудовской Аравии, каждая пятая койка в больницах, подведомственных министерству здравоохранения, постоянно занята пострадавшим в ДТП. Многие из этих пациентов становятся инвалидами, требующими долгосрочную реабилитационную помощь, которая

является малоразвитой в большинстве регионов Саудовской Аравии. В этой стране наблюдается значительный дефицит оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП. В Эр-Рияде (Саудовская Аравия), население которого составляет более 4 миллионов жителей, имеется лишь 7 амбулаторий, способных оказывать медицинскую помощь травмированным в ДТП, 14 машин скорой помощи с врачами и менее 30 машин скорой помощи со средним медицинским персоналом, тогда как в Южной Каролине (США) имеется более 470 машин скорой помощи с 2542 парамедиками для того, чтобы обслуживать население в 3,1 млн. человек [40,41].

Таким образом, проведённый обзор англоязычных научных публикаций, касающихся организации медицинской помощи пострадавшим в ДТП, свидетельствует о том, что число смертельных случаев в ДТП зависит от уровня экономического развития государства. Учитывая низкие показатели смертности в ДТП в развитых странах Европы, можно сказать, что достаточно эффективной является система помощи пострадавшим от ДТП, включающая сеть травмоцентров. Во многих странах с низким уровнем дохода комплексная система оказания помощи пострадавшим мало развита, либо отсутствует, хотя по данным Всемирной организации здравоохранения на эти страны приходится более 90% всех смертельных случаев от ДТП в мире.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO.Global Road Safety Partnership /Report of the WHO.Speed management: a road safety manual for decision-makers and practitioners// Geneva. – WHO. –2008
2. Hyder A.A. Inequality and road-traffic injuries: call for action / A.A. Hyder, M. Peden // Lancet – 2003. – V. 362. – № 9401. – P. 2034-2035
3. Nantulya V.M. The neglected epidemic: road traffic injuries in developing countries [Text] / V.M. Nantulya, M.R. Reich // Br. Med. J. – 2002. – V. 324. – №7346. – P. 1139-1141.
4. Bazzoli G.J. Community-based trauma system development: key barriers and facilitating factors / G.J. Bazzoli // J. Trauma. – 1999. – V. 47. – № 3. – P. 22-24.
5. Di Bartolomeo S. Effects of 2 patterns of prehospital care on the outcome of patients with severe head injury / S. Di Bartolomeo[et al.] // Arch. Surg. – 2001. – Vol. 136. – № 11. – P. 1293-1300.
6. Fitzgerald, M. India and the management of road crashes: towards a national trauma system / M. Fitzgerald[et al.] // Indian J Surg. – 2006. – V. 68. – №4. – P. 236-232



7. Bigdeli M. Pre-hospital care time intervals among victims of road traffic injuries in Iran. A cross-sectional study / M. Bigdeli, D. Khorasani-Zavareh, R. Mohammadi // BMC Public Health. – 2010. – № 9. – doi: 10.1186/1471-2458-10-406.
8. Rockville, M.D. Model Trauma System Planning and Evaluation 2006 [Electronic resource] / M.D. Rockville. – Mode of access: [http://www.kstrauma.org/download/ Model Trauma System Planning and Evaluation.pdf](http://www.kstrauma.org/download/Model%20Trauma%20System%20Planning%20and%20Evaluation.pdf).
9. Eastridge B.J. Trauma system development in a theater of war: Experiences from Operation Iraqi Freedom and Operation Enduring Freedom / B.J. Eastridge [et al.] // J. Trauma. – 2006. – V. 61. – № 1. – P. 1366-1372.
10. Admi H. Management of mass casualty events: the Israeli experience / H. Admi [et al.] // J. Nurs. Scholarsh. – 2011. – V. 43. – № 2. – P. 211-219.
11. Trauma System Consultation: The State of North Carolina August 1st–4th, 2004 [Electronic resource] / American College of Surgeons Committee on Trauma. – Mode of access: [http://www.ncdhhs.gov/dhsr/EMS/trauma/pdf/cotdec 04.pdf](http://www.ncdhhs.gov/dhsr/EMS/trauma/pdf/cotdec%2004.pdf).
12. Moore E.E. Trauma systems, trauma centers, and trauma surgeons: opportunity in managed competition / E.E. Moore // J. Trauma. – 1995. – V. 39. – № 1. – P. 1-11.
13. Celso B. A systematic review and meta-analysis comparing outcome of severely injured patients treated in trauma centers following the establishment of trauma systems / B. Celso [et al.] // J. Trauma. – V. 60. – № 2. – P. 371-378.
14. Sefrin P. Development of emergency medical services in Germany - Western part of Germany / P. Sefrin // Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. – 2013. – V. 48. – № 11-12. – P. 734-738.
15. Viallon V. Fractions of fatal crashes attributable to speeding: evolution for the period 2001-2010 in France / V. Viallon, B. Laumon // Accid Anal Prev. – 2013. – № 52. – P. 250-256.
16. Reurings M.C. Estimating the number of serious road injuries in the Netherlands / M.C. Reurings, H.L. Stipdonk // Ann Epidemiol. – 2011. – V. 21. – № 9. – P. 648-653.
17. Krüger N.A. Fatal connections-socioeconomic determinants of road accident risk and drunk driving in Sweden / N.A. Krüger // J Safety Res. – 2013. – № 46. – P. 59-65, doi: 10.1016/j.jsr.2013.04.001.
18. Chiara O. A population based study of hospitalised seriously injured in a region of Northern Italy / O. Chiara [et al.] // World J. Emerg. Surg. – 2013. – № 8. – P. 32.
19. Oestern H.J. Trauma care in India and Germany / H.J. Oestern, B. Garg, P. Kotwal // Clin. Orthop. Relat. Res. – 2013. – V. 471. – № 9. – P. 2869-2877.
20. Mand C. A comparison of the treatment of severe injuries between the former East and West German States / C. Mand [et al.] // Dtsch. Arztebl. Int. – 2013. – V. 110. – № 12. – P. 203-210.
21. Biewener A. Impact of helicopter transport and hospital level on mortality of polytrauma patients / A. Biewener [et al.] // J. Trauma. – 2004. – V. 56. – № 1. – P. 94-98.
22. Frink M. The influence of transportation mode on mortality in polytraumatized patients. An analysis based on the German Trauma Registry / M. Frink [et al.] // Unfallchirurg – 2007. – V. 110. – № 4. – P. 334-340.
23. Hinkelbein I. Analysis of German rescue-helicopter accidents in a five-year period (1999-2004) / I. Hinkelbein [et al.] // Eur. J. Anesth. – 2006. – № 23. – P. 215.
24. Nicholl J.P. Effects of London helicopter emergency medical service on survival after trauma / J.P. Nicholl, J.E. Brazier, H.A. Snooks // Br. Med. J. – 1995. – V. 311. – № 6999. – P. 217-222.
25. Bulger E.M. Impact of prehospital mode of transport after severe injury: A multicenter evaluation from the Resuscitation Outcomes Consortium / E.M. Bulger [et al.] // J. Trauma Acute Care Surg. – 2012. – V. 72. – № 3. – P. 567-803.
26. Brown J.B. Helicopters and the civilian trauma system: national utilization patterns demonstrate improved outcomes after traumatic injury / J.B. Brown [et al.] // J. Trauma. – 2010. – V. 69. – № 5. – P. 1030-1034.
27. Hoogervorst E.M. Developing process guidelines for trauma care in the Netherlands for severely injured patients: results from a Delphi study / E.M. Hoogervorst [et al.] // BMC Health Serv Res. – 2013. – № 3. – doi: 10.1186/1472-6963-13-79.
28. Moore L. Evaluating trauma center process performance in an integrated trauma system with registry data / L. Moore [et al.] // J. Emerg. Trauma Shock. – 2013. – V. 6. – № 2. – P. 95-105.
29. Segui-Gomez M. Patterns of Injury Among Drivers Hospitalized in Level-I Trauma Centers: Have Frontal Airbags Made a Difference? / M. Segui-Gomez // Annu Proc. Assoc. Adv. Automot. Med. – 2000. – № 44. – P. 171-186.
30. Scarpelini S. Emergency and trauma system organization / S. Scarpelini // Medicina (Ribeirao Preto) – 2007. – V. 40. – № 3. – P. 315-320.
31. Borgohain B. Developing and Organizing a Trauma System and Mass Casualty Management: Some Useful Observations from the Israeli Trauma Model / B. Borgohain, T. Khonglah // Ann. Med. Health Sci Res. – 2013. – V. 3. – № 1. – P. 85-89.



32. Kobusingye O.C. Emergency medical systems in low- and middle-income countries: recommendations for action / O.C. Kobusingye [et al.] // Bull. World Health Organ. – 2005. – V. 83. – № 8. – P. 626-631.
33. Mogaka E.O. Factors associated with severity of road traffic injuries, Thika, Kenya / E.O. Mogaka [et al.] // Pan Afr. Med. J. – 2011 – № 8. – PMID: 22121429.
34. Elm E. Prehospital emergency care and the global road safety crisis / E. Elm // JAMA. – 2004. – V. 292. – № 8. – P. 923.
35. Wilmkink A.B. Vehicle entrapment rescue and pre-hospital trauma care / A.B. Wilmkink [et al.] // Injury. – 1996. – V. 27. – № 1. – P. 21-25.
36. Casey E.R. Analysis of traumatic injuries presenting to a referral hospital emergency department in Moshi, Tanzania / E.R. Casey [et al.] // Int. J. Emerg. Med. – 2012. – V. 5. – № 1. – doi: 10.1186/1865-1380-5-28.
37. Haghparsat-Bidgoli H. Exploring the provision of hospital trauma care for road traffic injury victims in Iran: a qualitative approach / H. Haghparsat-Bidgoli [et al.] // J. Inj. Violence Res. – 2013. – V. 5, № 1. – P. 28-37.
38. Ardalan A. Road traffic injuries: a challenge for Iran's health system / A. Ardalan [et al.] // Iran J. Public Health. – 2009. – V. 38. – № 1. – P. 98-101.
39. Razzak J.A. A successful model of road traffic injury surveillance in a developing country: process and lessons learnt / J.A. Razzak [et al.] // BMC Public Health. – 2012. – № 12. – doi: 10.1186/1471-2458-12-357.
40. Al-Ghamdi A.S. Emergency medical service rescue times in Riyadh / A.S. Al-Ghamdi // Accid. Anal. Prev. – 2002. – V. 34. – № 4. – P. 499-505.
41. Al-Naami M.Y. Trauma care systems in Saudi Arabia: an agenda for action / M.Y. Al-Naami [et al.] // Ann. Saudi Med. – 2010. – V. 30. – № 1. – P. 50-58.

Summary

Organization of emergency relief to victims of road accidents abroad

M.G. Moskvicheva, E.V. Shishkin

*State Budget Educational Institution of Higher Professional Education «South Ural State Medical University»,
Chair of Public Health and Health Faculty of Additional Professional Education, Chelyabinsk, Russia*

The characteristics of the proposed models of organisational emergency relief to the victims of road accidents in the economically-developed and developing countries with low levels of economic development are presented. In the course of the study, given the dynamics and trends of road traffic injuries, we highlight the most efficient and effective model for organizing help for suffering in modern conditions.

Key words: road traffic accidents (RTA), road traffic injuries (RTIs)

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Москвичева Марина Геннадьевна – заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения факультета дополнительного профессионального образования Южно-Уральского государственного медицинского университета;
Россия, г. Челябинск, ул. Воровского, 64
E-mail: shishkin90@mail.ru

Вклад Абуали Ибни Сино в развитие фармакологии

Б.А Ишанкулова

Кафедра фармакологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Статья посвящена великому таджикскому учёному-энциклопедисту и врачу – Абуали ибни Сино, получившему мировую известность. Его гениальное произведение «Канон врачебной науки» состоит из 5 книг, 2 из которых посвящены лекарствоведению, т.е. фармакологии. Сино описал более 800 лекарств, собранных тысячелетиями многими учёными, добавив средства, которые были объектами его собственных наблюдений. Среди них были также лекарства, полученные химическим путём. Ибни Сино создал таким образом новую фармакологию. В своей книге великий учёный отмечает индивидуальную чувствительность организма к лекарствам, о появлении аллергических реакций и привыкании к лекарственным веществам. Эти явления Авиценна объясняет по-своему, описывая разнообразие «мизоджа» у людей.

Ключевые слова: Абуали ибни Сино, Авиценна, «Канон врачебной науки», фармакология, лекарственные средства, мизодж

В истории мировой науки X-XI вв. по праву считаются среднеазиатским периодом. Целая плеяда великих учёных-энциклопедистов, трудившихся в то время в Мавераннахре (территория между Амударьёй и Сырдарьёй), оказали огромное влияние на прогресс всего человечества. Одно из наиболее значимых мест в их числе, безусловно, занимает Абуали ибни Сино (полностью - Абу Али Хусайн ибн Абдаллах ибн Сина), известный в Европе под именем Авиценна [1]. Вся общественность Республики Таджикистан празднует День медицинского работника 18 августа – в день рождения этого гениального и легендарного человека.

Абуали ибни Сино оказал огромное влияние на развитие многих отраслей науки – медицину, философию, математику, астрономию, литературу, религию, поэзию, музыку (и др.), как своей эпохи, так и последующих периодов. Он прожил короткую легендарную жизнь (980- 1037гг.), заполненную бесконечными

скитаниями, взлётами и падениями. Медицина была его специальностью, поэтому какую бы должность он не занимал (даже визиря-министра), и где бы не находился, Абуали ибни Сино всегда оказывал врачебную помощь, постоянно обогащал и совершенствовал медицинскую науку [2].

Передовые учёные Европы только через несколько веков пришли к тем же взглядам, которых придерживался великий Сино. Они сами стали утверждать, что в Европе в средние века никого нельзя поставить рядом с ним ни по объёму разнообразных знаний, ни по таланту и мудрости, ни по трудоспособности и огромным творческим результатам. В западных странах Абуали ибни Сино был назван «Авиценной», и поэтому этот гениальный учёный был известен под таким именем. Недаром в портретах гениев врачебной науки Авиценну изображали между Галеном и Гиппократом (рис.).



РИС. УЧЁНЫЕ ДРЕВНЕЙ МЕДИЦИНЫ – КЛАВДИО ГАЛЕН, АБУАЛИ ИБНИ СИНО (АВИЦЕННА) И ГИППОКРАТ



Его труды в значительной мере послужили мостом, связавшим античную науку, восточную мудрость и зарождавшуюся европейскую науку нового времени. Среди множества медицинских произведений (более 40) важнейшим творением, принёсшим Авиценне многовековую мировую славу, является «Канон врачебной науки» («Китоб ал-Конун фит-тиб»), где наиболее тонко изложены его медицинские взгляды. Это величайшее по значению и содержанию произведение науки и культуры было написано в 1012-1014 годах. По серьёзности тематики и полноте содержания «Канон врачебной науки» в истории медицины не имеет себе равных.

Учёный был знаком практически со всеми значительными сочинениями медиков древности. Во всех его научных трудах, в том числе и «Каноне...» имеются ссылки на Гиппократ, Галена, учёных Греции, Рима, Индии, Китая, Среднего Востока. Однако произведение Сино весьма отличалось от научных трактатов его предшественников [3]. «Канон...» содержит обоснование причин болезней, их симптоматику и методы их исцеления. Он разработал целый ряд диагностических приёмов. Великому Сино была известна перкуссия, которая и в современной практической медицине помогает постановке диагноза. Одно из самых замечательных наблюдений – описание мочи больных диабетом. Абуали ибни Сино пишет в «Каноне»: «Моча при “диабатусе” бывает прозрачная, тяжёлая и обильная...., осадок остающийся при испарении, имеет сладкий вкус, как у мёда». Он отмечает о полиурии, жажде у больных диабетом. Конечно, сегодня такие знания учёных об этом заболевании очень обширны, однако мы не прекращаем восхищаться наблюдательностью великого гения средневековья, который одним из первых привлёк внимание врачей к проблемам диабета [1].

«Канон врачебной науки», как своеобразная лекарственная кладовая, содержит ценнейшие сведения по вопросам фармакологии и фармации более 1500 простых и сложных лекарств. Всестороннее изучение и научный анализ этих средств, с точки зрения современной фармакологии, может вновь и вновь раскрывать тайны тайн многих десятков лекарственных средств, широко применяемых в прошлом известными врачами древней медицины и направлять их многовековой богатейший опыт на службу современному человеку [3].

Среди 5 книг (томов) «Канон врачебной науки» II и V – полностью посвящены вопросам фармакологии и фармации. В частности, вся II Книга «Канона...» посвящена описанию 811 простых лекарственных средств растительного, животного и минерального происхождения. В том числе, даны характеристики пищевым растениям, главным образом фруктово-ягодным плодам (более 200). А в предисловии II книги, в частности параграфе VI, указаны правила сбора, хранения, общая технология приготовления

лекарств из растительного сырья [4]. Девиз Авиценны – не использовать лекарственные препараты без их тщательного изучения, испытания и сравнения – позволяет отнести великого мыслителя к одному из основоположников доказательной фармакологии и медицины в целом [3].

V книга «Канона...» целиком посвящена сложным лекарствам, а также способам их приготовления и служит фармакопеей для «Канона». Всего в V книге описано 716 прописей сложных лекарств, в том числе вин и сиропов. Большинство прописей являются магистральными и названы соответственно именами врачей, составивших эти рецепты (Гиппократ, Аристотель, Галена, Брутаниса, Мухаммада Закария Розы и др.). В первой половине V книги также описываются различные противоядия (терьяки), лекарственные каши, пилюли, таблетки, порошки, сиропы, отвары, настои, вина, пластыри и т. д., а во второй половине – указываются испытанные средства, предназначенные для лечения конкретных заболеваний органов, головы, глаз, уха, зубов, горла, органов грудной и брюшной полости, суставов и кожи [5].

Следует подчеркнуть, что во II и V книгах «Канона...», а также в I книге, Авиценна особое внимание уделяет индивидуальной чувствительности организма по отношению к лекарственным веществам. Этот его постулат тоже можно отнести к современной науке – клинической фармакологии. Здесь он руководствовался теорией или учением о мизодже (общем свойстве организма или же натуре), который до сих пор остаётся неразгаданным для современной медицины. Возможно, именно по этой причине достижения многовекового опыта древневосточного врачевания по сей день недоступны современной медицине. Думается, с точки зрения Авиценны, в основе аллергических реакций тоже лежит нарушение со стороны определённых звеньев мизоджа (общий и частный, первичный и вторичный) – натуры человека. К примеру, он указывает об отрицательном действии дерева чинор (платан) на некоторых больных [4]. Сейчас мы знаем, что действительно пыльца при цветении чинара является аллергеном для больных при повышенной чувствительности их организма к подобным веществам.

Великий учёный, уже тогда знал о привыкании организма к определённым лекарствам. Он на основании ежедневных наблюдений обнаружил, что одно и то же лекарство при сравнительно повторных применениях вызывает меньший эффект, если его дозу не повысить. В основе этого явления привыкания и лекарственной зависимости Авиценна также видел изменение мизоджа [4,5]. С точки зрения современной медицины привыкание мы объясняем:

1. Изменением или точнее индукцией микросомальных ферментов печени под влиянием определённых препаратов;



2. Появлением новых специфических рецепторов, в ответ на повторное введение этих препаратов;
3. Снижением всасывательной способности желудочно-кишечного тракта;
4. Временным, но обратимым расходом ферментов, участвующих в эффекте препарата и др.

Учение о мизодже автором развернуто приводится в I книге «Канон врачебной науки», где излагаются теоретические и практические основы медицины и сжатый анатомический «очерк» органов человеческого тела [2].

Уже тогда Абуали ибни Сино описал явления, возникающие при комбинированном применении 2-х и более фармакологических средств – это синергизм и антагонизм лекарственных препаратов. Синергизм он использует в составлении сложных рецептурных прописей. Явления антагонизма лекарственных препаратов Сино использует в лечении отравлений. Например, в качестве противоядия при отравлении опиумом он назначает белену. И, действительно, современная фармакологией доказано, что в составе белены содержится атропин, который обладая М-холинолитическим действием расширяет просвет бронхов и возбуждает дыхательный центр, угнетённый опиумом.

Кроме «Канона...» (II и V книга) к произведениям Абуали ибни Сино, которые целиком посвящены вопросам фармакологии, фармакогнозии и фармации, относятся «Книга о простых лекарствах», «Книга о сложных лекарствах», «Сборник рецептов», трактаты «О сердечных средствах», «О дозировках назначаемых лекарств», «Вино», «Продукты и лекарства», «О пользе мёда», «О пользе перца», «О цикории», «Дозировка жидких и простых лекарств» и др. Во всех этих книгах содержатся подразделы и главы, посвящённые вопросам общей и частной фармакологии существующих на том этапе лекарственных средств [1,3].

Абуали ибни Сино в своих произведениях уделял большое внимание проблемам формирования здорового образа жизни, правильному режиму и диете. В частности это: «Канон врачебной науки», «Памятка о сохранении здоровья», «Об устранении вреда продуктов», «Полезные советы», «Режим путешественника», «Польза и вред вина» и др. [6].

Великий Сино, как опытный клиницист и как фармаколог, выступал с резкой критикой алкоголя. «Постоянное пьянство вредно (пишет он), оно портит натуру печени и мозга, ослабляет нервы, вызывает заболевание нервов». Опыняющее действие алкоголя он прежде всего связывал с типом нервной системы, был сторонником трезвости. В своем трактате «Хамрийат или учение о вине» он подробно знакомит читателя с вредом и пользой вина, а также с болезнями, возникающими вследствие употребления вина. Он сам хорошо знал меру вина и в своем

трактате предостерегает: если человек пьёт его свыше нормы, то он теряет разум.

**Вино для трезвых – рай, для пьяниц – ад,
Ты пей, но меру знай, вино в избытке – яд
Без меры питье вред принесёт немалый
А два, иль три глотка тебе не повредят.**

В «Каноне...» описано около 30 разновидностей вин, рекомендуемых Авиценной в качестве лечебных: из винограда, меда, из съедобных плодов дикорастущих растений и деревьев.

Хотя употребление вина противоречило Корану, никто не посмел осудить учёного за употребление вина.

Пока Авиценна жил, его величайший авторитет не позволял представителям мечети выступать против него открыто, у него было достаточно врагов. Ибни Сино был честным, бескомпромиссным учёным. Он всегда открыто выступал против религиозных фанатиков.

Дифференцированный подход к фармакотерапии симптомов, начиная с головных болей, кровохарканья, диареи и кончая трещинами на ноге, доказывает гениальную наблюдательность и профессионализм Великого Сино. Скажем, головные боли он рассматривает как результат изменений со стороны артериального давления (АД), либо мигрени, перенапряжения, опухоли, лихорадки и в соответствии с этим предлагает принципы лечения. Головным болям и вообще болезням головного мозга посвящена почти вся III книга «Канона». В IV книге рассматриваются «общие» болезни тела, присущие многим органам, также хронические и острые инфекционные заболевания.

Ну, а сколько у него рецептов в книге для избавления от перхоти, любое рекламное агентство позавидовало бы! Это и сок из свеклы, семян дыни, айвы, настой из листьев ивы, розовое масло, фиалковое масло, хна...

Одним словом, «Канон...» послужил мостом, через который 200 лет спустя высокоразвитая в то время медицина Востока стала достоянием Запада. Это величайшее произведение более 5-ти веков служило основным учебным пособием для студентов и настольной книгой для врачей Запада [7].

Изучение и научный анализ фармакологического наследия Абуали ибни Сино с точки зрения современной медицины поможет по-новому раскрыть тайны тайн многих десятков лекарственных средств, широко применяемых в прошлом известными врачами и поставить многовековой и богатейший опыт древней медицины на службу современному человечеству.



ЛИТЕРАТУРА

1. Исхаки Ю.Б. Ибн Сино и достижения современной медицины в Таджикистане» в сборнике трудов «Канон» Ибни Сино и современная медицинская наука /Ю.Б.Исхаки. – 1980. – Дониш. –229 с.
2. Пирумшоев Х. «Время, породившее гения» в сборнике «Ибн Сино и культура его эпохи», посвящённом 1025-летию со дня рождения Абуали ибни Сино / Х.Пирумшоев. – 2005. – Дониш. – С.18-68.
3. Ишанкулова Б.А. Восточная фитофармакология и её развитие /Б.А.Ишанкулова, М.В.Урунова. Сб. матер. 61-ой годич. науч.-практ. конф. ТГМУ. – 2013. – С. 56-57.
4. Абуали ибни Сино. «Канон врачебной науки» / Абуали ибни Сино. Кн.2. – Ташкент, изд-во АН Узб. ССР. – 1966. - 820 с.
5. Абуали ибни Сино. «Канон врачебной науки» / Абуали ибни Сино. Кн.5. – Ташкент, изд-во АН Узб. ССР. – 1960. - 330 с.
6. Абуали ибни Сино «Канон врачебной науки». Алвохия. Избранные произведения /Абуали ибни Сино. – Душанбе, Ирфон. – 1980. – С.317-386.

Summary

Abu Ali Ibni Sino contribution
in development of pharmacology

B.A. Ishankulova

Chair of Pharmacology Avicenna TSMU

The article is devoted to the great Tajik scientist and doctor - Abu Ali ibni Sino, gained world fame. His brilliant work «Canon of Medicine» consists of 5 books, 2 of which are devoted to pharmacology, ie pharmacology. Sino described more than 800 drugs collected by many scientists thousands of years, adding remedies that were the objects of his own observations. Among these drugs have also been prepared chemically. Abu Ali ibni Sino so created a new pharmacology. In his book, the great scientist observes an individual's sensitivity to drugs for allergic reactions and addiction to drugs. Avicenna explained these phenomena in his own way, describing a variety of «nature» ("mizoj").

Key words: Abu Ali ibni Sino, Avicenna, «Canon of Medicine», pharmacology, medicine, mizoj

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ишанкулова Бустон Астановна – заведующая кафедрой фармакологии ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, ул.Л.Толстого, д.12
E-mail: ishankulova@yahoo.com

Изменения индекса резистентности общей печёночной артерии при лечении цирроза печени аутологическими стволовыми клетками

Р.Э. Джафарли

*Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан;
Международный центр биотехнологий «Biostem» Института неотложной
и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака, Донецк, Украина*

В работе обобщены результаты экспериментальных исследований и обоснованы преимущества использования аутологических мезенхимальных стволовых клеток на морфофункциональное состояние печени при цирротическом её поражении. Эксперименты были проведены на крысах (Wistar, экспериментальная модель цирроза печени). Для изучения эффективности использования стволовых клеток в лечении цирроза печени и портальной гипертензии, мы в сравнительном порядке провели исследования функционального состояния печени. Результаты исследования показали значимые преимущества использования стволовых клеток на репаративную способность печени, что было доказано ультразвуковыми исследованиями.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензия, стволовые клетки, трансплантация

Увеличение в последние годы числа факторов, способствующих повреждению печени с последующим её цирротическим поражением, показывает социальную и медицинскую важность патологии [1,2].

При лечении цирроза печени (ЦП), в зависимости от степени тяжести и причины, вызвавшей болезнь, используются консервативные и хирургические способы коррекции [3]. Однако, несмотря на достигнутые достижения, исходы лечения зачастую омрачаются неудовлетворительными результатами, связанными, в основном, с прогрессированием заболевания, осложнениями и высокой летальностью [1].

Достижения клеточной биологии последних десятилетий и проведённые экспериментальные исследования показали возможность клеточной трансплантации для восстановления и активации регенераторных функций паренхимы печени при различных её поражениях [2]. Авторы в своих исследованиях показали, что применение стволовых клеток (СК) при различных диффузных повреждениях паренхимы печени сопровождается улучшением её морфофункционального состояния и повышением качества жизни пациентов [3,4].

Как известно, изменения печёночной гемодинамики имеют важное значение в развитии цирроза печени [5,6]. Применение на этапах лечения цирроза печени с наличием портальной гипертензии методом ульт-

развукового доплеровского исследования может быть информативным для изучения эффективности трансплантации СК [7,8].

Многие авторы в своих работах показывают диагностическую важность при ультразвуковом доплеровском исследовании сосудов печени (в области ворот и непосредственно в паренхиме) индекса резистентности в общей печёночной артерии [7].

Приведённые выше данные побудили нас провести экспериментальные исследования по изучению эффективности трансплантации стволовых клеток в динамике лечения цирроза печени по данным ультразвуковых доплеровских показателей.

Цель исследования: изучение эффективности трансплантации стволовых клеток при лечении цирроза печени с синдромом портальной гипертензии на индекс резистентности общей печёночной артерии по данным ультразвукового доплеровского исследования.

Материал и методы. Исследования были выполнены на базе Международного центра клеточного культивирования Донецкого института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака (НАМН Украины) и Научно-исследовательским центром Азербайджанского медицинского университета.



В экспериментах использовали 28 белых крыс-самцов (Wistar) массой 150-180г, возраст которых составлял не менее 3 месяцев.

Эксперименты на животных проводили в соответствии с правилами «Европейской конвенции защиты позвоночных животных, используемых в экспериментальных и других научных целях». ЦП моделировали путём подкожного введения СС14 из расчёта 0,3 мл/100г массы тела животного в виде 50% масляного раствора, дважды в неделю в течение 12 недель. Животных содержали в условиях вивария при свободном доступе к пище и воде, на рационе питания, соответствующем нормативам. Момент формирования ЦП определяли по биохимическим (сывороточные АЛТ, АСТ, ЛДГ, альбумин), морфологическим (фиброз с формированием соединительнотканых септ и ложных долек, дистрофия и некроз гепатоцитов) и инструментальным (УЗИ) критериям.

Забор стволовых клеток. Аутологические мезенхимальные стволовые клетки (МСК) из костного мозга получали по стандартной методике [1]. Для идентификации и характеристики клеточных линий МСК учитывали основные критерии, рекомендованные Международным обществом клеточных технологий (ISCT) в 2006 году [1]. Среди них: а) способность стволовых клеток к адгезии к пластику в стандартных условиях культивирования; б) наличие более чем у 95% клеточных элементов позитивных маркёров CD105 (эндоглин), CD73 (экто-5'-нуклеотидаза) и CD90 (антиген тимоцитов-1); в) наличие не более чем у 2% клеток негативных маркёров CD45, CD34, CD14 или CD11b, CD79 или CD19, HLA-DR; г) способность клеточной линии к *in vitro*, дифференцировке остеобластов и адипоцитов.

Полученные стволовые клетки культивировали *in vitro* в среде IMDM с 10% ЭТС (Sigma, США), 2mM L-глутамин и 10-4 М 2-меркаптоэтанола в течение 42 дней. Обязательным было исследование биоматериала на стерильность по отношению к возможной бактериальной, либо вирусной контаминации.

Этап трансплантации стволовых клеток: на современном этапе исследователи предлагают использовать различные пути введения полученных стволовых клеток, обосновывая их преимущества.

Мы в своих наблюдениях сочли целесообразным в сравнительном порядке изучить эффективность внутрипортального введения полученных СК.

Внутрисосудистые манипуляции осуществлялись интраоперационно. В качестве анестезии мы использовали Ketamin в дозе 90 mg/kg и Ksilazin в дозе 90 mg/kg веса животного.

Введение аутогенных СК в портальную вену осуществляли лапаротомией однократно, путём введения

1 мл взвеси клеток из расчёта 2,0x10⁶ на 100 г от массы животного.

В качестве объективной оценки эффективности внутрипортального введения СК мы на этапах лечения осуществляли УЗИ органов брюшной полости в А и В-режиме, импульсноволновую доплерографию (ИВДГ) на ультразвуковых аппаратах «SonoRex-4800» фирмы Medison (Ю.Корея) и «Ultramark-9» фирмы «Ultrasoundssystem» (США). При УЗИ печени оценивали контуры, размеры органа, состояние паренхимы, определялось наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Методом ИВДГ изучался кровоток в общей печёночной артерии (оПА), воротной вене (ВВ). Состояние кровотока оценивалось по качественным и количественным характеристикам. Количественные параметры спектра доплеровского сдвига частот сосудов портальной системы включали следующие показатели: V_{max}, см/с – максимальная линейная скорость кровотока, V_{min}, см/с – конечно-диастолическая скорость, TAMX, см/с – максимальная линейная скорость кровотока, усреднённая по времени, Q, мл/мин – объёмная скорость кровотока, RI – индекс циркуляторного сопротивления, резистентности, PI – индекс пульсации.

Индекс резистентности в печёночной артерии определялся с помощью программного обеспечения ультразвукового сканера по формуле $RI = \frac{V_{ms} - V_{ed}}{V_{ms}}$, где V_{ms} – максимальная систолическая скорость кровотока, V_{ed} – конечная диастолическая скорость кровотока. Данный параметр количественно отражает величину периферического сопротивления в сосудах артериального русла.

Животные исследовались в утренние часы, натощак, в спокойном функциональном состоянии. При статистическом анализе полученных данных использовались следующие показатели: среднее значение показателя и среднеквадратическое отклонение. Достоверность различий между сравниваемыми величинами оценивалась по критерию Стьюдента. Рассчитывались общепринятые критерии оценки информативности метода: чувствительность, специфичность, точность, положительный и отрицательный предсказательные тесты. Обработка данных выполнялась на ПК с помощью программы Statistika 5.5.

Результаты и их обсуждение. Представленные выше параметры доплерографии были использованы для оценки в эксперименте эффективности лечения ЦП аутологическими стволовыми клетками.

В момент формирования экспериментальной модели у всех наблюдаемых животных были выявлены специфичные ультразвуковые признаки цирроза печени и портальной гипертензии. Ультразвуковая картина печени отличалась наличием выраженной

бугристости, структура печени гиперэхогенная, выявлялись множественные фиброзные узлы. Наличие спленомегалии выявляли в 28,6% наблюдений.

Отсутствие литературных данных в отношении сведений о нормативных ультразвуковых доплеровских показателях побудили нас провести указанные исследования у наблюдаемых животных ещё до формирования экспериментальной модели цирроза печени.

Лабораторные и ультразвуковые доплеровские показатели в наблюдаемых группах обследованных животных приведены в таблице.

Как показали наши исследования, диаметр общей печёночной артерии и линейная скорость кровотока в последней у наблюдаемых животных оказались выше, в сравнении с результатами, полученными при сформированной модели цирроза печени на

8,2±2,1% ($p<0,001$) и на 10,9±3,3% ($p<0,01$), соответственно. Кроме того, в нашем исследовании индекс резистентности общей печёночной артерии у животных при сформированной модели цирроза печени также был выше нормы. Это согласуется с мнением большинства исследователей [12], но противоречит данным отдельных авторов [14], отметивших снижение значения индекса резистентности печёночной артерии при наличии цирроза печени.

Как показали наши исследования, индекс резистентности печёночной артерии при сформированной модели цирроза печени составил $0,73\pm0,01$. Указанное изменение, по литературным данным, характерно для цирротического поражения печени.

У животных на 8 неделе лечения цирроза печени СК сохранялись лабораторные признаки умеренного цитолиза, (который отражался в показателях АСТ и АЛТ), гепатомегалия.

ТАБЛИЦА. УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПАРАМЕТРЫ ГЕМОДИНАМИКИ ПЕЧЕНИ У НАБЛЮДАЕМЫХ ЖИВОТНЫХ С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛЬЮ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Параметры	Результаты, полученные до начала моделирования ЦП	Печёночная гемодинамика при сформированной модели ЦП	Печёночная гемодинамика на 8 неделе после трансплантации СК
D оПА, мм	3,3±0,2	4,9±0,3*	4,5±0,2**
V max оПА, см/с	28,54±11,23	46,71±10,05	41,62±9,17*
RI оПА	0,61±0,02	0,73±0,01*	0,69±0,03**
D BB, мм	5,1±0,3	8,2±0,2*	7,3±0,4
V max BB, см/с	19,13±2,54	13,64±2,11	15,13±2,63

Примечание: * - $p<0,001$; ** $p<0,01$

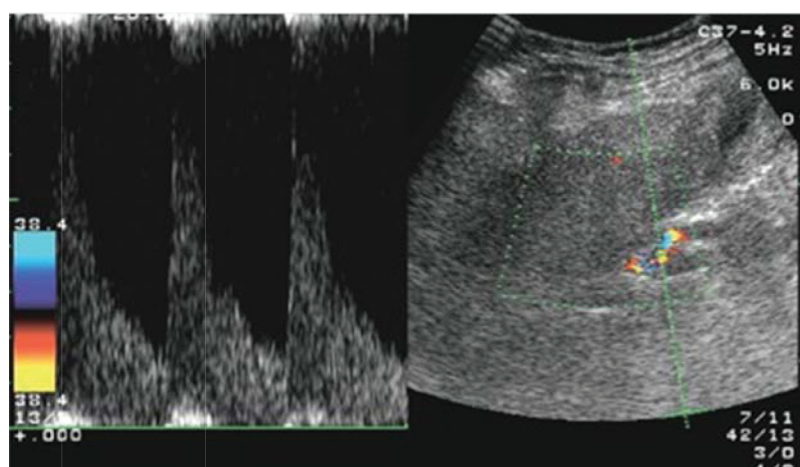


РИС. 1. ЭХОГРАММА: СПЕКТР КРОВОТОКА В ПЕЧЁНОЧНОЙ АРТЕРИИ У ЖИВОТНОГО СО СФОРМИРОВАННОЙ МОДЕЛЬЮ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ (IR=0,73±0,01)

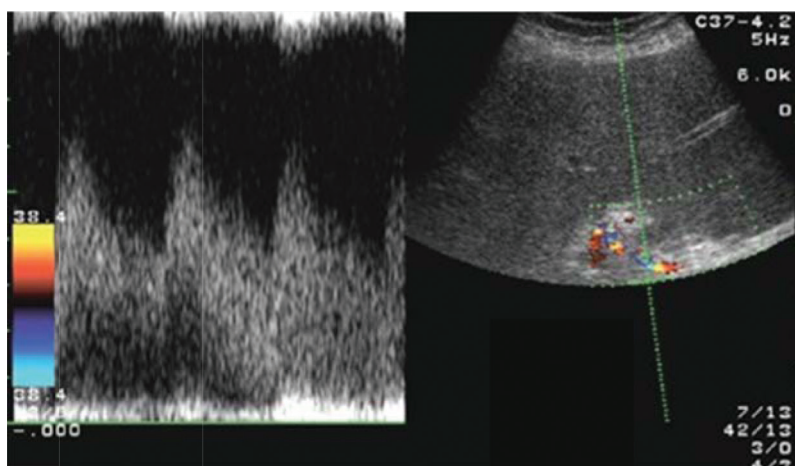


РИС. 2. ЭХОГРАММА: СПЕКТР КРОВОТОКА В ПЕЧЁНОЧНОЙ АРТЕРИИ НА 8 НЕДЕЛЕ ПОСЛЕ ВНУТРИПОРТАЛЬНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ АУТОГЕННЫХ СК ($IR=0,69\pm0,03$)

У наблюдаемых нами животных на 8 неделе лечения аутологическими стволовыми клетками отмечалась тенденция к стабилизации изучаемого показателя. Как показано в таблице 1, на 8 неделе после внутрипортальной трансплантации СК индекс резистентности в общей печёночной артерии составил $0,69\pm0,03$ (рис. 1 и 2). В указанные сроки данный показатель, если и превышал средний показатель нормы на 13,1%, был ниже показателя при сформированной модели цирроза печени на 5,5% ($p<0,01$).

Наши исследования совпали с литературными данными в плане изучения гемодинамики печени при цирротическом её поражении. Кроме воротного кровотока, при циррозе печени существенно изменяется артериальный печёночный кровоток. В ряде исследований отмечено повышение резистентного индекса печёночной артерии у больных циррозом печени [9], в других работах такая особенность не выявлена [10]. В одних работах [1] обнаружена зависимость между степенью повышения резистентных индексов и функциональным классом по классификации Чайлд-Пью, в других работах – такая зависимость не отмечалась [12]. В отдельных исследованиях резистивные индексы коррелировали с уровнем печёночного венозного градиента давления [13], в других – такая корреляция отсутствовала [14].

В некоторых работах отмечена зависимость величины изменения резистивных индексов от степени варикозного расширения вен пищевода [14].

Таким образом, в настоящее время не существует единого мнения об особенностях изменения артериального печёночного кровотока у больных циррозом печени. Наши исследования показали, что выявление при ультразвуковом исследовании у больных циррозом печени низкого индекса резистентности в печёночной артерии является дополнительным диагностическим показателем цирроза печени.

Чувствительность данного признака составила 78 %, специфичность – 100%, точность – 88%. Менее специфичным ультразвуковым признаком цирроза печени является повышение скорости кровотока по общей печёночной артерии.

До конца не определены факторы, влияющие в наибольшей степени на регионарную циркуляцию печени у таких больных. Однако, как показали наши исследования, стимуляция регенерации периваскулярной зоны паренхимы печени на фоне лечения аутологическими СК приводила к уменьшению резистентности общей печёночной артерии на фоне увеличения объёма кровотока по воротной вене.

ЛИТЕРАТУРА

1. Terai S. Improved liver function in liver cirrhosis patients after autologous bone marrow cell infusion therapy / S.Terai, T.Ishikawa, K.Omori // Stem Cells. – 2006; 24: 2292-2298.
2. Salama H. Efficacy of autologous hematopoietic stem cell transplantation in 57 patients with end stage chronic liver disease / H.Salama, A.Zekri, M.Zern // Cell Transplant. – 2010; 19: 1475-1486.
3. Smets F. Cell transplantation in the treatment of liver diseases / F.Smets, M.Najimi, E.M.Smokal // Pediatr. Transplant. – 2008. - Vol. 12, №1. - P.6-13
4. Егоров В.В. Стволовые клетки человека / В.В.Егоров, А.А.Иванов, М.А.Пальцев // Молекулярная медицина. – 2003. - № 2. - С. 3-14.
5. Wolf C. Temporary extracorporeal replacement using isolated hepatocytes / C.Wolf, B.Munkelt // Trans. Amer. Soc. Artif. Intern. Organs. – 2005. - Vol. 21. - P. 16-27



6. Iwao T. Value of Doppler ultrasound parameters of portal vein and hepatic artery in the diagnosis of cirrhosis and portal hypertension / T.Iwao [et al.] // Am. J. Gastroenterol. -1997. - Vol.92(6). - P. 1012-1017.
7. Schneider A.W. Hepatic arterial pulsatility index in cirrhosis: correlation with portal pressure / A.W.Schneider, J.F.Kalk, Ch.P.Klein // J. of Hepatol. - 1999. - Vol.30. - P. 876-881.
8. Sacerdoti D. Hepatic arterial resistance in cirrhosis with and without portal vein thrombosis: relationships with portal hemodynamics / D.Sacerdoti [et al.] // Gastroenterology. - 1995. -Vol. 108. - P. 1152-1158.
9. Piscaglia P. Influence of liver fibrosis on hepatic artery Doppler resistance index in chronic hepatitis of viral origin / P.Piscaglia [et al.] // Scand J. Gastroenterol. -2001. - Vol.36(6). - P.647-652.
10. Sacerdoti D. Interobserver and interequipment variability of hepatic, splenic, and renal arterial Doppler resistance indices in normal subjects and patients with cirrhosis / D.Sacerdoti [et al.] // J. Hepatol. -1997. - Vol.27. - P.986-992.
11. Han S.-H.B. Duplex Doppler ultrasound of the hepatic artery in patients with acute alcoholic hepatitis / S.-H.B.Han [et al.] // J. Clin Gastroenterol. -2002. - Vol.34(5). - P.573-577.
12. Bernatik T. Doppler measurements: a surrogate marker of liver fibrosis? / T. Bernatik [et al.] //Eur J. Gastroenterol Hepatol. - 2002. - Vol.14(4). - P.383-387.
13. Tasu J.P. Hepatic venous pressure gradients measured by duplex ultrasound / J.P. Tasu [et al.] // Clinical Radiology. - 2002. -Vol.57. - P.746-752.
14. Numata K. Hemodynamic changes in hepatic artery after glucose ingestion in healthy subjects and patients with cirrhosis / K.Numata [et al.] // J. Clin Ultrasound. - 1998; 26 (3): 137-142

Summary

Changes of index resistance of common hepatic artery in treatment of liver cirrhosis by autologous stem cell

R.E. Jafarli

Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan;

International Center for Biotechnology «Biostem» Institute of Urgent and Recovery Surgery named after V.K. Gusak, Donetsk, Ukraine

The paper summarizes the results of experimental studies and proved the advantages of using autologous mesenchymal stem cells on the morphological and functional condition of the cirrhotic liver lesion. Experiments were carried out on rats (Wistar, an experimental model of liver cirrhosis). To study the effectiveness of using stem cells in the treatment of liver cirrhosis and portal hypertension, in a comparative manner, we conducted a study of the functional state of liver. The results showed significant benefits of using stem cells on liver's repair ability, which has been proven by ultrasound.

Key words: liver cirrhosis, portal hypertension, stem cell, transplantation

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Джафарли Расим Эльхам – старший научный сотрудник отделения хирургии печени Научного центра хирургии им М.А. Топчубашева;
Азербайджан, г.Баку, ул. Шариф-заде, 196
E-mail: dr-jafarli@mail.ru

Перспективы использования активных методов обучения на кафедре нормальной физиологии медицинского вуза

Е.В. Дорохов, Ф.А. Шукуров*, В.А. Семилетова, В.Н. Яковлев, Н.П. Горбатенко

Воронежская государственная медицинская академия, Воронеж, Россия;

*Таджикский государственный медицинский университет, Душанбе, РТ

Развитие активных методов при изучении физиологии в условиях сокращения часов аудиторной работы требует более тщательной организации внеаудиторной работы студентов с доминирующей ориентацией её на механизмы физиологических процессов и их регуляции; в аудиторной работе желательно шире использовать проведение круглых столов с тематическими дискуссиями по реферативным докладам, обсуждение результатов опытов, решение ситуационных задач. Для обеспечения интерактивной педагогики временным ресурсом необходимо максимально оптимизировать объём изучаемой информации с выделением остаточного уровня знаний.

Ключевые слова: нормальная физиология, интерактивное обучение, профессиональное мышление, информационный компонент

Введение. Смена цивилизаций на рубеже второго и третьего тысячелетий, переход к постиндустриальному обществу вызвали кризис в мировой системе высшего образования [1]. Парадигма его сместилась от методологии знания к методологии деятельности, т.е. подготовке компетентного специалиста, эффективно работающего не только в стандартных, но и в нетиповых условиях, что особенно характерно для медицинской практики. Путь подготовки специалиста был определён уже в древние времена. В качестве примера можно привести широко известный афоризм Плутарха «Ученик не чаша, которую надо наполнить, а факел, который надо зажечь», и древнекитайскую притчу: «Скажи мне – и я забуду, покажи мне – и я запомню, дай сделать – и я пойму». В современном понимании – это путь от знаний к мышлению и далее к интеллекту как интегральному умственному потенциалу, который через поведение обеспечивает адаптацию человека к условиям жизни. Интеллект включает в себя не только познавательные способности человека – восприятие, память, внимание, мышление, креативность, но и поведенческие способности – практические навыки, коммуникабельность, альтруизм и другие духовные качества.

В современном мире учебный процесс требует постоянного развития и совершенствования, поскольку главными характеристиками выпускника любого образовательного учреждения являются его ком-

петентность и быстрота принятия решения. В связи с этим, акценты при изучении учебных дисциплин переносятся на процесс познания, эффективность которого в огромной мере зависит от познавательной активности самого студента и от того, как усваивается предмет. Делается ли упор на психофизиологические характеристики личности – внимание, восприятие, память; или на весь личностный потенциал человека, с использованием репродуктивных и (или) активных методов обучения.

Роль физиологии как стражи, на котором держатся все медицинские науки, была определена К. Бернаром (XIX век) и И.П. Павловым (XX век). Однако новый образовательный стандарт существенно уменьшил, сравнительно с другими теоретическими дисциплинами, количество часов для изучения физиологии, что затрудняет образование теоретического базиса врача и требует реорганизации учебного процесса по этой дисциплине с целью оптимального баланса основных компонентов обучения.

Обучение специалиста – это один из вариантов общения, в который традиционно включают три компонента: информационный (обмен информацией), интерактивный (координация совместных действий), перцептивный (восприятие и понимание друг друга). Конечно, во все времена обучение включало все три компонента, и выпускники советских и российских медицинских вузов по знаниям, профессиональ-

ному мышлению и поведению не уступали, а часто превосходили зарубежных врачей при совместной с ними работе в чрезвычайных ситуациях. Однако современная действительность требует существенных изменений как в составляющих этих трёх компонентов, так и их соотношения.

Разработка и внедрение активных методов обучения представлена в самых разных областях научного знания и изучена многими педагогами и психологами [1,2].

Цель исследования: изучение эффективности использования актуальных методов обучения в курсе нормальной физиологии для студентов медицинской академии.

Для решения поставленной цели были поставлены следующие задачи: 1) определить психолого-педагогические основы активных методов обучения; 2) разработать практические занятия с использованием активных методов обучения для дисциплины «Нормальная физиология»; 3) апробировать практические занятия с использованием активных методов обучения в условиях Воронежской государственной медицинской академии; 4) оценить эффективность использования активных методов обучения нормальной физиологии по итоговым оценкам студентов экспериментальных групп.

Материал и методы. При определении психолого-педагогических основ активных методов обучения, мы опирались на следующие специфические принципы по А.А.Балаеву [1,4], которые являются частью общедидактических принципов обучения: 1) принцип равновесия между содержанием и методом обучения с учётом подготовленности студентов и темой занятия; 2) принцип моделирования. При этом моделью процесса обучения выступает как учебный план, так и конечный результат («модель студента», завершившего обучение); 3) принцип входного контроля; 4) принцип соответствия содержания и

методов целям обучения; 5) принцип проблемности; 6) принцип «негативного опыта»; 7) принцип «от простого к сложному»; 8) принцип непрерывного обновления; 9) принцип организации коллективной деятельности; 10) принцип опережающего обучения; 11) принцип диагностирования (проверки) эффективности занятий; 12) принцип экономии учебного времени; 13) принцип выходного контроля.

Взяв за основу данные принципы активного обучения и рекомендации педагогов по практическому использованию активного обучения в учебном процессе [2-4], мы разработали ряд практических занятий по теме «Анализаторы» (таблица).

В исследовании приняли участие две группы студентов педиатрического факультета Воронежской государственной медицинской академии (26 человек). Одна группа занималась с использованием активных методов обучения (экспериментальная группа – 13 студентов), другая – с использованием классической модели обучения (контрольная группа – 13 студентов).

Результаты и их обсуждение. Анализ средних баллов тестирования группы студентов до и после применения технологий активного обучения выявил улучшение успеваемости студентов экспериментальной группы (рис. 1): в среднем 67% до и 76% – после применения методов активного обучения, ($p < 0,05$). Выходной контроль (тесты текущего уровня) по теме «Анализаторы» показал, что успеваемость студентов экспериментальной группы выше, чем студентов контрольной группы (рис. 2).

Учитывая тот факт, что и те, и другие студенты готовились к тестированию дома (опережающее домашнее задание), можно предположить, что активные формы обучения стимулируют познавательный интерес учащихся и способствуют более эффективной подготовке к занятию.

ТАБЛИЦА. АКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ТЕМЕ «АНАЛИЗАТОРЫ»

Активные методы обучения		
Неимитационные	Имитационные	
	Игровые	неигровые
эвристическая беседа;	деловая игра («круглый стол»);	коллективная
учебная дискуссия;	педагогические	мыслительная
самостоятельная работа с литературой	ситуации;	деятельность
	ситуационные задачи	

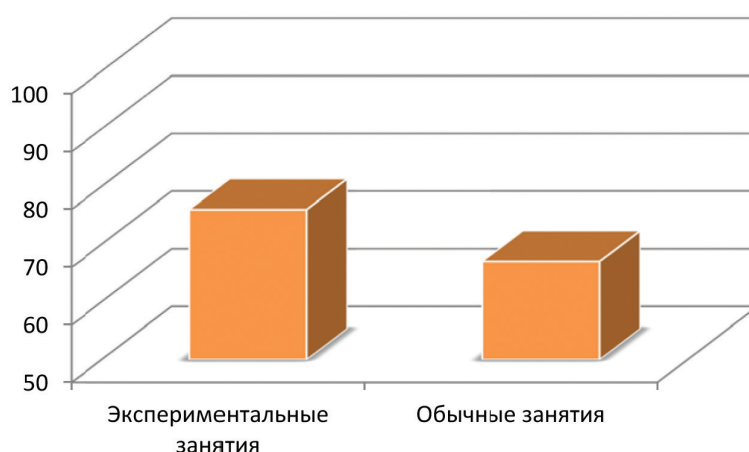


РИС. 1. СРЕДНИЕ БАЛЛЫ ТЕСТИРОВАНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ СТУДЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ АКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ

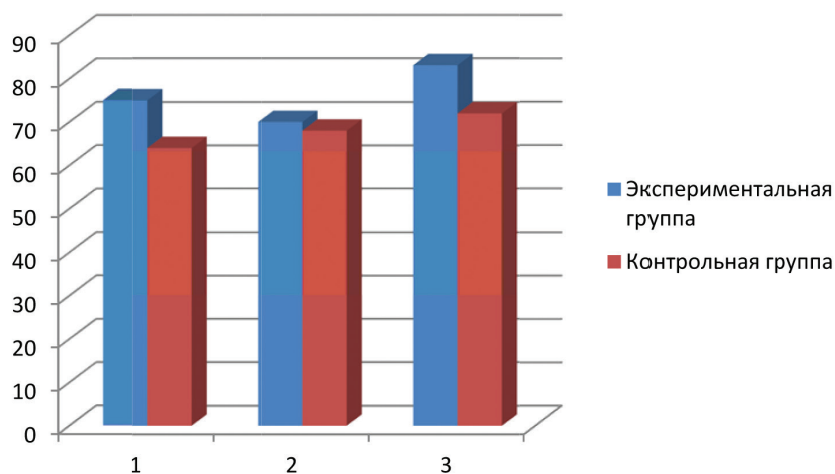


РИС. 2. РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТИРОВАНИЯ (СРЕДНИЙ БАЛЛ ПО ГРУППЕ) СТУДЕНТОВ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КОНТРОЛЬНОЙ ГРУПП ВО ВРЕМЯ ЗАНЯТИЙ (1, 2, 3) ПО ТЕМЕ «АНАЛИЗАТОРЫ»



РИС. 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ «АНАЛИЗАТОРЫ» В ИССЛЕДУЕМЫХ ГРУППАХ



Анализ итоговых оценок по теме «Анализаторы» (рис. 3) показал, что у студентов экспериментальной группы средний балл выше (76), чем у студентов контрольной группы (64).

Можно предположить, что повышение эффективности обучения обусловлено повышением мотивации студентов к обучению и интереса на овладение новыми знаниями, умениями и навыками при использовании активных методов обучения.

Следовательно, в результате использования активных методов в учебном процессе Воронежской государственной медицинской академии по курсу «Нормальная физиология» повысились эмоциональный отклик студентов на процесс познания и мотивация учебной деятельности, увеличился интерес к овладению новыми знаниями, умениями и навыками. При этом эффективность обучения также повысилась. Использование активных методов в курсе нормальной физиологии способствовало преодолению стереотипов в обучении, выработке новых подходов к профессиональным ситуациям и развитию творческих способностей студентов, что было отражено в развернутых ответах на вопросы итогового занятия и в нестандартных подходах к решению ситуационных задач.

Педагогика XXI века развивается под знаменем интерактивной модели обучения, в которой студент из объекта воздействия становится субъектом взаимодействия [4]. Интерактивное обучение, в полном соответствии со своим названием, основано на взаимодействии не только преподавателей и студентов, но и студентов друг с другом (все обучают каждого и каждый обучает всех). При этом трансляционная форма обучения заменяется диалоговой формой, основанной на взаимодействии и взаимопонимании. При этом активность педагога не доминирует над активностью студентов, а создает условия для их инициативы. При интерактивном обучении знания студент получает от преподавателя не в готовом виде, а в процессе собственной деятельности. Не менее важным является и другое свойство интерактивного обучения: происходит обмен знаниями, идеями, развивается способность критически мыслить, вести дискуссию, способность к взаимопониманию и взаимодействию, работе в коллективе при решении общих задач. В целом, это повышает коммуникабельность и интеллектуальную состоятельность студента. Среди различных форм интерактивного обучения наиболее органически вписывается в преподавание физиологии круглый стол с тематическими дискуссиями по реферативным докладам, обсуждение результатов опытов, решение ситуационных задач.

Таким образом, использование активных методов обучения необходимо умело сочетать с традиционными методами обучения для формирования у студентов профессиональных знаний, умений и навыков, а также для активизации их умственной и познавательной деятельности. Следует учитывать специфику содержания изучаемого предмета, задач подготовки специалиста, времени, особенностей состава студентов, наличие средств обучения и помнить о необходимости индивидуального подхода при составлении задач, упражнений и разработки сценария занятия в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зарукина Е.В. Активные методы обучения: рекомендации по разработке и применению: учеб.-метод. пособие / Е.В. Зарукина, Н. А. Логинова, М.М. Новик. - СПб.: - 2010. - 59 с.
2. Панфилова А.П. Игротехнический менеджмент / А.П.Панфилова. - СПб.: СПбИВЭСЭП «Знание». - 2003. - 68с.
3. Балаев А.А. Активные методы обучения / А. А. Балаев. М.: Высшая школа, 1986.-304 с.
4. Морозов А.В. Креативная педагогика и психология: Учеб. Пособие / А.В.Морозов, Д.В.Чернилевский. - М.: Академический проект. - 2004. - 46с.



Summary

Prospects of application of active learning methods in chair of normal physiology in medical university

E.V. Dorokhov, F.A. Shukurov*, V.A. Semiletova, V.N. Yakovlev, N.P. Gorbatenko

Voronezh State Medical Academy, Voronezh, Russia;

**Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan*

Development of active methods in the study of the physiology at reducing hours of classroom work requires more careful organization of extracurricular work with students on its dominant orientation mechanisms of physiological processes and their regulation. Work in classroom is desirable to use wider roundtables with thematic discussions on the abstract reports, discussion of experiments results, the decision of situational tasks. To provide an interactive pedagogy temporary resource should be possible to optimize the amount of information being studied with the release of the residual levels.

Key words: normal physiology, online training, professional thinking, information components

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Дорохов Евгений Владимирович –
заведующий кафедрой нормальной физиологии
Воронежской государственной медицинской
академии им. Н.Н. Бурденко;
Россия, г.Воронеж, ул. Студенческая, 10
E-mail: dorofov@mail.ru

Профессору Д.З. Зикирходжаеву – 65 лет

9 апреля 2014 года исполнилось 65 лет со дня рождения и 42 года врачебной, научной и педагогической деятельности Заслуженного деятеля науки и техники Республики Таджикистан, экс-директора Государственного учреждения «Онкологический научный центр», главного онколога МЗиСРН Республики Таджикистан, доктора медицинских наук, профессора кафедры онкологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино – Дилшода Зукировича Зикирходжаева.



Д.З. Зикирходжаев родился 9 апреля 1949 года. После окончания Таджикского государственного медицинского института (ТГМИ, ныне университет), в 1972 году был направлен хирургом-онкологом в г.Курган-Тюбе. В 1973 году он был переведён на работу в Республиканский клинический онкологический диспансер г.Душанбе; с 1975 по 1976 гг. – проходил ординатуру на кафедре онкологии ТГМИ, с 1977 года – ассистент той же кафедры. В 1979 году Зикирходжаев Д.З. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Рак лёгкого, впервые проявившийся метастазами» во Всесоюзном онкологическом научном центре (г.Москва).

В ноябре 1980 года он был переведён на должность главного врача Республиканского клинического онкологического диспансера (г.Душанбе). За небольшой промежуток времени он зарекомендовал себя как энергичный, целеустремлённый, настойчивый в выполнении планов руководитель, правильно понимающий задачи онкологической службы республики.

Как организатор здравоохранения, Д.З. Зикирходжаев внёс существенные изменения в структуру службы: организовал отделение АСУ, которое в последующем превратилось в Вычислительный центр Министерства здравоохранения, детское онкологическое отделение, иммунологическую лабораторию, специализированный ВТЭК для онкологических больных и др. В эти годы в клинике под руководством профессора Ахмедова Б.П. и Зикирходжаева Д.З. внедрены в повседневную практику онкологов технологии сложнейших операций на пищеводе, поджелудочной железе, печени и других органах грудной и брюшной полости.



Одновременно он продолжал преподавание онкологии в Таджикском государственном медицинском институте. Учитывая большие организаторские способности, высокий уровень профессиональных клинических знаний по онкологии, хорошую практическую подготовку, а также склонность к научным исследованиям, Зикиряходжаев Д.З. в 1984 году переведён на работу в Таджикский государственный медицинский институт и прикомандирован в качестве докторанта во Всесоюзный онкологический научный центр АМН СССР (г.Москва) для завершения работы над докторской диссертацией.

В 1987 году он успешно защитил докторскую диссертацию на тему «Нефробластома и нейробластома у детей. Клинико-иммунологическое исследование». В 1988 году Зикиряходжаев Д.З. был утверждён в звании доцента, а в 1989 году – в звании профессора по специальности «онкология».

Дилшод Зукирович Зикиряходжаев – крупный организатор здравоохранения и медицинской науки, высококвалифицированный педагог и хирург-онколог высшей категории. Много внимания он уделяет деятельности и развитию онкологической службы республики, работал деканом факультета усовершенствования врачей Таджикского государственного медицинского института с 1988 по 1991 гг.

В трудные для университета годы, он был назначен деканом лечебного факультета ТГМУ, который реорганизован в общемедицинский факультет. Зикиряходжаев Д.З. является одним из инициаторов принятия новой концепции подготовки медицинских кадров, приблизив её к мировым стандартам.

В 1992 году, при его активном участии, Общество онкологов Республики реорганизовано в Противоопухолевую Ассоциацию, президентом которой он был избран в 1993 году.

В 1994 году, благодаря активной научной деятельности профессора Зикиряходжаева, Республиканский Клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Таджикистан вошёл в состав Ассоциации директоров центров и институтов онкологии, рентгенологии и радиологии стран СНГ, а он сам является членом этой авторитетной организации, руководимой всемирно известным хирургом, академиком РАН Давыдовым М.И.

Профессор Зикиряходжаев Д.З. многие годы входил в состав членов Большого учёного совета Таджикского государственного медицинского университета им.Абуали ибни Сино. В течение нескольких лет он возглавлял Объединённую Республиканскую комиссию по хирургическим дисциплинам, где обсуждаются докторские и кандидатские диссертации, намечаются перспективные планы развития хирургической службы Республики Таджикистан. Он был председа-

телем диссертационного совета по специальностям «онкология, акушерство и гинекология» при ВАК Российской Федерации в ТГМУ им. Абуали ибни Сино; в 2001-2002 гг. – членом диссертационного совета по специальности «хирургия», куда входила и онкология.

Кафедра онкологии, возглавляемая профессором Зикиряходжаевым Д.З. в период с 1994 по 2007 гг., являлась одной из ведущих клинических кафедр ТГМУ, которая в течение многих лет активно изучает процессы генерализации злокачественных новообразований с использованием современных методов диагностики и лечения.

Профессор Зикиряходжаев Д.З. – автор более 280 печатных работ, посвящённых различным аспектам клинической онкологии, имеет 34 удостоверения на рацпредложения. Он является автором учебника по онкологии (1994), 8 монографий, посвящённых проблемам клинической онкологии, принимал активное участие в разработке 6 методических рекомендаций по вопросам диагностики и лечения онкологических заболеваний, преподавания онкологии в медицинских институтах, выпустил восемь сборников работ кафедры онкологии с международным участием. Под его редакцией в 2008 г. завершена работа над стандартами лечения злокачественных новообразований.

Зикиряходжаевым Д.З. подготовлено 3 доктора и 20 кандидатов медицинских наук. В настоящее время под его руководством завершаются ещё 4 докторских и 6 кандидатских диссертаций по онкологии.

Дилшод Зукирович – блестящий педагог, профессионал, который воспитал плеяду онкологов, имеет достойную школу. Ныне многие из его учеников работают в центрах СНГ, США, Австрии и других стран. Он имеет тесные деловые контакты с онкологами Европы и СНГ, многократно пропагандировал достижения онкологии Республики Таджикистан в США, Греции, Германии, Чехословакии, Польше, Японии, Австрии, Израиле, СНГ.

Следует особо отметить его научное сотрудничество с онкологами Российской Федерации. В последние десять лет его сотрудники опубликовали более 100 статей и тезисов совместно с коллегами из России. Ученики Д.З. Зикиряходжаева успешно трудятся в Санкт-Петербурге, Липецке, Воронеже, Москве и других городах Российской Федерации.

В 1994 году профессор Зикиряходжаев Д.З. избран действительным членом SIOP (Европейского общества детских онкологов). Также, он избран почётным академиком Международного академического общества (штаб-квартира Нью-Йорк) в 1998 году. Профессор Зикиряходжаев Д.З. является членом редакционных советов журнала «Вопросы онкологии»



(Россия) и научно-медицинского журнала «Вестник Авиценны» (Таджикистан).

Особое место в его жизни, как онколога-хирурга, организатора и идеолога онкологической службы, занимают годы реорганизации клинического центра в ГУ «Онкологический научный центр» МЗ РТ. Многолетние мечты онкологов республики нашли своё решение, благодаря кропотливому труду и неустанному стремлению профессора Зикиряходжаева Д.З. В сентябре 2006 года Республиканский клинический центр онкологии реорганизован в ГУ «Онкологический научный центр» МЗ РТ, директором которого был назначен Дилшод Зукирович. За короткий срок ему удалось вновь реанимировать всё лучшее, внедрить технологии операций на лёгких, пищеводе, желудке, поджелудочной железе, толстом кишечнике и др. Открыты иммуногистохимическая лаборатория, лаборатория по определению опухолевых маркёров, начаты профилактические осмотры населения. Получена государственная поддержка для проведения научных исследований по 10 проблемам онкологии, восстановлена консультативная помощь по регионам Республики Таджикистан.

Профессор Зикиряходжаев Д.З. – активный хирург, владеет техникой выполнения всех основных онкохирургических вмешательств, многие годы руководит отделением торакальной онкологии. Лейтмотивом трудов профессора Зикиряходжаева Д.З. является максимально бережное отношение к больному и принцип разумного радикализма при оперативных вмешательствах. В августе 1999 года ему было присвоено почётное звание «Заслуженный деятель науки и техники Республики Таджикистан». В 2000 году за активную медицинскую и общественную деятельность Зикиряходжаев Д.З. награждён Почётным дипломом Московского онкологического общества.

Профессор Зикиряходжаев Д.З. добрый и прекрасный семьянин, имеет 3 детей. Сын – Зикиряходжаев Азизжон Дилшодович – доктор медицинских наук, хирург-онколог, старший научный сотрудник Отделения опухолей молочных желёз Российского онкологического научного центра РАМН (г.Москва). Второй сын – Лазиз – окончил аспирантуру в МГИМО, кандидат юридических наук, работает главным юрисконсультом одной из ведущих российских компаний. Дочь – Дилафруз – юрист-магистр.

Дилшод Зукирович – талантливый учёный и хирург, человек мудрый и скромный, умный и доброжелательный, щедрый и бескорыстный, высочайших нравственных качеств, снискал огромный профессиональный авторитет своим самоотверженным трудом. Любовь его учителей и учеников, друзей, сотрудников, благодарность больных и их родственников делают его образцом для подражания.

Министерство здравоохранения
и социального развития населения
Республики Таджикистан,
Таджикский государственный медицинский
университет им. Абуали ибни Сино

ОТ РЕДАКЦИИ

Творческий коллектив научно-медицинского журнала «Паёми Сино» («Вестник Авиценны») искренне присоединяется ко всем поздравлениям в адрес юбиляра – члена редакционного совета нашего журнала, профессора Дилшода Зукировича Зикиряходжаева и желает ему отменного здоровья, неиссякаемой энергии, благополучия, успешной работы и дальнейшего творческого поиска.

Ваш жизненный путь является образцом беззаветного служения своему народу, отечественному здравоохранению и медицинской науке.



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 долевое 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 подписках.
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 29.05.2014 г. Подписано к печати 05.06.2014 г.
Печать офсетная. Бумага офсетная. Формат 60x84 1/8. 9,75 печатный лист
Заказ №63. Тираж 300 экз.

Отпечатано в типографии ООО «Континент.tj»
г. Душанбе, ул. Дехлави - 24