

ХИРУРГИЯ

ВОЗМОЖНОСТИ НАЗОЛАБИАЛЬНОГО ЛОСКУТА В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ЛИЦА

*У. А. Курбанов, З.И. Юнусова, А.А. Давлатов, С. М. Джанобилова
Кафедра хирургических болезней №2*

Введение. Форма и структура тканей, образующих лицевые структуры, в большой степени проявляют внешние особенности личности и особенно критично оцениваются как самим человеком, так и окружающими [1, 2]. Следовательно, дефекты и деформации лица ведут к сильным психоэмоциональным переживаниям пациентов с возникновением у них комплекса неполноценности и связанной с ним социальной дезадаптации. Такое состояние часто сопровождается также и функциональными расстройствами век, губ и крыльев носа. Устранение рубцовых деформаций и укрытие дефектов мягких тканей лица, возникающих в результате травм, ожогов, иссечения опухолей или врождённых аномалий, до сих пор считается актуальной и сложной проблемой в реконструктивной и пластической хирургии. Основными принципами последней являются восстановление формы и функции поражённого органа или области, по возможности, однотипными по структуре тканями и с минимальными повреждениями в донорской зоне. Таким требованиям на сегодняшний день больше всего отвечает множество разработанных способов местно-пластических операций [3-6]. В этом плане одним из способов местно-пластических операций является в частности, операция с перемещения назолабиального лоскута (НЛЛ).

Первые описания использования лоскутов из назолабиальной области для реконструкции носа найдены в древних индийских рукописях, созданных ещё за 700 лет до н.э. В конце XIX века появились первые сообщения об использовании НЛЛ для реконструкции дефектов полости рта [7]. В последующем различными авторами изучены особенности техники поднятия, области приращения и ангиоархитектоники кожи области назолабиальной складки.

Расположенный в архитектурном центре лица НЛЛ может быть использован для укрытия дефектов щёк, нижних век, частей носа (сторон и спинки носа, крыльев носа и колумеллы) и верхней губы [5,7]. Данный лоскут можно выкроить с двух сторон, т.е. билатерально; с одной стороны – унилатерально; на противоположной – контралатерально или на одноимённой стороне – ипсилатерально. J.P.Lassau с соавт. изучили анатомические особенности назолабиальной области, учёт которых позволяет корректно поднять искомый лоскут. Назолабиальный лоскут кровоснабжается за счёт ветвей a.angularis. Последняя является коллатеральной связью между a.facialis и a.nasalis. Авторы выделяют 5 типов кровоснабжения данной области [8]. В таблице 1 приведены данные о частоте встречаемости сосудистой архитектоники носогубной области, которые весьма важны для грамотного поднятия лоскута.

Таблица 1
Типы кровоснабжения назолабиальной области (по J.P.Lassau с соавт., 1991)

Тип кровоснабжения	Частота
Type I - "nasal"	78%
Type II - "classical"	4%
Type III - "intermediary"	10%
Type IV - "doubled"	6%
Type V - "small"	8%

Как видно из таблицы, чаще всего встречается Type I – “nasal”, при котором лицевая артерия кончается и переходит в наружную артерию носа у угла рта. Классический вариант кровоснабжения назолабиального лоскута, при котором конечный сегмент лицевой артерии простирается до угловой артерии, встречается реже всего – лишь в 4% случаев.

Большая мобильность НЛЛ обусловлена тем, что его можно поднять как на краниальной, так и на каудальной ножке в зависимости от места расположения дефекта или рубцовой деформации лица. В то же время лоскут характеризуется хорошей текстурой кожи и необходимой толщиной, отсутствием эстетического дефекта в донорской области.

В настоящем сообщении мы представляем наш опыт использования НЛЛ в реконструкции дефектов и деформаций различного генеза в разных частях лица и показать широкую возможность применения данного лоскута.

Цель исследования: изучение возможностей назолабиального лоскута для укрытия дефектов и устранение рубцовых деформаций различных участков лица.

Материалы и методы исследования. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой и грудной хирургии за период с 1996г по 2008г в нашей клинической практике перемещённый кожно-жировой НЛЛ для закрытия на лице дефектов посттравматического, послеоперационного и послеожогового характера использован у 23 пациентов. Мужчин было 8, женщин – 15. Возраст больных колебался от 7 до 57 лет и в среднем составлял 24 года. При этом нами проведены перемещения НЛЛ для замещения дефектов скуловой области в 3-х случаях, для реконструкции спинки и крыльев носа - в 7, для коррекции верхней губы, после иссечения посттравматических и послеожоговых стягивающих рубцов – в 5, для коррекции эктропиона – 8 случаях (табл. 2).

Таблица 2

Расположение дефектов лица, которые были укрыты назолабиальным лоскутом

№	Местоположение дефекта	Кол-во
1	Подглазничная область	8
2	Область носа	7
3	Область верхней губы	5
4	Скуловая область	3

Размеры дефектов варьировались от 6 до 1,5 см². Больные поступали в различные сроки после приобретения дефектов. Большинство их (17) поступило в плановом порядке. В экстренном порядке всего поступило 6 пациентов. В 9 случаях дефект имел место в правой половине лица, а в 14 - слева.

Техника поднятия НЛЛ. Подъём кожно-жирового лоскута осуществляли по стандартной методике: предварительно иссекали деформирующий рубец или опухоль в пределах здоровых тканей. Измеряли размер образовавшегося дефекта покровных тканей. После маркировки формы выкраиваемого лоскута нужных размеров в назолабиальной области с целью уменьшения кровотоковости выполняли инфильтрацию мягких тканей 1% раствором лидокаина с адреналином в соотношении 1:200000. Лоскут формировали в зависимости от размеров и локализации дефектов, с максимальным учётом возможных проблем в донорской зоне. При этом лоскут выкраивали на краниальной или каудальной, достаточно длинной ножке, что позволяло размещать его по отношению к дефекту средней части лица, расположенного в области наружного носа, подглазничной области или носогубного треугольника. Донорскую рану,

как правило, укрывали в первую очередь.

В 21 случае НЛЛ мобилизовали с одной стороны для укрытия дефекта, расположенного на этой же стороне лица (ипсилатерально). В одном случае при послеожоговом нижнем эктропионе ввиду невозможности формирования НЛЛ с одноимённой стороны (из-за наличия послеожоговых обширных рубцов) НЛЛ формировали с контралатеральной стороны. В одном случае при дефекте дистальной части наружного носа, для реконструкции последней одновременно выкроены назолабиальные лоскуты с обеих сторон.

Возможности и варианты перемещения НЛЛ можно продемонстрировать на следующих клинических примерах.

Клинический пример 1. Пациент О., 1981 года рождения, в 1999г. поступил в ОРПМХ с диагнозом врождённое отсутствие правого крыла носа (рис. 1 а, б). Данный дефект был ликвидирован применением НЛЛ.

На одноимённой стороне выкроили назолабиальный лоскут размерами 6х2см. С целью формирования внутренней и наружной выстилки крыла носа, в средней части лоскута произвели дезэпителизацию кожи в поперечном направлении шириной 3 мм. Проксимальным участком лоскута формировали внутреннюю выстилку недостающей части крыла носа, а дистальным участком – наружную. Таким образом, удалось сформировать отсутствующий участок правого крыла носа. Лоскут прижился первично. Эстетический результат был вполне удовлетворительным (рис. 1 в, г).



Рис. 1. Пациент О., до (а) и после операции (б)

Клинический пример 2. Пациентка Х., поступила в ОРПМХ в экстренном порядке

23.11.2003г. с дефектом тканей кончика, колумеллы и области правого крыла носа от укуса домашней собаки (рис. 2а, б). Под общим эндотрахеальным наркозом рана потерпевшей промыта обильным количеством мыльного раствора и антисептиков, затем проведено экзотомное иссечение оборванных краёв раны. Учитывая обширный дефект покровных тканей с оголением хрящей носа, дефект решили укрыть перемещённым НЛЛ. По ходу правой назолабиальной складки выкроен продолговатой формы кожно-жировой лоскут размером 6х2 см на краниальной ножке. На этом этапе проведена инъекция 2600 МЕ антирабического иммуноглобулина, половина которого введена в мягкие ткани вокруг ран, а другая половина - внутримышечно в ягодичцу. Лоскут перемещён на дефект и по окружности ушит узловыми кожными швами. Донорская рана ушита первично. После завершения операции проведена первая инъекция культуральной очищенной концентрированной антирабической вакцины (КОКАВ) 2,5 МЕ. Течение послеоперационного периода проходило гладко. Больная получала антибиотик широкого спектра действия, обезболивающие, противовоспалительные. Согласно схеме лечебно-профилактических прививок КОКАВ, убедившись в том, что в течение 10 дней наблюдения собака оставалась здоровой, дальнейшую вакцинацию прекратили. Перемещённый лоскут прижился. Больная на 11-е сутки в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное долечивание. Через 8 месяцев после операции на контрольном осмотре отмечен хороший отдалённый эстетический результат: прижившийся лоскут, рубцы оформленные, мягкие (рис. 2 в, г). Больная удовлетворена результатом хирургического лечения.



Рис. 2. Пациентка Х., после укуса собаки (а) и после операции (г)

Клинический пример 3. Пациентка Р. 7 лет, госпитализирована в плановом порядке через 4 месяца после укуса собаки. Наличие дефекта носа вызывало у девочки комплекс неполноценности, и она отказывалась учиться в школе. При осмотре обнаружен дефект кончика и правого крыла носа размерами 1,4 x 2,0 см. Рубцы в области носа были гипертрофированными (рис. 3 а, б). Для реконструкции носа возникла необходимость поднятия билатерального НЛЛ размерами 5,0 x 1,5 см на краниальной ножке. Лоскуты перемещены в медиальном направлении, правосторонний лоскут согнут, подобно сэндвичу, тем самым реконструировано правое крыло носа. Левый лоскут был использован в воссоздании кончика носа (рис. 3 в, г). Таким образом, удалось максимально восстановить эстетическую форму носа.



Рис. 3. Пациентка Р., до (а) и после операции (б)

Как видно на этих примерах, перемещение назолабиального лоскута на краниальной ножке, выкроенного на поражённой стороне носа без нанесения ощутимого ущерба донорской области, дало возможность реконструировать имеющийся дефект и обеспечить должную адаптацию лоскута с подлежащими и окружающими тканями в условиях сложного рельефа частей носа. К тому же, успешный опыт первичного воссоздания части лица, утраченной в результате укуса животного, позволяет шире использовать способ первичного укрытия дефектов лица при укушенных ранах.

Клинический пример 4. Больной Т. в течение 3 лет страдал хроническим конъюнктивитом вследствие посттравматического эктропиона левого нижнего века (рис. 4 а). Также отме-

чал эстетические неудобства в связи с рубцовой деформацией верхнего века. В 2003 г. поступил в ОРПМХ на оперативное лечение. Под общим обезболиванием иссечён стягивающий рубец наружного угла левой подглазничной области, дефект тканей который составил 3,3 x 2,2 см. По стандартной технологии выкроен унилатеральный, ипсилатеральный назолабиальный лоскут. Для устранения деформирующего рубца верхнего века левого глаза одновременно был выкроен надбровный ротационный лоскут. Лоскуты прижились первичным натяжением (рис. 4 б). Явления конъюнктивита под действием соответствующей терапии прекратились в течение первого месяца после операции, что связано с устранением главной причины, вызвавшей её, – эктропиона. Больной доволен результатом хирургического лечения.



Рис. 4. Пациент Т., до (а) и через 6 месяцев после операции (б)

Клинический пример 5. В ОРПМХ в июне 2004 года обратилась пациентка в возрасте 20 лет с послеожоговым эктропионом век правого глаза, алопецией правой половины головы и брови, деформацией правой половины лица (ожог кипятком). На момент осмотра у пациентки имелся выворот верхнего и нижнего век справа и обширные стягивающие рубцы окологлазничной и назолабиальной области правой половины лица (рис. 5. а).

В связи с этим применение ипсилатерального НЛЛ не представлялось возможным. В связи с этим нами разработан способ устранения эктропиона нижнего века контралатеральным НЛЛ (Удостоверение на рац.предложение № 3023-Р-238, выданное ТГМУ от 24.10.2004г.). После освобождения век от рубцовых сращений образовался дефект покровных тканей размерами 5x3 см.

Выкроен кожно-жировой контралатеральный назолабиальный лоскут размерами 8x3 см на краниальной ножке слева, в состав которой включена левая угловая артерия. Перемещением этого лоскута укрыт дефект подглазничной области (рис. 5, б). Донорская рана ушита путём приближения краёв раны в дистальной её части.

Однако проксимальная часть донорской раны, которая соответствовала спинке носа, из-за натяжения в пределах 1,5 x 1,5 см, как и дефект верхнего века укрыт полнослойным кожным трансплантатом (рис.5, в). Полнослойные кожные трансплантаты и перемещённый лоскут успешно прижились. В отдалённом послеоперационном периоде отмечается хорошая симметрия выреза глаз и отсутствие эктропиона (рис.5 г).



Рис. 5. Пациентка Я. до (а), во время (б, в) и после операции (г)

Как видно из этих двух случаев, рациональное применение назолабиального лоскута с индивидуальным учётом выкройки размеров и формы дефектов покровных тканей подглазничной области при их замещении, а при необходимости - сочетание данного лоскута с другими видами перемещённых кожно-жировых лоскутов или кожных аутотрансплантатов, позволяет освободить больных от комплекса неполноценности и улучшить качество их жизни.

Иссечение рубцовых деформаций, невусов и опухолей с устранением возникшего дефекта и восстановление контуров средней зоны лица с использованием ткани близлежащей области в виде перемещённого назолабиального лоскута, позволили добиться лучших результатов благодаря идентичности окраски и текстуры кожных покровов. Доказательством сказанному могут быть следующие примеры:

Клинический пример 6. Расположенное на видном месте – спинке носа, больше справа,

родимое пятно в виде географической карты (рис. 6 а, б), с неровными краями общей площадью 4 см² доставляло семилетней пациентке эстетические неудобства. Под общим обезболиванием на правой половине лица параллельно ходу носогубной складки выкроен продолговатый кожно-жировой лоскут длиной 4,0 см и шириной 1,5 см. Лоскут перемещён и уложен на образовавшийся дефект носа и фиксирован узловыми подкожными и кожными швами (рис. 6. в). Донорская рана закрыта без особого натяжения местными тканями путём наложения узловых кожных швов. Раны зажили первичным натяжением в течение 6-10 дней, лоскут прижился без признаков ишемии. На контрольном осмотре через 8 месяцев после операции, рубцы были оформленными и почти незаметными, контуры носа естественными (рис. 6. г).



Рис. 6. Пациентка Р., до (а), во время (б, в) и после операции (г)

Клинический пример 7. Пациентка М., 13 лет обратилась с жалобами на эстетическо-неприемлемый бородавчатый невус на широком основании на правом крыле носа, который медленно увеличивался в размере и выступал над окружающими тканями на 3 мм (рис. 7 а). После иссечения невуса выкроен ипсилатеральный НПЛ на каудальной ножке нужных размеров, перемещением которого укрыт образовавшийся дефект (рис. 7 б, в). Результат патогистологического исследования удалённой ткани: бородавчатый внутридермальный невус. Результат операции вполне удовлетворяет пациентку.

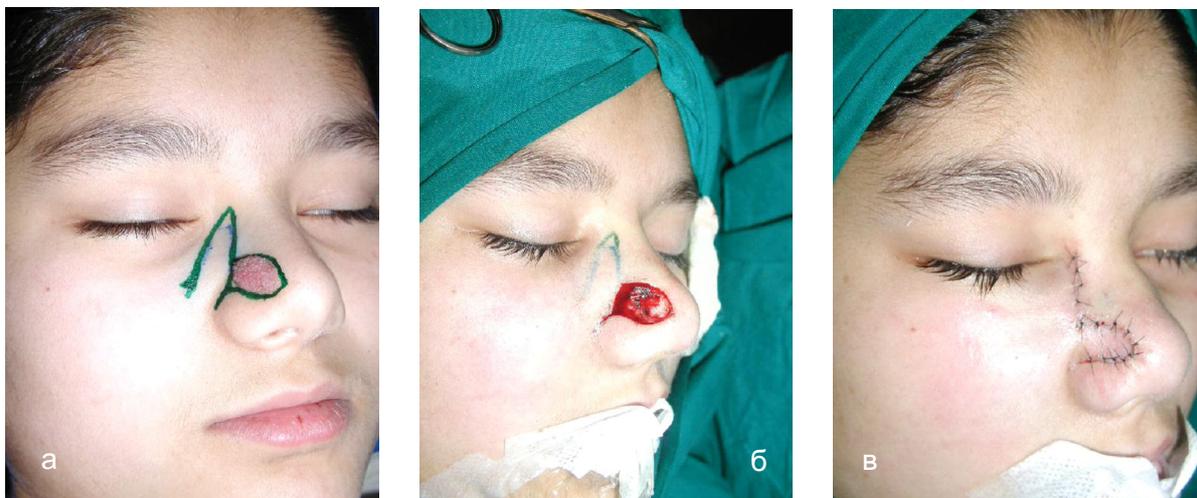


Рис. 7. Пациентка М. до (а), во время (б) и после завершения операции (в)

Клинический пример 8. Пациентка М. 17 лет поступила с жалобами на наличие посттравматического рубца верхней губы. Косой рубец размерами 1,4 x 0,2 см стягивал верхнюю губу, став причиной неполного смыкания губ (рис. 8 а).



Рис. 8. Пациентка М. до (а), во время (б, в) и после операции (г)

Хотя посттравматический рубец у пациентки образовался ещё в детстве, долгие годы она особо не беспокоилась, пока не встал вопрос о замужестве. Под общим обезболиванием рубец был иссечён, левая половина верхней губы освобождена от стягивающих спаек, дефект покровных тканей составил 1,6 см x 1,3 см (рис. 8 б). Для укрытия последнего выкроен левосторонний лоскут по носогубной складке. Донорская зона, соответствующая естественной складке лица, ушита без натяжения (рис. 8 в, г). Лоскут также прижился.

Результаты и их обсуждение. Ближайший послеоперационный период во всех случаях протекал гладко. У всех оперированных раны зажили первичным натяжением, нарушения кровообращения лоскута не было отмечено ни в одном случае. Наличие послеоперационных осложнений у оперированных нами пациентов не наблюдалось. Отдалённые результаты операций в сроках от 6 месяцев до 12 лет наблюдались нами у 21 оперированного больного. Во всех случаях достигнута поставленная перед операцией цель, и результаты вполне удовлетворяли пациентов. Необходимость в корригирующих вмешательствах ни у одного из наблюдавшихся не возникала. Через 3-4 месяца после операции практически у всех пациентов отмечается возвышение поверхности перемещённого лоскута над поверхностью окружающих тканей, которое оценено нами как преходящий лимфостаз тканей лоскута. Эти явления разрешались самостоятельно по мере созревания рубца, начиная с 6 месяцев до 8 месяцев после операции.

Как следует из вышеизложенного, НЛЛ нами применялся для укрытия дефектов различных участков лица. Этому способствовала большая мобильность лоскута, что позволяло укрыть дефекты покровных тканей в области крыла и спинки носа, нижних век, скуловой области и верхней губы. Ввиду этого мы считаем, что использование НЛЛ является оптимальным способом укрытия дефектов указанных выше локализаций. Такого же мнения придерживаются El-Marakby (2005) и Glat PM et al. (1998), которые считают НЛЛ идеально пригодным для укрытия малых и средних дефектов лица. Наряду с другими преимуществами лоскут легко удаётся поднять и не требуется дополнительного оснащения, что подчёркивается в работах большинства авторов [7, 9-11].

ВЫВОДЫ

Сфера использования назолабиального лоскута в реконструктивной хирургии средней части лица многогранна в зависимости от задач восстановления. Сторону, из которой будет выкроен носогубной лоскут, и направление его ножки, нужно подбирать тщательно, в зависимости от преимущественной локализации дефектов и деформаций, состояния соседних мягких тканей и площади образовавшегося дефекта покровных тканей. Проведённые реконструкции и замещения косметического дефекта эстетически важного участка тела данным лоскутом позволило добиться большего соответствия между естественными и восстановленными частями лица по сравнению с другими способами реконструкции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жан-Мак Субириан. Косметическая хирургия. – Изд-во «Феникс», Ростов-на-Дону, 1995
2. Пьер Хеден. Энциклопедия пластической хирургии. – М.: АСТ «Астрель», 2001. – С. 124-145
3. Юденич В.В., Гришкевич В.М. Руководство по реабилитации обожжённых – М.: Медицина, 1986
4. Eiju Uchinuma, Kiyoshi Matsui, Yasuhito Shimakura. Evaluation of the median forehead flap and the nasolabial flap in nasal reconstruction // Aesthetic plastic surgery. - 1997. – Vol. 21. – P. 86-89
5. Van Wijk M.P., Damen A., Nauta J.M. Reconstruction of the anterior floor of the mouth with the

- inferiorly based nasolabial flap // European journal plastic surgery. - 2000. – Vol. 23. – P. 200-203
6. Demir Y., Aktepe F., Ozcukurlu A. Trigeminal trophic syndrome: a case with alar ulceration// European journal plastic surgery. - 2002. – Vol. 25. – P. 38-40
7. Hamdy H. El-Marakby. The versatile naso-labial flaps in facial reconstruction // Journal of the Egyptian Nat. Cancer Instr. - 2005. - Vol. 17. - № 4, December. – P. 245-250
8. Guero S., Bastian D., Lassau J. P., Csukonyi Z. Anatomical basis of a new naso-labial island flap // Journal of clinical anatomy – Surgical radiologic anatomy. - 1991. – Vol. 13. – P. 265-270
9. Glat PM, Longaker MT, Jelks EB et all. Periorbital melanocytic lesions: excision and reconstruction in 40 patients.// Plastic and Reconstructive Surgery. – 1998. - Vol. 102(1), Jul. – P. 19-27
10. Yotsuyanagi T, Yamashita K, Urushidate S et all. Nasal reconstruction based on aesthetic subunits in Orientals // Plastic and Reconstructive Surgery. – 2000. – Vol. 106(1).- Jul. – P. 36-44
11. Weerda H. Kompendium plastisch-rekonstruktiver Eingriffe im Gesichtsbereich.- „ETHICON”.- Norderstedt.- 1992

ХУЛОСА

**Имкониятҳои флепи назолабиалӣ дар ҷарроҳии таҷдиди рӯй
У. А. Қурбанов, З.И. Юнусова, А.А. Давлатов, С.М. Чанобилова**

Дар мақола муаллифон таҷрибаи шахсии истифодаи флепи (васлаи) назолабиалиро (мансуб ба бинию лаб) барои рӯпӯши нуқсҳо ва бартараф кардани деформатсияи скарии мавзҳои гуногуни рӯй овардаанд. Дар ҳама ҳолатҳо, натиҷаҳои хуби ҳам вазоифӣ ва ҳам эстетикӣ дуртарин ба даст оварда шудааст. Барои тасдиқ намудани натиҷаҳои ба даст оварда як қатор мисолҳои сарирӣ бо аксҳои беморон пеш ва пас аз амалиёти ҷарроҳӣ оварда шудаанд. Натиҷаҳоро ҷамъбаст намуда муаллифон ба хулоса омаданд, ки васлаи назолабиалӣ дар ҷарроҳии таҷдиди рӯй аҳамияти калон ва нисбат ба дигар тарзҳои алтернативӣ бартариӣ зиёд дорад.

SUMMARY

POSSIBILITIES OF NASOLABIAL SCRAP AT RECONSTRUCTIVE FACE SURGERY

U.A. Kurbanov, Z.I. Yunusova, A.A. Davlatov, S.M. Janobilova

In the article the authors give own method of using nasolabial scrap for cover of defects and removal of scarred deformations of different face parts. In all cases good functional and aesthetic far-away results were received. Some clinical examples for the confirmation of the results were brought. The authors generalizing the results concluded that nasolabial scrap have big importance for reconstructive face surgery and preferred the other alternative methods.



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКИХ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ

И.В. Мосин, А.Б. Сангинов, А.А. Горохов, С.В. Шевчуков
Кафедра госпитальной хирургии №1 ГОУ ВПО Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

Введение. Идиопатический рубцовый стеноз трахеи (ИРСТ) – редкое заболевание неизвестной этиологии, приводящее к формированию циркулярного фиброзного стеноза преимущественно на уровне перстневидного хряща и первых двух трахеальных хрящевых полуколец. Разрастание фиброзной ткани вызывает сужение просвета трахеи от 5-7 до 2 мм, протяжённостью от 1 до 3 см.

Плотная, келоидного типа, с толстыми пучками эозинофильного коллагена, разделённого фибробластами, фиброзная ткань замещает собственную пластинку слизистой трахеи. При гистологическом исследовании ни кальцификации, ни оксификации не наблюдается. У некоторых больных выявляются участки пролиферации веретенообразных клеток. Железы слизистой могут быть замещены фиброзом. Лимфоцитов – небольшое количество. Хрящевые кольца остаются интактными, хотя иногда встречается незначительная деструкция хрящей, но гнойного секрета, гранулём, признаков эмпиемы или инородных частиц нет. Посевы на бактерии, микобактерии и грибы отрицательны. Также негативны аутоиммунные тесты на антитела.

Первое описание идиопатического стеноза подсвязочного пространства привёл Brandenburg в 1972 году [2]. Затем Navas et al (1984) и Maddaus et. al (1992) опубликовали ещё несколько таких наблюдений [7, 10]. В 1997 году Grillo et.al. сообщили о 49 больных с этим заболеванием и дали детальное описание данной патологии, её течения, результатов хирургического лечения [5]. Почти исключительно это были лица женского пола. Начальными симптомами являлись: одышка при физической нагрузке, переходящая в одышку в покое и стридорозное дыхание. Первоначально часто ошибочно, диагностировалась бронхиальная астма. Продолжительность симптомов до постановки окончательного диагноза колебалась от 4 месяцев до 15 лет, в среднем от 1 до 3 лет. В анамнезе отсутствовала интубация с длительной вентиляцией. Koufman (1991) считал гастроэзофагиальный рефлюкс причиной идиопатического стеноза трахеи. Другие авторы на основании анализа больших групп больных с данной патологией это не подтвердили [3, 5].

Диагноз устанавливался на основании бронхофиброскопии и компьютерной томографии, позволяющих выявить наличие, степень и протяжённость стеноза трахеи и подскладочного пространства.

Для диагностики ИРСТ необходимо исключение прежде всего всех известных причин развития рубцовых стенозов трахеи: постинтубационные, посттрахеостомические, травматические, включая ингаляционные, термические, радиационные поражения; специфические и неспецифические инфекции, в том числе туберкулёз, дифтерию, склерому; гранулематоз Вегенера и другие.

Недостаточно уточнённые особенности течения и прогноз заболевания послужили причиной различных подходов к лечению ИРСТ. Основным видом лечения некоторые авторы считают трахеогортанные резекции [1, 6], другие – бронхоскопические лазерные вмешательства [3, 8].

Материалы и методы исследования. У наблюдавшихся нами больных с ИРСТ стойкий лечебный эффект был достигнут с помощью как хирургических, так и бронхоскопических методов.

Больная М., возраст - 51 год, поступила 17.02.2003 г. в хирургическое торакальное отделение клиники госпитальной хирургии № 1 СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова с диагнозом: рубцовый стеноз гортани и верхней трети трахеи неясной этиологии. Трахеостома – больная в течение 4 лет, когда появилась одышка, затруднённое дыхания. Одышка вначале возникла при незначительной физической нагрузке, а затем и в покое. Диагностировалась бронхиальная астма, проводилось медикаментозное лечение без эффекта. В 2001 г. госпитализирована в Ленинградскую областную больницу. При бронхофиброскопии выявлен субкомпенсированный инфильтративный стеноз подскладочного пространства гортани и начального отдела трахеи. Биопсия – неспецифическое воспаление. При обследовании - системное поражение соединительной ткани, склерома и другие заболевания исключены. Выполнена трахеостомия. Антибактериальная и гормональная терапия не эффективны. Сформировался рубцовый стеноз указанной локализации. На протяжении 1,5 лет проводилось лечение с продольным рассечением трахеи и перстневидного хряща гортани и неоднократно с введением в трахею силиконовых Т-образных трубок на 3 и 6 месяцев, после удаления которых стеноз рецидивировал, что требовало сохранения трахеостомы. При поступлении состояние удовлетворительное. По данным бронхофиброскопии – утолщение, неровность слизистой и рубцовые изменения в гортани и верхней трети трахеи, трахеостомическое отверстие больших размеров, около 1,0 см, расположено на 1-2 полукольце. Ниже трахеостомы просвет трахеи сужен до 0,8 см со сближением боковых стенок. 18.03.2003 г. произведено ушивание трахеостомы, бужирование с расширением просвета трахеи до 5 мм. Повторная госпитализация 13.05.2003 г. в связи с появлением затруднённого дыхания. При бронхофиброскопии установлено рубцовое сужение начального отдела трахеи до 5 мм на протяжении 1,5 см с овально - треугольной формой просвета. Гортань ниже голосовых складок деформирована, в области перстневидного хряща щелевидный просвет диаметром 3 мм. Произведено бужирование стеноза трахеи и гортани с введением силиконовой трахеостомы и шейного стента диаметром 16 мм, длиной 26мм. Вновь госпитализирована 31.08.2003 г. в связи с повторным появлением затруднённого дыхания. Бронхоскопия – сужение просвета гортани над стентом до 3-5 мм, извлечение стента. При спиральной компьютерной томографии выявлено резкое сужение дистального отдела гортани до 3 мм с нарушением целостности передней пластины перстневидного хряща, сужение начального отдела трахеи до 6 мм на протяжении 3 см 8.10.2003 г. – операция: трахеогортанная резекция. Продольно-поперечный шейный разрез с рассечением рукоятки грудины. Рубцовая деформация шейного отдела трахеи и перстневидного хряща. Иссечение трахеи на протяжении рубцово изменённых полуколец и передней пластины перстневидного хряща. Анастомоз трахеи: спереди – со щитовидным хрящом гортани, на 2 мм ниже голосовых складок; сзади – с сохранённой задней частью перстневидного хряща, к которому адаптирована бронзовая стенка. В послеоперационном периоде наблюдался отёк голосовых складок, потребовавший трансназальной интубации в течение 4 суток. 31.10.2003 г. в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение. При осмотре через 3 года - дыхание свободное, одышки нет, бронхоскопически – просвет трахеогортанного анастомоза широкий, ровный, без воспалительных изменений. При спиральной компьютерной томографии сужения гортани и трахеи не выявлено.

Больная Б., возраст - 31 год, поступила в хирургическое торакальное отделение клиники госпитальной хирургии № 1 СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова с диагнозом: рубцовый стеноз подскладочного отдела гортани и верхней трети трахеи неясной этиологии 9.10.2001 г. Жалобы на кашель с мокротой, наличие трахеостомы. Больна в течение 9 лет, когда отметила сухость в полости носа, изменение голоса, диагностирован атрофический ринит, ларингит. Затем присоединилась одышка, боли в грудной клетке. В 1993 г. усилилась одышка, появился кашель с отхождением гнойных корок. Обследована в клинике г. Минска. При бронхофиброскопии установлено рубцовое сужение подскладочного пространства гортани, биопсия –

хроническое воспаление. Данных о склероме, гранулематозе Вегенера, заболевании соединительной ткани и других не выявлено. Проведено лечение ингаляциями, антибиотиками, гормонами. В 1998 г. усиление одышки, стеноз подскладочного пространства гортани трахеи стал более выраженным, выполнена трахеостомия. При поступлении состояние удовлетворительное. Дыхание через трахеостомическую трубку свободное. Бронхофиброскопия – слизистая гортани утолщена, розовая. Просвет трахеи над трахеостомой и дистальной части гортани концентрически сужен до 4 мм за счёт разрастания рубцовой ткани, протяжённость стеноза около 1,5 см. Трахеостома – на 2-3 полукольце трахеи. Ни в трахеостоме просветы трахеи и бронхов обычные. 18.10.2001 г.- бронхоскопия жёстким бронхоскопом под наркозом с инъекционной вентиляцией лёгких, крестообразная лазерная фотодеструкция рубцовой ткани с последующим бужированием и введением силиконовой Т-образной трубки. Повторное поступление 23.9.2002 г. Т-образная трубка извлечена. 7.10.2003 г. произведено ушивание трахеостомического отверстия. Бронхофиброскопия – стенозирование просвета трахеи и гортани отсутствует. При опросе через 2 года – дыхание свободное, одышка не беспокоит.

Обсуждение результатов. Приведённые наблюдения характеризуют особенности и возможности лечения различных вариантов ИРСТ. У больного М. до поступления в клинику лечение с применением трахеостомии и эндопротезирования проводилось на фоне активно текущего воспалительного процесса. Возможно в связи с этим наступило частичное разрушение перстневидного хряща и хрящевых полуколец трахеи с последующей рубцовой деформацией, оказавшее отягощающее влияние на течение заболевания. Радикальное лечение такого состояния оказалось возможным только в результате обширной трахеогортанной резекции, выполненной при отсутствии признаков активного воспаления. Отсутствие в течение 3 лет клинических и бронхоскопических признаков воспалительных изменений гортани и трахеи свидетельствует о том, что с помощью хирургического вмешательства достигнут стойкий лечебный эффект без сохранения активного воспалительного процесса и рецидивирования ИРСТ. Наблюдение также отражает возможности хирургического лечения ИРСТ при значительной протяжённости рубцовых изменений в трахее и гортани.

Больная Б. поступила на фоне отсутствия активного воспалительного процесса, вызвавшего формирование ИРСТ. Сохранение целостности хрящевого каркаса при ИРСТ создавало благоприятные условия для восстановления проходимости дыхательных путей. С помощью бронхоскопической лазерной фотодеструкции рубцовой ткани достигнуто устранение рубцового стеноза, а одновременно выполненное эндопротезирование обеспечило сохранение восстановленного просвета трахеи и гортани в процессе заживления и в отдалённые сроки.

Выводы. Таким образом, эффективными видами лечения ИРСТ являются как хирургические, так и бронхологические методы. При ИРСТ с разрушением хрящевых трахеальных полуколец и перстневидного хряща стойкий лечебный эффект достигается с помощью трахеогортанной резекции, несмотря на близость анастомоза к голосовым складкам. При сохранении целостности хрящевого каркаса трахеи и гортани возможно бронхоскопическое устранение рубцового стеноза с применением лазерного рассечения фиброзной ткани, бужирования и временного эндопротезирования силиконовым Т-образным стентом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Achiku SK, Kuzuku A, Grillo HC. Idiopathic laryngotracheal stenosis: effective definitive treatment with laryngotracheal resection. J.Thorac.Cardiovasc. Surg., 2004,127, 1, 99-105
2. Brandenburg J.H.: Idiopathic subglottic stenosis. Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol 76:1402, 1972
3. Dedo H.H, Catten M.D: Idiopathic progressive subglottic stenosis: Findings and treatment in 52

patients. Ann Otol Rhinol Laryngol 110:305, 2001

4. Grillo H.C: Primary reconstruction of airway after resection of subglottic laryngeal and upper tracheal stenosis. Ann Thorac Surg 33:3, 1982

5. Grillo H.C, Mathisen D.J, Wain J.C: Laryngotracheal resection and reconstruction for subglottic stenosis. Ann Thorac Surg 53:54, 1992

6. Grillo HC, Mark EJ, Mathisen DJ, Wain JC. Idiopathic laryngotracheal stenosis and its management. Ann. Thorac.Surg., 1993, 56, 1, 80-87

7. Havas T, Dodd M, Weldon B et. al: A case import of subglottic stenosis. Chest 1 Z J Surg 54:291, 1984

8. Jacobson I, Benjamin B, Eckstein R. Idiopathic subglottic stenosis: diagnosis and endoscopic laser treatment. Ann.Otol.Rhinol.Laryngol, 1997, 106, 6, 770-77

9. Koufman J.A: The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD). Laryngoscope 101 (Suppl 53): 1, 1991

10. Maddaus M.A, Toth J.L.R, Gullane P.J, Pearson F.G: Subglottic tracheal resection and synchronous laryngeal reconstruction. J. Thorac Cardiovasc Surg. 104:1443, 1992

ХУЛОСА

**Илочи чарроҳии тангшавии скарҳои идиопатии хирной
И.В. Мосин, А.Б. Сангинов, А.А. Горохов, С.В. Шевчуков**

Дар мақолаи мазкур ба масъалаҳои тангшавии скарҳои идиопатии хирной, ки ба ташкилбодии тангшавии мудаввари фиброзӣ бештар дар сатҳи тағояки ангуштаришакл ва ду нимҳалқаи аввали тағоякҳои хирной, ба илочи чарроҳӣ сабаб мешаванд равшанӣ андохта мешавад.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF IDIOPATHIC SCARRED STENOS OF TRACHEA

I.V. Mosin, A.B. Sanginov, A.A. Gorohov, S.V. Shevchukov

In the article the problems of idiopathic scarred stenosis of trachea causing forming of circular fiber stenosis on the level of ring-formed cartilage and the first two tracheal cartilage hemi-rings, and surgical treatment are discussed.

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛАНГИОГЕННЫЙ ПАНКРЕАТИТ

К.М. Курбонов, Н.М. Даминова, Х.Ю. Шарипов, Д.А. Абдуллоев

Кафедра хирургических болезней №1

Введение. В последние годы во всём мире наблюдается тенденция к увеличению частоты распространения хронических панкреатитов (ХП). Одним из ведущих этиологических факторов острого панкреатита, в том числе деструктивного, безусловно признаны заболевания жёлчных путей. Однако следует отметить, что ряд авторов [8,9] подвергают сомнению развитие ХП при заболеваниях жёлчных протоков, особенно после хирургических вмешательств, когда патологический процесс в поджелудочной железе очень редко приобретает хронический характер. Подобные сомнения не находят подтверждения в клинико-экспериментальных исследованиях российских [2,4-6] и зарубежных учёных [7].

В настоящее время с внедрением в клиническую практику современных технологий, окончательно установлено, что одним из этиологических факторов развития вторичного панкреатита являются заболевания жёлчных протоков вследствие микрохоледохолитиаза, папиллостеноза, а также тубулярного стеноза интрапанкреатической части общего жёлчного протока при первичном (алкогольном) панкреатите [1,3,4].

Цель исследования: улучшение диагностики и хирургического лечения хронического холангиогенного панкреатита.

Материалы и методы. Располагаем опытом комплексной диагностики и хирургического лечения 74 больных хроническим холангиогенным панкреатитом (ХХП), находившихся на лечении в клинике за последние 15 лет. Мужчин было 28 (37,8%), женщин 46 (62,2%). Возраст пациентов - от 28 до 84 лет. Следует отметить, что из 74 больных 46 (62,2%) страдали жёлчнокаменной болезнью в течение 5 - 10 лет и от предложенных оперативных вмешательств воздерживались, 12 больных ранее перенесли холецистэктомию. У 7 пациентов с ХХП причиной заболевания являлся первичный хронический панкреатит. Для диагностики ХХП больным проводили клинико-лабораторные, биохимические исследования, а также применяли инструментальные методы, включая УЗИ, КТ, МРТ.

Результаты и их обсуждение. Наличие ХХП в 89% случаев сопровождалось болевым синдромом, который был обусловлен затруднением оттока панкреатического сока с повышением внутрипротокового давления вследствие заболеваний жёлчных протоков, а также наличием воспаления в железе. Во всех наблюдениях (100%) определяли синдром билиарной гипертензии, клиническим проявлением которой являлась механическая желтуха и холангит.

Результаты клинико-лабораторных данных в 62% случаев показали наличие гипербилирубинемии, гипоальбуминемии, а также снижение показателей панкреатической секреции: объём секреции $122 \pm 8,3$ мл/г, концентрация бикарбонатов $42,4 \pm 7,4$ ммоль/л, уровень амилазы $90,6 \pm 12,4$ нкат/кг, липазы - $53,4 \pm 5,13$ нкат/кг. В некоторых случаях, особенно у больных ХХП, обусловленным стриктурой интрапанкреатической части общего жёлчного протока, наблюдалось повышение уровня АлАТ и АсАТ в сыворотке крови и щелочной фосфатазы.

Ведущее место в диагностике ХХП на сегодняшний день отводится инструментальным методам. УЗИ дали возможность в 94% случаев получить определённое представление о состоянии паренхимы и протоковой системы поджелудочной железы. При этом выделяли три типа эхограмм поджелудочной железы: однородный со значительно усиленной эхогенностью ($n=18$), с неоднородной структурой вследствие наличия отдельных эхосигналов повышенной интенсивности ($n=32$) и неоднородностью структуры разбросанными эхосигналами повышенной и умеренной интенсивности ($n=24$). Наряду с выявлением конкрементов в общем жёлчном протоке у больных с ХХП наблюдали неровности контуров поджелудочной железы, с увеличением её размеров и главного панкреатического протока как на всём протяжении ($n=24$), так и фрагментарно ($n=19$).

Возможности распознавания поражений поджелудочной железы при жёлчнокаменной болезни значительно расширились с внедрением компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ). Эти исследования эффективно использовали у 23 больных с ХХП.

В ряде случаев в наших наблюдениях решающее значение в диагностике ХХП отводилось эндоскопическим методам исследования и ЭРХПГ (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография). В 27 случаях, наряду с отёком, гиперемией слизистой двенадцатиперстной кишки у пациентов диагностировали наличие папиллостеноза. У 12 пациентов на ретроградных панкреатограммах выявляли малые признаки хронического панкреатита - небольшое увеличение главного панкреатического протока, его деформация, увеличение времени сброса контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку. Большие признаки хронического панкреатита наблюдали у 8 пациентов, и он характеризовался резкой дилатацией и кистозным расширением протока с симптомом «цепи озёр».

Хирургические вмешательства при ХХП были направлены на устранение патологических механизмов поражения поджелудочной железы путём удаления очага инфекции в жёлчном пузыре, санации инфицированных жёлчных протоков, освобождения устья главного панкреатического протока при его блокаде и предотвращения патологического билиарно-панкреатического рефлюкса (табл. 1).

Таблица 1

Характер оперативных вмешательств при хроническом холангиогенном панкреатите

Название операции	Кол-во	%	Осложнения
Холецистэктомия. Дренирование общего жёлчного протока по Холсте ду-Пиковскому	14	18,9	2
Холецистэктомия. Холедохолитотомия. Дренирование холедоха по Керу	10	13,5	2
Видеолапароскопическая холецистэктомия. Дренирование холедоха по Холстеду-Пиковскому.	8	10,8	1
Холецистэктомия. Холедохолитотомия с холедоходуоденостомией по Юрашу-Виноградову	6	8,2	-
Холецистэктомия. Холедохолитотомия с холедоходуоденостомией по методике клиники	4	5,4	-
Холецистэктомия. Трансдуоденальная литэкстрация с папиллосфинктеропластикой	4	5,4	2
Эндоскопическая литэкстрация с папиллосфинктеротомией	8	10,8	1
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия	2	2,7	-
Трансдуоденальная папиллосфинктеропластика	2	2,7	-
Холецистэктомия. Гепатикоюностомия на изолированной петле по Ру	9	12,1	-
Холецистэктомия с гепатикоюноанастомоз по усовершенствованной методике клиники	7	9,5	3
Всего	74	100	11

При ХХП у 14 больных при наличии конкрементов в жёлчном пузыре и инструментальных признаков поражения поджелудочной железы после холецистэктомии и ревизии магистральных жёлчных протоков и поджелудочной железы, операцию завершали дренированием холедоха по Холстеду - Пиковскому, а у 10 больных, при наличии у них ещё холедохолитиаза, холедохолитотомия дополнялась наружным дренированием общего жёлчного протока по Керу. Видеолапароскопическая холецистэктомия при ХХП была выполнена у 8 больных. Для исключения патологии гепатикохоледоха и поджелудочной железы выполняли субоперационную УЗИ-холангиографию с последующим дренированием холедоха наружу через пузырный проток.

Наличие обтурирующих и стенозирующих поражений магистральных жёлчных протоков и большого дуоденального сосочка, вызывающих гипертензию в жёлчевыводящей системе и способствующих развитию вторичного панкреатита являлось показанием к оперативному вмешательству у 42 больных.

Учитывая отрицательные стороны холедоходуоденостомии при лечении пациентов с ХХП (рецидивирующий рефлюкс-холангит, «синдром слепого мешка», дуоденит, дискинезия двенадцатиперстной кишки), данную операцию выполняли по строгим показаниям, в частности, при протяжённом стенозе дистального отдела общего жёлчного протока (n=7) и множественном литиазе вне-и внутривисцеральных жёлчных протоков (n=3), резком их расширении с утратой эластичности стенки гепатикохоледоха. Холедоходуоденостомию выполняли 10 пациентам, при том у 6 она формировалась по методике Юраша-Виноградова, у 4 - по методике клиники (патент РТ № 70 от 13.12.2006г.) с формированием арефлюксного клапанного холедоходуоденоанастомоза.

При наличии выраженных анатомических изменений в двенадцатиперстной кишке, нарушающих её проходимость, а также у больных с первичным хроническим панкреатитом с тубулярным стенозом панкреатической части общего жёлчного протока (n=12) выполняли гепатикоеюностомию с изолированной по Ру петлёй тощей кишки (n=9) по усовершенствованной методике (n=6) с включением двенадцатиперстной кишки. Преимуществом вышеуказанных операций являлось снижение опасности дегистивно-билиарного рефлюкса и послеоперационного восходящего холангита.

Следует подчеркнуть, что выполнение билиодегистивного анастомоза при первичном хроническом панкреатите предусматривало лишь воздействие на поражённую поджелудочную железу в расчёте на последующее восстановление свободного жёлчеоттока, и обратного развития патоморфологических изменений в железе. Однако результаты исследования показали, что из 7 больных у 6 патологический процесс в поджелудочной железе не только рецидивировал, но и прогрессировал, что потребовало повторных прямых вмешательств на поджелудочной железе.

Эндоскопические, трансдуоденальные вмешательства на большом дуоденальном сосочке выполнены у 10 больных, в 8 случаях они сопровождались литэкстракцией. Лишь в 6 случаях прибегали к трансдуоденальным вмешательствам на большом дуоденальном сосочке с литэкстракцией (n=4) лапаротомным доступом. В послеоперационном периоде у 16 больных наблюдались осложнения в виде: послеоперационного панкреатита (n=10), жёлчеистечения (n=2), подпечёночного абсцесса (n=2), несостоятельности швов анастомозов (n=2). Летальный исход имел место в 5 случаях.

Таким образом, диагностика и лечение ХХП до настоящего времени остаётся сложной и не до конца решённой проблемой и требует дальнейшего глубокого исследования.

ВЫВОДЫ

1. Причинами развития хронического холангиогенного панкреатита в 97,3% являются желчнокаменная болезнь и её осложнения, в 2,75 % случаев - первичный хронический панкреатит с обструкцией интروпанкреатической части холедоха.

2. Высокоинформативными методами ранней диагностики хронического холангиогенного панкреатита являются МРТ и ЭРХПГ.

3. При хроническом холангиогенном панкреатите, обусловленном заболеваниями жёлчных путей, патогенетически обоснованным методом лечения являются реконструктивно-восстановительные и декомпрессионные вмешательства на жёлчных протоках, которые в значительной степени улучшают функцию поджелудочной железы.

4. При первичном хроническом панкреатите, осложненном тубулярным стенозом и расширением главного панкреатического протока, эффективным методом лечения являются прямые вмешательства на поджелудочной железе с декомпрессией жёлчных путей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф. Диагностика и хирургическое лечение билиарного панкреатита Автореф. док. дисс. - СПб, 1988

2. Виноградов В.В., Базилевич Ф.В., Зима П.И., Денисенко В.И. Хирургическое лечение камней большого дуоденального сосочка // Хирургия -1985, -№1, -С.10-15

3. Данилов М.К., Фёдоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы -М- Медицина, 1995

4. Кузин М.И., Данилов М.В., Благовидов Д.Ф. Хронический панкреатит - М-Медицина, 1985

5. Милонов О.Б., Цацаниди К.П., Тимошин А.Д. и др. Роль эндоскопического исследования с ретроградным контрастированием желчных и панкреатических протоков у больных оперированных на желчных путях / Хирургия 1986 - №2, -С.48-56

6. Нестеренко Ю.А., Глабай В.А., Шаповальянц С.А. Хронический панкреатит, М., 2000

7. Hess W. Die chronische Pancreatitis - Berne Stuttgart - 1969 -267

8. Sarner M., Cotton P.B Classification of pancreatitis || Gut, 1984. - Vol. 25-P. 756-759

9. Warning H. The papilla chronic pancreatitis/hepato-gastroenterol-1986-Vol 35 -P. 165-169

ХУЛОСА

Илтиҳоби холангиогении музмини ғадуди зери меъда

К.М. Қурбонов, Н.М. Даминова, Х.Ю. Шарипов, Д.А. Абдуллоев

Натиҷаҳои таҷрибаи маҷмӯӣ ва ҷарроҳии 74 бемори гирифтори илтиҳоби холангиогении (аз талхароҳа сарзада) музмини ғадуди зери меъда таҳлил карда шудааст.

Муаллифон муайян намудаанд, ки муоинаи фавқусадой, МРТ, ЭРХПГ усулҳои нисбатан муносиби таҷрибаи ин беморӣ мебошанд. Ба андешаи муаллифон даҳолати барқарорсозӣ (тармимию таҷдидӣ) ва декомпрессию усулҳои аз нуқтаи назари патогенетикӣ асоснокӣ илочи ҷарроҳӣ ба шумор мераванд.

SUMMARY

CHRONIC CHOLANGIOGENIC PANCREATITIS

K.M. Kurbonov, N.M. Daminova, H.Yu. Sharipov, D.A. Abdulloev

In the work the results of complex diagnostics and surgical treatment of 74 patients with chronic cholangiogenic pancreatitis were analyzed. The authors achieved that the most informative methods of diagnostics are USI, MRT and ERPCG. Pathogenetically grounded methods of surgical treatment under the disease are reconstructive and decompressive operations on biliary ducts.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ И ПРОБЛЕМЫ ГИПОДИАГНОСТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ У ЖИТЕЛЕЙ ВЫСОКОГОРЬЯ

Ш.Ю. Юсупова, Н.С. Сафаров, А.Д. Рахмонов, Р.А. Зокиров
Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино;
Республиканский клинический центр эндокринологии

Введение. Проблема диагностики и лечения заболеваний органов эндокринной системы по-прежнему остаётся актуальной. Актуальность проблемы возрастает в связи с явной тенденцией к росту числа больных с патологиями эндокринной системы и её хирургических заболеваний (причины: стресс, экологический дисбаланс, радиация). В последние десятилетия сахарный диабет (СД) принял масштабы всемирной неинфекционной эпидемии. Показатель его распространённости каждые 10-15 лет удваивается. По данным ВОЗ, численность больных СД во всём мире в 2000 г. составила 160 млн. человек и предполагается, что к 2025 г. она превысит 350 млн. [7].

Больных эндемическим зобом в 1990г. на земном шаре насчитывалось около 200 млн., а в 1998г. количество их составило 740 млн. человек. В России количество больных зобом с каждым годом увеличивается и в настоящее время составляет 11-30% от общей популяции [3]. В Таджикистане к 2005г. показатель распространённости больных эндемическим зобом составил 1598,5 на 100 тыс. населения [4]. По г. Душанбе за 2006г. количество зарегистрированных больных с заболеваниями эндокринной системы достигло 12500 чел., с распространённостью 1909,2 на 100 тыс. населения, что составило 2,4% от населения города [8]. А количество больных сахарным диабетом (СД) составило 2815 чел. (430,6 на 100 тыс. населения). Частота поражений щитовидной железы, требующих хирургического вмешательства, по данным многих исследователей, в последние 10-15 лет заметно возросла [1, 2, 5, 6].

Истинная распространённость хирургических заболеваний эндокринной системы в Таджикистане до настоящего времени не изучена. Несмотря на ряд существенных успехов в области оказания специализированной помощи больным с эндокринной патологией, нет исследований, посвящённых совершенствованию работы службы эндокринной хирургии в специфичных региональных условиях. Таджикистан - горная страна, 93% территории которой заняты горными массивами; многие больные не обращаются за медицинской помощью из-за климатогеографических особенностей горных регионов (отдалённость поселений от крупных промышленных центров, труднодоступность дорог в осенне-зимний период времени и отсутствие подготовленных кадров).

Цель работы. Изучить распространённость хирургической патологии органов эндокринной системы в условиях высокогорья и разработать научно-обоснованные предложения по совершенствованию организации специализированной помощи.

Материалы и методы исследования. Эпидемиологические исследования распространённости хирургической патологии органов эндокринной системы (ХПОЭС) проводили в ГБАО: Хорог (2200м над ур.м), Шугнонский, Ванджский, Рушанский и Мургабский районы (3640 м над ур. моря)

Материалом для исследования заболеваемости по обращению и госпитализации явились данные поликлиник, стационаров ЦРБ Мургабского района, и областной больницы ГБАО, обслуживающих население в 202278 человек (мужчин 101930, женщин 100387). Изучение заболеваемости по данным обращаемости и госпитализации проводилось по среднегодовым данным за 5 лет (2002-2006гг.), что исключало возможность влияния случайных колебаний в некоторые периоды наблюдения.

Разработке подвергнут массив учётно-отчётных документов на 389 госпитализированных и 784 обратившихся в поликлиники Мургабской ЦРБ и областной больницы г. Хорога.

На первом этапе эпидемиологического исследования нами было изучено: число обращений в поликлинику и госпитализированная заболеваемость в ЦРБ Мургабского района с населением 14093 чел (муж. 7136, жен. 6955) за 2006г., в сравнении с заболеваемостью за 2002 г., а также в областную больницу ГБАО, обслуживающую население в 202278 чел. (муж - 101930, жен - 100387).

Второй этап эпидемиологического исследования включал проведение целевых осмотров населения Мургабского района бригадой специалистов в составе эндокринолога, хирурга, терапевта, акушера-гинеколога и врача-лаборанта, совместно с администрацией ЦРБ Мургабского района.

Результаты исследования и их обсуждение. На первом этапе исследования выявлено, что в 2002 г. структура заболеваемости населения Мургабского района была представлена лишь патологией щитовидной железы (смешанный эутиреоидный зоб). Было два обращения (жен-2, муж-0), что дало результат 13,06 на 100 тыс. населения. В 2006г. обращаемость населения по поводу ХПОЭС несколько выросла и состояла из заболеваний щитовидной железы - 13 чел. (жен.-12, муж-1.), что составив 92,2 0/0. Но при этом жители высокогорья обращались в поликлинику, в основном, по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы, беременности и т.д., а патология эндокринной системы выявлялась как сопутствующая.

Анализ структуры госпитализированной заболеваемости ХПОЭС за 5 лет выявил, что жители Мургабского района госпитализировались в основном, по поводу заболеваний щитовидной железы - 10 случаев (муж-0, жен-10), что составило 68,10/0, и 1 больной с осложнением сахарного диабета второго типа – синдромом диабетической стопы.

По ГБАО проведённый анализ госпитализированной заболеваемости населения Памира выявил в 2002г. 54 случая (муж-22, жен-32) хирургической патологии эндокринной системы (см .табл.1).

Таблица 1

Госпитализированная заболеваемость населения ГБАО за 2002 г.

№	Наименования заболеваний	Муж.	Жен.	Всего	На 100тыс. населения
1.	Заболевания половых желёз	16	20	36	17,8
2.	Заболевания щитовидной железы	3	9	12	5,9
3.	Синдром диабетической стопы	3	3	6	2,9
4.	Всего:	22	32	54	26,7

В 2006г. обращаемость за стационарной помощью населения ГБАО значительно увеличилась (см. табл. 2), составив 165 больных – 82,090/0). В структуре заболеваемости преобладавала патология щитовидной железы и заболевания половых желёз.

В целом, в ГБАО в структуре госпитализированной заболеваемости ХПОЭС по данным областной больницы, в течение 5 лет наблюдения преобладала патология щитовидной железы (смешанная форма зоба)-126 чел. Второе ранговое место заняли заболевания половых желёз, в том числе крипторхизм – 112 мальчиков в возрасте от 3 до 15 лет, и патологии яичников – 122 женщины. Третье место в структуре ХПОЭС занял синдром диабетической стопы - 26 чел. На четвёртом месте – заболевания надпочечников 3 больных (см. табл. 3).

Таблица 2

Госпитализированная заболеваемость населения ГБАО за 2006 г.

№	Наименования заболеваний	Муж.	Жен.	всего	На 100тыс. населения
1.	Заболевания щитовидной железы	46	47	93	46,27
2.	Заболевания половых желёз	21	39	60	29,8
3.	Синдром диабетической стопы	6	6	12	5,9
4.	Всего:	73	92	165	82,09

Таблица 3

Структура госпитализированной заболеваемости населения Памира за пять лет (2002- 2006гг.)

№	Наименования заболеваний	Муж.	Жен.	Всего	На 100тыс. населения
1.	Заболевания щитовидной железы	51	75	126	62,2
2.	Заболевания половых желёз	112	122	234	115,6
3.	Синдром диабетической стопы	13	13	26	12,8
4.	Заболевания надпочечников	1	2	3	1,5
5.	Всего:	177	212	389	192,3

Таким образом, анализ итогов обращений в поликлиники и стационары показывает, что структура госпитализированной заболеваемости населения ГБАО, несмотря на низкий уровень его обращения, в целом состоит из четырёх нозологий патологии органов эндокринной системы и имеется отчётливая тенденция к росту заболеваемости населения высокогорья патологией органов эндокринной системы, требующей хирургического лечения

На втором этапе эпидемиологического исследования проведены целевые осмотры 238 человек неорганизованного населения Мургабского района (муж. 27 (11,3%), жен. 180 (75,6%), из них дети до 14 лет - 31чел. (13%).

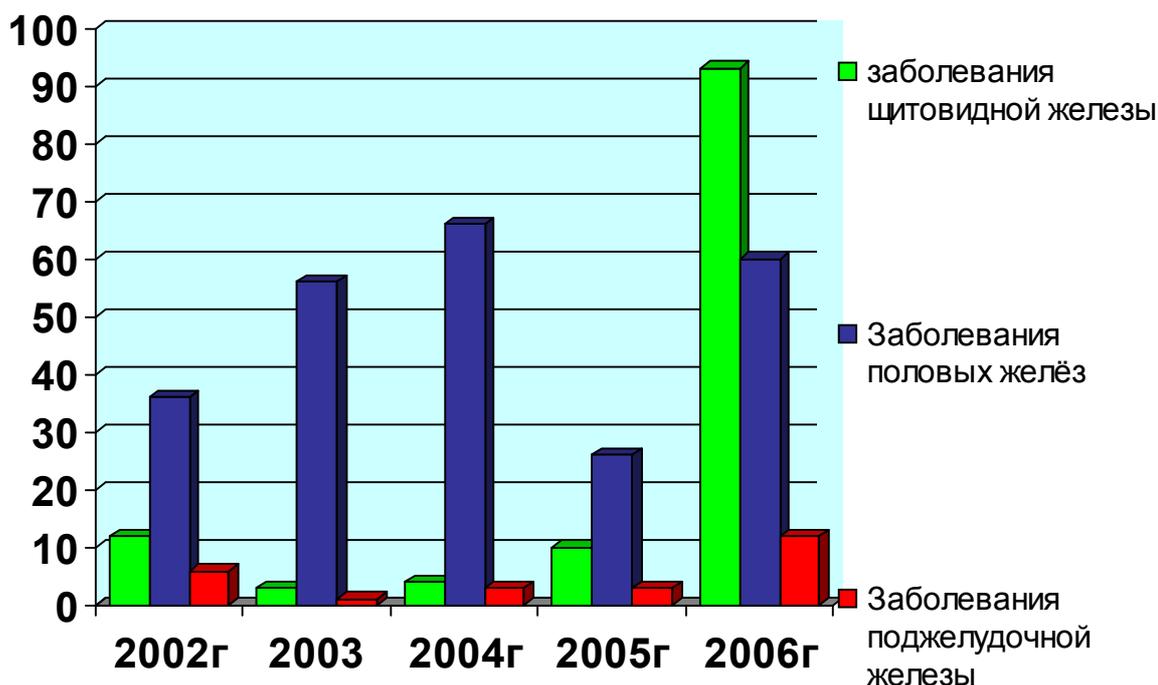
По результатам проведённых осмотров патология щитовидной железы выявлена у 68,9 % (164 чел) взрослого населения. Среди них больные с I ст. диффузного эндемического зоба составили 62,1 % - (102 чел), со II ст. зоба выявлены 50 чел. (30,4%), с III ст. - 6 чел. (3,6%). Диффузный токсический зоб выявлен у 3 чел.- (1,8%), у двух женщин (1,2%) выявлена узловая форма зоба.

Из 31 осмотренного ребёнка диффузный эндемический зоб выявлен в 23 случаях, что составило 74,1% от общего числа осмотренных детей высокогорья.

Больных с сахарным диабетом и его осложнениями было 18 чел. - (7,5% от общего числа

осмотренных). Синдром диабетической стопы выявлен у 7 больных с сахарным диабетом второго типа (2,9%). Среди осмотренного населения выявлено 6 человек (муж.-1, жен.-5) в возрасте 40-50 лет, страдающих патологическим ожирением 2-3 степени, и одна семья (муж, жена, четверо детей), страдающих фосфат диабетом по причине родственного брака (см. рис 1).

Рис. 1. Структура патологии органов эндокринной системы по данным госпитализации населения Памира



Представляло интерес сравнение полученных эпидемиологических данных с официальными статистическими показателями. Полученные эпидемиологические показатели превышали данные официальной статистики МЗ РТ в несколько раз, при этом хирургическая патология органов эндокринной системы в официальной статистике не фигурирует.

Анализ некоторых аспектов организационно - методической помощи и лечебной деятельности ЛПУ Мургабского района и областной больницы ГБАО позволил впервые оценить состояние материально-технической базы, кадрового потенциала и качества оказываемой эндокринологической помощи с учётом квалификации специалистов.

Полученные данные выявили недостатки и определённые достижения в организации и управлении, требующие проведения мероприятий, направленных на совершенствование структурно-функциональных организаций.

Данное исследование позволит в дальнейшем разработать план совершенствования специализированной помощи больным с хирургической патологией органов эндокринной системы, а также программу по дальнейшему изучению распространённости, раннего выявления и своевременного охвата специализированной помощью нуждающегося населения Таджикистана.

Заключение. Таким образом, проведённые в условиях высокогорья эпидемиологические исследования показывает, что причинами несвоевременной диагностики хирургических заболеваний эндокринной системы являются: неосведомлённость населения, отсутствие пла-

новых профилактических осмотров, а также отсутствие на местах специалистов, занимающихся патологией эндокринной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брейдо И.С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы /И.С. Брейдо. - 2-е изд., испр. и доп. - СПб.: Гиппократ, 1998
2. Винник Л.Ф. Превентивная амбулаторная хирургия очаговых тиреопатий /Л.Ф. Винник // Амбулаторная хирургия щитовидной железы: Мат. науч.-практ. конф. - СПб., 1999. - С. 19-20
3. Гринёва Е.Н. Дефицит йода /Е.Н. Гринёва //Мир медицины. - 1999. -№ 1-2.-С. 14
4. Здоровье населения и здравоохранение в Республике Таджикистан. Душанбе - 2007
5. Зографски С. Эндокринная хирургия / - София: Медицина и физкультура, 1977
6. Кириллов Ю.Б., Аристархов В.Г., Аристархов А.А. и др Опухоли щитовидной железы в Рязанской области. //Акт. пробл. современ. эндокринологии: Мат. IV Всерос. Конгр. эндокринологов. - СПб., 2001. -С. 310
7. Светухин А.М., Амирасланов Ю.А., Земляной А.Б. и др. Особенности нарушений системы гемостаза и их коррекция у больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы. Хирургия, 2006 г., №10, -С. 30-34
8. Юсупова Ш.Ю., Сафаров Н.С., Касымова С.Д. и др. Организационные формы оказания неотложной помощи больным с хирургическими заболеваниями органов эндокринной системы в крупных городах Таджикистана. Мат. II Городской научно-практической конференции с международным участием. Душанбе – 2007. -С. 43-44

ХУЛОСА

Муқоисаи сарири-вогири ва мушкилоти кам ташхис шудани этилоли ҷарроҳии системаи эндокринӣ дар сокинони баландкӯҳ

Ш.Ю. Юсупова, Н.С. Сафаров, А.Д. Раҳмонов, Р.А. Зокиров

Дар мақола иттилоъ дар бораи паҳншавии бемориҳои ҷарроҳии системаи эндокринӣ дар Тоҷикистон, дар бораи афзоиши баланди ин бемориҳо дар шароити баландкӯҳ дода шудааст, илова бар ин шарҳ ва таҳлили сабабҳои кам ташхис шудани этилоли системаи эндокринӣ дар шароити баландкӯҳ карда шудааст.

Тадқиқотҳои вогирии дар шароити баландкӯҳ гузаронидашуда нишон медиҳанд, ки сабабҳои ташхиси бемаҳали бемориҳои ҷарроҳии системаи эндокринӣ инҳо мебошанд: воқиф набудани аҳоли, набудани муоинаи пешгирии нақшавӣ, инчунин дар ҷойҳо набудани мутахассисоне, ки бо этилоли системаи эндокринӣ машғул ҳастанд.

SUMMARY

CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL PARALLELS AND PROBLEMS OF HYPODIAGNOSTICS OF SURGICAL PATHOLOGY OF ENDOCRINE SYSTEM IN HIGH ALTITUDE ABORIGINES

Sh.Yu. Yusupova, N.S. Safarov, A.D. Rahmonov, R.A. Zokirov

In the article the information about of the spreading of surgical diseases of endocrine system at Tajikistan, high level of the pathology at high altitude conditions was brought, and the review and the analysis of the oftenest causes of hypo-diagnostics of endocrine pathology at high altitude was made. Epidemiological investigations at high altitude show that the cause of mistaken diagnostics of surgical diseases of endocrine system are un-knowledge of the aborigines, the absence of planning prophylaxy and the specialists on endocrine pathologies.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА, ПОЛУЧАЮЩИХ ХИМИОТЕРАПИЮ

Д.З. Зикирходжаев, С.А. Бакиев, Р.З. Юлдошев, С.Р. Расулов
Государственное учреждение «Онкологический научный центр» МЗ РТ

Введение. Тошнота и рвота осложняют течение многих заболеваний, а тяжёлая рвота может быть опасна для жизни онкологического больного [2, 4, 6, 8]. Несмотря на прогресс, достигнутый за последние 20 лет, тошнота и рвота остаются серьёзной проблемой для пациентов, получающих цитостатическую терапию [7, 9, 10]. На основании результатов Консенсусной конференции, совместно с представителями ведущих международных организаций (ASCO, ESMO, MASCC, NCCN и др.), были выработаны рекомендации по проведению противорвотной терапии у больных, получающих цитостатическую терапию [5]. В зависимости от сроков и механизмов развития выделяют три основных типа тошноты и рвоты, которые могут развиваться у онкологических больных в период проведения химиотерапии [1, 3]: острая тошнота и рвота развиваются в первые 24 часа после введения цитостатиков (отличаются высокой интенсивностью, однако хорошо контролируются современной противорвотной терапией); отсроченная тошнота и рвота - возникают спустя 24 часа и более после введения цитостатиков, могут продолжаться несколько дней, но менее интенсивно по сравнению с острой (считается, что острая и отсроченная тошнота и рвота обусловлены воздействием биологически активных продуктов распада тканей на специфические «рвотные» рецепторы периферической и центральной нервной системы); рефрактерная рвота обычно определяется как рвота, наблюдающаяся, несмотря на использование адекватной противорвотной профилактики во время предшествующих циклов химиотерапии.

Цель исследования: проведение адекватной противорвотной профилактики и устранение риска возникновения острой рвоты у больных раком пищевода.

Материалы и методы исследования. В группу исследования включены 53 больных раком пищевода - 35 мужчин (66,04%) и 18 (33,96%) женщин, у которых развивалась острая рвота, независимо от степени эметогенности химиопрепарата. Большинство больных относилось к возрастной группе 60-69 лет - 19 (35,85%) мужчин и 7 (13,21%) женщин; в возрастной группе 50-59 лет было 12 (22,64%) больных - 7 (13,21%) мужчин и 5 (9,43%) женщин; 70-79 лет - 10 (21,73%) пациентов - 8 (15,09%) мужчин и 2 (3,77%) женщины; 4 (7,55%) больных были в возрасте 40-49 лет.

Анализ данных о морфологической структуре рака пищевода при развитии острой рвоты показал, что из 35 мужчин у 15 (28,3%) установлена аденокарцинома, у 9 (16,98%) - плоскоклеточный ороговевающий рак, а у 10 (18,87%) - плоскоклеточный неороговевающий рак. Только у одного больного не удалось дифференцировать морфологическую структуру опухоли. Заслуживает внимания частота плоскоклеточного ороговевающего рака у женщин - 9 (16,98%), на втором месте плоскоклеточный неороговевающий рак - 6 (11,32%). Аденокарцинома - 2 (3,77%) и недифференцированная опухоль - 1 (1,89%) занимают незначительное место.

С целью выбора адекватных методов терапии рака пищевода и прогнозирования их результатов, мы классифицировали пациентов по системе TNM (2005 г.) с учётом последних изменений, внесённых противораковым Союзом. Из 26 мужчин, больных раком пищевода и поступивших на лечение в клинику в T2 - стадии, у 11 (20,75%) в процессе химиотерапии развилась острая рвота. В T3 - стадии были 56 больных и у 21 (39,62%) констатирована острая рвота. Из 8 больных с T4 - стадией в 3 (5,66%) случаях развивалась острая рвота.

Эти показатели у женщин были следующими: T2 - стадия - 23 больных, из которых у 9 (16,98%) имела место острая рвота; из 16 пациенток с T3 - стадией у 8 (15,09%) была установлена острая рвота, а из 7 больных с T4 - стадией у 1 (1,89%) женщины развивалась

острая рвота.

Таким образом, чаще химиотерапия осложнялась острой рвотой у больных с T3 - стадией опухолевого процесса – 29 (54,71%), значительно реже - с T2 - стадией - 20 (37,73%), T4 - стадия развития опухолевого процесса была установлена у 4 (7,55%) пациентов с острой рвотой.

Особый клинический интерес представляют нарушения механизма развития тошноты и рвоты у больных со II-III степенью дисфагии. Механическое препятствие - опухоль в просвете пищевода - значительно затрудняло эвакуацию содержимого из желудка, и больные мучительно переносили острую рвоту. У 1 (1,89%) больного с острой рвотой отмечалась дисфагия I степени, у 40 (75,47%) пациентов – II степень, у 9 (16,98%) – III степень, у 3 (5,66%) пациентов – IV степень.

Схемы химиотерапии, применяемые нами, относятся к высокоэметогенным, где риск развития рвоты, при её проведении без адекватной противорвотной терапии составляет более 90%. Другие схемы, содержащие препараты доксорубицин и гемзар, являются среднеэметогенными, где риск развития рвоты без адекватной профилактической терапии составляет от 30 до 90%.

В связи с вышеуказанным и появлением новых поколений антиэметиков, мы сочли крайне необходимым поиск адекватных профилактических мер для наших больных до, в процессе и после химиотерапии. С этой целью мы провели профилактическую терапию 36 больным раком пищевода, которые имели характеристики (клинико-морфологические, стадийные, по локализации, возрастно-половые), идентичные характеристикам 53 пациентов, испытывающих острую рвоту после рутинной подготовки к химиотерапии.

Решающую роль при разработке алгоритма профилактики играли антагонисты рецепторов серотонина (антагонисты 5-HT₃ рецепторов и антагонисты NK-1 рецепторов). Несмотря на то, что в литературе имеется множество рекомендаций по профилактике острой рвоты, мы отмечали явный недостаток информации, учитывающей особенности клинического течения рака пищевода и его роли (участия) в механизме рвоты и тошноты.

Спорным остаётся выбор оптимальной дозы дексаметазона для использования в комбинации с антагонистами 5-HT₃ рецепторов у пациентов, получающих цисплатин. Мы считаем, что доза дексаметазона от 4 до 8 мг перед проведением химиотерапии недостаточна. Поэтому мы рекомендовали введение до 20 мг дексаметазона перед проведением химиотерапии, что показало наибольшую эффективность. Но при одновременном использовании с апрепитантом дозу дексаметазона мы снижали до 12 мг. Все 36 больные получали высокоэметогенную химиотерапию по схеме: цисплатин – 75-100 мг/м², в/в, 1 день; 5-фторурацил – 1000 мг/м² в/в с 1 по 4 дни. Курсы повторяли каждые 28 дней.

Профилактическую подготовку больных мы начинали за 2 суток до химиотерапии, объяснив пациентам её осложнения, которые могут создать проблему в ближайшие сутки после лечения.

По разработанному нами алгоритму профилактику проводили с учётом особенностей клинического течения рака пищевода, его локализации, морфологии опухоли, степени дисфагии, анорексии и других осложнений, сопутствующих заболеванию (см. табл.).

Результаты и их обсуждение. В результате проведения профилактики только у 17 (47,22%) из 36 пациентов наступила острая рвота, которая была купирована в процессе химиотерапии.

В результате проведения адекватной профилактики больным раком пищевода у 36 пациентов мы получили обнадеживающие результаты. Так, из 36 больных только у 7 (19,44%) в процессе первого курса химиотерапии (в течение 24 часов) наблюдалась острая рвота. Самое главное то, что после первого курса химиотерапии противорвотный эффект был достигнут у 80,6% больных, получавших адекватную профилактику по алгоритму, разработанному нами. Сочетание Зофрана с дексаметазоном или Эметрона с дексаметазоном является це-

лесообразным, так как больные после получения первого курса химиотерапии без особых осложнений со стороны крови, ЖКТ и др. подходят ко второму курсу лекарственного лечения. После проведения химиотерапии больные находились под контролем в течение 24 часов, при этом мы регистрировали отсутствие тошноты и рвоты у 78,2%, а через 48 часов – у 58% пациентов. Остальные больные отмечали транзиторную тошноту, которая проходила самостоятельно.

Таблица

Алгоритм профилактики острой тошноты и рвоты у больных раком пищевода, получающих высокоэметогенную химиотерапию

<i>Препарат</i>	<i>Дозы и способы введения</i>	<i>Примечание</i>
Раствор глюкозы 5%	400,0 мл, в/в	При сопутствующих заболеваниях больные продолжают терапию, рекомендованную терапевтом, кардиологом и другими специалистами.
Аскорбиновая кислота 5%	10,0 мл, в/в,	
Панангин	10,0 мг	
Инсулин	4 ед., в/в	
Китрил (Гранисетрон) или	1мг (0,01 мг/кг), в/в, или per os до 2 мг	за 15-20 мин до химиотерапии Доза препарата может изменяться в зависимости от интенсивности рвоты
Ондансетрон (Зофран) или	8 мг (0,15 мг/кг), в/в, или per os до 16 мг	
Новобан (Тронисетрон)	5 мг, в/в, или 5 мг per os	
Дексаметазон	20,0 мг, в/в	За 15-20 мин до химиотерапии
Далее проводится химиотерапия		
После химиотерапии продолжать сопроводительную терапию.		
Гемодез	200,0, в/в	
Димедрол 1%	2,0 в/м	
Церукал	2,0 в/м	При тошноте

По нашим данным, все препараты группы 5-НТЗ-рецепторов обладают минимумом побочных эффектов, что во многом обусловлено высокой специфичностью их действия. Это особенно важно при применении антиэметиков данной группы у пожилых и соматически ослабленных пациентов, так как отсутствует воздействие на «смежные» рецепторы, что позволяет избегать лекарственной индукции нежелательных сердечных и сосудистых побочных реакций.

Выводы. Таким образом, применение адекватной профилактической сопроводительной терапии способно не только устранять риск возникновения острой рвоты у больных раком пищевода, но и улучшать качество жизни пациентов, а в ряде случаев увеличивать и её про-

должительность. Целенаправленную профилактику острой рвоты рекомендуем начинать до начала первого курса высокоэметогенной химиотерапии, что способствует резкому сокращению риска возникновения отсроченной и рефрактерной тошноты и рвоты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жуков Н.В. Маммология, 2006, № 3, -С. 60-61
2. Ивашкин В.Т., Шульпекова Ю.О. Русский медицинский журнал, 2001, т. 3, № 1, -С. 21-26
3. Птушкин В.В. Современная онкология, 2003, -С. 24-25
4. Яковенко Э.П., Григорьев П.Я., Агафонова Н.А., Яковенко А.В., Прянишникова А.С., и др. – Фарматека, 2005, № 1, -С. 62-74
5. Antiemetic Subcommittee of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) Medical Oncology Division, Silvestrini Hospital, Perugia, Italy - Ann. Oncol., 2006, V. 17, p. 20-28
6. Chak A., Faulex A., Eng Ch., Grady W., Kinnard M., Ochs-Balcom H., Falk G. – Cancer, 2006, V. 107, No 9, p. 2112-2115
7. La Monte S. – Cancer, 2006, V. 107, No 6, p. 1205-1206
8. Malarsrie S.Ch., Hofstetter W.L., Correa A.M., Ajani J.A., et al. – Cancer, 2006, V. 107, No 5, p. 967-974
9. Montgomery G.H., Bovbjerg D.H. - Ann. Behav. Med., 2003, V. 25, p. 48-54
10. Takimoto C.H., Calvo E. Principles of oncologic pharmacotherapy. - Cancer Management. A multidisciplinary approach. – 9th Ed. – Eds. R. Pazdir, W. Hoskins, L.R. Coia, L.D. Wagman, 2005, p. 23-42

ХУЛОСА

Пешгирии дилбеҳузурии шадид ва қайқунӣ дар беморони саратони сурхрӯда дар рафти химиотерапия

Д.З.Зикирҷоҳаев, С.А.Боқиев, Р.З.Юлдошев, С.Р.Расулов

Бо вучуди пешрафтҳои, ки дар давоми 20 соли охир дар соҳаи тиб ба даст омадаанд дилбеҳузурӣ ва қайқунӣ барои бемороне, ки табобати ситостатикӣ мегиранд ҳамчун мушкили ҷиддӣ боқӣ мондааст.

Муаллифон алгоритми (нақшаи) оригиналии пешгирии дилбеҳузурӣ ва қайқуниро кор карда баромаданд.

Табобати дурусти профилактикӣ дар рафти ин усул на танҳо хавфи пайдоиши қайқунии шадидро дар беморони саратони сурхрӯда бартараф месозад, балки сифати зиндагиро беҳтар ва дар баъзе мавридҳо давомнокии умри беморонро зиёд менамояд.

SUMMARY

PROPHYLAXY OF ACUTE NAUSEA AND VOMITING IN THE PATIENTS WITH ESOPHAGUS CANCER UNDER CHEMOTHERAPY

D.Z. Zikiryojoev, S.A. Bakiev, R.Z. Yuldoshev, S.R. Raculov

In spite of the progress in 20 last years, nausea and vomiting remain serious problem for patients receiving cytostatic therapy. Adequate prophylactic accompanying therapy may not only remove the risk of rising acute nausea and vomiting in the patients with esophagus cancer, but also improve of life quality, and in some cases increase the length of life.



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСПЛАЗИЙ И НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Ф.Н. Каримова
Кафедра онкологии

Введение. Рак шейки матки (РШМ) остаётся одним из самых распространённых злокачественных заболеваний репродуктивной сферы у женщин. По данным L.G. Koss дисплазии и преинвазивный рак являются обязательными этапами малигнизации плоского эпителия шейки матки. В связи с этим большое значение приобретает дифференциальная диагностика и лечение дисплазии и преинвазивного рака шейки матки.

Дифференциальная диагностика выраженной дисплазии и начальных форм РШМ нередко вызывает затруднения. Успех лечения РШМ зависит от своевременности выявления доклинических и клинических форм заболевания. Первым этапом в диагностике данных состояний является цитологический скрининг. В случае выявления патологических изменений возникает необходимость применения диагностических методов, среди которых особую роль играет кольпоскопия, которая позволяет диагностировать предопухолевые состояния, уточнить локализацию и распространённость патологического процесса, дифференцировать изменения, происходящие в эпителии шейки матки (2,4). Окончательный клинический диагноз можно установить лишь после гистологического исследования эпителия шейки матки.

Следует отметить, что дисплазия многослойного плоского эпителия, преинвазивный рак, микроинвазивный РШМ не имеют характерной клинической картины.

Дисплазия - это атипия эпителия шейки матки с нарушением слоистости, но без вовлечения в процесс поверхностного слоя стромы. Она характеризуется интенсивной пролиферацией атипических клеток с нарушением нормального расположения слоёв эпителия шейки матки.

Дисплазия обнаруживается со значительно большей частотой в плоском эпителии эктоцервикса, чем в цервикальном канале. При лёгкой дисплазии происходит умеренная пролиферация нижних слоёв эпителия базальных и парабазальных клеток, захватывающая 1/3 толщи эпителиального пласта.

При умеренной дисплазии определяются более глубокие патологические изменения, включающие половину эпителиального покрова шейки матки. Резко выраженная или тяжёлая дисплазия характеризуется поражением более 2/3 эпителиального пласта со значительной пролиферацией клеток базального и парабазального слоёв, появлением гиперхромных клеток, увеличением ядер.

Преинвазивный рак (преинвазивная карцинома, внутриэпителиальный рак, carcinoma in situ) характеризуется морфологической картиной, когда весь покровный эпителий состоит из клеток различной степени атипии, в том числе, не отличающихся от раковых, но без признаков инфильтративного роста. Выделяют преинвазивный рак плоского и железистого эпителия; последний возникает из переходного эпителия и называется аденокарциномой in situ (7). У больных в возрасте до 40 лет чаще поражается влагалищная часть шейки матки, после 45 лет — шейный канал.

С 1970-х годов применяется классификация Richart (1968), согласно которой все патологические процессы предзлокачественного характера формулируются как «цервикальная интраэпителиальная неоплазия» — CIN. При этом виды поражений, ведущие к инвазивной карциноме (дисплазия, carcinoma in situ), рассматриваются как единый процесс, своевременное лечение которого предотвращает развитие инвазивного рака. CIN I соответствует слабой дисплазии, CIN II — умеренной дисплазии, CIN III — тяжёлой дисплазии и преинвазивному раку.

В 90-х годах введена новая терминология (9), которая рассматривает вышеупомянутые

процессы как «плоскоклеточные интраэпителиальные поражения» (squamous intraepithelial lesion — SIL). SIL низкой степени (LSIL) является эквивалентом слабой дисплазии (CIN I) и характеризуется наличием диплоидных или полиплоидных образований, а также других патологических состояний шейки матки, при которых обнаружен вирус папилломы человека (HPV) с низким онкогенным риском (типы 6, 11, 42, 43, 44). SIL высокой степени (HSIL) соответствует умеренной (CIN II), тяжёлой дисплазии и преинвазивному раку (CIN III). Эти образования обычно анеуплоидные, содержат HPV со средним и высоким онкогенным риском (соответственно типы 31, 33, 35, 51, 58 и 16, 18, 45, 56), характеризуются склонностью к прогрессированию в инвазивную карциному.

Микроинвазивный рак - это ещё относительно компенсированная и мало агрессивная форма опухоли. По предположению исследователей, Ia стадия рака шейки матки была разделена на две группы: с глубиной инвазии до 1 мм и 2-3 мм. Причиной редкого лимфогенного метастазирования микроинвазивного рака является наличие лимфоплазмозитарной инфильтрации, которая препятствует или ограничивает рост и распространение процесса. При инвазии более 3 мм лимфоплазмозитарная инфильтрация стромы уменьшается, что сопровождается более частым метастазированием. Установленные факты особенностей распространения микроинвазивного рака послужили основанием для выполнения щадящих и органосохраняющих операций.

Эта форма рака обусловлена его локализацией (в экзоцервиксе преобладает плоскоклеточный рак, в эндоцервиксе чаще встречается аденокарцинома) и гистотипом преинвазивного рака, который прогрессирует в инвазивную форму. Исходя из этого, плоскоклеточный рак делится на 2 формы: ороговевающий и неороговевающий. Менее благоприятным клиническим течением отличается аденокарцинома и низкодифференцированный рак шейки матки

Целью настоящего исследования является сравнительное изучение клинических и морфологических параметров ранних этапов рака шейки матки и предшествующих ему состояний.

Материалы и методы исследования. Нами проведено обследование 86 больных с различными формами предопухолевых и опухолевых заболеваний шейки матки.

Клиническое обследование включало изучение анамнеза, жалоб больных, осмотр, проведение кольпоскопии, цитологическое и гистологическое исследование. Обследование на наличие заболеваний, передающихся половым путём и, в частности, на наличие вирусной инфекции (ПЦР для выявления типа папилломовируса человека).

Все пациентки из различных регионов республики с подозрением на наличие онкопатологии шейки матки были направлены на обследование в поликлинику ОНЦ МЗ РТ.

Результаты и их обсуждение. У 18 больных выявлена псевдоэрозия шейки матки, у 26 больных - дисплазия лёгкой степени, у 19 – дисплазия тяжёлой степени, у 9 – преинвазивный рак шейки матки, у 14 – микроинвазивный РШМ.

Средний возраст больных с дисплазиями шейки матки составил 34,4 года, при микроинвазивном раке - 38,2.

Анализ сопутствующей экстрагенитальной патологии выявил высокий инфекционный индекс в обеих группах обследуемых женщин, что косвенно свидетельствует о низкой иммунной защите организма. Среди экстрагенитальной патологии наиболее часто встречались хронические воспалительные процессы: хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, дисбактериоз кишечника, хронические тонзиллиты, заболевания щитовидной железы.

Менструальная функция обследованных больных соответствовала возрасту и межгрупповых различий не представляла.

В развитии злокачественных процессов шейки матки большинство авторов придают важное значение раннему началу половой жизни (1.5). Начало половой жизни до 18 лет было выявлено у 56,3% исследуемых женщин. При исследовании паритета было выявлено, что большинство пациенток (73,4%) имели в анамнезе 3 и более родов. Этот показатель в обеих

группах был идентичным.

Почти у всех больных с дисплазиями были либо выявлены воспалительные заболевания гениталий, либо они были направлены после проведённого противовоспалительного лечения. У 38,1% больных с дисплазиями шейки матки и 17% с раком шейки матки было выявлено наличие какой-либо урогенитальной инфекции (хламидиоз, цитомегаловирусная инфекция, вирус герпеса, папилломовирусная инфекция), а по данным анамнеза 17,2% лечились по поводу урогенитальной инфекции.

У 13 больных была произведена ПЦР на наличие вируса папилломы человека, из них у 9 был обнаружен вирус типа 16 и 18, что считается неблагоприятным фактором прогноза, т.к. вирусы этих генотипов относятся к высокоонкогенным.

Многие авторы придерживаются мысли о том, что начальный инвазивный РШМ - это пре-клиническая форма опухолевого процесса, который протекает бессимптомно. Мы стремились максимально выявить и проследить малозаметные субъективные признаки заболевания, чтобы найти ориентиры для обнаружения заболевания на ранних этапах его развития. Больные с начальными стадиями РШМ нередко не замечают скудных симптомов болезни, выявить которые можно лишь при длительном, активном диспансерном наблюдении и тщательном сборе анамнеза. Среди нехарактерных жалоб наиболее частыми были боли внизу живота, которые носили непостоянный характер, у некоторых в течение многих лет (12,3%).

Патологические выделения, к которым мы относим обильные водянистые, гнойные или грязные, сукровичные имели место у 9,3% больных с дисплазиями и 21% больных с РШМ. Этот симптом может быть как проявлением воспалительного процесса, так и патогномичным симптомом злокачественного процесса.

В обеих группах имели место меноррагии, которые выражались в длительных мажущих выделениях после месячных. У некоторых больных имели место гиперполименореи, что расценивалось как нарушение менструального цикла. Кровотечения не могли быть обусловлены раковым поражением слизистой шейки матки с микроскопической инвазией. Но это послужило поводом для обследования этих женщин. У всех больных с Ia стадией РШМ отмечены контактные кровянистые выделения.

Таким образом, достоверного различия в длительности и характере жалоб у больных с дисплазиями и микроинвазивным РШМ не выявлено. И мы не можем игнорировать тот факт, что у большинства больных с начальными стадиями РШМ отсутствуют патогномичные для злокачественного процесса жалобы. Только 27,1% больных с начальной стадией заболевания она была выявлена при обращении с жалобами. У остальных заболевание было выявлено при обращении по другим различным причинам.

При сравнительном изучении обстоятельств диагностики заболеваний шейки матки, была выявлена чёткая закономерность: чем дальше зашёл процесс озлокачествления, тем чаще возникали жалобы, с которыми женщины обращались за медицинской помощью.

При кольпоскопическом исследовании выявлена чёткая зависимость между выраженностью кольпоскопической атипии и степенью тяжести патологии шейки матки. При дисплазии лёгкой степени в основном выявляли нежную пунктацию или мозаику, тонкую лейкоплакию. При тяжёлой степени дисплазии и начальных формах РШМ при кольпоскопии были обнаружены: плотный белый эпителий, грубая пунктация, мозаика, толстая лейкоплакия. Из данных протоколов кольпоскопических исследований также выявлено, что у всех больных с патологией шейки матки различной степени тяжести отмечаются йоднегативные участки. При анализе протоколов цитологического исследования ложноположительных было 3, ложноотрицательных - 6. При выраженных изменениях цитологический диагноз чаще совпадал с гистологическим. Окончательный диагноз устанавливался после ножевой биопсии или электрокоагуляции. Для выбора адекватного лечения принималась во внимание ширина распространения патологического процесса, глубина инвазии и данные морфологического исследования.

Таким образом, достоверных различий клинических проявлений у больных с дисплазиями и ранним РШМ не выявлено, в связи с чем необходимо тщательное и систематическое соблюдение алгоритма обследования для достижения оптимальных результатов лечения этих заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Л., 1989, -С. 173-176
2. Козаченко В.П. Современная онкология. 2000; Т. 2 № 2, -С. 14-17
3. Косенко И.А. Практическая онкогинекология. Минск, 2003, -С. 48-49
4. Роговская С.И. Заболевания шейки матки, влагалища, вульвы. Под ред. В.Н. Прилепской. 2000
5. Сафроникова Н.Р., Вишневский А.С., Мерабишвили В.М. и др. Роль папилломовирусной инфекции в онкогинекологической патологии – Сб. «Новые информационные технологии в онкологической статистике», СПб, 2001, -С. 204-205
6. Сурянец К. Массовый скрининг рака шейки матки в Финляндии. Библиотека Российского онкологического сервера. 1996
7. Хирш Х., Кезер О., Икле Ф. Оперативная гинекология. М., 1999
8. Koss L.G. // JAMA, 1989, Vol. 261, No 5, P. 737-745
9. Landberg G.D. The 1988 Bethesda system for reporting/vaginal cytological diagnoses// National Cancer Institute Workshop. JAMA 1989, №262. P. 931

ХУЛОСА

Тавсифи муқоисавии зухуроти сариири дисплазия ва шаклҳои ибтидоии саратони гарданаи бачадон (СГБ)

Ф.Н. Каримова

86 нафар бемор бо шаклҳои гуногуни пешазомосӣ ва шаклҳои ибтидоии омосҳои бадзоти гарданаи бачадон дар ҷараёни рушд тафтиш ва назорат шуданд.

Маълумотҳои муоинаи сариирӣ имконият медиҳанд тасдиқ кунем, ки саратони микроинвазивро марҳалаи пешазсариирӣ чи хеле ки баъзе мутахассисон меҳисобанд, номидан мумкин нест. Танҳо 27,1% беморони саратони микроинвазии гарданаи бачадон ҳангоми муроҷиат бо шикоят, 72,9%-и онҳо бошад бо дигар сабабҳои гуногун ошкор карда шуданд.

Дар ҳамаи беморони дисплазияи дараҷаи вазнинии ҳархела ва шаклҳои ибтидоии СГБ тағйиротҳои ҳоси бофтаи эпителии ҳамвор муайян карда шуданд. Дар ин ҳол вобастагии мураттаби байни зоҳиршавии атипии колпоскопӣ ва дараҷаи вазнинии эътилоли гарданаи бачадон маълум гардид.

SUMMARY

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF CLINICAL SYMPTOMS OF DYSPLASIA AND THE FIRST FORMS OF THE CANCER OF CERVIX OF THE UTERUS

F.I. Karimova

86 Patients with different precancer and the first forms of malignant tumors of the cervix of the uterus were examined. The date of clinical investigations allow to affirm that microinvasive cancer not may be preclinical stage, as some physicians consider. Only 27,1% of the patients with microinvasive CCU under the adress to clinic with complaints were found and 72,9% appeal with the other causes were observed actively. Typical alterations of flat epithelium in all off patients with dysplasy of different degree of severety and the first forms of CCU were shown. And clear connection between the sigmificance of colposcopic atytia and the degree of pathological symptoms was observed.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Р.М. Нуриддинов, А.А. Азизов

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии

Актуальность. Вопросы хирургического лечения уролитиаза у детей грудного возраста освещены в литературе не достаточно, хотя в развитие учения об этой болезни большой вклад внесли детские хирурги-урологи (3.6.7). Возникающие серьёзные и сложные вопросы о выборе показаний к хирургическому лечению уролитиаза у грудных детей остаются не решёнными. Нередко на основании клинического проявления и результатов комплексного обследования устанавливается показание к оперативному лечению, но в период подготовки к операции отмечается спонтанное отхождение камней, которое показывает что не всегда выбор показания совпадает с намеченным планом оперативного лечения. Вот почему возникают сложности при решении вопроса об оперативном лечении. Сложность, ответственность за выбор лечения или операции обусловлены ещё и тем, что промедление с оперативным лечением сопровождается деструктивными изменениями в почке и мочевых путях, вплоть до гибели органа.

При проведении оперативных вмешательств необходимо учитывать анатомические особенности поясничной области и почек у детей грудного возраста. Для новорождённых и детей грудного возраста характерна тонкость слоёв ткани поясничной области (отсутствие подкожной жировой клетчатки, недоразвитость мышцы, фасциальные листки и связочный аппарат почки). Нижний полюс правой почки до 3-х лет лежит на уровне 4-5, левой – 4-го поясничного позвонка (7). В мочеточниках детей до года жизни выражены изгибы у места пересечения мочеточника с подвздошными сосудами и в области перехода их в стенку мочевого пузыря. Мочевой пузырь у новорождённых лежит в пределах брюшной полости, у детей грудного возраста он имеет веретенообразную или грушевидную форму. В дальнейшем пузырь приобретает более округлые очертания, а к 10 годам - яйцевидную форму (А.А.Азизов, 1972). Следует отметить, что оперативное вмешательство при уролитиазе у детей грудного возраста без учёта приведённых особенностей мочевой системы сопряжено с различными осложнениями.

Цель работы: усовершенствовать показания и методы хирургического лечения уролитиаза у детей грудного возраста.

Материалы и методы исследования. Из 150 детей грудного возраста с уролитиазом были оперированы 58 (38.6%) больных. Показанием к операции были имеющиеся в почке камни размерами более 1,0см, или камни небольших размеров на фоне аномалии развития мочевых путей, множественные коралловидные камни, обострение гнойно-септических процессов (пионефроз, обструктивно - гнойный пиелонефрит, паранефрит). Оперированы также дети, у которых были вклинившиеся в нижнюю треть мочеточника камни, уретра с выраженными обструктивными процессом. По показаниям к операции детей разделили на плановых, нуждающихся в относительно длительной предоперационной подготовке и экстренных, которым требовалось срочное оперативное вмешательство в связи с возникшими тяжёлыми осложнениями. Из 58 оперированных детей 46 (79.2%), оперированы в плановом порядке после предоперационной подготовки в течение 15-20 дней. Они получали комплексное лечение, заключающееся в общеукрепляющей, десенсибилизирующей, антибактериальной терапии с учётом чувствительности микрофлоры мочи к антибиотикам и уроантисептикам. Предоперационная подготовка к плановой операции проводилась параллельно с комплексным обследованием больного.

Результаты и их обсуждение. Из 48 детей, оперированных в плановом порядке, у 26 при

поступлении состояние было оценено как средней тяжести, у этой группы больных предоперационная подготовка направлена на уменьшение интоксикации, устранение сдвигов кислотно-щелочного равновесия, нормализацию температуры тела, улучшение показателей крови, повышение содержания белка крови. С этой целью предоперационная подготовка включала внутривенное введение комплекса витаминов А, В, С, препаратов калия, гепатотропных препаратов, дезагрегантов (реополиглюкин, желатиноль, 5-10% раствор глюкозы), иммуномоделирующих препаратов, Т- активина, тимолина, аевита. С целью повышения белка крови внутривенно вводили альбумин, нативную плазму. Антибиотикотерапия проводилась с учётом чувствительности микрофлоры мочи. Наряду с антибиотиками, дети получали уроантисептики (фуродонин, уросульфам, невидграмон).

Тяжёлое состояние отмечено у 20 больных. Оно было обусловлено КП - в фазе активного течения на фоне ХПН- 2, дефицитом массы тела (от 20- до 40%), рахитом в фазе разгара, повышением креатинина крови от 1.7 мг % до 8.1 мг%. Больным этой группы проводилась комплексная инфузионно- трансфузионная терапия, включающая АТФ, ККБ, иммуностимуляторы, а также детоксикационная, антигистаминная, гормональная терапия. Дети получали альбумин, при необходимости - гемотрансфузии.

По экстренным показаниям оперировано 10 детей. У них наблюдали тяжёлые осложнения уролитиаза ОПН (4), пионефроз с паронефритом (6). Предоперационная подготовка проводилась кратковременно, в течение 12-24 часов.

При ОПН задача лечебных мероприятий заключалась в срочном проведении санационно-декомпрессионной операции с восстановлением уродинамики. С этой целью проводился комплекс консервативных мероприятий - внутривенное введение спазмолитиков (баралгин, ношпа), перидуральная аналгезия (раствор лидокаина из расчёта 3-4мл на кг массы тела), катеризация почки на стороне обструкции, паранефральная блокада, коррекция КОС, кокарбоксилаза, гормоны, сердечные гликозиды, антибиотики.

Выбор метода операции определялся локализацией и размерами конкремента, типом строения лоханки, наличием обструкции и препятствий по ходу МВП, стадией КП и КГ.

Показанием к пиелолитотомии (8) без нефростомии является хорошая экскреторная функция почки, без структурных изменений со стороны ЧЛС. Пиелолитотомия без нефростомии производилась 8 больным, у которых КП был в фазе латентного течения, без грубых структурных изменений и нарушения уродинамики, когда определяется внепочечная или полуприкрытая лоханка.

Показанием для пиелолитотомии с нефростомией ставится в тех случаях, когда имеется внутрипочечная лоханка, независимо от формы и размера конкремента, в зависимости от степени морфофункциональных изменений, т.е. КП 1-2 фазы активного воспаления или КП, КГ 1-2. Пиелотомия с нефростомией произведена 17 (28.8%) больным.

При нефролитотомии 4 из 17 больным ввиду наличия спаечного процесса вокруг почки и мочеточника произведён нефролиз и уретеролиз.

У 2 детей установлена дисплазия (сужение) прилоханочного отдела мочеточника и им выполнен неопиелоуретроанастомоз. Двум больным при нефролитотомии произведена интроренальная пластика для восстановления внутрипочечной уродинамики. Четверым детям при нефролитотомии одновременно произведена эпицистолитотомия из-за наличия камня большого размера (1.2х 1.4см) в мочевом пузыре.

Из 58 оперированных детей грудного возраста с нефролитиазом у 18 имел место билатеральный нефролитиаз. При наличии солитарных камней в обеих почках или мочеточниках оперативное вмешательство осуществлялось в первую очередь на той стороне, где имелись обструктивные явления (4 больных). При отсутствии обструкции (5 детей) целесообразной считалась первоочередная операция на стороне лучше функционирующей почки.

У двух из 18 больных имела место обтурация прилоханочного отдела мочеточника с явле-

нием ОПН. Одному из них произведена пункционная нефростома и операция после 2 - суточной подготовки. Один ребёнок с ОПН оперирован по экстренным показаниям - пиелолитотомия с удалением камня из прилоханочного отдела мочеточника, с нефростомой.

Из 18 детей с билатеральным нефролитиазом 10 больным произведена двухсторонняя нефролитотомия, 6 больным - с одной стороны нефролитотомия, с другой - пиелолитотомия с нефростомой. Двум больным произведён нефролиз и уретеролиз, ввиду наличия спаечного перипроцесса.

Таким образом, дифференцированный выбор тактики и техники выполнения оперативного лечения при уролитиазе у детей грудного возраста с учётом размеров, количества, локализации конкрементов, стадии КП, КГ, ОПН и типа лоханки предотвращает такие нежелательные осложнения как обострение КП, мочевые затёки в паранефральную клетчатку, мочевые свищи и нагноение операционной раны.

ВЫВОДЫ

1. Оперативное лечение проводилось дифференцированно: при камнях почек размерами более 1.0 см и камнях любых размеров при наличии аномалии мочевых путей, множественных коралловидных камнях, при обострении гнойно-септических процессов (ОПН, пионефроз, паранефрит).

2. Показания к операции разделены на плановые и экстренные. В плановом порядке оперировались дети с неосложнёнными камнями при КП, фазе латентного течения. Экстренно оперированы случаи обструкции мочевых путей с развившимися осложнениями (ОПН, пионефроз, паранефрит).

3. Предоперационная подготовка к плановым операциям длилась 2-4 недели, к экстренным операциям - 12-24 часа.

4. При внепочечной или полуприкрытой лоханке производилась пиелолитотомия с нефростомией, при внутрипочечной лоханке выполнялась нефролитотомия.

5. По показанием производились реконструктивно-восстановительные операции - нефролиз, уретеролиз, внутрипочечная пластика, неопиелоуретероанастомоз, рассечение шейки мочевого пузыря.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азизов А.А., Зиёвиддинов А.Р. Влияние социальных факторов на течение осложнённого уролитиаза у детей. Лит. Городской НПК. «Здоровье матери и ребёнка». Душанбе, 1999. - С.162-164

2. Азизов А.А., Махмаджонов Д.М. Вопросы диагностики и лечения острых обструкций при нефролитиазе у детей. Мат. Респ. НПК. «Осложнения уролитиаза у детей». Душанбе, 1998.- С. 34-37

3. Азизов А.А., Махмаджанов Д.М., Гриненко Е.Ю. Пути снижения факторов риска у детей с уролитиазом. Мат. Респ. НПК «Осложнения уролитиаза у детей». Душанбе, 1998. -С187-190

4. Азизов А.А., Муборакшоев М.Ш., Магзумов Д.Р. К вопросу о ранней диагностике уролитиаза у детей грудного возраста. Мат. Респ. НПК «Осложнения уролитиаза у детей грудного возраста». Душанбе, 1998. -С.31-34

5. Давлатян А.А. Оперативное лечение осложнённых форм коралловидного нефролитиаза. Урология, 2002.-С. 23-27

6. Лапаткин Н.А., Пугачёв А.Г. Детская урология. М.1986

7. Пулатов А.Т. Уролитиаз у детей. М. 1990

8. Пулатов А.Т., Куркин А.В. Нефролитиаз и пиелонефрит у детей. Душанбе. 1977

9. Маргорин Е.М. Оперативная хирургия детского возраста. М. 1967

ХУЛОСА

Муносибати дифферентсиалӣ ба интихоби усули муолаҷаи ҷарроҳии уролитиаз дар кӯдакони синни ширхорагӣ

Р.М. Нуриддинов, А.А. Азизов

Аз 150 кӯдаки ширхораи гирифтори бемории санги гурда ва роҳҳои пешоббарорӣ (уролити- аз) 58 (38,6%) бемор таҳти амалиёти ҷарроҳӣ қарор гирифтанд. Барои амали ҷарроҳӣ чунин нишондодҳо буданд: сангҳои гурдаи андозаашон зиёда аз 1.0 см, сангҳои марҷоншакл ва аво- ризшуда. Чилу шаш бемор аз рӯи нақша ва 12 нафари дигар аз рӯи нишондодҳои таъҷили ҷарроҳӣ карда шуданд.

Дар мавриди берун аз гурда ҷойгир будани сангҳо ва қисман пӯшондани ҳавзаки гурда амали ҷарроҳии пиелолитотомия (аз ҳавзаки гурда гирифта партофтани сангҳо) ва дар сурати ҷойгиршавии сангҳо дар ҳавзаки дохилигурдавӣ – нефролитостомия (гирифта партофтани сангҳо бо сӯрохкунии гурда) иҷро карда шуданд. Дар ҳолатҳои зарурӣ амалҳои беҳсозӣ ва барқароркунии ҷарроҳӣ гузаронида шуданд.

SUMMARY

DIFFERENTIAL APPROACH TO SELECTION OF METHODS OF SURGICAL TREATMENT UNDER UROLYTHIASIS IN SUCKINGS

R.M. Nuriddinov, A.A. Asisov

58 (38,6%) from 150 suckings with urolythiasis were operated. The indications to operation were renal stones in size 1,0 cm, plural coralloformed and complicated stones; 46 patients were operated plannely, 12 on extra indications. Under extrarenal and half-covered by renal pelvis stones pielolythotomy was made, under intrarenalpelvical stones nephrolythotomy was made. From necessity reconstructive operations were made.



КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯМИ

Ш.Р. Султонов

**Кафедра детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино;
Национальный медицинский центр МЗ РТ**

Введение. Среди многих дискуссионных вопросов детской хирургии и ортопедии проблема диагностики и лечебной тактики хронического гематогенного остеомиелита (ХГО) и его последствий остается неразрешённой (1.3.4). Вопросы диагностики и лечения ХГО и его последствий у детей привлекали и продолжают привлекать внимание детских хирургов и ортопедов до настоящего времени. Неудачи и осложнения при лечении последствий гематогенного остеомиелита наблюдаются у 8,7-30%, а по отдельным видам - у 54,5% лечившихся детей (5-7).

ХУЛОСА

Муносибати дифферентсиалӣ ба интихоби усули муолаҷаи ҷарроҳии уролитиаз дар кӯдакони синни ширхорагӣ

Р.М. Нуриддинов, А.А. Азизов

Аз 150 кӯдаки ширхораи гирифтори бемории санги гурда ва роҳҳои пешоббарорӣ (уролити- аз) 58 (38,6%) бемор таҳти амалиёти ҷарроҳӣ қарор гирифтанд. Барои амали ҷарроҳӣ чунин нишондодҳо буданд: сангҳои гурдаи андозаашон зиёда аз 1.0 см, сангҳои марҷоншакл ва аво- ризшуда. Чилу шаш бемор аз рӯи нақша ва 12 нафари дигар аз рӯи нишондодҳои таъҷили ҷарроҳӣ карда шуданд.

Дар мавриди берун аз гурда ҷойгир будани сангҳо ва қисман пӯшондани ҳавзаки гурда амали ҷарроҳии пиелолитотомия (аз ҳавзаки гурда гирифта партофтани сангҳо) ва дар сурати ҷойгиршавии сангҳо дар ҳавзаки дохилигурдавӣ – нефролитостомия (гирифта партофтани сангҳо бо сӯрохунии гурда) иҷро карда шуданд. Дар ҳолатҳои зарурӣ амалҳои беҳсозӣ ва барқароркунии ҷарроҳӣ гузаронида шуданд.

SUMMARY

DIFFERENTIAL APPROACH TO SELECTION OF METHODS OF SURGICAL TREATMENT UNDER UROLYTHIASIS IN SUCKINGS

R.M. Nuriddinov, A.A. Asisov

58 (38,6%) from 150 suckings with urolythiasis were operated. The indications to operation were renal stones in size 1,0 cm, plural coralloformed and complicated stones; 46 patients were operated plannely, 12 on extra indications. Under extrarenal and half-covered by renal pelvis stones pielolythotomy was made, under intrarenalpelvical stones nephrolythotomy was made. From necessity reconstructive operations were made.



КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯМИ

Ш.Р. Султонов

**Кафедра детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино;
Национальный медицинский центр МЗ РТ**

Введение. Среди многих дискуссионных вопросов детской хирургии и ортопедии проблема диагностики и лечебной тактики хронического гематогенного остеомиелита (ХГО) и его последствий остается неразрешённой (1.3.4). Вопросы диагностики и лечения ХГО и его последствий у детей привлекали и продолжают привлекать внимание детских хирургов и ортопедов до настоящего времени. Неудачи и осложнения при лечении последствий гематогенного остеомиелита наблюдаются у 8,7-30%, а по отдельным видам - у 54,5% лечившихся детей (5-7).

Цель исследования – оптимизации диагностики хронического гематогенного остеомиелита и его последствий у детей.

Материалы и методы исследования. В целях получения всесторонней и объективной информации о хронизации и последствиях гематогенного остеомиелита нами были использованы следующие методы исследования: клинический, рентгенологический, компьютерно-томографический, ультразвуковой доплерографический, бактериологический и иммунологический.

Результаты и их обсуждение. Клиническое исследование больных нами проводилось по методу О.А. Даниелян с соавт. (2), который включает в себя оценки двух основных аспектов клинической картины: субъективных данных (включая сбор анамнеза) и объективных проявлений хронического гематогенного остеомиелита и его последствий. Основным моментом оценки субъективных данных являлось выяснение жалоб больного и правильный сбор анамнеза заболевания.

Объективное клиническое исследование подразделялось на два этапа: оценку локальных изменений в поражённом сегменте и его влияния на состояние соседних суставов и статико-динамическую функцию опорно-двигательного аппарата в целом (2).

Осмотр опорно-двигательного аппарата выполнялся в трёх положениях - лёжа, стоя и при ходьбе. В положении лёжа выявляются закреплённые нарушения анатомо-функционального состояния соседних суставов, в положении стоя и при ходьбе - биомеханические нарушения, возникающие или усугубляющиеся под влиянием статической нагрузки.

Рентгенологическое исследование позволило нам выявить и оценить состояние анатомических изменений в поражённом сегменте конечности, а также оценить эффективность проведённого лечения. Исследование проводилось, как правило, в двух взаимоперпендикулярных проекциях, при наличии секвестров и свищей с целью предоперационной подготовки и определения объёма операции больным проводилась контрастная фистулография.

На полученных рентгенограммах оценивали следующие основные показатели: наличие деструкций, периостальные реакции, секвестрации, остеопороз, остеосклероз, а также наличие таких последствий заболевания, как деформации кости, патологические переломы, ложные суставы, дефекты, костные полости, артрозы, анкилозы, эмбурнации и др.

Для получения дополнительной информации и уточнения предварительной оценки состояния суставов, наряду с традиционными методами, нами проведена пневмоартрография поражённого сустава (патент на изобретение № TJ 369 от 07.05.2002), основной задачей которой являлась оценка анатомического соотношения компонентов сустава, качественная и количественная характеристика костных и хрящевых компонентов сустава, а также наличие и степень сужения суставной щели и размеров метаэпифизов костей, образующих тот или иной сустав. При этом проводилась дифференциальная диагностика следующих патологических состояний, наблюдаемых при последствиях гематогенного остеомиелита - наличие истинной деструкции, нарушение роста и процессов оссификации, гипофункции или дистрофического процесса в зоне роста.

Компьютерно-томографические исследования чётко показали локализацию гнойных очагов, наличие деструкции кости, объём секвестрации и степень его выраженности, явления артрита в суставах и наличие инфильтрата в мягких тканях.

Основной задачей ультразвукового доплерографического исследования было получение информации о состоянии регионарного кровотока в поражённом сегменте и в очаге деструкции.

Наряду с клинико-рентгенологическими и инструментальными методами, в комплексном обследовании больных детей с хроническим гематогенным остеомиелитом и его последствиями нами были проведены и лабораторные методы исследования (иммунологические и бактериологические).

Задачей иммунологических исследований, проведённых 34 больным, явилось определение местной иммунной защиты и состояние процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), а также определение клеточного и гуморального звеньев иммунной системы у детей с хроническим гематогенным остеомиелитом.

При бактериологическом исследовании был изучен микробный пейзаж (аэробная и анаэробная флора) у 37 больных в стадии обострения заболевания.

ВЫВОДЫ

Указанная схема комплексного обследования больных детей с хроническим гематогенным остеомиелитом и его последствиями, проведённая 92 больным, позволила получить всестороннюю и объективную информацию об особенностях хронизации процесса и последствиях заболевания и провести патогенетически обоснованную коррекцию и ликвидацию выявленных нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блинов И.А., Мухин Е.М. с соавт. Результаты лечения острого гематогенного остеомиелита. Мат. V Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». -М., 2006.-С.339-340
2. Даниелян О.А., Янакова О.М. с соавт. Основные задачи клинического и инструментальных методов исследования у больных с последствиями острого гематогенного остеомиелита//Хирургическая коррекция и восстановительное лечение повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей.-Санкт-Петербург, 1996.-Ч.2.-С.212-215
3. Машков А.Е., Слесарёв В.В. с соавт. Особенности иммунного статуса при хронизации гематогенного остеомиелита у детей. – Мат. V Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». -М., 2006.-С.383-384
4. Машков А.Е., Слесарёв В.В. Цуман В.Г. с соавт. Иммунопатогенез хронизации гематогенного остеомиелита у детей. Мат. VI Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». -М., 2007.-С.276
5. Румянцева Г.Н., Портенко Ю.Г. с соавт. Острый гематогенный остеомиелит. – Мат. 5 Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». - Москва, 2006.-С.416
6. Самков А.С., Новосель Н.И. Компрессионно-дистракционный остеосинтез в лечении детей с гематогенным остеомиелитом и его последствиями. - Актуальные проблемы костно-суставного туберкулёза и гематогенного остеомиелита у детей.-1989.-С.121-123
7. Siagailo P.T. et all. Complications of hematogenous osteomyelitis of the long bones // Klin. Khir.-1990.-V.(6).-P.22-23

ХУЛОСА

Муоинаи маҷмӯии кӯдакон ва наврасони гирифтори илтиҳоби хунзоди музмини мағзи устухон ва оқибатҳои он

Ш.Р. Султонов

Нақшаи пешниҳодшудаи муоинаи маҷмӯии кӯдакони бемори илтиҳоби хунзоди музмини мағзи устухон ва оқибатҳои он, ки дар 92 бемор амалӣ карда шудааст, имкон дод, ки маълумоти ҳама тарафа ва воқеӣ дар бораи хусусиятҳои музминшавии раванд ва оқибатҳои беморӣ, гузаронидани ислоҳи асосноки патогенетикӣ ва рафъи ихтилолотӣ ошкоршуда ба даст оварда шаванд.

SUMMARY

COMPLEX EXAMINATION OF CHILDREN WITH CHRONIC HEMATOGENIC OSTEOMYELITIS AND ITS AFTER-EFFECTS

Sh.R. Sultonov

The scheme of complex examination of 92 children with chronic hematogenic osteomyelitis and its after-effects allows to obtain detailed and objective information about the peculiarities of process chronization and disease after-effects, to make pathogenetically grounded correction and removal of exposed disturbance.



ПРОГНОЗЫ И ИСХОДЫ КРАНИОБАЗАЛЬНОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Э.С. Хусаинов, А.Ч. Чобулов, С.Д. Хусаинов, Х. Дж Рахмонов,
Р.Г. Ашуров

Кафедра нейрохирургии

Введение. Травматизм, в частности, черепно-мозговая травма (ЧМТ) становится всё более актуальной проблемой не только медицины, но и любой общественной системы в целом. В структуре причин смерти населения травматизм следует за сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. В общей структуре травматизма повреждения центральной нервной системы составляют 30-40% {1.3.4}.

Краниобазальная ЧМТ характеризуется повреждением костей основания черепа, базальных отделов головного мозга, в частности, стволовых структур; она относится к наиболее тяжёлым видам черепно-мозговой травмы и нередко сопровождается диффузным аксональным повреждением (ДАП) головного мозга. ДАП проявляется симптомами функционального и анатомического разобщения больших полушарий и ствола мозга. Больные, получившие ДАП головного мозга, относятся к грубым инвалидам. Среди причин инвалидизации населения, наступившей в результате травм, черепно-мозговая травма занимает первое место и составляет 25-30% {1-3}. Если учесть, что в наибольшей степени от травматизма страдают молодые люди, то становится понятным, почему по наносимому обществу суммарному экономическому и медико-социальному ущербу травматические поражения и, прежде всего, черепно-мозговые травмы занимают первое место, опережая сердечно-сосудистые и опухолевые заболевания. В связи с этим, дальнейшее изучение нейротравмы и её последствий является весьма актуальным.

Цель работы - прогнозирование и улучшение исходов лечения больных получивших тяжёлую краниобазальную черепно-мозговую травму.

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе историй болезни 284 больных, находившихся на лечении в отделениях нейрохирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан в 2000-2007 гг. Возраст пациентов варьировал от 1 года до 70 лет. Всем больным проводились клинично-неврологический осмотр, рентгенологическое, отоскопическое, офтальмологическое, ликворологическое обследование и компьютерная томография (КТ) головного мозга. Мужчин было 215 (75,7%), женщин 69 (24,3%). Средний возраст у взрослых больных составил 30 +2. Оценки КБЧМТ оценивались согласно шкале исходов Глазго.

SUMMARY

COMPLEX EXAMINATION OF CHILDREN WITH CHRONIC HEMATOGENIC OSTEOMYELITIS AND ITS AFTER-EFFECTS

Sh.R. Sultonov

The scheme of complex examination of 92 children with chronic hematogenic osteomyelitis and its after-effects allows to obtain detailed and objective information about the peculiarities of process chronization and disease after-effects, to make pathogenetically grounded correction and removal of exposed disturbance.



ПРОГНОЗЫ И ИСХОДЫ КРАНИОБАЗАЛЬНОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Э.С. Хусаинов, А.Ч. Чобулов, С.Д. Хусаинов, Х. Дж Рахмонов,
Р.Г. Ашуров

Кафедра нейрохирургии

Введение. Травматизм, в частности, черепно-мозговая травма (ЧМТ) становится всё более актуальной проблемой не только медицины, но и любой общественной системы в целом. В структуре причин смерти населения травматизм следует за сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. В общей структуре травматизма повреждения центральной нервной системы составляют 30-40% {1.3.4}.

Краниобазальная ЧМТ характеризуется повреждением костей основания черепа, базальных отделов головного мозга, в частности, стволовых структур; она относится к наиболее тяжёлым видам черепно-мозговой травмы и нередко сопровождается диффузным аксональным повреждением (ДАП) головного мозга. ДАП проявляется симптомами функционального и анатомического разобщения больших полушарий и ствола мозга. Больные, получившие ДАП головного мозга, относятся к грубым инвалидам. Среди причин инвалидизации населения, наступившей в результате травм, черепно-мозговая травма занимает первое место и составляет 25-30% {1-3}. Если учесть, что в наибольшей степени от травматизма страдают молодые люди, то становится понятным, почему по наносимому обществу суммарному экономическому и медико-социальному ущербу травматические поражения и, прежде всего, черепно-мозговые травмы занимают первое место, опережая сердечно-сосудистые и опухолевые заболевания. В связи с этим, дальнейшее изучение нейротравмы и её последствий является весьма актуальным.

Цель работы - прогнозирование и улучшение исходов лечения больных получивших тяжёлую краниобазальную черепно-мозговую травму.

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе историй болезни 284 больных, находившихся на лечении в отделениях нейрохирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан в 2000-2007 гг. Возраст пациентов варьировал от 1 года до 70 лет. Всем больным проводились клинично-неврологический осмотр, рентгенологическое, отоскопическое, офтальмологическое, ликворологическое обследование и компьютерная томография (КТ) головного мозга. Мужчин было 215 (75,7%), женщин 69 (24,3%). Средний возраст у взрослых больных составил 30 +2. Оценки КБЧМТ оценивались согласно шкале исходов Глазго.

Результаты и их обсуждение. Основными причинами травмы больных с краниобазальной черепно-мозговой травмой были: падение с высоты - 106 (37,3%), дорожно-транспортное происшествие - 95 (33,5%), удар по голове - 83 (29,2%) случая.

Среди пострадавших с краниобазальной черепно-мозговой травмой у 4 (1,4%) установлен диагноз «ушиб головного мозга лёгкой степени», у 96 (33,8%) - ушиб головного мозга средней степени тяжести, и ушиб головного мозга тяжёлой степени установлен у 184 (64,8%) больных. Как видно из вышеуказанных данных, у больных с краниобазальной черепно-мозговой травмой преобладали ушибы головного мозга тяжёлой степени.

Переломы основания передней черепной ямки наблюдались у 80 (28,2%) больных, переломы основания средней черепной ямки - у 182 (64%) пострадавших, сочетание переломов основания передней и средней черепных ямок наблюдалось в 22 (7,8%) случаях. При локализации повреждений в области передней черепной ямки часто страдали обонятельные нервы. Аносмия наблюдалась у 2 больных, гипосмия - у 6. В 2 наблюдениях имелся односторонний амвроз, у 32 больных отмечалось повреждение глазодвигательных нервов (III,IV,VI). При локализации повреждений в области средней черепной ямки наиболее часто страдала функция слухового анализатора, что имело место у 97 пострадавших, и лицевого нерва - в 30 наблюдениях. При сочетании повреждений в области передней и средней черепных ямок, которое наблюдалось у 22 больных, имело место сочетание повреждений вышеуказанных нервов.

У 31 (10,9%) больного имелись компрессионные переломы, в 30 (10,5%) случаях диагностирована эпидуральная гематома, в 20 (7%) - субдуральная гематома и у 13 больных (4,6%) - внутримозговая гематома. 78 (27,4%) больных поступили в коматозном сознании. Длительность комы составила от 1 до 10 суток.

У 6 (2,1%) пострадавших коматозное сознание длилось более 8 суток, с последующим выходом через вегетативный статус. У всех этих больных во время первичного осмотра выявлены стволовые симптомы (парез рефлексорного взора вверх, разностояние глазных яблок по вертикальной и горизонтальной оси, двустороннее угнетение или выпадение фотореакций зрачков), вычурное положение пальцев рук и децеребрация.

Все они получили травму в результате падения с большой высоты или ДТП. Таким образом, патогенезом развития диффузного аксонального повреждения головного мозга является механизм ускорения-замедления.

Характерной особенностью КТ данных больных с ДАП является то, что в остром периоде черепно-мозговой травмы, несмотря на углубление уровня сознания до комы, нет обширных очагов размозжения, ушибов головного мозга. Для неё характерны мелкоочаговые геморагии в белом веществе полушарий мозга, мозолистом теле, а также в подкорковых и стволовых структурах. В последующем на контрольных КТ - снимках головного мозга отмечается отчётливая тенденция к атрофии мозга, и во всех этих случаях имеются грубые признаки инвалидизации.

Согласно оценке исходов лечения КБЧМТ по ШИГ (шкала исходов Глазго), хорошее восстановление наблюдалось у 258 (90,8%) больных, умеренная инвалидность - у 11 (3,9%), грубая инвалидность - у 9 (3,2%) и вегетативный статус - у 6 (2,1%), летальных случаев было 60 (21,1%).

ВЫВОДЫ

1. Краниобазальная черепно-мозговая травма относится к числу из сложных и тяжёлых форм черепно-мозговой травмы, часто сопровождается переломами основания передней и средней черепной ямки.

2. Выявление у пострадавших с КБЧМТ во время первичного осмотра стволовых симптомов, свидетельствует о диффузном аксональном повреждении мозга, приводящем к тяжё-

лой инвалидизации больных.

3. С целью улучшения исходов лечения подобных травм, для точной оценки состояния вещества головного мозга пострадавших необходимо использование современных методов диагностики (КТ, МРТ) своевременной терапии, направленной на уменьшение отёка и улучшение метаболизма головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Касумова С.Ю. Тяжёлая черепно-мозговая травма// В книге «Клиническое руководство по черепно-мозговой травме», «Антидор», М., 1998, т.1, -С. 169-225
2. Корниенко В.Н., Васин Н.Я., Кузьменко В.А. Компьютерная томография в диагностике черепно-мозговой травмы, М., «Медицина» 1987. -С. 122-210
3. Потапов А.А., Лихтерман Л.Б., Зельдман В.Л., Корниенко В.Н., Кравчук А.Д. Переломы основания черепа// В книге «Доказательная нейротравматология», М., 2003. -С. 245-296
4. Friedman J.A. Ebersold M.J. Qvast L.M. // World // Sunq 2001 Aug. 25 [8]. 1062-6 // Post-traumatic cerebrospinal fluid leakage.// P. 86-100

ХУЛОСА

Пешгӯиҳо ва оқибатҳои осеби краниобазалии мағзу косахонаи сар

Э.С. Хусайнов, А.Ч. Чобулов, С.Д. Хусайнов,

Х.Ч. Рахмонов, Р.Г. Ашуров

Кори муаллифон ба таҳлили таърихи бемории 284 нафар бемороне, ки дар шӯъбаи асаб-ҷарроҳии Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз соли 2000 то 2007 табобат гирифтаанд, асос ёфтааст. Синни бемороне, ки таърихи бемориашон мавриди таҳлил қарор гирифтааст аз 1 то 70 солро ташкил медиҳад.

Осеби краниобазалии мағзу косахонаи сар (КМКС) аз шаклҳои мураккаб ва вазнини осебҳои мағзу косахонаи сар буда дар бисёр ҳолатҳо бо шикастагии асоси қисми пеш ва миёнаи чуқурчаи косахонаи сар, ҳематомаи дохили косахонаи сар, манбаи латҳурӣ ва маҷақшавии мағзи сар яқоя рӯй медиҳад.

Оқибатҳои табобати КМКС аз рӯи чадвали оқибатҳои Глазго арзёбӣ шудаанд. Барқарорсозии хуб дар 258 (90.8%) нафар бемор, маъюбии мӯътадил – дар 11 нафар (3.9%), маъюбии сахт – дар 9 нафар (3.2%), статуси вегетативӣ – дар 6 нафар (2.1%) бемор мушоҳида шудааст.

SUMMARY

PROGNOSIS AND OUTCOME OF CRANIOBASAL CRANIAL CEREBRAL TRAUMA

E.S. Husainov, A.J. Jobulov, S.D. Husainov, H.J. Rahmonov,

R.G. Ashurov

The work of the authors is based on the analysis of 284 sick lists of patients been at the branch of neurosurgery of National Medical Center of Republic of Tajikistan in 2000-2007. The age of patients was from 1 to 70 years. Craniobasal cranial cerebral trauma is one of complete and severe form of these traumas, complicated with fractures of base of front and back cranial hole, intracranial hematomas, contusion and cnocking of brain very often. The outcomes of CBCCT were valued on SOG (the scale of outcomes on Glasgow). Good restoration was in 253 (90,8%) patients, middle invalidity in 11 (3,9%), severe invalidity in 9 (3,2%), vegetative status in 6 (2,1%) patients. Lethal cases are in 60 (21,1%).

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.Н. Нарзуллаева, М.М. Рабеджанова

Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и педиатрии МЗ РТ;
Худжандский городской родильный дом Согдийской области

Введение. Среди проблем, имеющих важное социально-медицинское значение, особое место занимает проблема репродуктивного здоровья женщин (1). Репродуктивная система женщин является одним из чувствительных индикаторов состояния здоровья организма (3).

Гинекологическая заболеваемость является важным показателем репродуктивного здоровья. В современных социально-экономических условиях отмечается рост заболеваемости женщин всех возрастных групп (2). Однако недостаточное число специализированных отделений, отсутствие лабораторно-диагностической базы приводит к тому, что обследование и лечение этих женщин не отвечает современным требованиям и не позволяет установить ведущий этиологический фактор (4). В связи с этим большое значение имеет изучение гинекологической заболеваемости, её выявление и лечение с использованием современных диагностических методов.

Цель исследования: оценить состояние репродуктивного здоровья женщин, проживающих в Согдийской области Республики Таджикистан.

Материалы и методы исследования. Нами проведён ретроспективный анализ 110 историй болезней женщин, прошедших обследование и лечение в Худжандском городском родильном доме Согдийской области. Исследование проводилось по специально разработанным картам, которые заполнялись по историям болезней. Были изучены частота гинекологических заболеваний в зависимости от места проживания, факторы, влияющие на возникновение данной патологии, наличие экстрагенитальной патологии. В методы исследования входили сбор анамнеза, объективное исследование, УЗ-исследование, кольпоскопия.

Результаты и их обсуждение. Возраст пациенток составлял от 16 до 45 лет, т. е. репродуктивный возраст. Городских женщин среди обследованных было 39, что составляло 35,5%, сельских - 71 (64,5%).

Исследование показало, что большую часть пациенток составляли женщины в возрасте 20-24 лет - 38,2%, в возрасте 25-29 лет - 21,8%, 30-34 лет - 13,6%, 40-44 лет - 5,5%, 16-19 лет - 11%.

Из анамнестических данных установлены: время наступления менархе, характер нарушений менструального цикла, наличие бесплодия, перенесённые заболевания, наличие экстрагенитальных заболеваний.

Время наступления менархе среди городских в 12 лет составляло 5,1%, 13 лет - 7,7%, 14 лет - 51,3%, 15 лет - 20,5%, 16 лет - 7,7%, 17 лет и старше - 7,7%, среди сельских в 13 лет - 7%, 14 лет - 33,8%, 15 лет - 21,1%, 16 лет - 23,9%, 17 лет и старше - 14,1%.

Обработка полученного материала показала различные нарушения менструального цикла (табл. 1)

Из данной таблицы видно, что олигоменорея среди городского населения встречается чаще, составляя 30,8%, среди сельских 1 место занимает гиперменорея и составляет 36,6%.

Число женщин, страдающих первичным бесплодием, больше среди сельских (54,9%) по сравнению с городскими (43,6%), а вторичное бесплодие у городских жительниц составляет 10,2%, в селе - 9,9%.

Из перенесённых в детстве инфекционных заболеваний первое место среди женщин, проживающих в сельской местности, занимает тонзиллит - 66,6%, в городе этот показатель составил 42,3%; корью переболели 22,5% сельских и 15,4% городских; вирусный гепатит в

селе перенесли 11,3%, в городе - 2,6% женщин.

Из анамнестических данных следует, что почти все пациентки страдают экстрагенитальной патологией. У 45,6% диагностирована анемия различной степени тяжести, заболевание щитовидной железы - у 42,1%, заболевание сердечно-сосудистой системы - у 4,4%, ожирение - у 2,6%.

Таблица 1

Характер нарушений менструального цикла

Вид нарушений	Город		Село		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	Уд. вес к итогу
Аменорея	1	2,6	1	1,4	2	2,7
Олигоменорея	12	30,8	12	16,9	24	32,9
Гиперменорея	5	12,8	26	36,6	31	42,5
Альгодисменорея	6	15,4	10	19,1	16	21,9

Все больные в анамнезе перенесли воспалительные заболевания органов малого таза. Ведущее место среди них занимают воспаления придатков матки, которые составляют 45,3%, эндометриты - 26,2%, спаечный процесс в малом тазу - 4,7%. По данным кольпоскопического исследования выявлены цервициты - 16,6%, эндоцервикоз - 7,2%.

В структуре генитальной патологии ведущее место занимают нарушения процессов созревания фолликулов, которые составляют 34,2%, гипоплазия матки - 28,5%, поликистоз и кисты яичников по 8,9%, затем гиперпластические процессы - 6,5%, миома матки - 3,3%, эндометриоз - 2,4%.

Заключение. На состояние репродуктивного здоровья женщин влияют перенесённые в детском возрасте инфекционные болезни. Часто причинами нарушения фертильности женщин репродуктивного возраста являются патология щитовидной железы и нарушения процессов созревания фолликулов (персистенция и атрезия фолликулов). Ввиду отсутствия лабораторной базы для определения уровня гормонов у женщин Согдийской области (сбор материала в 2007 г.), возникали некоторые трудности в плане диагностики и коррекции гормональных нарушений, и поэтому эти женщины нуждаются в дальнейшей реабилитации и наблюдении. В связи с этим, для улучшения репродуктивного здоровья женщин Согдийской области, необходимо оптимизировать методы диагностики и коррекции гормональных нарушений. Повышению качества медицинской помощи будет способствовать внедрение стандартов диагностики и лечения в амбулаторных и стационарных условиях с привлечением обученных специалистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В. Актуальные вопросы репродуктивной медицины // Проблемы репродукции.- Москва, 2006
2. Кулаков В.И., Серов В.Н. Руководство по охране репродуктивного здоровья.- Москва, 2001

3. Мухамадиев И.М. Влияние экстремальных факторов на репродуктивную функцию женщин // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов Таджикистана.- Душанбе, 2003

4. Нарзуллаева Е.Н., Ходжимуродова Д.А., Анварова Ш.С. Диагностика и лечение больных с синдромом поликистозных яичников в условиях клинического центра гинекологической эндокринологии // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов Таджикистана. - Душанбе, 2003

ХУЛОСА

Хусусиятҳои вазъи системаи репродуктиви занони вилояти Суғд

Е.Н. Нарзуллоева, М.М. Рабечонова

Муаллифон вазъи саломатии репродуктиви занони вилояти Суғди Ҷумҳурии Тоҷикистонро мавриди арзёбӣ қарор додаанд.

Таҳлили ретроспективӣ (тарҷеӣ) нишон дод, ки бемориҳои занона дар деҳот на ҳамеша дуруст ва саривақт ташхис мешаванд. Тартиби кори системаи дармонгоҳҳои машваратӣ ба талабот ҷавобгӯ нест. Дар дармонгоҳҳои машваратӣ мутахассисони ботаҷриба намерасанд ва шароити хадамоти озмоишию ташхисӣ хуб нест.

Маълумоти таърихи бемориҳо мувофиқи матлаб нест. Ба маълумотҳои, ки бемор ё атрофиёнаш дар бораи беморӣ медиҳанд диққати махсус додан лозим аст. Барои муайян намудани ҳолати функционалии тухмдонҳо маълумотҳои ташхиси функционалии озмоишҳо (тестҳо) дар таърихи беморӣ қайд карда шаванд, хусусан барои занҳои, ки қобилияти наслмониашон халалдор гардидааст.

SUMMARY

THE PECULIARITIES OF REPRODUCTIVE SYSTEM IN WOMEN OF SOGDY PROVINCE

E.N. Narzullaeva, M.M. Rabejanova

The authors made value of reproductive status of women residing at Sogdy province of Republic of Tajikistan. Retrospective analysis showed that diagnostics of gynecological diseases at village not always made right and opportunely. The system of consultant polyclinics with more qualified cadres and more possible laboratory diagnostic service suffers. The informativity of sick lists is low, Special attention must be payed on anamnestic date. For investigation of functional state of ovaries the date of tests of functional diagnostics must to fix at sick list, especially by women with abnormal fertility.



НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОЖИРЕНИИ

М.Д. Кадамалиева, Ф.М. Абдурахманова, З.М. Мурадова
Кафедра акушерства и гинекологии №2

Актуальность. Ожирение женщин является наиболее актуальной проблемой современной медицины, характеризующейся значительной распространённостью. В последние годы количество лиц с избыточной массой тела (ИМТ) прогрессивно нарастает с преобладанием женщин репродуктивного возраста. У беременных с ожирением наблюдается ранняя инвалидизация, ухудшение репродуктивного здоровья и снижение общей продолжительности жизни на фоне высокой частоты сердечно - сосудистых заболеваний и метаболического синдрома. Установлено, что распространённость ожирения в странах Европы и России составляет более 30%, в США страдают ожирением 34 млн. населения, среди которых 35% - женщины фертильного возраста. В Центральной Азии частота ожирения женщин колеблется в пределах 31 % [1-3]. Неблагоприятное влияние ожирения с нарушенным метаболизмом на репродуктивное здоровье проявляется высокой частотой нарушения менструальной функции, бесплодием, преждевременными родами, мёртворождаемости [3-5].

Цель исследования: установление особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у беременных с нейроэндокринным (НЭО) и алиментарно - конституциональным ожирением (АКО).

Материал и методы исследования. Нами был произведён научный анализ динамики беременности 805 женщин, из них 355 беременных женщин - с НЭО, 350 - с АКО; в качестве группы сравнения проанализировано 100 здоровых беременных женщин без ожирения. Обследуемые пациентки проживали в г. Душанбе из них 30% - служащие и 70% - домохозяйки.

Таблица 1

Распределение обследованных женщин по возрастным группам

Группа	До 19 лет	20-24 года	25-29 лет	30-34 года	35 лет и старше
НЭО n=355	60 (16,9%)	70 (19,7%)	100 (28,1%)	105 (29,5%)	20 (5,6%)
АКО n=350	31 (8,85%)	138 (39,4%)	120 (34,2%)	39 (11,1%)	22 (6,2%)
Контр. n=100	10 (10%)	20 (20%)	40 (40%)	20 (20,8%)	10 (10%)

Как видно из таблицы 1, НЭО чаще наблюдается в возрасте 31-35 лет, а в возрасте 20-25 лет чаще наблюдается АКО.

Результаты и их обсуждение. Необходимо отметить, что росто - весовые показатели в обеих группах обследуемых пациенток зависят от числа беременностей. Так, например, после первой беременности эти показатели в обеих группах увеличивались на 4%, а после 4-х родов они увеличивались на 18%. Надо полагать, что родовой стресс является мощным фактором реализации нарушений нейроэндокринной регуляции липидного и углеводного обменов, чем обусловлена большая частота крайней степени патологии - ожирения 3-й степени.

Из наследственного анамнеза установлено, что семейную предрасположенность к ожирению по материнскому морфотипу имели 50%, женщин с НЭО и 60% - с АКО,

причём в 80% случаев АКО, ожирение имело место ещё до окончания полового созревания, а 40 % женщин данной группы уже при рождении сами имели массу тела выше 4000г. Аналогичная тенденция прослеживается и на уровне генеалогических факторов в виде увеличения частоты наследования патологии в форме тучности, гипертонической болезни, сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы.

Из перенесённых заболеваний имели значение: детские инфекции, гипофункция щитовидной железы, хронический тонзиллит, вирусные инфекции.

Заслуживает внимания следующее: в обеих группах пациенток с ожирением во время беременности, родов, послеродового периода наблюдалась высокая частота самопроизвольных выкидышей, преждевременных или запоздалых родов, гестозов, аномалий родовой деятельности, преждевременного отхождения околоплодных вод, кровотечений.

Таблица 2

Осложнения беременности и родов у женщин с ожирением

Осложнения беременности и родов	Группы		
	НЭО n=355	АКО n=350	Контрольная n=100
Угроза прерывания	25,6+3,4	13,6+3,3	6,6+1,5
Гестоз	57,8+3,8	64,5+3,5	10,2+1,8
Перекашивание	9,6+2,3	5,4+1,9	5,15+1,9
Аномалии родовой деятельности	13,3+2,6	31,8+4,4	6,2+1,4
Несвоевременное излитие вод	18,1+3,0	28,2+4,3	5,04+1,4
ПОНРП	3,01+2,1	7,2+1,8	1,0+0,6
Крупный плод	33,2+1,2	14,5+3,5	6,8+1,5
Гипотрофия плода	7,8+1,7	24,5+3,2	1,3+0,6
Многоводие	6,0+1,4	10,0+2,9	1,2+0,6
Маловодие	13,3+2,6	31,9+4,4	6,2+1,5
Кровотечение	13,9+2,6	17,3+3,6	0,3+0,1
Мёртвоорождённые	4,8+1,7	5,5+2,2	1,0+0,6

Как следует из данных таблицы 2, практически по всем показателям, характеризующим патологии беременности и родов, женщины с ожирением имеют достоверное их учащение по сравнению с контрольной группой. При этом частота осложнений беременности и родов выше у женщин с АКО. Роды произошли у 36 женщин с НЭО, из них у 19 были оперативные роды; при АКО родов было 34, из них 6 - путём кесарева сечения. Наибольшее количество оперативных вмешательств и пособий в родах наблюдалось при НЭО, причём операции кесарева сечения произведены 19 (14%) рожениц. Из них в плановом порядке - 13 (68%), по сочетанным показаниям: длительное вторичное бесплодие и отсутствие готовности родовых путей - 6 (46%), рубец на матке - 5 (38%), тазовое предлежание крупного плода - 2 (15%) и экстренное кесарево сечение - 6 (31%). В связи с дискоординированной родовой деятельностью 4 (3%) женщинам с АКО проведено плановое кесарево сечение, 2-м - в связи с длительным первичным и вторичным бесплодием.

Анализ состояния новорождённых, родившихся от матерей с ожирением, показал более высокую частоту нарушения морфо-пространственной ориентации плода: обвитие пуповины вокруг шеи и туловища, снижение оценок по шкале Апгар, дисфункции центральной нервной системы в виде синдрома угнетения, синдрома возбуждения. Перинатальная смертность среди крупных детей - 42%, при гипотрофии - 58%, мёртвоорождение у женщин с ожирением

нием в 5 раза превышало аналогичный показатель контрольной группы.

Выводы: В целом, по всем анализируемым показателям осложнений беременности и родов у женщин репродуктивного возраста, страдающих различными формами ожирения, частота патологических проявлений в большей или меньшей степени выше, чем у женщин контрольной группы. Это приводит к функционально-морфологическому нарушению мембран фосфолипидов, в связи с чем беременным женщинам с ожирением следует рекомендовать в каждом триместре гестации патентованный фитоантиоксидантный сироп «МАЗ», состоящий из экологических чистых продуктов, приём курсами по 15 дней (каждого триместра) 2 раза в сутки, по 100 мл.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бутурова С.А. Ожирение (этиология, патогенез, классификация). В книге «Ожирение, метаболический синдром, сахарный диабет 2 типа»//Под. редакцией акад. РАМН И.И. Дедова, М., 2000
2. Стрижова Н.В., Гавриленко А.С., Саркисова А.В. и др. Влияние метаболического синдрома на течение беременности и родов. // Мать и дитя, Материалы V Российского форума, М., 2003
3. Шукурова З.Т. Методические разработки, Фитоантиоксидантный сироп «МАЗ». Душанбе, 2004
4. Abraham S. The obesity problem // N. Engl. J. Med. – 1998.- vol 338, №-16.-P.1158 – 1160
5. Bouchard C. Genetique et obesite cher L home.// Diabete Memalol – 1988. vol. 14, № - 4,- P.407-413

ХУЛОСА

Баъзе хусусиятҳои раванди гестатсионӣ ҳангоми фарбеҳӣ М.Д. Қадамалиева, Ф.М. Абдурахмонова, З.М. Муродова

Дар 36 бемори гирифтори фарбеҳии невроэндокринӣ (ФНЭ) ва дар 34 бемори гирифтори фарбеҳии алиментарно конституционалӣ (ФАК) таҳлили илмии хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ, таваллуд ва давраи баъд аз таваллуд гузаронида шуд.

Муқаррар карда шуд, ки эътилоли ҳомилагӣ, таваллуд ва давраи баъди таваллуд дар беморони гирифтори ФАК назар ба занҳои гирифтори ФНЭ бештар ба назар мерасад. Ба беморони гирифтори фарбеҳӣ гузаронидани ислоҳи маҷмӯии тағйиротҳои мубодилаи моддаҳо дар таҳриқи раванди гестатсионӣ тавсия карда мешавад.

SUMMARY

SOME PECULIARITIES OF GESTATION PROCESS UNDER ADIPOSITY

M.D. Kadamaliev, F.M. Abdurahmonova, Z.M. Murodova

Scientific analysis of peculiarities of pregnancy, delivery and postpartum in the women with neuroendocrine (36) and alimentarno-constitutional (34) adiposity was made. It was showed that pathology of pregnancy, delivery and postpartum in patients with ACA the frequency of complications was more than with NEA. The patients with adiposity must be made complex correction of metabolic alterations in dynamics of gestation process.

ОЦЕНКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДАХ В СРОК И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

З.Х. Рофиева

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Введение. Известно, что при беременности эндокринные изменения в материнском организме во многом обусловлены адаптационными реакциями нервной системы (1-3). Рядом исследователей было отмечено повышение биоэлектрической активности коры головного мозга в первые недели беременности с последующим её угнетением и дальнейшим преобладанием процессов торможения (4.5). Эти изменения формы альфа-ритма наблюдались на фоне нормального типа ЭЭГ и были характерны для физиологически протекающей беременности. В первые недели беременности так же выявлены ЭЭГ признаки активации ретикулярных структур среднего мозга, а затем - повышение активности синхронизирующих подкорковых структур по мере развития беременности. Данное положение делает актуальным изучение психоэмоционального статуса беременных, рожениц и родильниц при физиологической и осложнённой беременности.

Целью комплексного исследования стали психосоматические соотношения у беременных при доношенном сроке беременности.

Материал и методы исследования. Объектом исследования была группа женщин (64 человек), с отсутствием тяжёлой соматической, акушерской патологии, без психических расстройств в анамнезе, поступившие в акушерские отделения при доношенном сроке беременности для обследования и подготовки к родам. У всех женщин беременность протекала в достаточной мере физиологически, и роды завершились через естественные родовые пути.

В контрольную группу вошли небеременные женщины (27), нерожавшие, с неосложнённым психоневрологическим анамнезом, без тяжёлых соматических заболеваний и тяжёлых травм и операций в анамнезе.

Все женщины были отобраны случайным образом. Испытуемые были информированы о цели исследования и выразили добровольное согласие участвовать в нём. Исследование проводилось в течение 2-х лет.

Кроме общепринятого акушерского и соматического обследования проводили структурированное интервью с помощью клинического опросника, направленное на оценку психосоматического статуса беременных при доношенном сроке, рожениц и родильниц.

Анкета была разработана Институтом мозга человека РАН, по структуре она направлена на реализацию теории изменённых состояний сознания — нового раздела современной психологии. Конкретная формулировка отдельных вопросов анкеты была уточнена самими родильницами на предварительной стадии исследования.

Анкета состоит из трёх частей: первая касается состояния психики при доношенном сроке беременности, вторая - в родах, третья - в послеродовом периоде. Для повторнородящих было добавлено несколько вопросов для выявления состояния психики в предыдущих родах.

Результаты и их обсуждение. Анализ анкет, заполненных обследуемыми основной группы женщин, показал следующее: 31 родильница ответила положительно на 4 и более поставленных вопросов, что составило 48,4+6,2%. Согласно используемой нами методике, данное обстоятельство рассматривалось нами как достаточное для вывода о наличии выраженного изменения психосоматического состояния (ИПС) данных женщин на каком-то из этапов доношенного срока беременности, родов или послеродового периода.

В дальнейшем мы попытались найти возможные корреляции с наличием или отсутствием

ИПС и всевозможными факторами анамнеза, течением беременности, родов и послеродового периода. При исследовании социальных данных установлено, что между возрастом, уровнем образования, нахождением в браке и наличием ИПС зависимости нет ($p > 0,05$).

При исследовании корреляций между ИПС и особенностями акушерско-гинекологического анамнеза мы обратили внимание на наличие бесплодия, 2 и более аборт, 2 и более выкидышей, хронического аднексита, кольпитов различной этиологии, операций на органах малого таза, количество беременностей и родов.

Можно высказать предположение, что при указанных особенностях акушерского анамнеза были задействованы механизмы адаптации в форме возникновения ИПС при данной беременности.

Несомненна зависимость между наличием в анамнезе заболеваний ЛОР-органов, дерматологических заболеваний (нейродермит, псориаз) и наличием ИПС ($p < 0,05$). Это позволяет высказать мысль о наличии компенсаторных механизмов беременных в виде ИПС при определённой степени выраженности некоторой сопутствующей соматической патологии.

Учитывая возникновение ИПС уже при доношенном сроке беременности, нам представилось важным исследовать течение беременности у основной группы обследованных женщин. Из полученных данных следует, что существует зависимость между возникновением ИПС и снижением уровня гемоглобина при доношенном сроке беременности ($p < 0,05$), что может говорить об активизации приспособительных механизмов ЦНС беременной женщины с анемией, в частности, проявившихся в виде возникновения ИПС.

Очевидно, что возникновение изменений психоэмоционального состояния (ИПС) не коррелирует с динамикой родов, несвоевременным излитием околоплодных вод, гипоксией плода (которая оценивалась по шкале Арга), временем рождения ребёнка. Однако существует прямая корреляция ИПС с уровнем кровопотери в родах ($p < 0,05$) и с разницей уровня гемоглобина до и после родов ($p < 0,05$). Причем, в подгруппе с ИПС уровень гемоглобина после родов повысился, а в группе без ИПС снизился, что может свидетельствовать о том, что изменение психического состояния является адаптационной реакцией организма к экстремальным условиям, т.е. к осуществлению родового акта и возможную при этом кровопотерю.

Общеизвестно, что в процессе родов и раннем послеродовом периоде используется множество различных лекарственных средств. Ряд из них оказывает влияние на ЦНС. Естественно, возникает вопрос: не явились ли они причиной возникновения ИПС?

Нами был проведён сопоставительный анализ между частотой появления ИПС и применением лекарственных препаратов в родах. При изучении связи между возникновением ИПС и применением лекарственных средств установлена зависимость только между применением простагландинов и возникновением ИПС ($p < 0,05$). Использование простагландинов в родах было связано с родостимуляцией в начале родового акта. Дозировки применения были общепринятыми или минимальными и не оказывали клинически выраженного воздействия на ЦНС.

Возникновение ИПС при отклонении от нормального темпа родов, очевидно, является адаптационной реакцией организма и проявлением мобилизации его возможностей решение возникших проблем во время развёртывания и завершения процесса родов.

В остальных случаях никакой зависимости, в том числе и от препаратов, действующих непосредственно на ЦНС, получено не было ($p > 0,05$).

В использованную нами анкету для выявления ИПС были включены вопросы о состоянии психики в послеродовом периоде. Именно в этом периоде происходит выраженная перестройка всех органов и систем, направленная на начало лактации и дальнейшую инволюцию процессов, протекавших при беременности и родах. Анализ полученных данных показывает тенден-

цию зависимости возникновения ИПС от наличия инфильтрата в области швов промежности или лихорадки в послеродовом периоде. Предположительно, именно психотравмирующая ситуация, связанная с патологией в послеродовом периоде, явилась одним из пусковых механизмов активизации резервных сил организма женщин, проявив себя изменением психического состояния.

При анализе анкет контрольной группы женщин было выявлено следующее: семеро из них дали положительные ответы более чем на 4 поставленных вопроса анкеты, что составило 25,9+8,37%. Согласно используемой нами методике, мы сочли возможным считать, что у этих женщин контрольной группы имелось изменённое психическое состояние на каком-то из отрезков времени за последний год их жизни, появление которого они связывали с возникновением стрессовой ситуации. Следует отметить, что такая цифра, в свете данных о массовой невротизации населения, обусловленной неблагоприятными социально-экономическими сдвигами, вовсе не является высокой. Никаких достоверных корреляций между ИПС и головными болями, применением наркоза при операциях, уровнем образования, семейным или социальным положением, соматическими заболеваниями выявлено не было ($p>0,05$). Исходя из этого, можно с осторожностью высказать предположение о преимущественно эндогенном этногенезе ИПС.

При сопоставлении данных контрольной группы с данными обследования родильниц, среди которых процент возникновения ИПС значительно выше ($48,4\pm 6,2\%$), несомненно можно сделать вывод, что в родах и в послеродовом периоде возникают патогенетические условия для возникновения ИПС. В связи с тем, что физиологические роды рядом авторов рассматриваются как стресс, то имеются основания считать обсуждаемый вариант ИПС ответом на стресс в рамках физиологических родов и подготовки к ним у женщин, психосоматический статус которых имеет выше перечисленные характеристики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаходжаева М.С, Маджидов Н.П., Погорелова А.Б. Центральная нервная система при беременности, М: Медицина, 1975
2. Абрамов Ю.Б. Эмоциональная стрессовая психотерапия в амбулаторной практике // Материалы Всесоюз. симп. «Стресс и его патогенетические механизмы».- Кишинёв, 1973.- С. 46-47
3. Абрамченко В.В. Современные методы подготовки беременных к родам .—СПб.: Б.и., 1992
4. Абрамченко В.В. Психосоматические соотношения при нормальном и атипичном течении прелиминарного периода и методы его коррекции // Вопр. охраны мат. и детства.—1977. - №2. —С.75-79
5. Айламазян Э.К Психика и роды // СПб.: ЯблочкоСО, 1996

ХУЛОСА

Арзёбии таносуби психосоматикӣ дар занҳои ҳомила хангоми ҳомилагии мӯҳлатрасо, таваллуди саривақтӣ ва давраи баъд аз таваллуд

З.Х. Рофиева

Шасту чор нафар зан хангоми ҳомилагии мӯҳлатрасоӣ, зоиши саривақтӣ ва дар давраи баъдизоиш санҷида шуданд. Бозрасӣ аз рӯи усулияти Донишкадаи майнаи одами Академияи улуми Русия гузаронида шуд. Тадқиқотҳо нишон доданд, ки байни статуси психоэмотсионалӣ ва инкишофи камхунӣ дар занҳои ҳомила, хунравӣ дар вақти зоиш ва ҳолати аворизии захмҳои қатан (промежность) робита вучуд дорад.

SUMMARY

THE VALUE OF PSYCHOSOMATIC CORRELATIONS IN PREGNANT WOMEN UNDER NORMAL PREGNANCY, DELIVERY AND POSTPARTUM

Z.H. Rofieva

There were investigated 64 women under normal pregnancy, delivery and postpartum. The method of examination was the method worked out at Institution of brain of RAS. The results showed that the connection between psychic emotional status and process of anemia in pregnant women, bleeding in labour with child, state of complicated wounds of perineum.



ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ И ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ

С.М. Каримов

Международная ассоциация стоматологов Республики Таджикистан

Актуальность. Зубочелюстные аномалии встречаются довольно часто. По данным разных авторов (1, 5), их распространённость у взрослых составляет от 28,8 до 37%. Что же касается деформаций зубных рядов, то они встречаются ещё чаще, особенно у пациентов с аномалиями прикуса, осложнёнными дефектами зубных рядов. Как показал ряд исследований (2), такие деформации имеются у 67,1 – 69,4% пациентов с частичной потерей зубов. В стоматологической литературе описаны различные методы подготовки к протезированию (3, 4, 6). Однако многие вопросы остаются не до конца изученными.

Цель исследования - использование адекватных методов подготовки и протезирования зубочелюстной системы при различных видах аномалий развития и патологии у взрослых пациентов.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано и принято на ортопедическое лечение 162 пациента (84 женщины и 78 мужчин) в возрасте от 30 до 60 лет. Зубочелюстные аномалии имелись у 102 (63,0%) из них, деформации зубных рядов – у 60 (37,0%). Аномалии развития и положения передних зубов были у 32 (19,8%) пациентов, прогнатический прикус – у 31 (19,1%), прогенический – у 5 (3,1%), глубокий – у 35 (21,6%). Вертикальные деформации зубных рядов отмечены у 42 обследованных, горизонтальные – у 18, что, соответственно, составляет 25,3 и 11,1%. У всех пациентов имелись дефекты зубных рядов разных величин и топографии.

Больных обследовали по следующей схеме: сбор анамнеза, осмотр лица и полости рта, изучение гипсовых моделей челюстей, рентгенография зубов и челюстей.

Результаты и их обсуждение. При незначительных наклонах (до 12°) передних зубов в какую-либо сторону (вестибулярную, оральную, мезиальную, дистальную) сохраняли живую пульпу этих зубов. Соответствующим препарированием зуба, а в дальнейшем моделированием металлического каркаса и керамической облицовки коронки, у пациентов было исправлено соответствующее положение зуба до достижения желаемого эстетического эффекта.

Если наклон зуба превышал 15° или его режущий край находился на расстоянии более 2 мм от антагонистов, перед протезированием проводилась соответствующая ортодонтическая подготовка. Мы убедились в том, что даже частичное исправление положения зуба существенно улучшает условия для последующего изготовления и применения металлокерамической коронки.

SUMMARY

THE VALUE OF PSYCHOSOMATIC CORRELATIONS IN PREGNANT WOMEN UNDER NORMAL PREGNANCY, DELIVERY AND POSTPARTUM

Z.H. Rofieva

There were investigated 64 women under normal pregnancy, delivery and postpartum. The method of examination was the method worked out at Institution of brain of RAS. The results showed that the connection between psychic emotional status and process of anemia in pregnant women, bleeding in labour with child, state of complicated wounds of perineum.



ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ И ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ

С.М. Каримов

Международная ассоциация стоматологов Республики Таджикистан

Актуальность. Зубочелюстные аномалии встречаются довольно часто. По данным разных авторов (1, 5), их распространённость у взрослых составляет от 28,8 до 37%. Что же касается деформаций зубных рядов, то они встречаются ещё чаще, особенно у пациентов с аномалиями прикуса, осложнёнными дефектами зубных рядов. Как показал ряд исследований (2), такие деформации имеются у 67,1 – 69,4% пациентов с частичной потерей зубов. В стоматологической литературе описаны различные методы подготовки к протезированию (3, 4, 6). Однако многие вопросы остаются не до конца изученными.

Цель исследования - использование адекватных методов подготовки и протезирования зубочелюстной системы при различных видах аномалий развития и патологии у взрослых пациентов.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано и принято на ортопедическое лечение 162 пациента (84 женщины и 78 мужчин) в возрасте от 30 до 60 лет. Зубочелюстные аномалии имелись у 102 (63,0%) из них, деформации зубных рядов – у 60 (37,0%). Аномалии развития и положения передних зубов были у 32 (19,8%) пациентов, прогнатический прикус – у 31 (19,1%), прогенический – у 5 (3,1%), глубокий – у 35 (21,6%). Вертикальные деформации зубных рядов отмечены у 42 обследованных, горизонтальные – у 18, что, соответственно, составляет 25,3 и 11,1%. У всех пациентов имелись дефекты зубных рядов разных величин и топографии.

Больных обследовали по следующей схеме: сбор анамнеза, осмотр лица и полости рта, изучение гипсовых моделей челюстей, рентгенография зубов и челюстей.

Результаты и их обсуждение. При незначительных наклонах (до 12°) передних зубов в какую-либо сторону (вестибулярную, оральную, мезиальную, дистальную) сохраняли живую пульпу этих зубов. Соответствующим препарированием зуба, а в дальнейшем моделированием металлического каркаса и керамической облицовки коронки, у пациентов было исправлено соответствующее положение зуба до достижения желаемого эстетического эффекта.

Если наклон зуба превышал 15° или его режущий край находился на расстоянии более 2 мм от антагонистов, перед протезированием проводилась соответствующая ортодонтическая подготовка. Мы убедились в том, что даже частичное исправление положения зуба существенно улучшает условия для последующего изготовления и применения металлокерамической коронки.

У пациентов с незначительно выраженным поворотом (центральных резцов до 30°, боковых резцов до 50°) такие зубы не были депульпированы, а путём соответствующего протезирования исправили их положение в зубном ряду и затем накрыли металлокерамическими коронками или мостовидными протезами по показаниям.

При повороте центральных резцов верхней челюсти более 30°, а боковых - более 50° отдали предпочтение депульпированию таких зубов с последующим изготовлением литых штифтовых вкладок при правильном расположении культи в зубном ряду. В качестве покрывной конструкции с успехом применяли металлокерамические коронки.

Ортопедическое лечение при диастеме у взрослых пациентов планировали с учётом её величины, расположения центральных резцов, состояния их коронок и тканей пародонта, а также вида прикуса. Перед изготовлением металлокерамических коронок на передние зубы провели протезирование дефектов зубных рядов в боковых отделах (в области премоляров и моляров) с предварительной ортопедической подготовкой зубочелюстной системы.

При небольших диастемах (до 2 мм) и отсутствии значительного наклона центральных резцов в какую-либо сторону (конвергенции, дивергенции) на такие зубы мы изготовили две металлокерамические коронки и обошлись без ортодонтического лечения. Особенностью препарирования центральных резцов при этой аномалии является то, что с их мезиальных сторон сошлифовывается значительно меньше твёрдых тканей, чем с дистальной. При диастеме размером 2-4 мм, наклонах центральных резцов (конвергенции, дивергенции) более 15°, а также частичном разрушении коронок нами проведено депульпирование этих зубов и изготовление литых штифтовых вкладок с изменением угла наклона оси культевой части вкладки.

При сочетании диастемы с тремами были изготовлены металлокерамические коронки на все резцы или все передние зубы и путём соответствующей моделировки ликвидировали как диастему, так и тремы.

У пациентов с большими (более 3 зубов) включёнными или концевыми дефектами зубных рядов применяли бюгельный протез. Высокий функциональный и эстетический эффект нами достигнут при комбинации бюгельного протеза в области премоляров и моляров с металлокерамическими коронками и мостовидными протезами в области передних зубов.

Непосредственные и отдалённые результаты нашего ортопедического лечения показали, что в процессе соответствующей подготовки зубочелюстной системы к протезированию у 4 человек при применении пластинки с наклонной плоскостью для сагиттального сдвига нижней челюсти произошло обострение пародонтита и расшатывание передних зубов этой челюсти. У всех 4 пациентов пластинка с наклонной плоскостью была заменена пластмассовой каппой. В дальнейшем подобных осложнений нами не наблюдалось.

Трое пациентов при сагиттальном сдвиге нижней челюсти на 2 мм и более предъявляли жалобы на дискомфорт и боль в височно-нижнечелюстном суставе и жевательных мышцах. У 3 пациентов с пародонтитом лёгкой степени при применении лечебно-накусочной пластинки для внедрения выдвинувшихся зубов произошло обострение пародонтита. Поэтому аппарат был снят, выдвинувшиеся зубы депульпированы и укорочены до нужного предела.

Непосредственные результаты применения металлокерамических протезов при зубочелюстных аномалиях и деформациях зубных рядов после ортопедической подготовки были хорошими во всех случаях. Пациенты были удовлетворены эстетическими и функциональными качествами протезов и не предъявляли жалоб.

Отдалённые результаты в сроки от 2 до 5 лет нами проанализированы у 47 пациентов. При этом у 42 (89,4%) из них осложнений не возникло, они были довольны протезами и жалоб не предъявляли. При клиническом и рентгенологическом исследовании функциональной травматической перегрузки пародонта у них не обнаружено. Опорные зубы были устойчивы, слизистая оболочка десны в области опорных зубов не имела признаков воспаления. Резорбции

костной ткани альвеолярного отростка челюстей в области опорных зубов металлокерамических протезов отмечено не было.

Наши наблюдения показали, что лишь у 5 (10,6%) пациентов возникли осложнения. У 2 из них (40,0%) произошёл частичный откол керамической облицовки в области отдельных коронок и фасеток, у 1 (20,0%) – расцементировка коронок, у 2 (40,0%) при рентгенологическом исследовании нами выявлен верхушечный периодонтит в области отдельных опорных зубов.

Таким образом, полученные нами положительные результаты позволяют рекомендовать внедрение в стоматологическую практику методик ортопедического лечения взрослых пациентов с зубочелюстными аномалиями и деформациями зубных рядов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриева Л.А. Современные аспекты клинической стоматологии. –М.: МЕДпресс, 2001
2. Матвеева А.И., Гветадзе Р.Ш., Балуда И.В. и др. Состояние зубочелюстной системы больных после протезирования на имплантатах //Панорама ортопедической стоматологии. – 2002. -№ 2. –С. 24-28
3. Молчанов Н.А., Тернов С.Ф., Байдина Т.Ф. и др. Новые технологии с использованием сверхэластичных материалов с памятью формы в ортодонтии и стоматологическом протезировании //Биосовместимые материалы и имплантаты с памятью формы. –Томск, 2001. –С. 179-185
4. Тернов С.Ф., Молчанов Н.А., Фатюшин М.Ю. и др. Сверхэластичный аттачмен для фиксации бюгельных протезов в ортопедической стоматологии //Новые биосовместимые сверхэластичные материалы и новые медицинские технологии в стоматологии. –Красноярск, 2000. –С. 156
5. Требузов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология. Пропедевтика и основы частного курса. –Ст.-Петербург, 2001
6. Caesar H.H. Gedanken zur totalen Prothese //Dent. Labor. –2002. –Vol. 50. –N 4. –P. 533-538

ХУЛОСА

Хусусиятҳои истифодаи конструксияҳои металлокерамикӣ дар ҳолати нодурустии инкишоф ва мавқеи дандонҳо

С.М.Каримов

Дар мақола истифодаи усулҳои комилан мувофиқи омода кардан ва протезкунии системаи дандону ҷоғ дар намудҳои гуногуни рушди ноқис ва эътилол дар 162 бемори калонсол таҳлил карда шудааст.

Дар асоси натиҷаҳои мусбате, ки ба даст омадаанд дар таҷрибаи дандонпиизишкӣ қорӣ намудани усули табобати ортопедиро барои беморони калонсоле метавон тавсия дод, ки дандону ҷоғашон нодуруст инкишоф ёфтааст ва қатори дандонҳояшон тағйири шакл кардааст.

SUMMARY

THE PECULIARITIES OF THE USE OF METALLOKERAMIC CONSTRUCTIONS UNDER ANOMALIES OF TEETH GROWTH AND POSITION

S.M. Karimov

In the article the use of adequate methods of preparation and prostetision of the teeth-jaw system under different types of anomalies and pathologies in 162 adult patients was shown. Positive results allow to recommend the use of orthopedic methods of treatment in growth-up patients c teeth-jaw anomalies and deformations of teeth lines.

УСТРАНЕНИЕ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Д.И. Хушвахтов, Х.Т. Меликов, Б.И. Ирданов
Городская стоматологическая поликлиника № 2

Актуальность. Хирургическое лечение кистозных и доброкачественных образований челюстных костей приводит к появлению полости в костной ткани. Самостоятельное восстановление костных структур в образовавшихся полостях происходит длительное время и занимает от нескольких месяцев до нескольких лет. Порой эти процессы остаются незавершёнными, дефект заполняется лишь соединительной тканью и делает проведённое вмешательство неэффективным. Ввиду скорого возникновения рецидива заболевания требуется повторная операция (1.4)

С целью сокращения сроков восстановления полостного образования костной ткани предлагается её тампонада гипсом, йодоформенной турундой, кровяным сгустком, гемостатической губкой а также использование ауто-, алло-, ксеногенотрансплантатов, полимерных и синтетических материалов (4). Однако применение первых вызывает проблемы, связанные с послеоперационным уходом за раной, сложностью их моделирования во время оперативного вмешательства, а у вторых сильно выражены местные токсические и антигенные свойства. Многие из них, обладая остеокондуктивными свойствами, лишены остеоиндуктивных качеств (5).

Все ауто-, алло- ксенотрансплантаты, полимерные и синтетические материалы, используемые для «запечатывания» костных полостей, довольно часто подвержены резорбции или элиминации, что является их недостатком. В этой связи проблема восстановления костной ткани в полости, оставшейся после удаления кистозных и костных доброкачественных образований, считается актуальной (7).

В последние годы с целью «запечатывания» таких полостей применяют способ их заполнения мелкогранулированным пористым никелидом титана с использованием пористых тканевых мембран из этого же материала, позволяющих направлять процесс репаративной регенерации. Благодаря биологической совместимости данного материала с тканями организма по биохимическим, биофизическим, биомеханическим параметрам и особыми характеристиками, выражающимися эффектом смачиваемости и сверхэластичности, они обладают высокими интеграционными свойствами и лишены вышеперечисленных недостатков (3).

Цель исследования - совершенствование хирургических методов лечения больных с кистозными и доброкачественными образованиями челюстных костей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением за период 2005-2008г. находились 12 больных с кистозными и доброкачественными образованиями челюстных костей. Возраст больных - от 18 до 40 лет. Среди обследованных больных женщин было 7, мужчин - 5.

Из общего количества больных у 5 диагностированы радикулярные кисты, у 3 - ограниченные остеобластокластомы, у 2 - гигантоклеточные эпюлиды, сопровождающиеся разрушением костной ткани, и у 2 - кистогранулёмы.

Клиническое обследование больных проводилось по традиционной методике. До оперативного вмешательства всем больным проводили ортопантомографию челюстных костей, при необходимости дополняли её прицельными дентальными рентгеновскими снимками, по которым определяли взаимоотношения корней зубов с полостными образованиями. При необходимости проводили депульпирование зубов с выведением пломбирочной массы за верхушку корней.

Всем больным проводили оперативное вмешательство по удалению патологических об-

разований с заполнением образовавшихся полостей по предлагаемой методике.

Техника операции: разрез слизистой над кистозным образованием производится по переходной складке. При наличии свищевого хода к основному разрезу дополнительно добавляется полуовальный разрез, окаймляющий последний. Над образованием скелетизируется кость, острым инструментом снимается кортикальная пластинка и обнажается костная полость. Далее осуществляется вылуцивание образования, производится разглаживание острых краёв кости. Костная поверхность полости обрабатывается фрезой до тех пор, пока образования на раневой поверхности не выступит «роса», т.е. до капиллярного кровотечения по всей поверхности. После гемостаза и антисептической обработки последней на всю раневую поверхность укладывается тонкий слой предварительно простерилизованного мелкогранулированного никелида титана. Оставшийся свободный объём полости заполняется синтетическим коллагеновым материалом и заранее приготовленной тромбоцитарной массой. Далее сформированное костное окошечко закрывается тканевым пористо-проницаемого никелид титана соответствующего размера, служащим в качестве мембраны. Его вырезают соответствующего размера ex tempore из цельного куска простерилизованного материала таким образом, чтобы его края на 0,5 мм перекрывали костную полость. Фиксация мембраны осуществляется благодаря эффекту прилипаемости материала к раневой поверхности и дополнительным поднадкостничным введением. Далее лоскуты укладываются на место и ушиваются узловыми швами с оставлением резиновой полоски на 48 часов. Снятие швов производится на 10 сутки после вмешательства. Следует отметить, что на данный способ получен охранный документ - положительное решение НПИ центра РТ № 0800209 от 16.04.2008.

Для иллюстрации технологии использования мелкогранулированного тканевого никелид титана в качестве мембраны, тромбоцитарной массы, а также синтетического коллагена при заполнении полостей в костной ткани, приводим пример:

”Больная Р., 45 лет, амбулаторная карта 536/4 обратилась в поликлинику с жалобами на наличие новообразования в области фронтального отдела верхней челюсти справа. Из анамнеза выяснено, что проводилось лечение 13 11| зубов по поводу хронического периодонтита с пломбированием корневых каналов. В последнее время больная заметила появление образования над пролеченными зубами, имеющего тенденцию к увеличению.

При осмотре полости рта отмечается наличие опухолевидного образования по переходной складке на уровне 13 11|, при пальпации болезненного. Отсутствие 12|. Симптом Дипютриена положительный. На R-грамме отмечается наличие кистозного образования размером 2,5х3 см неправильной формы, с «вросшими» в полость корнями зубов (рис.1 а).



Рис. 1 До(а) и после операции (б)

Выполнено оперативное вмешательство согласно разработанной технологии. Контрольный осмотр через 6 месяцев. Жалоб пациентка не предъявляет. На контрольной рентгенографии отмечается полная интеграция введенных материалов и заполнение дефекта «костными структурами» (рис.1 б).

Результаты и их обсуждение. Таким образом, в динамике клинической и рентгенологической контроль над оперированным участком показывает, что благодаря хорошим интеграционным свойствам мелкогранулированного тканевого никелид титана в комбинации с тромбоцитарной массой и синтетическим коллагеном, через 6-8 месяцев происходит полное восстановление костных структур на оперируемом участке исключительно за счёт остеогенной репарации. При этом отмечены также остеоиндуктивные и остеокондуктивные эффекты использования материалов. Осложнений после проведения вмешательства по предлагаемому способу нами не обнаружено ни в одном случае.

Результаты применения данной технологии показали её высокую эффективность при устранивании полостей в костях челюстно-лицевой области и позволяют рекомендовать её челюстно-лицевым хирургам, онкологам и травматологам как метод выбора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безруков В.М., Григорьянц Л.А., Рабухина Е.А., Бадалян В.А. Амбулаторная хирургическая стоматология (современные методы). М., 2002
2. Биосовместимые материалы и имплантаты с памятью формы Томск, 1998
3. Григорьянц А.С., Назаров С.Г., Малорян Е.Л., Копейкин В.Н. Влияние биогенной пасты, содержащей гидроксиапатит, на динамику остеоинтеграции имплантатов. Стоматология 1990, № 3, -С. 14-16
4. Дробышев А.Ю. Экспериментальное обоснование и практическое применение отечественных биокомпозиционных материалов при костно-восстановительных операциях на челюстях. Автореф докт. дисс, М, 2001
5. Кац А.Г. Регенерация костной ткани после удаления кист челюстей Стоматология, 1965
6. Никольский В.Ю., Фадяев И. Дентальная импланталогия, М., 2007
7. Радкевич А.А., Гантиморов А.А., Гюнтер В.Э. Хирургическое лечение больных с расщелинами альвеолярного отростка с использованием материалов с памятью формы. Метод. пособие. 22, Томск, 2007
8. Чупахин П.В. Использование нерезорбируемых мембран для направленной регенерации тканей парадонта. Автореф. канд. дисс, 1995
9. Шакиров М.Н. Хирургическое лечение дефектов и деформаций челюстно-лицевой области с применением имплантатов с памятью формы. Автореф. докт. дисс., Душанбе, 2003
10. Шишкова М.В. Влияние биокомпозиционных материалов при заполнения послеоперационных дефектов после цистэктомии, регенерацию костной ткани. Аннотация канд. дисс., МГМСУ, 2005

ХУЛОСА

Баргараф кардани бавучудоии ковокиҳои устухони чоғу рӯй

Д.И. Хушвахтов, Х.Т. Меликов, Б.И. Ирданов

Дар мақола нишондодҳои муоинаҳои сарири-озмоишгоҳӣ дар шароити дармонгоҳ нисбати 12 бемори дорои носур ва омоси некзоти устухонҳои чоғҳо оварда шудааст. Таҳлили усулҳои анъанавии табобати ҷарроҳии онҳо гузаронида шудааст.

Барои тақмили ин самт тарзи маҳкам кардани ковокиҳои устухонӣ бо истифода аз масолеҳи биомувофиқ, аз он ҷумла гранулаи никелид-титанӣ бо иловаи технологияи мембранӣ пешниҳод карда мешавад.

SUMMARY

THE REMOVAL OF HOLLOW FORMATIONS OF BONE TISSUE OF JAW-FACE PART

D.I. Hushvahtov, H.T. Melikov, B.I. Irdanov

The date of clinical laboratory investigation of 12 patients with cyst and tumor formations of jaw bones were observed at polyclinic. The analysis of traditional methods of operative treatment was made. Therefore the method of cover of bone cavities by biocompatibilited materials was offered, including the use of small granulled titan nikelide on membrane technology.



ОСОБЕННОСТИ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Н.М. Ходжаева, М.Г. Мамадярова, А.К. Асоев
Кафедра детских инфекционных болезней

Введение. В эндемичных странах, к которым относится и Республика Таджикистан, малярия остаётся одной из серьёзных проблем здравоохранения в связи с сохранением местной передачи *vivax* и *falciparum*-малярии. Кроме того, неблагоприятным фактором стало появление и распространение лекарственно-устойчивых штаммов *P.falciparum* в зоне интенсивной передачи инвазии. Последние исследования показали, что большинство инфицированных являются бессимптомными носителями *P.vivax* и *P.falciparum* [1, 2].

Общеизвестно, что тропическая малярия, ввиду генетических и антигенных особенностей возбудителя, характеризуется тяжёлым течением, а также развитием серьёзных осложнений, нередко приводящих к летальным исходам [2-4]. Рассматривая клиническую характеристику тропической малярии у детей, ввиду своеобразией клинической картины целесообразно представить особенности заболевания в каждой возрастной группе.

Цель исследования: изучение клинических особенностей тропической малярии у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 65 больных в возрасте от 6 мес. до 3 лет, госпитализированных в 2000-2005 гг. в ГКИБ г. Душанбе и ЦРБ района А. Джамии Хатлонской области. Диагноз верифицирован микроскопией крови. Лёгкая форма болезни наблюдалась у 10 (15,3%) детей, среднетяжёлая - у 29 (44,6%) и тяжёлая – у 26 (40,0%).

Результаты и их обсуждение. Клиническая картина *falciparum*-малярии у детей раннего возраста характеризовалась преимущественно острым началом заболевания (92,3%) с повышения температуры тела до фебрильных цифр, неправильной температурной кривой (86,1%), отсутствием типичных малярийных пароксизмов. Ремиттирующий тип лихорадки констатирован у 5 (7,7%) больных, постоянный - у 3,1%, субфебрилитет – у 3,1%. В данной возрастной группе характер температурной кривой, как правило, не имеет дифференциально-диагностического значения, что согласуется с данными других авторов [3, 4].

У детей раннего возраста тропическая малярия преимущественно протекала в среднетяжёлой и тяжёлой форме (44,6 и 40,0% соответственно), что фактически в два раза превышает удельный вес тяжёлых форм при трёхдневной малярии.

Симптомы интоксикации, характеризующиеся вялостью, слабостью, капризностью (48,3–57,7%), нарушением аппетита (27,6–84,6%), тошнотой (3,8%) и рвотой съеденной пищей (17,2–26,9%, соответственно при среднетяжёлой и тяжёлой формах) коррелировали с тяжестью заболевания.

SUMMARY

THE REMOVAL OF HOLLOW FORMATIONS OF BONE TISSUE OF JAW-FACE PART

D.I. Hushvahtov, H.T. Melikov, B.I. Irdanov

The date of clinical laboratory investigation of 12 patients with cyst and tumor formations of jaw bones were observed at polyclinic. The analysis of traditional methods of operative treatment was made. Therefore the method of cover of bone cavities by biocompatibilited materials was offered, including the use of small granulled titan nikelide on membrane technology.



ОСОБЕННОСТИ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Н.М. Ходжаева, М.Г. Мамадярова, А.К. Асоев
Кафедра детских инфекционных болезней

Введение. В эндемичных странах, к которым относится и Республика Таджикистан, малярия остаётся одной из серьёзных проблем здравоохранения в связи с сохранением местной передачи *vivax* и *falciparum*-малярии. Кроме того, неблагоприятным фактором стало появление и распространение лекарственно-устойчивых штаммов *P.falciparum* в зоне интенсивной передачи инвазии. Последние исследования показали, что большинство инфицированных являются бессимптомными носителями *P.vivax* и *P.falciparum* [1, 2].

Общеизвестно, что тропическая малярия, ввиду генетических и антигенных особенностей возбудителя, характеризуется тяжёлым течением, а также развитием серьёзных осложнений, нередко приводящих к летальным исходам [2-4]. Рассматривая клиническую характеристику тропической малярии у детей, ввиду своеобразией клинической картины целесообразно представить особенности заболевания в каждой возрастной группе.

Цель исследования: изучение клинических особенностей тропической малярии у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 65 больных в возрасте от 6 мес. до 3 лет, госпитализированных в 2000-2005 гг. в ГКИБ г. Душанбе и ЦРБ района А. Джамии Хатлонской области. Диагноз верифицирован микроскопией крови. Лёгкая форма болезни наблюдалась у 10 (15,3%) детей, среднетяжёлая - у 29 (44,6%) и тяжёлая – у 26 (40,0%).

Результаты и их обсуждение. Клиническая картина *falciparum*-малярии у детей раннего возраста характеризовалась преимущественно острым началом заболевания (92,3%) с повышения температуры тела до фебрильных цифр, неправильной температурной кривой (86,1%), отсутствием типичных малярийных пароксизмов. Ремиттирующий тип лихорадки констатирован у 5 (7,7%) больных, постоянный - у 3,1%, субфебрилитет – у 3,1%. В данной возрастной группе характер температурной кривой, как правило, не имеет дифференциально-диагностического значения, что согласуется с данными других авторов [3, 4].

У детей раннего возраста тропическая малярия преимущественно протекала в среднетяжёлой и тяжёлой форме (44,6 и 40,0% соответственно), что фактически в два раза превышает удельный вес тяжёлых форм при трёхдневной малярии.

Симптомы интоксикации, характеризующиеся вялостью, слабостью, капризностью (48,3–57,7%), нарушением аппетита (27,6–84,6%), тошнотой (3,8%) и рвотой съеденной пищей (17,2–26,9%, соответственно при среднетяжёлой и тяжёлой формах) коррелировали с тяжестью заболевания.

У 8 (30,8%) больных грудного возраста отмечались судороги и повторная рвота и у 3 (11,5%) – менингеальные симптомы.

Озноб чаще отсутствовал, приступ начинался с побледнения, затем синюшности кожи, у половины больных – с похолодания конечностей. Типичные симптомы малярийного пароксизма, такие как озноб, жар, потливость можно было проследить только при тяжёлом течении и не более чем у половины обследуемых детей (14, 38 и 50% соответственно). Снижение температуры тела сопровождалось потением головки и шеи.

В период повышения температуры у подавляющего большинства больных данной группы наблюдалась тахикардия (80,0%) и у 40,0% детей – приглушение сердечных тонов. Данные нарушения, как правило, были интоксикационного генеза.

Боли в животе различной интенсивности и диарея отмечены у 19 (29,2%) детей. Живот вздут, чувствителен при пальпации. Спленомегалия выявлена примерно у 1/3 детей, причём у 9 (13,8%) больных с 3-5 дня болезни и у 12 (18,5%) – с 6-8 дня. Следует отметить, что у детей грудного возраста увеличение селезёнки констатировано лишь у половины обследуемых больных.

Увеличение печени и её болезненность при пальпации наблюдались у 50 (76,9%) больных, преимущественно с 3-4 дня болезни. Желтуха в данной возрастной группе констатирована в 12 (18,5%) случаях.

Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей не наблюдалось.

Выявлены достоверные различия между частотой основных клинических симптомов болезни и тяжестью тропической малярии, за исключением таких симптомов как боли в животе, диарея и рвота.

Сравнительный анализ клинической симптоматики тропической и трёхдневной малярии выявил достоверные различия в изучаемой группе больных. Так, частота и выраженность симптомов интоксикации, проявляющихся синдромом нейротоксикоза, сердечно-сосудистых нарушений, диспепсических расстройств, поражения печени с развитием синдрома холестаза при тропической малярии превышают таковые при трёхдневной малярии ($p < 0,001$). Достоверных различий не установлено лишь в частоте спленомегалии ($p > 0,05$).

При тропической малярии в отличие от трёхдневной не регистрировались катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей.

Изменения периферической крови характеризовались преимущественно анемией (уровень гемоглобина колебался от 90 до 100 г/л, который коррелировал с уровнем паразитемии, число эритроцитов быстро уменьшалось до $3,1 \times 10^{12}$ – $2,8 \times 10^{12}$ /л (особенно при тяжёлом течении). Нередко выявлялся ретикулоцитоз (21,0%). С большим постоянством отмечалась лейкопения, эозинопения, относительный моно- и лимфоцитоз. В период разгара заболевания у 42,1% больных тропической малярией наблюдался лейкоцитоз с нейтрофилёзом. Вследствие нарастающей анемии видимые слизистые оболочки бледные, у 4 (15,3%) детей грудного возраста развилась дистрофия.

Картина периферической крови в данной группе больных практически не отличалась от таковой при трёхдневной малярии.

Как известно, большое влияние на течение малярии у детей оказывают сопутствующие заболевания и состояние питания. Так, у 14 (21,5%) больных раннего возраста были выявлены хроническое расстройство питания, пневмония, перинатальная энцефалопатия.

Тропическая малярия осложнилась у 1 ребёнка (1,5%) малярийной комой, у другого – малярийным гепатитом.

У 2 (3,1%) детей через 6 месяцев после прекращения лечения отмечена повторная малярия и у 10 (15,4%) – рецидивы, характеризующиеся повышением температуры до фебрильных цифр, гепатоспленомегалией с первых дней болезни, бледностью кожи и слизистых оболочек, нарастающей анемией и невысоким уровнем паразитемии, в отличие от первичной

атаки. Уровень паразитемии при повторных случаях и при рецидивах ниже, чем при первичной атаке, вследствие частично сформировавшегося специфического иммунитета. Температура с первых дней болезни приобретала интермиттирующий характер. Селезёнка стала доступной пальпации раньше и более плотной. Кроме того, в периферической крови, наряду бесполовыми стадиями, обнаруживались гамонты, и их число было больше, чем при первичном инфицировании. Число пароксизмов было меньше, температурный максимум ниже, чем при первичной атаке. На фоне проведённого лечения этиотропными средствами приступы купировались, плазмодии исчезли на 2-3 сутки. Следует отметить, что при первичной атаке возбудители исчезали из крови у всех больных, как правило, на 1-2 сутки. Необходимо отметить, что при повторных случаях применялись другие этиотропные средства.

Летальный исход отмечен у 1 ребёнка с церебральной малярией при позднем обращении за медицинской помощью.

Таким образом, малярия у детей раннего возраста отличается своеобразием клинической симптоматики. Отсутствуют типичные малярийные пароксизмы, преобладают симптомы интоксикации, диспепсические расстройства. Наблюдаемый синдром нейротоксикоза, с развитием судорог и менингеальных симптомов требует безотлагательной дифференциальной диагностики с нейроинфекциями вирусной и бактериальной этиологии, а диарея с эксикозом – с кишечными инфекциями. Как правило, выражены гематологические изменения, гепатоспленомегалия. Кроме того, отмечается высокий процент развития рецидивов, вероятно, за счёт функциональной незрелости и недостаточности иммунорегуляторных механизмов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Камардинов Х.К., Алиев С.П. Тропическая малярия в Таджикистане. Душанбе, 2006
2. Лысенко А.Я., Кондрашин А.В., Ежов М.Н. Маляриология // Копенгаген, 2003
3. Попов А.Ф., Токмалаев А.К., Никифоров Н.Д. Малярия // М., 2004
4. Попов А.Ф., Никифоров Н.Д., Чирков В.П., Санин Б.И. Тропическая малярия //Ж. «Клиническая медицина», 1998, №10, -С. 11-14

ХУЛОСА

Хусусиятҳои вараҷаи тропикӣ дар кӯдакони синни хурд

Н.М. Хоҷаева, М.Г. Мамадёрва, А.К. Асоев

Дар мақола тавсифи саририи вараҷаи тропикӣ (гармсери) дар кӯдакони синни хурд оварда шудааст. Дар онҳо пароксизмҳои ба бемории вараҷа хос, аз ҷумла бо ивазшавии давраҳо гузаштани он, хати каҷи ҳарорати давр-давр пайдошавандаи классикӣ ва дигар аломатҳои хоси вараҷа вучуд надоранд.

Гуногуншаклии зӯхуроти саририи беморӣ дар ин гурӯҳи синнусолӣ чи дар марҳалаи барвақти инкишоф ва чи дар давраи авҷи вараҷаи тропикӣ таъхирнопазири сирояти микробҳои бемориоварандаро ба системаи асаб, рӯда ва дигар узвҳои тақозо менамояд.

SUMMARY

THE PECULIARITIES OF TROPICAL MALARIA IN CHILDREN OF EARLY AGE

N.M. Hojaeva, M.G. Mamadyarova, A.K. Asoev

In the article clinical characteristic of tropical malaria in children of early age is observed. They have no malaria paroxysms with turn of phases, classical intermitting temperature curve and some other typical symptoms of the infection. Polymorphism of clinics in children of this aging group at early stage and the top of disease demands urgent differential diagnostics with neuroinfections, intestine infections, sepsis and some other diseases.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Н.И. Мустафакулова
Кафедра внутренних болезней №3

Актуальность. Несмотря на чёткое определение болезни, достаточно яркие симптомы и большие возможности функциональных методов исследования, бронхиальную астму (БА) нередко диагностируют как различные формы бронхита и, как следствие этого, неэффективно и неадекватно лечат антибиотиками и противокашлевыми средствами (5). У взрослых ошибочный диагноз БА часто выставляют больным с хронической обструктивной болезнью лёгких, синдромом Чарджа–Стросса, астматическим вариантом узелкового периартериита, опухолями бронхов, бронхоэктазами, при дисфункции голосовых связок. Следует также проводить дифференциальную диагностику с другими, реже встречающимися заболеваниями: трахеобронхомалацией, обструктивным бронхиолитом, муковисцидозом (6).

С сожалением приходится констатировать, что до сих пор ошибки в диагностике ведут к неадекватной терапии заболевания. Основным методом лечения аллергических заболеваний, в том числе атопической БА, является специфическая терапия, связанная с воздействием на конкретную причину заболевания – аллерген (6). При выявлении последнего, ведущим методом лечения служат элиминационные мероприятия, направленные на полное устранение аллергена или максимально возможное уменьшение контакта с ним. При БА назначают депо-препараты – масляные растворы триамцинолона (кеналог_40), метилпреднизолона (метипред_40, депо_медрол) и бетаметазона (дипроспан). При инъекции этих препаратов создаётся депо, постепенно, в течение 0,5–1 месяца, высвобождающее глюкокортикостероид (ГКС) в кровотоки (4).

В качестве оправдания такого метода терапии указывают на его “удобство для больных”: 1 инъекция в 3–4 недели улучшает состояние пациентов. Весьма опасное заблуждение! Депо-нированные препараты ГКС представляют наибольшую опасность в плане развития побочных эффектов, прежде всего стероидозависимости. Постоянная концентрация ГКС в крови через 4–5 инъекций приводит к угнетению функции коры надпочечников, часто необратимому, и больные уже не могут обходиться без введения этих препаратов (1, 2).

Наряду с развитием стероидного васкулита, диабета, миопатии, исподволь формируется одно из наиболее неблагоприятных осложнений – остеопороз, возрастает риск переломов (4). У больных с тяжёлой стероидозависимой БА высок риск осложнений оперативного лечения переломов, обусловленный плохим заживлением ран, сниженным иммунитетом, стероидным диабетом. Вместе с тем ингаляции стероидных гормонов остаются «золотым стандартом» монотерапии БА. Ингаляции кортикостероидов не только предупреждают обострения БА, улучшают функцию дыхания, позволяют освободиться от использования других препаратов, в частности, от назначения внутрь преднизолона, но также, в случаях мягкого течения БА, предупреждают развитие структурных изменений, вызывающих стойкую обструкцию дыхательных путей (1). Если, несмотря на ингаляции кортикостероидов, симптомы астмы сохраняются, к лечению добавляют антагонисты рецепторов лейкотриенов, длительно действующие в-агонисты (салматерол) или увеличивают дозы ингалируемых кортикостероидов (3).

Целью нашего исследования является изучение диагностических и лечебных ошибок на догоспитальном и госпитальном этапе у больных бронхиальной астмой.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 335 больных БА в возрасте от 17 до 67 лет. Проводили общеклинические, аллергоиммунологические, биохимические, рентгенологические, бронхоскопические, инструментальные исследования и ис-

следование функции внешнего дыхания.

Результаты и их обсуждение. Анализ развития и течения болезни, сопоставление диагнозов при поступлении в пульмонологическое отделение медицинского центра РТ позволили подметить диагностические и лечебные ошибки. Выяснилось, что ошибки в диагностике БА у больных на догоспитальном этапе встречались значительно чаще – 290 (86%) случаев, чем на госпитальном – 45 (14%). При этом имела место как гиподиагностика БА – хронический бронхит 220 (65%), обструктивный бронхит 230 (68%), аллергический бронхит 175 (52%), муковисцидоз 630 (18%), так и гипердиагностика – карциноид трахеи 15 (4,5%), бронхогенная киста 39 (11%), истерия 25 (7,5%).

Не учитывали анамнестические сведения (отягощённая наследственность и аллергологический анамнез: лекарственная, пищевая, ацетогенная аллергия), Наиболее распространёнными симптомами заболевания являлись эпизодические приступы удушья, одышка, появление свистящих хрипов, ощущение тяжести в грудной клетке, а также кашель. Важным клиническим маркером БА является исчезновение симптомов: спонтанное или после применения бронходилататоров и противовоспалительных средств. При сборе и анализе анамнеза следует оценивать факторы, провоцирующие обострения, а также отмечать сезонную вариабельность симптомов и наличие атопических заболеваний у больного или его родственников.

В связи с вариабельностью обструкции дыхательных путей характерные симптомы болезни не обязательно выявляются при физикальном обследовании вне обострения БА. При обострении заболевания у пациента наблюдались следующие симптомы: экспираторная одышка; раздувание крыльев носа при вдохе; прерывистая речь; возбуждение; участие в дыхании вспомогательной дыхательной мускулатуры; положение ортопноэ; постоянный или прерывистый кашель. При аускультации чаще всего выслушивались сухие, свистящие хрипы; выявлены сопутствующие заболевания аллергического и неаллергического генеза (экссудативный диатез в детстве, нейродерматозы – крапивница, отёк Квинке, атопический дерматит, аллергический ринит). В лабораторных исследованиях выявлены: в мокроте – кристаллы Шарко-Лейдена, спиральи Куршмана; в крови – эозинофилия, увеличение количества иммуноглобулинов и Ig.E, снижение количества Т-супрессоров.

В повседневной клинической практике достаточно широко используется диагноз «астматический бронхит» (из деонтологических соображений). В 185 (55%) случаях диагноз БА заменили понятием «аллергический бронхит». Однако в отличие от БА аллергический бронхит не сопровождается приступами удушья и свистящим дыханием.

Псевдоастматические приступы обнаружены у 3 (0,8%) больных с неврозом. Больные жаловались на чувство «нехватки» воздуха, невозможность сделать глубокий вдох. Дыхание периодически становилось учащённым, форсированным, то есть были выражены клинические проявления гипервентиляционного синдрома. В отличие от БА, у больных отсутствовали обструктивные нарушения, характерные физикальные изменения в лёгких, а бронхолитические препараты не приносили облегчения. Дыхательные неврозы развивались как следовая реакция после перенесённых ранее заболеваний органов дыхания.

Под маской астмы иногда скрывались другие заболевания с синдромом бронхиальной обструкции – опухоль 37 (11%), туберкулез 157 (47%). Мы наблюдали 5 больных, у которых инородное тело (семечки арбуза, косточки яблок) находилось в бронхах 3-9 месяцев, и всё это время больные получали бронхолитическую и кортикостероидную терапию. В клинике было отмечено отсутствие типичных астматических приступов, а также отсутствие эффекта от бронхолитической и кортикостероидной терапии. Удаление инородных тел приводило к полному выздоровлению, но, к сожалению, последствия кортикостероидной терапии были значительными (стероидная язва – 77 (23%), миопатии – 261 (78%), симптоматическая гипертензия – 187 (56%), гипергликемия – 70 (21%), остеопороз – 43 (13%).

Ошибки возникали при проведении лечения БА. Отмечались дефекты базисной терапии –

254 (76%), не получали ингаляционные кортикостероиды 318 (95%) случаев. Нередко больные поступали в пульмонологическое отделение после приёма противопоказанных (активирующих и усиливающих иммунные реакции и явления атопии) лекарственных препаратов - антибиотиков пенициллинового ряда 224 (67%), бисептола 120 (36%), нестероидных противовоспалительных препаратов 224 (67%), иммуномодуляторов 37 (11%), йодистых препаратов 77 (23%). Применяли антигистаминные препараты без учёта психомоторных реакций организма 264 (79%).

Таким образом, в ведении больных БА допускаются большое количество ошибок, и требуются дополнительные и систематические мероприятия по их устранению. Осведомлённость пульмонологов об особенностях течения БА, современных методов её диагностики будут способствовать раннему распознаванию, назначению рациональной терапии и предотвращению грозных осложнений этого заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айганов З.Р. Оценка эффективности комбинированной терапии фликсотидином и сервентом у больных бронхиальной астмой /Журн. Пульмонология, 2005, N3. - С. 14
2. Астафьева Н.Г., Горячкина Л.А. Лекарственная аллергия. Часть I /Аллергология. – 2000. – №2, -С. 40-51
3. Косарев В.В., Лотков В.С., Куклин А.С. Ингаляционные кортикостероиды и терапия бронхиальной астмы. / Тер. арх., 2000, -Т.8, N8, - С. 59
4. Машковский М.Д., Лекарственные средства, 2000. - С. 77
5. Страчунский Л.С., Рафальский В.В. Аллергические реакции на антибиотики (Лекции) / Журн.тер. архив, 2000, Т.72, N10, - С. 36-38
6. Федосеев Г.Б. Частная аллергология, СПб, 2001. т.2

ХУЛОСА

Иштибоҳоти ташхис ва табобати зикқи нафас

Н.И.Мустафокулова

Муаллиф дар мақолаи худ хатоҳои ташхисӣ ва табобатиро дар марҳалаи то бистарӣ шудан ва бистарӣ будани беморони гирифтори зикқи нафас мавриди таҳлилу омӯзиш қарор додааст.

Сесаду сӣ панҷ бемори зикқи нафаси синни аз 17 то 67- сола зери назорат қарор доштанд. Баъзан дигар бемориҳои дорои аломатҳои ногузарои (моневии) бронхӣ беморӣ зикқи нафас доништа шудаанд. Аз ҷумла, беморон бо аломатҳои омос 37 нафар (11%), бо аломатҳои бемории сил 157 нафар (47%) ва бо аломатҳои невроз нафаскашӣ 3 нафар (0.8%). Хатоҳои, ки ҳангоми гузаронидани муолаҷаи зикқи нафас ба онҳо роҳ дода шудаанд: нуқсонҳои табобати асосӣ – 254 (76%), 318 (95%) бемор кортикостероидҳои инҳалатсиониро қабул накарданд.

Аз хусусиятҳои ҷараёни зикқи нафас воқиф будани духтурон ва усулҳои муосири ташхиси беморӣ ба бармаҳал муайян намудани беморӣ, таъини муолиҷаи дуруст ва бартараф (пешгирӣ) намудани аворизи мудҳиш мусоидат мекунанд.

SUMMARY

THE MISTAKES IN DIAGNOSTICS AND THERAPY UNDER BRONCHIAL ASTHMA

N.I. Mustafakulova

The author analyzes diagnostic and clinical mistakes on pre- and hospital stages in patients with bronchial asthma (BA); 335 patients in age from 17 to 67 years were investigated. Some time other diseases have the mask of malaria – syndrome of bronchial obstruction: cancer 37 (11%), tuberculosis 157 (47%), respiratory neurosis 3 (1%). The mistakes under the treatment BA are defects of basic

therapy 254 (76%), not using inhalation of corticosteroids 318 (95%). The knowledge of the physicians on symptoms of BA and contemporary diagnostic methods promotes early diagnostics, rational therapy and prevents the complications.



ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ СОЧЕТАНИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А С КИШЕЧНЫМИ ГЕЛЬМИНТОЗАМИ У ДЕТЕЙ

Г.М. Саидмурадова, М.С. Фузайлова
Кафедра детских инфекционных болезней

Актуальность. Проблема вирусных гепатитов (ВГ) остаётся весьма актуальной в силу их распространённости, развития неблагоприятных исходов и высокой социально-экономической значимости.

Из 7-ми верифицированных самостоятельных гепатитов наиболее полно изучены гепатиты А и В. В общей структуре заболеваемости гепатитом А на долю детей приходится более 60%. Но актуальность проблемы вирусных гепатитов вряд ли уменьшится, так как в гиперэндемичных регионах возможен рост заболеваемости и гепатитами С и Е.

Поражённость детей Республики Таджикистан паразитарными болезнями, в частности, гельминтозами вызывает огромную озабоченность в силу высокого уровня их распространённости и заболеваемости. Гельминтозные заболевания особенно опасны для детей до 14 лет.

По данным официальных статистических отчётов МЗ РТ, в республике в 2004 году заболеваемость гельминтозами составляла 19257 случаев, из них в 13322 случаях - дети до 14 лет. Но необходимо отметить, что поражённость гельминтозами в республике в десятки раз выше данных официальной статистики. Так, как по данным ЮНИСЕФ установлено, что 63% детей от 6 до 11 лет инфицированы одним и более видами кишечных паразитов, причём 5% из них страдают умеренной и тяжёлой формой паразитарной инфекции, вызванной энтеробиозом и гименолепидозом.

Основными проблемами для предотвращения роста кишечных гельминтозов являются ограниченные возможности проведения ранней диагностики и профилактического осмотра населения, недостаток антигельминтных препаратов для лечения детей до 14 лет из – за недостаточного финансирования, ненадежность эпидемиолого – паразитологического контроля за гельминтозами из - за отсутствия технических средств и возможностей, слабости знания населения о гельминтозах и профилактических мерах по борьбе с ними.

Целью нашего исследования является установление возможных изменений в гематологических показателях у детей с вирусным гепатитом А при выявлении у них кишечных гельминтозов.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением было 49 детей, больных вирусным гепатитом А и находящихся на стационарном лечении в детском гепатологическом отделении для больных вирусными гепатитами, организованном на базе Городского медицинского центра в декабре 2007 года.

Клиническое и лабораторное наблюдение за больными детьми проводилось в период эпидемиологического подъёма заболеваемости вирусным гепатитом А (декабрь – январь месяцы 2007 года).

therapy 254 (76%), not using inhalation of corticosteroids 318 (95%). The knowledge of the physicians on symptoms of BA and contemporary diagnostic methods promotes early diagnostics, rational therapy and prevents the complications.



ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ СОЧЕТАНИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А С КИШЕЧНЫМИ ГЕЛЬМИНТОЗАМИ У ДЕТЕЙ

Г.М. Саидмурадова, М.С. Фузайлова
Кафедра детских инфекционных болезней

Актуальность. Проблема вирусных гепатитов (ВГ) остаётся весьма актуальной в силу их распространённости, развития неблагоприятных исходов и высокой социально-экономической значимости.

Из 7-ми верифицированных самостоятельных гепатитов наиболее полно изучены гепатиты А и В. В общей структуре заболеваемости гепатитом А на долю детей приходится более 60%. Но актуальность проблемы вирусных гепатитов вряд ли уменьшится, так как в гиперэндемичных регионах возможен рост заболеваемости и гепатитами С и Е.

Поражённость детей Республики Таджикистан паразитарными болезнями, в частности, гельминтозами вызывает огромную озабоченность в силу высокого уровня их распространённости и заболеваемости. Гельминтозные заболевания особенно опасны для детей до 14 лет.

По данным официальных статистических отчётов МЗ РТ, в республике в 2004 году заболеваемость гельминтозами составляла 19257 случаев, из них в 13322 случаях - дети до 14 лет. Но необходимо отметить, что поражённость гельминтозами в республике в десятки раз выше данных официальной статистики. Так, как по данным ЮНИСЕФ установлено, что 63% детей от 6 до 11 лет инфицированы одним и более видами кишечных паразитов, причём 5% из них страдают умеренной и тяжёлой формой паразитарной инфекции, вызванной энтеробиозом и гименолепидозом.

Основными проблемами для предотвращения роста кишечных гельминтозов являются ограниченные возможности проведения ранней диагностики и профилактического осмотра населения, недостаток антигельминтных препаратов для лечения детей до 14 лет из – за недостаточного финансирования, ненадежность эпидемиолого – паразитологического контроля за гельминтозами из - за отсутствия технических средств и возможностей, слабости знания населения о гельминтозах и профилактических мерах по борьбе с ними.

Целью нашего исследования является установление возможных изменений в гематологических показателях у детей с вирусным гепатитом А при выявлении у них кишечных гельминтозов.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением было 49 детей, больных вирусным гепатитом А и находящихся на стационарном лечении в детском гепатологическом отделении для больных вирусными гепатитами, организованном на базе Городского медицинского центра в декабре 2007 года.

Клиническое и лабораторное наблюдение за больными детьми проводилось в период эпидемиологического подъёма заболеваемости вирусным гепатитом А (декабрь – январь месяцы 2007 года).

Диагноз ВГА ставили на основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных. Этиологическую верификацию диагноза осуществляли путём обнаружения в сыворотке крови специфического маркера ГА (анти - HAV IgM), используя для его определения высокочувствительный метод иммуноферментного анализа (ИФА).

Диагноз глистной инвазии устанавливали на основании эпидемиологического анамнеза, клинической картины, преходящих диспепсических явлений и гиперэозинофилии, а также на основании микроскопического исследования кала на яйца кишечных гельминтов методом толстого мазка по Като (обнаружение яиц гельминтов в нативном мазке, осветлённом 50% - ным раствором глицерина).

Результаты и их обсуждение. По данным некоторых авторов нет достаточных оснований преувеличивать значение интеркуррентных заболеваний для тяжести, течения и исходов вирусного гепатита А. Но в то же время нет данных о тяжести, течении и, в частности, об изменениях в гематологических показателях при наложении на вирусный гепатит А кишечных гельминтозов. Этот факт и послужил поводом для проведения нами данного исследования.

Из 49 поступивших детей с ВГА большинство составляли мальчики 34 (69%), девочек было 15 (30,6%).

Все дети поступили в стационар на 3 – 8 день болезни, причём 20 из них (40,8%) поступили на 1 – й день, 8 - на 2 – ой, 14 – на 3 - й, и 5 на 7 – й день после появления желтухи. Из 49 детей с ВГА у 28 (57%) начальный период развивался по диспепсическому варианту, у 14 (28,5%) – по гриппоподобному и у 7 (14%) – по смешанному варианту.

Из всех детей с ВГА (100%), у 21 (42,8 %) были выявлены яйца кишечных гельминтов, причём у 12 (24,5%) – энтеробиоз, у 8 (16,3%) – гименолепидоз и у 1 – го одновременно оба гельминта.

Заболевание чаще протекало в среднетяжёлой форме - 29 детей, что составляло 59%, причём они были из числа больных с наложением кишечных гельминтозов, у 18 (36,7%) - в лёгкой форме и у 2 в тяжёлой форме. У всех пациентов (100%) имела место желтушная форма болезни.

Необходимо отметить, что симптомы интоксикации были выражены у большей части поступивших детей - 31 (63%), причём 21 (67,7%) из них составляли дети с ВГА и кишечными гельминтозами. Клинические симптомы у данных больных проявлялись снижением активности, лихорадкой, а у некоторых детей - понижением аппетита и рвотой. В разгар болезни у всех детей был обесцвеченный стул и тёмная моча, увеличение печени от 3 до 5 см. и у 3 – х детей увеличение селезёнки. Заболевание у 47(95,7%) протекало в острой и у 2 – х в затяжной форме.

При лабораторном исследовании биохимические показатели крови всех пациентов говорили об увеличении уровня билирубина, с преобладанием связанной фракции, причём у 32 (65,3%) - от 50 мкмоль/л и выше, у 43,6% - до 50 мкмоль/л. Также у всех детей было отмечено изменение белково - осадочных проб (увеличение тимол – вероналовой в 5 -7 раз по сравнению с нормой, положительные йодная и фармолловые пробы), сулемовая проба почти у всех детей не изменялась. Содержание АлАт и АсАт в сыворотке крови максимального уровня достигало уже в первые дни болезни и у большинства детей (82,7%) приходило в норму к 15 – 20 дням.

В общем анализе крови у всех больных была выявлена эозинофилия от 5 до 10%, у 38 (77,5%) детей отмечалась анемия. Причём из общего числа детей с анемией, 21 (55,2%) были больные с ВГА и кишечными гельминтозами. В данной группе больных анемия тяжёлой степени была отмечена у 5(23,8%) детей (гемоглобин был ниже 70г/л, а количество эритроцитов - от 2, 0 до 2,7 x 10.12/л), среднетяжёлой степени - у 10 (47,6%) детей (уровень гемоглобина составлял от 70 до 90 г/л, количество эритроцитов – от 2,7 до 2,9 x 10.12/л) и лёгкой формы у 6 (28,6%) детей (гемоглобин от 90 до 110 г/л, количество эритроцитов - от 3 x до 3,5 x 10.12/л).

При лечении детей с лёгкой формой болезни в первую очередь была назначена базисная терапия (полупостельный режим, печёночный стол, желчегонные препараты, комплекс витаминов С и В, обильное питьё в виде 5% раствора глюкозы, минеральной воды). Детям со среднетяжёлыми и тяжёлыми формами болезни кроме базисной терапии были проведены внутривенное капельное введение растворов (10% раствора глюкозы, реополиглюкина и белковых препаратов), а также гормонов по схеме. После выписки из стационара все больные были взяты на диспансерный учет для дальнейшего наблюдения.

Таким образом, результаты исследования показали, что у 28 (57%) детей начальный период развивался по диспепсическому варианту. Из общего числа больных (100%), у 21 (42,8 %) были выявлены яйца кишечных гельминтов, причём у 12 (24,5%) – энтеробиоз, у 8 (16,3%) – гименолепидоз и у 1 одновременно оба гельминта. Заболевание чаще протекало в среднетяжёлой форме - 29 детей, что составляло 59%, причём эти дети были из числа больных с наслоением кишечных гельминтозов.

У всех детей (100%) имела место желтушная форма болезни.

Симптомы интоксикации были выражены у большей части поступивших детей - 31 (63,2%), причём 21 (67,7 %) из них составляли дети с ВГА и кишечными гельминтозами. У всех детей было отмечено увеличение уровня билирубина, с преобладанием связанной фракции, причём у 32 (65,3%) от 50 мкмоль/л и выше, у 43,6% детей до 50 мкмоль/л.

В общем анализе крови у всех больных была выявлена эозинофилия от 5 до 10%. Из общего числа детей с анемией 21 (55,2%) были больные с ВГА и кишечными гельминтозами, причём анемия тяжёлой степени была отмечена у 5 (23,8%), среднетяжёлой степени у 10 (47,6%), лёгкой у 6 (28,6%) детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инвестирование в устойчивое развитие: Оценка потребностей для достижения Целей Развития Тысячелетия (полный отчёт), ПРООН, Таджикистан, Душанбе, май, 2005 г., -С. 128-130
2. Коршунов М.Ф., Коршунов А.М. Вирусный гепатит А у детей, Воронеж: Издательство Воронежского университета, 1995 г., -С.43-113
3. Нисевич Н.И., Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей, М., Медицина, 1990 г., -С. 453 – 466
4. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей, ГЭОТАР – МЕД, М., 2002 г., -С. 84-104
5. Файзуллоев Н.Ф. Справочник по детским инфекционным болезням, издательская группа ГЭОТАР – Мед., М., 2005

ХУЛОСА

Хусусиятҳои тағйирёбии нишондиҳандаҳои ҳематологӣ ҳангоми якҷоягии чигарсоми вирусии А бо бемории киччасории рӯдаҳо дар кӯдакон

Г.М. Саидмуродова, М.С. Фузайлова

Аз шумораи умумии беморон (49) бо чигарсоми вирусии А (ЧВА) дар 21 (42,8%) нафар тухмҳои кичҷаи рӯдаҳо ошкор карда шуд, аз он ҷумла дар 12 (24,5%) бемор энтеробиоз, дар 8 (16,3%) гименолепидоз ва дар 1 нафар якбора ҳардуи кичҷаҳо. Беморӣ бештар (59%) дар шакли вазнинии миёна, бо зардпарвин гузашт ва аломатҳои захролудшавӣ дар қисми зиёди кӯдакони бистаришуда (31 нафар ё 63,2%) ба назар мерасид, аз ҷумла 21 (67,7%) нафарро кӯдакони гирифтори ЧВА ва киччасории рӯдаҳо ташкил медод. Дар таҳлили умумии хуни ҳамаи беморон эозинофилия аз 5 то 10% ошкор карда шуд. Камхунӣ дар 21 (55,2%) бемори гирифтори ЧВА ва киччасории рӯдаҳо, аз он ҷумла камхунии дараҷаи вазнин дар 5 нафар

(23%), камхунии дараҷаи вазниниаш миёна дар 10 нафар (47,6%) ва камхунии дараҷаи вазниниаш сабук дар 6 нафар (28,6%) кӯдак ба қайд гирифта шуд.

SUMMARY

PECULIARITIES OF ALTERATIONS OF HEMATOLOGICAL INDEXES UNDER COMBINATION OF VIRUS HEPATITIS A WITH INTESTINAL HELMINTHIASIS IN CHILDREN

G.M. Saidmuradova, M.S. Fuzailova

Ova of helminthes in 21 (42,8%) from 49 patients with VHA were showed, and in 12 (24,5%) was enterobiosis, in 8 (16,3%) hymenolepidosis, in 1 two helminthes simultaneously. Often (59%) VHA had middle severe form – with jaundice, and intoxication symptoms in majority of children (31, 63,2%), from these 21 (42,8%) were the patients with VHA and intestinal helminthes. All of the patients had eosinophilia (5-10%), anemia in 21 (55,2%) patients with VHA and helminthiasis; severe anemia in 5 (23,8%), middle severe in 10 (47,6%), light in 6 (28,6%) children.



ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР К ЭТИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

А.И. Исомидинов, К.Д. Самиев

Кафедра восточной медицины и психотерапии

Актуальность. Сосудистые заболевания головного мозга в настоящее время представляют собой одну из центральных проблем современной медицины. Эти заболевания в традиционном их понимании имеют планетарный охват и даже получили оценку нетравматической пандемии 20 – 21 веков. Артериальной гипертонии (АГ) подвластны все социальные слои - от просвещённого монарха до аборигена, стоящего на начальной стадии развития обществ. Не зная причин (этиологии) АГ, расшифровать эту болезнь не может ни рядовой врач, ни академик. В настоящее время этиологический пробел АГ подменён сверхудобным «происхождением» её от нервных и других напряжений, связанных с условиями жизни, в том числе сексуальными.

Разработка проблемы сосудистых заболеваний, в частности, их связи с нервной системой - одна из ключевых задач современной медицины, которая направлена на изучение ранних форм этой патологии головного мозга.

Несмотря на то, что медицинская наука достигла огромных успехов в профилактике и искоренении многих заболеваний, этиологические факторы хронической гипертонической энцефалопатии (ХГЭ) остаются по-прежнему туманными.

Целью нашего исследования является освещение некоторых сторон этиологии гипертонической энцефалопатии.

Согласно литературным данным, в возникновении и развитии ХГЭ большую роль играют различные факторы: экологические явления, относительные условия жизни, увеличение реконструктивных стрессорных воздействий, гиподинамия, действие ряда лекарственных препаратов, бытовые интоксикации с параллельным употреблением алкоголя и курением, миграция и другие факторы.

Большинство литературных источников общепринятой причиной, ведущее к развитию не-

(23%), камхунии дараҷаи вазниниаш миёна дар 10 нафар (47,6%) ва камхунии дараҷаи вазниниаш сабук дар 6 нафар (28,6%) кӯдак ба қайд гирифта шуд.

SUMMARY

PECULIARITIES OF ALTERATIONS OF HEMATOLOGICAL INDEXES UNDER COMBINATION OF VIRUS HEPATITIS A WITH INTESTINAL HELMINTHIASIS IN CHILDREN

G.M. Saidmuradova, M.S. Fuzailova

Ova of helminthes in 21 (42,8%) from 49 patients with VHA were showed, and in 12 (24,5%) was enterobiosis, in 8 (16,3%) hymenolepidosis, in 1 two helminthes simultaneously. Often (59%) VHA had middle severe form – with jaundice, and intoxication symptoms in majority of children (31, 63,2%), from these 21 (42,8%) were the patients with VHA and intestinal helminthes. All of the patients had eosinophylia (5-10%), anemia in 21 (55,2%) patients with VHA and helminthiasis; severe anemia in 5 (23,8%), middle severe in 10 (47,6%), light in 6 (28,6%) children.



ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР К ЭТИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

А.И. Исомидинов, К.Д. Самиев

Кафедра восточной медицины и психотерапии

Актуальность. Сосудистые заболевания головного мозга в настоящее время представляют собой одну из центральных проблем современной медицины. Эти заболевания в традиционном их понимании имеют планетарный охват и даже получили оценку нетравматической пандемии 20 – 21 веков. Артериальной гипертонии (АГ) подвластны все социальные слои - от просвещённого монарха до аборигена, стоящего на начальной стадии развития обществ. Не зная причин (этиологии) АГ, расшифровать эту болезнь не может ни рядовой врач, ни академик. В настоящее время этиологический пробел АГ подменён сверхудобным «происхождением» её от нервных и других напряжений, связанных с условиями жизни, в том числе сексуальными.

Разработка проблемы сосудистых заболеваний, в частности, их связи с нервной системой - одна из ключевых задач современной медицины, которая направлена на изучение ранних форм этой патологии головного мозга.

Несмотря на то, что медицинская наука достигла огромных успехов в профилактике и искоренении многих заболеваний, этиологические факторы хронической гипертонической энцефалопатии (ХГЭ) остаются по-прежнему туманными.

Целью нашего исследования является освещение некоторых сторон этиологии гипертонической энцефалопатии.

Согласно литературным данным, в возникновении и развитии ХГЭ большую роль играют различные факторы: экологические явления, относительные условия жизни, увеличение реконструктивных стрессорных воздействий, гиподинамия, действие ряда лекарственных препаратов, бытовые интоксикации с параллельным употреблением алкоголя и курением, миграция и другие факторы.

Большинство литературных источников общепринятой причиной, ведущее к развитию не-

вроза и гипертонической болезни, считают острое или длительное эмоциональное перенапряжение. Ведущим фактором риска возникновения гипертонической энцефалопатии (ГЭ) является артериальная гипертензия (АГ) [3.4.8.1012.14.15.20.23.24.29-31].

Ряд других авторов [15.24], обобщивших материалы Московского института неврологии АМН Российской Федерации, причиной расстройств мозгового кровообращения в 30% случаев явился атеросклероз, в 35% - гипертоническая болезнь, в 23% - сочетание гипертонической болезни с атеросклерозом, в 12% - прочие заболевания. Основными причинами гипертонической энцефалопатии у 76% заболевших явилась гипертоническая болезнь, атеросклероз - у 15%, васкулиты, мозговые кризы различной этиологии - 19% (3).

Многочисленные авторы [1.3.8.17.19.24.28.29] считают, что одной из значимых причин недостаточности мозгового кровообращения является снижение сосудистого тонуса, нарушение сердечной деятельности, кровопотери, некоторые заболевания лёгких, последствия хирургических вмешательств и ряд других патологических процессов.

Для изучения роли инфекции и закрытой травмы черепа при сопоставлении анамнестических данных о 200 наблюдавшихся с начальными проявлениями сосудистых заболеваний головного мозга и 500 практически здоровых лиц аналогичного возраста, авторы [1.21] пришли к выводу, что важным явилась степень тяжести перенесённых в прошлом инфекционных заболеваний. Например, 93% больных с сосудистыми заболеваниями мозга сообщили, что детские инфекции протекали у них в выраженной форме, сопровождалась головной болью, нередко помрачением сознания, иногда судорогами и другими неврологическими симптомами. В группе здоровых такие сведения получены у 77% обследованных.

В основе механизма развития дисциркуляторных расстройств лежит туберкулёзная инфекция - токсин, которой обладает вазопрессорными свойствами [23]. По этому поводу другие авторы [2.17], полагают, что часто выявляемая при туберкулёзе артериальная гипотония связана с гипофункцией надпочечников. Первым явление гипотонии при туберкулёзе, связанной с нарушением функции центральной нервной системы, объяснил Г.Ф. Ланг [13].

Авторы [1.13.17], исходя из концепции [13] о неврогенной теории, считают, что артериальная гипертония и гипотония имеют единый генез. По их мнению, оба эти синдрома являются следствием нарушения функции коры головного мозга и гипоталамических центров сосудистой регуляции, но с «противоположными знаками».

Внимание клиницистов привлекают колагенозы, при которых могут наблюдаться различные нарушения мозгового кровообращения [19 и др.], облитерирующий тромбангит, узелковый периартерит, болезнь Такаясу (синдром дуги аорты, синдром отсутствия пульса).

Особое место среди факторов риска [1.3], отводят артериальной гипертензии. Они утверждают, что повышение артериального давления – одна из наиболее частых причин нарушений мозгового кровообращения, особенно в молодом возрасте.

На основании научных исследований [1] пришёл к выводу, что наследственное предрасположение к сосудистым патологиям имело место в 37% случаев артериальной гипертонии у 50% мужчин и 58% женщин, эмоциональное перенапряжение - 76% мужчин и 69% женщин, гиподинамия - 36% и 24% соответственно, ожирение - 23% и 33%, стенокардия - 22% и 25%, инфаркт миокарда - 14% и 17%, нарушение сердечного ритма - 7% и 6%, курение - 46% и 6%, злоупотребление алкоголем - 29,6% и 1 %, диабет - 8% и 17%, хронические инфекции - 6% мужчин, 4% женщин.

И в настоящее время АГ считает основным фактором развития таких тяжёлых осложнений как инфаркт миокарда, мозговой инсульт, инвалидность и смертность у больных с сердечно – сосудистыми заболеваниями [25].

Таким образом, ХГЭ является следствием многочисленных заболеваний, среди которых главную роль играют сосудистые патологии - от 50 до 58% [1]. Как известно, состояние сосудистой системы зависит от деятельности головного мозга. В литературе отсутствуют сведе-

ния о возможной связи АГ с известными типами нервной системы по [22] “художник”, “мыслитель”; по [11,12] - “растительный”, “животный” и “человеческий”, которые могут играть ключевую позицию в возникновении гипертонической энцефалопатии [11].

Данные научных исследований о роли нервной системы в этиологии ХГЭ указывают, что учёт типологических черт нервной системы человека по [11,12] поможет врачу в понимании этиологии, формы и течения сосудистых патологий головного мозга, приводящих к ХГЭ.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Акимов Г.А. нервная система при острых нарушениях кровообращения. – Л., 1971
- 2.Андрущенко Е.В. О возможности инфекционно–аллергического происхождения нейроциркуляторных дистоний, протекающих по гипертоническому типу в молодом возрасте. -Врач. Дело, 1971,-С. 12-14
- 3.Боголепов Н.Н. Ультраструктура мозга при гипоксии. – М., 1971
- 4.Богородинский Д.К, Скромнец А.А. Инфаркты спинного мозга. М, 1973
- 5.Верещагин Н.В. Патология вертебрально-базиллярной системы и нарушения мозгового кровообращения. – М, 1980
- 6.Ганушкина И.В., Лебедева Н.В. Гипертоническая энцефалопатия. М., Медицина, 1987
7. Ганушкина И.В. Физиология мозгового кровообращения нервной системы. (Под ред. Е.В. Шмидта), -М., Медицина, 1975
8. Гогин Е.Е., Сененко А.Н., Тюрин Е.И. Артериальные гипертензии. – Л., 1978
9. Гусев Е.И. Боголепов Н.Н., Бурд Г.С. сосудистые заболевания головного мозга. – М., 1979
10. Давиденкова Е., Колосова Н.Н., Муравьёва З.М. Наследственные факторы в развитии церебральных инсультов. – Л. 1976
- 11.Исомидинов А.И. Психологические аспекты иглорефлексотерапии. М-лы I международного конгресса «Фитотерапия и народная медицина эпохи Авиценны». - Душанбе, 2004
- 12.Исомидинов А.И. От гипотезы трёхсигнальной организации нервной системы человека к медицинской практике. Рос. Физиол. журн. им. И.М.Сеченова (XIX съезд физиологического общества им. И.П.Павлова) 2005
13. Ланг Г, Ф. Гипертоническая болезнь. – Москва, 1953
14. Лунаев Д.К., Пенязева Г.А. Об ишемическом инсульте у лиц молодого возраста, страдающих ранним атеросклерозом. – В кн.; Атеросклероз сосудов головного мозга и возраст. – Киев, 1971
15. Максудов Т.К.,Шмидт Е.В.,Боголепов Н.К.Классификация сосудистых поражений головного мозга и спинного мозга //Журн. неврологии и психиатрии, 1971
16. Максудов Г.А., Голланд Э.Б., Сучкова И.А. Диспансеризация неврологических больных. (Методические рекомендации). –М., 1977
17. Малая Л.Т., Волков В.И. Ишемическая болезнь сердца у молодых. – Киев, 1980
- 18.Михеев В.В. Коллагенозы в клинике нервных заболеваний. – М, 1971
- 19.Морозов В.Г., Хавинсон В.Х. Молекулярные механизмы биорегуляции генетической активности и клеточного метаболизма. – В кн.: Тезисы 18 – го Всесоюз. Съезда терапевтов. – М., 1981
20. Оппенгеймер В.С., Фишберг А.М., Лебедева Н.В. Гипертоническая энцефалопатия. – М; Медицина, 1987
- 21.Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения нервной высшей деятельности (поведения) животных; Сборник статей. – М Л. Биомедгиз., 1938
22. Попов А.К., Панов А.Г. К вопросу о роли очаговой инфекции и лимфогенного фактора в формировании неврогенных механизмов нейроциркуляторной дистонии. – В кн.; Актуальные вопросы неврологии и нейрохирургии.- Свердловск, 1971

23. Смирнов В.Е., Прохова Э.С., Кондрашина В.П. и др. Вопросы эпидемиологии сосудистых заболеваний головного мозга. – М., 1972
24. Шмидт Е.В., Лунев Д.К., Верещагин Н.В. Дисциркуляторная энцефалопатия. В кн.; Сосудистые заболевания головного и спинного мозга. – М; Медицина, 1976
25. Шхвацабая И.К., Метелица В.И., Андерса Г., Берленд А.С. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний. – М., 1977
26. 11. Broser F. Die cerebralen vegetativen Anfalle – Berlin, 1958
27. Glueck C.I. Hypercholesterolemia and hyperlipoproteinemia in schoolchildren. – Pediatrics, 1978
28. Housley E. Definition of risk factors in Stroke. - In: Proc. of the 9 Intern. Sympes. Edinburgh, 1976
29. Milliran C.H. McDowell T.H. Treatment of Transient Ischemic Attacks. - Stroke, 1978
30. Coets RH, Keen TN. Some aspects of the cardio – vascular system in the giraffe. 1957
31. Zulch K. Reconsiderations of the Clinical problem of cerebrovascular insufficiency. – In: Research of the cerebral circulation. Third Intern. Salzburg Conferenz. – Springfield, 1969

ХУЛОСА

Дар бораи этиологияи энтсефалопатияи фишорбаландии музмин

А.И. Исомидинов, К.Д. Самиев

Энцефалопатияи фишорбаландии музмин (ЭФМ) оқибати бемориҳои сершумор мебошад, дар миёни онҳо нақши асосиро эътилоли рағӣ (аз 50 то 58%) мебозад.

Ба ақидаи муаллифон дар адабиёти илмӣ дар бораи алоқаи имконпазири фишорбаландии шараёнӣ бо навъҳои маъмули системаи асаб (анвои асабия), ки дар пайдоиши энтсефалопатияи фишорбаландӣ тавонанд нақши муҳимро бозанд маълумот мавҷуд нест.

Мувофиқи маълумотҳои тадқиқотҳои илмӣ дар бораи нақши асабия дар этиологияи ЭФМ боҳисобгирии хислатҳои типологии асабияи одам дар фаҳмиши этиология, шакл ва ҷараёни эътилоли рағии мағзи сар метавонад ба духтурон кӯмак расонад.

SUMMARY

ABOUT THE ETIOLOGY OF CHRONIC HYPERTONICAL ENCEPHALOPATHY

A.I. Isomidinov, K.D. Samiev

Chronic hypertenical encephalopathy (CHE) is the result of many diseases, from these vascular pathology play a leading role (50-58%). Data of publications have no information about the connection of arterial hypertension with type of nervous system (NS), although typological features of NS may play a role in etiology of CHE that must to help to physician to understand the etiology, the form and the progress of vascular pathology of brain.



ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ МИКСТ-ИНФЕКЦИЙ ПРИ ОСТРОМ АМЁБИАЗЕ КИШЕЧНИКА

Э.Р. Рахманов, Ш.К. Матинов, Х.Н. Пачаджанова, Х.Х. Хабибов

Кафедра инфекционных болезней

Актуальность. Республика Таджикистан традиционно относится к числу территории, гиперэндемичных по заболеваемости такими острыми кишечными инфекциями как брюшной тиф, дизентерия, амёбиаз, лямблиоз и др. Благодаря успехам в изучении патогенеза, особенностей клиники и внедрению в практику современных методов диагностики, постоянному совершенствованию терапии острых кишечных заболеваний за последние годы значительно улучшились их исходы.

Однако этого нельзя сказать в отношении смешанных инфекций, вызванных двумя или несколькими микробами – возбудителями (микст - инфекций).

Микст-инфекции распространены широко и повсеместно, но чаще всего возникают в эндемичных очагах с неблагоприятной санитарно – гигиенической и эпидемиологической обстановкой. Наличие у многих возбудителей кишечных инфекций общих механизмов передачи способствует одномоментному заражению человека несколькими видами патогенных микроорганизмов. Несмотря на то, что первые сведения о смешанных инфекциях были получены более 100 лет назад и в последующем дополнялись многочисленными экспериментальными и клиническими наблюдениями и исследованиями, они до сих пор являются актуальными [1-4].

Как известно, смешанный инфекционный процесс не является простой суммой изменений, вызванных отдельными микробами – возбудителями, они принципиально отличаются тем, что развиваются в условиях взаимоотягивающего действия болезнетворных агентов. Вместе с тем, особенности патогенеза, клиники, диагностики и терапии различных смешанных инфекций изучены недостаточно. Имеющиеся в литературе сведения разноречивы, поэтому они малоизвестны или совсем незнакомы практическим врачам. Вследствии этого нередко допускаются ошибки в диагностике и своевременной терапии данных заболеваний.

Цель исследования: изучение клиники и течения микст-инфекции острого кишечного амёбиаза с острой дизентерией и брюшным тифом у взрослых.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 36 больных с микст-инфекцией. У 30 из них амёбиаз кишечника сочетался с острой дизентерией, у 6 больных заболевание протекало с брюшным тифом. Из общего количества больных мужчин было 17, женщин - 19, городских жителей - 16, сельских - 20, возраст больных колебался от 16 до 40 лет. Во всех случаях диагноз микст-инфекции был выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных и подтверждён лабораторными методами исследования: обнаружением вегетативной формы *Entamoeba histolytica* в нативном мазке и бактериологическим исследованием фекалий - высеивом шигелл. Диагноз брюшного тифа во всех случаях был подтверждён гемокультурой. Все больные находились на стационарном лечении в Городской клинической инфекционной больнице города Душанбе.

Результаты и их обсуждение. Из 30 больных острым амёбиазом кишечника, при котором заболевание сочеталось с бактериальной дизентерией, мужчин было 13, женщин – 17, городских было - 11, сельских – 19. Средний возраст больных составил 29,4 + 1,9 лет. От общего количества обследованных у 19 больных были высеяны из фекалий шигеллы Flexnera, у 11 из них – шигеллы Zonpe. Заболевание у 76,6% больных с данной микст – инфекцией начиналось остро с повышения температуры тела до 39,0С, головных болей, слабости, вялости. Затем на 2-3 сутки от начала болезни присоединился частый жидкий стул до 8-10 раз в сутки и колитический синдром, который проявлялся схваткообразными болями в животе. Нужно

отметить, что боли у 20% больных локализовались в правой подвздошной области, у 23,3% в левой подвздошной области, у 56,7% больных боли отмечались по ходу всего толстого кишечника. Ложные позывы (тенезмы) беспокоили 52,3% больных. При пальпации у 2/3 больных толстый кишечник был спазмирован и резко болезнен. У 26% больных характер стула был слизисто-кровоянистым, стул в виде «малинового желе», который характерен обычно для амёбиаза кишечника, при сочетанном течении этих инфекций мы не наблюдали.

Несмотря на проводимую антибактериальную терапию по поводу острой дизентерии, стул у больных оставался слизисто-кровоянистым, схваткообразные боли не стихали, беспокоили тенезмы. Данное состояние было вызвано с микст-инфекцией амёбиаза кишечника с острой дизентерией. Нужно отметить, что после назначения противопротозойных препаратов состояние больных в динамике улучшилось, боли в животе прекратились на 6-7 день, стул нормализовался на 10-12 день, а на 14 день у больных нормализовались показатели копрограммы.

Проведённые наблюдения показывают, что в условиях нашей республики нередко можно наблюдать сочетанное течение острого амёбиаза кишечника с острой дизентерией, поэтому практическим врачам необходимо это иметь в виду для своевременной диагностики и проведения комплексной терапии этих микст-инфекций. Как было отмечено выше, мы также наблюдали, течение амёбиаза кишечника в сочетании с брюшным тифом, таких больных было 6 человек. Из них мужчин было 4 (66,7%), женщин - 2 (33,3%), городских жителей - 5 (83,3%), сельских - 1 (16,7%). Средний возраст больных составил 31,5 + 2,1 года.

Большинство больных (4) поступили в клинику в среднем на 6,7 + 1,7 день от начала болезни. При поступлении у половины больных состояние было оценено как среднетяжёлое, а у остальных тяжёлое. Заболевание во всех случаях начиналось остро с повышения температуры тела до 38-39°C. У всех наблюдаемых больных отмечалась интоксикация организма, головные боли, адинамия, бессонница, общая слабость, снижение аппетита. Розеолезные высыпания на коже нами были выявлены у 83,3% больных, у 4 (66,7%) болезнь сопровождалась болями в животе схваткообразного характера, частым жидким стулом до 3-5 раз в сутки с примесью слизи и крови, беспокоили тенезмы. У 2-х больных мы наблюдали рвоту.

Во всех случаях при пальпации у больных отмечались боли по ходу толстого кишечника, увеличение размеров печени и селезёнки - у 2-х больных. Характер стула у 66,6% был слизисто-кровоянистым. Комплексное лечение данной микст-инфекции включало назначение антибактериальных препаратов по поводу брюшного тифа и одновременно больные получали амёбоцидные препараты.

После проведённой комплексной терапии состояние больных в динамике улучшилось, снижение температуры в среднем произошло на 9,4 + 2,1 день от начала лечения, снизилась интоксикация. Патологические примеси из стула в среднем исчезли у данных больных на 7-8 день от момента лечения амёбиаза кишечника. Полностью стул нормализовался на 9-10 день от начала лечения. При контрольном неоднократном исследовании кала на кишечную амёбу после лечения результаты анализов были отрицательными. Таким образом, в условиях жаркого климата Республики Таджикистан нередко наблюдаются случаи сочетанного течения шигеллёзов и брюшного тифа с амёбиазом кишечника. Сочетанное течение острого амёбиаза кишечника с острой дизентерией в клиническом плане имеет свои трудности, однако своевременное лабораторное подтверждение способствует своевременной постановке окончательного диагноза. Микст-инфекция амёбиаза кишечника с брюшным тифом проявляется в течение всей болезни с преобладанием клиники брюшного тифа. Однако такие диспепсические проявления как схваткообразные боли в животе, частый жидкий стул с примесью слизи и крови, тошнота, рвота более выраженные, чем при изолированном течении брюшного тифа, что необходимо учитывать при диагностике и обследовании больных тифо-паратифозной инфекцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинецинская Т.А., Добровольский А.А. Частная паразитология. М., 1978, -С. 18-32
2. Дорошенко К.Г., Васильев Н.В., Лечихин А.В. и др. Особенности течения тифо-паратифозных заболеваний в условиях Западной Сибири (брюшной тиф и описторхоз). Томск, 1980, -С.12-53
3. Поставит В.А. Инфекционные болезни. – СПб, 1997, -С. 118-134
4. Рахманов Э.Р., Шарипов Т.М., Пачаджанова Х.Н. Сочетанное течение брюшного тифа с тропической малярией. «Вестник Авиценны», Душанбе, 2006, № 3-4, -С.97-100

ХУЛОСА

Хусусиятҳои ҷараёни саририи баъзе сироятҳои микстӣ ҳангоми амёбиази шадиди рӯдаҳо

Э.Р. Раҳмонов, Ш.К. Матинов, Х.Н. Почоҷонова, Х.Х. Ҳабибов

Тадқиқоти гузаронидашуда доир ба ҷараёни якҷоягии амёбиази шадиди рӯдаҳо бо ислоҳи хунини бактериявӣ ва домана нишон дод, ки маълумотҳои сироятҳои микстӣ ғайримуқаррарӣ бо бартарии алоими дарозмуддати дарунравӣ ва захролудшавии баръало мегузарад, ки духтурон бояд онҳоро ҳангоми гузоштани ташхиси дуруст ва интиҳоби саривақтии роҳҳои табобати ин сироятҳои микстӣ ба назар гиранд.

SUMMARY

PECULIARITIES OF CLINICAL PROGRESS OF SOME MIXT-INFECTIONS UNDER ACUTE AMEOBIASIS OF INTESTINE

E.R. Rahmanov, Sh.K. Matinov, H.N. Pachajanova, H.H. Habibov

The investigation about complicated progress of acute intestinal ameobiasis with bacterial dysentery and enteric fever showed that mixt-infections process is atypical – prolonged diarrhea syndrome prevalences, pronounced intoxication that physicians must take into account for right diagnosis and choice of clinical tactic under these mixt-infections.



ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Ю.И. Пиголкин, Г.В. Золотенкова, З.К. Хушкадамов, Е.В. Соколова

**Кафедра судебной медицины Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова
Российской Федерации**

В соответствии с произошедшей в 90-е гг. прошлого столетия переоценкой ценностей не только в России, но и на всём постсоветском пространстве, личность, её права и свободы приобрели приоритетное значение в триаде «государство, общество, личность».

Любое правонарушение причиняет и создаёт угрозу причинения вреда интересам человека. Основопологающий признак преступления, его общественная опасность в том и заключается, что оно посягает на отношения, обеспечивающие жизнедеятельность общества.

Ещё Аристотель определял человека как «политическое животное», тем самым подчеркивая наличие в нём двух начал: биологического и социального [2]. Т.е. человек не просто био-

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинецинская Т.А., Добровольский А.А. Частная паразитология. М., 1978, -С. 18-32
2. Дорошенко К.Г., Васильев Н.В., Лечихин А.В. и др. Особенности течения тифо-паратифозных заболеваний в условиях Западной Сибири (брюшной тиф и описторхоз). Томск, 1980, -С.12-53
3. Поставит В.А. Инфекционные болезни. – СПб, 1997, -С. 118-134
4. Рахманов Э.Р., Шарипов Т.М., Пачаджанова Х.Н. Сочетанное течение брюшного тифа с тропической малярией. «Вестник Авиценны», Душанбе, 2006, № 3-4, -С.97-100

ХУЛОСА

Хусусиятҳои ҷараёни саририи баъзе сироятҳои микстӣ ҳангоми амёбиази шадиди рӯдаҳо

Э.Р. Раҳмонов, Ш.К. Матинов, Х.Н. Почоҷонова, Х.Х. Ҳабибов

Тадқиқоти гузаронидашуда доир ба ҷараёни якҷоягии амёбиази шадиди рӯдаҳо бо ислоҳи хунини бактериявӣ ва домана нишон дод, ки маълумотҳои сироятҳои микстӣ ғайримуқаррарӣ бо бартарии алоими дарозмуддати дарунравӣ ва захролудшавии баръало мегузарад, ки духтурон бояд онҳоро ҳангоми гузоштани ташхиси дуруст ва интиҳоби саривақтии роҳҳои табобати ин сироятҳои микстӣ ба назар гиранд.

SUMMARY

PECULIARITIES OF CLINICAL PROGRESS OF SOME MIXT-INFECTIONS UNDER ACUTE AMEOBIASIS OF INTESTINE

E.R. Rahmanov, Sh.K. Matinov, H.N. Pachajanova, H.H. Habibov

The investigation about complicated progress of acute intestinal ameobiasis with bacterial dysentery and enteric fever showed that mixt-infections process is atypical – prolonged diarrhea syndrome prevalences, pronounced intoxication that physicians must take into account for right diagnosis and choice of clinical tactic under these mixt-infections.



ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Ю.И. Пиголкин, Г.В. Золотенкова, З.К. Хушкадамов, Е.В. Соколова

**Кафедра судебной медицины Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова
Российской Федерации**

В соответствии с произошедшей в 90-е гг. прошлого столетия переоценкой ценностей не только в России, но и на всём постсоветском пространстве, личность, её права и свободы приобрели приоритетное значение в триаде «государство, общество, личность».

Любое правонарушение причиняет и создаёт угрозу причинения вреда интересам человека. Основопологающий признак преступления, его общественная опасность в том и заключается, что оно посягает на отношения, обеспечивающие жизнедеятельность общества.

Ещё Аристотель определял человека как «политическое животное», тем самым подчеркивая наличие в нём двух начал: биологического и социального [2]. Т.е. человек не просто био-

логический вид, а в первую очередь субъект общественных отношений. Исходным пунктом понимания человеческой сущности является трактовка человека как субъекта трудовой деятельности, на основе которой формируются и развиваются социальные отношения. Социальная природа человека является альтернативой субъективистского подхода к нему.

Проявления человеческой сущности многообразны – это и разум, и воля, и характер, и эмоции, и труд, и общение; но прежде всего труд является отличительным признаком именно для человека. Труд – не просто отличительный, а сущностный признак человека. Вся история цивилизации есть не что иное, как постоянная деятельность людей, ориентированная на достижение материальных и духовных благ. Труд является выражением сущностных сил человека [10]. При изучении человека как субъекта труда выделяются свойства, необходимые для продуктивного выполнения тех или иных видов деятельности и для функционирования в этих видах конкретных систем знаний, навыков, умения. В совокупности этих свойств человека как субъекта труда и главной производительной силы общества важное место занимает трудоспособность. Трудоспособность можно рассматривать как синтез функциональной работоспособности организма и его приспособленности к определённым условиям работы и профессии.

Утрата трудоспособности может наступить вследствие различных заболеваний, травматических повреждений. Влияние повреждения на трудоспособность потерпевшего учитывалось уже издавна как старым русским законодательством (Русская правда, Соборное Уложение 1649 года, Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1845 года), так и законодательствами других стран. В дореволюционной России компенсация рабочим, получившим увечье при несчастных случаях на производстве обеспечивалась: 1) общими гражданскими законами; 2) специальными законами об ответственности предпринимателей за увечья и смерть рабочих; 3) различными видами страхования [7,9,11,13].

Более подробно нам хотелось бы остановиться на истории принятия закона 1903 года о страховании рабочих, т.к. именно с ним непосредственно связано внедрение процентной системы в судебно-медицинскую экспертизу утраты трудоспособности. В начале XX столетия в связи с быстрыми темпами развития промышленного производства на основе машинной техники, ростом числа рабочих, занятых трудом по найму, особенно актуальной стала проблема страхования и социального обеспечения получивших увечья на производстве. Основой для работы над проектами по данному вопросу стали в первую очередь европейские страховые законы (в частности, немецкие).

Исторически первая система государственного медицинского страхования была введена в Германии в годы правления канцлера Отто Бисмарка (в 1883 году был издан первый государственный закон об обязательном больничном страховании рабочих, в 1884 г. - закон о страховании от несчастных случаев, в 1889 г. - закон о страховании на случай старости и инвалидности), и поэтому получила название бисмарковской. В основу указанных законодательных актов был положен следующий принцип: здоровье – капитал, увеличивающий эффективность общественного труда. Поэтому главной характерной чертой медицинских услуг в этой модели рассматривается случайный потенциальный спрос, связанный с риском потери здоровья и трудоспособности. При этом труд понимается как один из важнейших производственных факторов (“винтик” общественного производства, вероятность “поломки” которого следует минимизировать). И главная роль медицинского страхования именно в этом. Таким образом, в бисмарковской модели здоровье играет по отношению к труду ту же роль, что и капитал. Здоровье увеличивает эффективность труда, стоимость так называемого “человеческого капитала”. В трудах Общества заводчиков и фабрикантов отмечалось, что «впечатление, которое произвели работы германского рейхстага и германских ученых, было сильно во всех странах, и, конечно, в России» [11].

Завершающим этапом длительной работы над проектами стал 1902 г., когда окончательно

были доработаны Правила об индивидуальной ответственности предпринимателей. Законопроект 1902 года получил одобрение Государственного Совета и был подписан царём 2 июня 1903 г. Данный закон гарантировал определённые вознаграждения как увечным рабочим, так и их семьям, в случае потери кормильца. 5 июня 1904г. Министерством внутренних дел были утверждены «Правила к руководству определения ослабления или утраты трудоспособности от телесных повреждений вследствие несчастных случаев». Эти правила были разработаны медицинскими советами. К Правилам были прикреплены таблицы, или как их тогда называли тарифы, в которых каждому дефекту в организме (увечью) соответствовал определённый процент утраты трудоспособности, выраженный в цифрах.

Все процентные данные за то или иное повреждение к закону от 2 июня 1903 г. взяты целиком с образцов Германии и Австрии. Согласно германскому определению, «рента (временное вознаграждение) не является вовсе наградой за перенесённые боли, а возмещает материальные потери пострадавшего» [4]. В основу процентного определения утраты трудоспособности был положен лишь оценочный метод, который зависит исключительно от определения выраженных объективных признаков повреждений, почти не касаясь тех последствий увечья, которые могут быть определены лишь после исследования субъективных условий. В этой связи уже в 1903 году Государственный Совет дал замечания к таблицам, а именно: «степень ослабления трудоспособности определяется применительно к прилагаемой таблице. Цифры этой таблицы имеют значение лишь средних величин. В каждом частном случае могут быть повышаемы и понижаемы в связи с особенностями данного повреждения и самого потерпевшего» [4]. В каждом отдельном случае Правила требовали принимать в соображение возраст, пол, общее состояние здоровья, крепость и слабость организма, его особенности, склонность к заболеваниям и т.д. и особенно род занятий пострадавшего.

Таким образом, в России впервые в 1904 году была официально установлена процентная система определения степени утраты трудоспособности. Степень утраты трудоспособности выражалась процентом, т.е. цифрой, определяющей способность рабочего к профессиональному труду, с учётом его специальности.

23.06.1912г. третьей Государственной Думой был принят Закон об обязательном медицинском страховании работающих, в виде системы больничных касс. Больничные кассы были предназначены для компенсации потерь заработной платы в случае болезни и оказания медицинской помощи работающим и членам их семей. Основные функции больничной кассы: бесплатная медицинская помощь работающим и членам их семей; денежное пособие членам семьи при помещении работника в больницу; денежное пособие в случае получения работником инвалидности; денежное пособие в случае смерти работника; денежное пособие по беременности и родам. В отличие от западноевропейской кассовой медицины для России были характерны собственные кассовые лечебницы. Деятельность больничных касс контролировалась Медицинской коллегией. Доверенные врачи страховых товариществ и больничных касс единолично проводили экспертизу и устанавливали степень утраты трудоспособности в процентах по таблицам, изданным в дополнение к закону 1903г. и переработанным Кедровым и др.

18.02.1919г. был принят Декрет СНК РСФСР о передаче всей лечебной части бывших больничных касс Народному Комиссариату здравоохранения. Рабочая страховая медицина фактически прекратила своё существование. В это же время в нашей стране было введено социальное страхование и социальное обеспечение с врачебно-трудовыми экспертными комиссиями.

Что касается таблиц утраты трудоспособности, существующих в России с 1903 года, то они в действительности никакого прямого отношения к трудоспособности не имеют, т.к. первоначально были составлены только для установления суммы вознаграждения за полученное увечье на производстве.

Вопрос о виде утраченной трудоспособности оказался наиболее трудным. Часть экспертов и юристов (М.И. Райский, А. И. Шибков, В.А. Маврицкий и др.) высказывались за учёт так называемой общей трудоспособности, т.к. перед «законом все равны» и закон предусматривает трудоспособность общую, имеющую корни в общей патологичности случая [14].

Другие (Н.В. Попов и др.) считали, что суд разбирает не абстрактное явление, а вполне реальный жизненный факт, касающийся двух сторон – обвиняемого и потерпевшего, и для суда важно, какая утрата трудоспособности произошла именно у этого потерпевшего. В защиту данной точки зрения Н.В. Попов говорил: «Государство тратит громадные средства на образование, имеющее целью дать Государству лиц квалифицированных профессий, в которых оно очень нуждается, поэтому Государство не может не защищать той профессии, которую человек избрал, которой он обучен и в которой приносит пользу Государству». Но так как кроме лиц, имеющих квалификацию, существуют ещё дети, старики, инвалиды и домашние хозяйки, он рекомендует учитывать и общую трудоспособность [14].

Следует отметить, что хотя со времени введения в действие уголовного кодекса прошло более 80(!) лет, вопрос этот вызывает многочисленные дискуссии и в настоящее время. Уже это одно доказывает, что критерий понижения трудоспособности не является «лучшей и наиболее простой мерой тяжести увечий и расстройств здоровья», как в своё время указал М.И. Райский, т.к. является слишком зависимым от экспертного мышления [6].

Ознакомление с историей вопроса показывает, что все законодательства, применившие впервые законодательный принцип при классификации телесных повреждений, говорили о «привычной работе», о «личной работе», о «неспособности к несению служебных занятий» и т.п. Устав судебной медицины говорил о влиянии повреждения «на род жизни и способ пропитания потерпевшего» (ст.1440), Уложение о наказаниях - о влиянии повреждения «на существование и средства пропитания в будущем» (ст.1477); о более или менее продолжительной неспособности к своим занятиям и работам» (ст.1478); о более или менее продолжительной болезни или неспособности к обычным занятиям и работам (ст.1481).

Однако серьёзные недостатки этой системы (неопределённость терминов; затруднения, возникающие при установлении срока нетрудоспособности, времени окончания решения и пр.) часто служили причиной неразрешимых дискуссий между врачами и юристами. Это, в конце концов, привело к тому, что в новых уголовных кодексах и, в частности, в русском Уголовном уложении 1903г., экономический принцип полностью уступил место патологическому, при котором повреждения классифицировались в зависимости от характера и степени влияния на здоровье потерпевшего. Уголовный кодекс РСФСР 1922г., почти полностью повторявший классификацию телесных повреждений упомянутого выше Уголовного уложения 1903г., также не учитывал в диспозиции соответствующих статей влияния повреждения на трудоспособность потерпевшего. В противоположность им УК РСФСР 1926 г. снова ввёл в действие экономический принцип и ст.142 этого кодекса заканчивалась формулой «...и иное расстройство здоровья, соединенное со значительной потерей трудоспособности», что опять возобновило дискуссии, продолжавшиеся уже в течение целого столетия.

Однако в связи с тем, что закон не содержал и до сих пор не содержит каких-либо конкретных его определений, само понятие трудоспособности различными авторами формулируется по-разному [5]. Так, например, Н.А. Видгородчик - один из признанных авторитетов в этой области, трактует трудоспособность как соотношение между совокупностью рабочих функций человека с одной стороны, и требованиями, которые предъявляет к человеку профессиональный труд, - с другой [3]. Под профессиональной трудоспособностью понимается способность к труду в своей профессии. Но, несмотря на незначительные различия в своих формулировках, практически все исследователи главным в определении трудоспособности ставят соответствие функциональных возможностей организма требованиям профессионального труда. На I Международном совещании специалистов социалистических стран по врачев-

но-трудовой экспертизе (Бухарест, 1961) под трудоспособностью предложили понимать такое состояние организма, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет выполнять работу определённого объёма и качества. Однако анализ приведённых здесь определений, показывает, что речь в них идёт о возможности выполнять только профессиональный труд. В изученных литературных источниках встречается различное толкование понятий общая трудоспособность. М.И. Авдеев определяет общую трудоспособность как способность к неквалифицированному труду [1]; А.Ф Третьяк - как способность выполнять всякую работу в обычных условиях труда; А.Т. Горелик - как способность выполнять самый элементарный труд и прежде всего работу по самообслуживанию [5]. В учебнике «Судебная медицина» под ред. В.Н. Крюкова (1998) общая трудоспособность также определяется как способность к неквалифицированному труду и самообслуживанию. В этой связи возникает новый вопрос, каков характер и объём человеческой деятельности, включаемый в понятие самообслуживание?

В рамках проведения медико-социальной экспертизы, способность к самообслуживанию расценивается как способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую работу и приёмы личной гигиены. Способность к самообслуживанию - важнейшая категория жизнедеятельности человека, предполагающая его физическую независимость в окружающей среде. Для реализации способности к самообслуживанию требуется интегрированная деятельность практически всех органов и систем организма, нарушения которых при различных заболеваниях, повреждениях и дефектах могут привести к ограничению возможности самообслуживания. Оценка ограничения способности к самообслуживанию включает в себя определение трёх степеней выраженности.

Помимо этого, понимая под общей трудоспособностью способность лица производить работу непрофессионального характера, нужно иметь ввиду, что непрофессиональный труд не следует смешивать с понятием неквалифицированный. Всякий неквалифицированный труд, связанный с выполнением обязательных рабочих норм (время, нагрузка, качество, ритм), в том числе и труд неквалифицированного рабочего, есть труд профессиональный [5]. На основании вышеизложенных рассуждений о понятии общая трудоспособность, возникает вопрос: что же оценивает судебно-медицинский эксперт, утрату ли общей трудоспособности? По сути дела в практической деятельности судебные медики оценивают объём нарушения или утраты функциональной возможности того или иного органа, системы.

В заключение хотелось подчеркнуть, что судебно-медицинская экспертиза до сего времени не имеет не только чётко выработанной методологии и методик проведения такого рода экспертиз, но даже единых точек зрения по этому разделу деятельности. Поэтому, на наш взгляд, активная научно-исследовательская и организационно-методическая работа в указанном направлении позволит поднять судебно-медицинскую оценку живых лиц на новую методологическую высоту.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев М.И. Курс судебной медицины. – М., 1959. – С.455.
2. Аристотель. Сочинения в 4-х т.- М., 1984.-Т.4
3. Видгородчик Н.А. Методика врачебно-трудовой экспертизы. Л., 1948, -С.10
4. Кедров П.И. Врачебная экспертиза и таблицы для определения трудоспособности. М., 1911. -С.242
5. Козлов В.В. Основы экспертной оценки тяжести повреждений. - Саратов, 1968. -С.172
6. Пирогова К.Е. Процентная система в судебно-медицинской экспертизе утраты трудоспособности // Сб. науч. статей. Вып. V. – Одесса, 1957. – С.77
7. Пресс А. Защита жизни и здоровья рабочих на фабриках и заводах. СПб., 1891. -С. 11
8. Райский М.И. Судебная медицина. М., 1953

9. Сборник документов по истории отечественного уголовного права и процесса. -Учебное пособие. Екатеринбург, 1997. -С.172
10. Спиркин А.Г. Философия:Учебник.-М.:Гардарика, 1998. С.816
11. «Страховое обозрение» №2. 1900. С. 717; №11. 1901. С. 55; №12. 1903. С. 717; №11-12. -С. 659
12. Трегубов С.Л. Методика и практика судебно-медицинской экспертизы нетрудоспособности. М., 1960, -С.29
13. Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1885 года. СПб., 1912. –С. 846-850
14. Черненко Л.В. Стойкое понижение трудоспособности как критерий тяжести несмертельных телесных повреждений: Сб. науч. работ сотрудников каф. суд. медицины ЛИУВ и суд.-медиков Ленинграда. – Л., 1957., вып.10., -С.213-221

ХУЛОСА

Чанбаҳои таърихии рушди экспертизаи судӣ-тиббӣ коршоямӣ

Ю.И. Пиголкин, Г.В. Золотенкова, З.К. Хушқадамов, Е.В. Соколова

Дар мақолаи мазкур яке аз масъалаҳои ҳалталаби экспертизаи судӣ-тиббӣ - вазнинии зарар ба саломатӣ, яъне набудани фаҳмиши яқшакли дақиқи маҳфуми коршоямӣ дар миён гузошта шудааст. Таҳлили заминаи таърихии пайдошавии ҳам ҳуди маҳаки (меъёри) иқтисодӣ ва ҳам ҷадвали фоизи маҳрумшавӣ аз коршоямӣ ҳангоми муайян кардани дараҷаи зараррасонӣ ба саломатӣ шарҳ дода шудааст.

Таҳлили анҷомдодашудаи маъхазҳо имкон медиҳад, ки нуқтаҳои назари гуногун ва қонуниву мувофиқи мақсад будани истифодабарии онҳо мавриди арзёбӣ қарор гирад.

SUMMARY

HISTORICAL ASPECTS OF DEVELOPMENT OF FORENSICS OF ABILITY TO WORK

Yu.I. Pigolkin, G.V. Zolotenkova, Z.K. Hushkadamov, E.V. Sokolova

In the article one of not worked out problem was approached, namely the problem of scientific research in the sphere of forensics of gravity of damage to health – absence of clear uniformed conception of the term “ability to work”. In the article analytical review of historical premises of rise of “economical criterion” and “Summary table of percents of disablement” under determination of degree of the damage done to health was made, and the analysis of information for value different points of view of lawfulness and expedience of the use.



ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г. ДУШАНБЕ

Л.А.Бабаева, А.Б.Бабаев

Кафедры общей гигиены; пропедевтики детских болезней

Актуальность. Охрана здоровья подрастающего поколения является важнейшей задачей, так как известно, что фундамент здоровья взрослых закладывается в детском возрасте. Разработка эффективных мер, направленных на охрану здоровья детей и подростков, базируется на данных о состоянии здоровья этого контингента. В настоящее время число детей школьного возраста, имеющих отклонения в состоянии здоровья физического и функционального характера, возрастает с каждым годом.

Формирование здоровья детей, как известно, происходит под влиянием большого числа факторов риска, среди которых особое значение имеют недостаток питания (дефицит белков, витаминов, микроэлементов), неудовлетворительная экология, отсутствие надлежащих гигиенических условий в дошкольных и образовательных учреждениях, несоблюдение научно-обоснованных условий обучения и характера учебного процесса.

Здоровье является важным условием гармонического физического развития школьников. Весьма спорным является вопрос о приоритете одного из факторов - физического развития, состояния здоровья и заболеваемости. Большинство авторов, исследовавших различия в размерах тела детей, относят физическое развитие к прямым показателям здоровья (1- 6).

Цель работы - исследование физического развития детей в связи с некоторыми особенностями их питания на современном этапе.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились более 3000 учеников общеобразовательных школ г. Душанбе. Для индивидуальной оценки физического развития каждого школьника нами проводилось определение его возраста в соответствии с возрастной группировкой.

В основе индивидуальной оценки физического развития детей должна быть гармоничность развития всех частей тела. В соответствии с этой схемой нами были разработаны оценочные таблицы по методу шкалы регрессии с учётом взаимосвязи массы тела и окружности грудной клетки с ростом школьника.

Изучение социально-гигиенических факторов опросно-анкетным методом было проведено в семьях (более 3000) коренной национальности, проживающих в г. Душанбе. Для этого нами были разработаны специальные анкеты, позволяющие изучить условия воспитания детей в семьях и факторы, которые в большей степени могли повлиять на уровень развития и состояние здоровья детей.

Результаты и их обсуждение. Материалы, полученные при помощи специально разработанной анкеты, были изучены и проанализированы.

Установлено, что образование родителей определяет многие факторы: культурный уровень, гигиеническое воспитание, санитарную грамотность семьи и понимание важности профилактических и оздоровительных мероприятий, проведённых среди детей.

Культурно-образовательный уровень родителей обследованных школьников характеризовался тем, что 39,4% отцов и 12,9% матерей имели высшее образование, 59,1% и 65,2% соответственно среднее и среднее специальное.

Большинство обследованных семей (96,9%) проживало в отдельной квартире или частном доме, которое является благоприятным фактором в социально-гигиенической характеристике семей. Хорошие гигиенические условия (9 м² и более на 1 члена семьи при наличии всех санитарно-гигиенических удобств) были у 22,3% семей, удовлетворительные (6,1 - 9 м²

на 1 человека) имели 63,1 % семей. Остальные (14,6% семей) имели неудовлетворительные социально-гигиенические условия.

В 29,1% семей было по 4 ребёнка, 26% семей имели по 3 ребёнка. Относительно большое количество семей (27,7%) имело в своём составе 5-8 детей и только 2,5% семей имели по 1 ребёнку. В 1,5% случаев семьи были неполными в основном из-за отсутствия отца.

Исследование режима дня школьников показывает, что у 81,6% учащихся учебная нагрузка составляла от 6 до 8 часов. В связи с большой учебной нагрузкой двигательная активность школьников оказалась сниженной, около 81% из них своим любимым занятием называли просмотр телепередач, компьютерные игры, езду на велосипеде, занятия спортом или танцы. При этом с возрастом число детей, недостаточно бывающих на свежем воздухе, возрастало, и более 65% обследованных затрачивали на просмотр телепередач от 2,5 до 3,5 часов в день.

Полученные данные показывают, что лишь у 45,6% школьников продолжительность сна соответствовала гигиеническим нормам, соответствующим возрасту. При этом у 45,2% школьников ночной сон был сокращён в среднем на 1 час, а у 9,2% - более чем на 2-3 часа. Особенно много недосыпали школьники младших классов: лишь 18,3% 7-летних детей спали достаточно. В целом более 70% школьников соблюдали режим дня, соответствующий их возрасту.

Таким образом, каждый из указанных факторов в реальной жизни действует не строго изолированно, а проявляет своё влияние в комплексном взаимодействии с другими факторами. При этом формирование разных по физическому развитию групп детей можно объяснить только действием комплекса социально-гигиенических условий на протяжении всей жизни ребенка.

Нами также проведены исследования физического развития детей, обучающихся в общеобразовательных школах г. Душанбе. Среднеарифметические величины комплексной оценки физического развития детей в возрасте 7-17 лет обнаруживают характерные возрастнo-половые закономерности роста и развития растущего организма.

Половое созревание наступало у девочек в 12-13 лет, при этом они обгоняли мальчиков по росту и массе тела. Почти во всех возрастнo-половых группах за последние годы отмечается уменьшение длины тела на 1,5-2 см по сравнению с их сверстниками 80-х годов. Причём различия усиливаются в подростковом возрасте ($P < 0,05-0,01$).

Наряду с указанным, наблюдается заметное уменьшение почти всех широтных и охватных размеров тела школьников, особенно значительно выраженное в поперечном и сагиттально-поперечных размерах грудной клетки и тазовых размеров ($P < 0,01$).

Установленные сдвиги в длиннотных и широтных охватных размерных признаках приводят к тому, что масса тела как интегральный показатель физического развития за рассматриваемый срок снизилась на 1-2 кг.

Результаты обследования школьников показали уменьшение количества абсолютно здоровых детей и подростков за последние 10-15 лет с 7-9% до 3%, при увеличении численности людей функциональными отклонениями и хроническими заболеваниями.

Структура хронической патологии имеет большие различия в зависимости от возраста и пола детей. В большинстве возрастнo-половых групп школьников ведущее место в структуре заболеваемости принадлежит болезням органов пищеварения, опорно-двигательного аппарата, органов зрения, нервной системы, органов дыхания, а также психическим расстройствам. За последнее 10-летие выявлен рост числа болезней и функциональных нарушений нервной системы и психической сферы на 66%, органов пищеварения на 58%, сердечно-сосудистой системы на 53%, опорно-двигательного аппарата на 38% и органов зрения на 34%. Отмечается тенденция увеличения числа случаев болезней мочеполовой системы, органов дыхания, кожи и подкожно-жировой клетчатки.

Количество детей с морфофункциональными нарушениями (2 группа здоровья) с увеличе-

на 1 человека) имели 63,1 % семей. Остальные (14,6% семей) имели неудовлетворительные социально-гигиенические условия.

В 29,1% семей было по 4 ребёнка, 26% семей имели по 3 ребёнка. Относительно большое количество семей (27,7%) имело в своём составе 5-8 детей и только 2,5% семей имели по 1 ребёнку. В 1,5% случаев семьи были неполными в основном из-за отсутствия отца.

Исследование режима дня школьников показывает, что у 81,6% учащихся учебная нагрузка составляла от 6 до 8 часов. В связи с большой учебной нагрузкой двигательная активность школьников оказалась сниженной, около 81% из них своим любимым занятием называли просмотр телепередач, компьютерные игры, езду на велосипеде, занятия спортом или танцы. При этом с возрастом число детей, недостаточно бывающих на свежем воздухе, возрастало, и более 65% обследованных затрачивали на просмотр телепередач от 2,5 до 3,5 часов в день.

Полученные данные показывают, что лишь у 45,6% школьников продолжительность сна соответствовала гигиеническим нормам, соответствующим возрасту. При этом у 45,2% школьников ночной сон был сокращён в среднем на 1 час, а у 9,2% - более чем на 2-3 часа. Особенно много недосыпали школьники младших классов: лишь 18,3% 7-летних детей спали достаточно. В целом более 70% школьников соблюдали режим дня, соответствующий их возрасту.

Таким образом, каждый из указанных факторов в реальной жизни действует не строго изолированно, а проявляет своё влияние в тесном взаимодействии с другими факторами. При этом формирование разных по физическому развитию групп детей можно объяснить только действием комплекса социально-гигиенических условий на протяжении всей жизни ребенка.

Нами также проведены исследования физического развития детей, обучающихся в общеобразовательных школах г. Душанбе. Среднеарифметические величины комплексной оценки физического развития детей в возрасте 7-17 лет обнаруживают характерные возрастнo-половые закономерности роста и развития растущего организма.

Половое созревание наступало у девочек в 12-13 лет, при этом они обгоняли мальчиков по росту и массе тела. Почти во всех возрастнo-половых группах за последние годы отмечается уменьшение длины тела на 1,5-2 см по сравнению с их сверстниками 80-х годов. Причём различия усиливаются в подростковом возрасте ($P < 0,05-0,01$).

Наряду с указанным, наблюдается заметное уменьшение почти всех широтных и охватных размеров тела школьников, особенно значительно выраженное в поперечном и сагиттально-поперечных размерах грудной клетки и тазовых размеров ($P < 0,01$).

Установленные сдвиги в длиннотных и широтных охватных размерных признаках приводят к тому, что масса тела как интегральный показатель физического развития за рассматриваемый срок снизилась на 1-2 кг.

Результаты обследования школьников показали уменьшение количества абсолютно здоровых детей и подростков за последние 10-15 лет с 7-9% до 3%, при увеличении численности людей функциональными отклонениями и хроническими заболеваниями.

Структура хронической патологии имеет большие различия в зависимости от возраста и пола детей. В большинстве возрастнo-половых групп школьников ведущее место в структуре заболеваемости принадлежит болезням органов пищеварения, опорно-двигательного аппарата, органов зрения, нервной системы, органов дыхания, а также психическим расстройствам. За последнее 10-летие выявлен рост числа болезней и функциональных нарушений нервной системы и психической сферы на 66%, органов пищеварения на 58%, сердечно-сосудистой системы на 53%, опорно-двигательного аппарата на 38% и органов зрения на 34%. Отмечается тенденция увеличения числа случаев болезней мочеполовой системы, органов дыхания, кожи и подкожно-жировой клетчатки.

Количество детей с морфофункциональными нарушениями (2 группа здоровья) с увеличе-

нием возраста несколько возрастало. Самые высокие показатели в этой группе наблюдались в возрасте 14-16 лет. Доля детей, имеющих хронические заболевания (3-4 группы здоровья) среди старшеклассников также имела тенденцию к росту. Самые высокие показатели хронических заболеваний отмечались среди школьников 12-13 лет.

ВЫВОДЫ

1. Физическое развитие детей имеет прямую зависимость от культурного и образовательного уровня родителей, характера питания, гигиенического воспитания, количества детей в семье, санитарной грамотности семьи, учебной нагрузки, жилищных условий и др. Во всех возрастно-половых группах детей наблюдалось уменьшение роста на 1,5-2 см и массы тела на 1-2 кг по сравнению их сверстниками 80-х годов, что особенно выражено в подростковом возрасте.

2. Количество детей с морфофункциональными нарушениями (2 группа здоровья) в зависимости от возраста составляет 28,1-40%, а с хроническими заболеваниями (3-4 группы здоровья) 20,2-39,5%. Самые высокие показатели в 2-й группе здоровья наблюдались в возрасте 14-16 лет, а в 3-4 группах – в 12-13 лет.

3. Важнейшей задачей здравоохранения и образования является изучение особенностей физического и моторного развития школьников в зависимости от социально-гигиенических условий и разработка мероприятий по предупреждению заболеваемости школьников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Т.И., Бацевич В.А., Ясина В., Тумэн Д. Народы России. Антропология. Под редакцией Т.И. Алексеевой. – М.: Наука, 1998. – Ч. 1. – С. 145-211
2. Бунак В.В. Антропология. – М.: Наука, 1941
3. Григорьев Ю.В., Сафронков С.И., Истомина Л.Б. 4-ый национальный конгресс по профилактической медицине и валеологии; 2 национальный конгресс по натуротерапии и рекреации. Материалы конгрессов. Санкт-Петербург, 19-22 июня 1997. – СПб. – 1997. – С.41-42
4. Громбах С.М. Отношение биологического и социального в развитии человека. Тезисы докладов. – М. – 1974. – С.142-144
5. Казначеев В.П., Казначеев С.В. Адаптация и конституция человека. – Новосибирск. – 1986
6. Онисченко Р.Г. Социально-гигиенические проблемы состояния здоровья детей и подростков. Гигиена и санитария. – 2001. - № 5. – С. 7-11

ХУЛОСА

Таъсири омилҳои иҷтимоӣ - беҳдошти ба вазъи саломатӣ ва инкишофи кӯдакон ва наврасони ш. Душанбе

Л.А. Бобоева, А.А. Бобоев

Зиёда аз 3000 толибилмони мактабҳои таҳсилоти умумии ш. Душанбе, ки инкишофи ҷисмониашон муайян карда шудааст зери назорат қарор доштанд. Дар ҳамаи гурӯҳҳо костагии қад ва камшавии вазни бадан дар муқоиса бо ҳамсолони солҳои 80-уми қарни XX ба назар мерасад, ки бахусус дар давраи наврасӣ баръало намоён аст.

Омилҳои, ки ба инкишофи ҷисмонӣ таъсир мерасонанд муайян карда шуданд ба тариқи зайл мебошанд: сатҳи маърифатнокии волидайн, характери ғизо, тарбияи беҳдошти (назофат), миқдори кӯдакон дар оила, саводнокии беҳдории оила, шароити истиқомат ва ғайраҳо.

Миқдори кӯдакони гирифтори ихтилолотӣ сохтору вазоиғӣ вобаста аз гурӯҳҳои синнусолӣ 28,1 – 40% ва гирифторони бемориҳои музмин 20,2 – 39,5% ташкил дод.

Маълумотҳои дар боло зикршуда зарурияти вобаста ба шароитҳои иҷтимоӣ – беҳдошти

минбаъд ҳам омӯхтани хусусиятҳои ҷисмонӣ ва таҳрикии мактаббачагон ва таҳияи чорабиниҳо оиди пешгирии бемориҳои онҳоро тақозо менамоянд.

SUMMARY

THE INFLUENCE OF SOCIAL HYGIENIC FACTORS ON HEALTH AND PHYSICAL GROWTH OF THE CHILDREN OF DUSHANBE

L.A. Babaeva, A.B. Babaev

More than 3000 pupils of Dushanbe were investigated for determination of indexes of physical growth. In all groups decreasing of growth and mass in comparison with children of the 80s XX c., especially in the adolescent age was observed. The factors influencing on physical status (the standard of education of parents, the character of nutrition, hygienic education, number of children in family, sanitary level, living standard) were showed. The amount of children with morphological functional abnormalities in different groups was 28-40%, with chronic diseases 20-39%. Aforesaid dictates the necessity to further study of peculiarities of physical growth of pupils in connection with social hygienic conditions, and to work out measures for preventing morbidity.

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

А.К. Рафиев, М.М. Рузиев

Кафедра эпидемиологии ТГМУ;
Республиканский центр по борьбе со СПИДом

Актуальность. Среди многих проблем современного здравоохранения ВИЧ-инфекция занимает особое место, в частности, пенитенциарных учреждениях (1-3.5.6). Причиной этого является эпидемическое распространение инфекции, его тяжелейшие социально-экономические последствия, дорогостоящее лечение, отсутствие до настоящего времени средств специфической профилактики (4).

По данным ВОЗ, в настоящее время насчитывается более 45 миллионов ВИЧ-инфицированных. В 2006 г. их число увеличилось на 4 миллиона. По оценочным данным в мире их насчитывается 110 млн. (4). Сложившуюся на сегодня эпидситуацию по ВИЧ/СПИДу в Республике Таджикистан нельзя рассматривать отдельно от общемировой эпидемической обстановки. Так, в 2004 году распространённость ВИЧ/СПИД резко возросла до уровня 198, в 2007 г. – до 339 и за 6 месяцев 2008 г. – до 182 новых случаев заболевания.

К началу 2008 года число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных составило 1049 человек, т.е. 14,9 случая на 100 тыс. населения. При этом количество умерших среди них составило 91 человек.

Эпидемический процесс затронули лиц, находящихся в пенитенциарных учреждениях Республики Таджикистан.

Цель исследования - изучение распространения ВИЧ-инфекции среди заключённых страны.

Материалы и методы исследования. Диагностические исследования крови в рамках

минбаъд ҳам омӯхтани хусусиятҳои ҷисмонӣ ва таҳрикии мактаббачагон ва таҳияи чорабиниҳо оиди пешгирии бемориҳои онҳоро тақозо менамоянд.

SUMMARY

THE INFLUENCE OF SOCIAL HYGIENIC FACTORS ON HEALTH AND PHYSICAL GROWTH OF THE CHILDREN OF DUSHANBE

L.A. Babaeva, A.B. Babaev

More than 3000 pupils of Dushanbe were investigated for determination of indexes of physical growth. In all groups decreasing of growth and mass in comparison with children of the 80s XX c., especially in the adolescent age was observed. The factors influencing on physical status (the standard of education of parents, the character of nutrition, hygienic education, number of children in family, sanitary level, living standard) were showed. The amount of children with morphological functional abnormalities in different groups was 28-40%, with chronic diseases 20-39%. Aforesaid dictates the necessity to further study of peculiarities of physical growth of pupils in connection with social hygienic conditions, and to work out measures for preventing morbidity.



ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Х.К. Рафиев, М.М. Рузиев

Кафедра эпидемиологии ТГМУ;
Республиканский центр по борьбе со СПИДом

Актуальность. Среди многих проблем современного здравоохранения ВИЧ-инфекция занимает особое место, в частности, пенитенциарных учреждениях (1-3.5.6). Причиной этого является пандемическое распространение инфекции, его тяжелейшие социально-экономические последствия, дорогостоящее лечение, отсутствие до настоящего времени средств специфической профилактики (4).

По данным ВОЗ, в настоящее время насчитывается более 45 миллионов ВИЧ-инфицированных. В 2006 г. их число увеличилось на 4 миллиона. По оценочным данным в мире их насчитывается 110 млн. (4). Сложившуюся на сегодня эпидситуацию по ВИЧ/СПИДу в Республике Таджикистан нельзя рассматривать отдельно от общемировой эпидемической обстановки. Так, в 2004 году распространённость ВИЧ/СПИД резко возросла до уровня 198, в 2007 г. – до 339 и за 6 месяцев 2008 г. – до 182 новых случаев заболевания.

К началу 2008 года число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных составило 1049 человек, т.е. 14,9 случая на 100 тыс. населения. При этом количество умерших среди них составило 91 человек.

Эпидемический процесс затронули лиц, находящихся в пенитенциарных учреждениях Республики Таджикистан.

Цель исследования - изучение распространения ВИЧ-инфекции среди заключённых страны.

Материалы и методы исследования. Диагностические исследования крови в рамках

дозорного эпидемиологического надзора за пенитенциарной системой проводились в лабораториях Республиканской и областных (Душанбе, Худжанд) центров по борьбе со СПИДом.

Изучение особенностей эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях проводилось в 2005-2007гг. Критерием выборки был срок пребывания в колонии - 6 и более месяцев. Участие в исследованиях было анонимным и добровольным.

Проводились до- и послетестовые консультации. Забор крови осуществляли методом нанесения сухой капиллярной капли на фильтровальные карты. Сухая капля крови тестирована на ВИЧ методом ИФА. В скрининговом этапе использовалась тест-система российского производства, в экспертном – тест- система «MUREX»

Результаты и их обсуждение. Обследованы на ВИЧ-инфекцию за последние 3 года (2005 – 2007) лица, находящиеся в местах лишения свободы РТ, - соответственно 1985, 1440, 2647 человек. На 100 тысяч число ВИЧ-позитивных лиц в исправительных колониях составило в 2005г. – 450, 2006г. – 490 и в 2007г. – 310.

Осуждённых, проживающих в городе, было 46,5%, в сельской местности - 26,1%, среди них 57% состояли в браке; прибывших в первый раз было 69,3%, во второй раз – 19,4% , в третий и более раз – 11,3% от общего количества заключённых.

Таблица 1

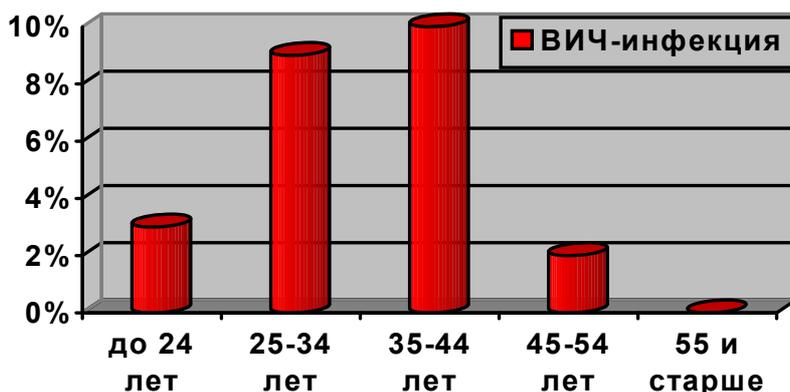
Социально-демографическая характеристика осуждённых ИТК ДЭН (2005-2007 гг.)

Образование	2005	2006	2007
Начальное	13,5%	16,0%	13,9%
Среднее	71,9%	72,0%	74,0%
Высшее	14,6%	13,0%	12,1%
Средний возраст	34 года	34 года	35 лет

В последние годы в местах лишения свободы отмечается большая распространённость ВИЧ-инфекции среди заключённых. Так, в 2005 году ВИЧ-1 обнаружен у 6,6% заключённых, в 2006г. – у 8,4% и в 2007 г. – у 6,8%.

Основным источником инфекции здесь являются потребители инъекционных наркотиков - более 50%; данные получены методом социологического опроса, анонимно, путём анкетирования.

Среди ВИЧ-инфицированных заключённых преобладают мужчины возрасте 35-44 лет (см. рис.). До заключения в ИТК больше 50% из них были рабочими или безработными и имели начальное образование в 14% случаев. Для осуждённых характерен низкий уровень знаний по предупреждению заражения.



P<0,05

Рис. Распространённость ВИЧ по возрасту среди обследованных заключённых в РТ

По данным социологических опросов, до 1% респондентов утверждают, что более 50% лиц в местах лишения свободы (МЛС) вводят себе наркотики, до 57% из них, считают, что таких среди них намного меньше, остальные 41% - отрицали или не знали об этом явлении.

На вопрос, как обычно вводят наркотики, 4% опрошенных ответили, что используют подручные средства, 12% - не согласны с этим, 85% - не знают этого, 17% считают допустимым в этой ситуации пользоваться общим шприцем. Лишь 6% опрошенных связывают введение наркотиков с необходимостью иметь свой шприц. Наряду с этим, осуждённых с татуировками в стенах колонии было 2%, пользовались при их нанесении чужими лезвиями – 38%. При этом 80% опрошенных считают, что ВИЧ передаётся при нанесении татуировок и от инфицированной матери ребёнку. До 34% признают передачу ВИЧ половым путём; воздушному пути передачи инфекции отдают предпочтение 24% опрошенных, причём 69% из них согласны с этим. От заражения ВИЧ-инфекцией при половых контактах можно защититься с помощью презервативов – так считают 75% заключённых, 6% из них не согласны с ними, 19% - не знают, как от этого уберечься. Пользование общей посудой считают причиной ВИЧ-инфицирования 23% опрошенных, 58% - не согласны с ними, 20% - не знают об этом. Использовать свой шприц при введении наркотиков считают необходимым 68%, предложили перейти на неинъекционные наркотики 44% респондентов.

В целом, правильные ответы заключённых о мерах профилактики ВИЧ/СПИД составили 64%.

Вместе с тем презервативы доступны лишь в 17% случаев, недоступны - в 63%, и в 20% случаев опрошенные не знают ответа на данный вопрос.

При гомосексуальных половых контактах пользуются презервативами 3% опрошенных, 38% считают, что никто не пользуется ими, не знают ответа на этот вопрос 63%, не ушли от ответа – 0,4%.

ВЫВОДЫ

1. Распространённость ВИЧ-инфекции в местах заключения республики в 2005-2007 гг. составила 6,6%; 8,4% и 6,8% случаев соответственно.
2. В местах лишения свободы имеет место употребление наркотиков инъекционным путём и половые связи мужчин с мужчинами.
3. Инъекционное потребление наркотиков часто является опасным.
4. Большинство осуждённых имеет доступ к дезсредствам, но не имеет доступ к презервативам.
5. Большинство осуждённых достаточно хорошо осведомлены о мерах профилактики инфицирования ВИЧ, при низком уровне знаний о путях его передачи.
6. В учреждениях пенитенциарной системы есть условия для передачи ИППП, включая ВИЧ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкушева С.И., Профилактика ВИЧ/СПИДа среди заключённых в исправительных учреждениях Казахстана. //СПИД Фонд Восток Запад, М., 2006
2. Бадалова Н.В., Виноградов Е.Н. Опыт работы специалистов Центра СПИД в женской колонии. //Сб. материал. 1-конференции по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией в Восточной Европе и ЦА. М., 2006
3. Гришинин М.В., Астахова Л.А. Опыт работы Челябинского Фонда «Береги себя в воинских частях и местах лишения свободы» //Ж. Социальная профилактика и здоровье, 2005, №6, - С. 66-69
4. Онищенко Г.Г., Покровский В.В. II Конференция Восточной Европы, СНГ по проблемам ВИЧ/СПДа //М., 2008

5. Троценко О.Е., Богач В.В., Колчанов А.В., Старостина И.С. и др. Характеристика эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в учреждениях пенитенциарной системы // «Дальневосточный журнал инфекционной патологии» - 2004, - №5, - С. 82-87

6. Троценко О.Е. Эпидемический процесс ВИЧ-инфекции в учреждениях пенитенциарной системы // Ж. Эпидемиология и вакцинопрофилактика – 2004, №4 (17).- С. 32-34

ХУЛОСА

Раванди вогирии сирояти вируси масунноксии инсон дар муассисоти пенитенсиарии Ҷумҳурии Тоҷикистон Х.К. Рафиев, М.М. Рузиев

Бо роҳи гузаронидани тадқиқоти рафторӣ ва биологӣ муаллифон паҳншавии сирояти вируси масунноксии инсонро (ВМИ) байни маҳкумшудагон дар муассисоти пенитенсиарии ҶТ муайян карданд. Мубталоӣ ба ин сироят байни ҳайати махсус дар 100 ҳазор ба ҳисоби миёна дар се соли охир 41,6 ҳодисаро ташкил дод. Муқаррар карда шуд, ки манбаи асосии сироят истеъмолкунандагони тазриқии маводи муҳаддир мебошанд. Аз эҳтимол дур нест, ки сирояти ВМИ дар чунин шароити махсус бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаштааст. Сатҳи дониши ҳайати махсус дар бораи роҳҳои гузариши сирояти ВМИ паст аст.

SUMMARY

EPIDEMICAL PROCESS OF VIH-INFECTION IN PENITICIAR ORGANIZATIONS OF RT

H.K. Rafiev, M.M. Ruziev

The authors by conducting and biological investigation increasing of VIH-infection in peniticiar organizations of RT: in last 3 years 41,6 cases on 100000. Sex way of infection transmission may be quite possible. The knowledge about the ways of infection transmission in special contingent is very low.



ВЛИЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОГО СОСТАВА ПРИРОДНЫХ ВОД ТАДЖИКИСТАНА НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Г.Д. Азимов, И.Н. Нусратуллоев, К.Н. Дабуров, Азизи Нурзод
Министерство здравоохранения РТ;

Республиканский клинический центр «Урология»;
Кафедра социальной гигиены и организация здравоохранения ТГМУ

Введение. Вода является одним из существенных факторов формирования качества жизни и общественного здоровья населения. Известно, что минеральный состав воды оказывает на здоровье большое и разностороннее влияние; в ряде исследований (1-3) установлена статистически достоверная связь между минеральным составом воды и сердечно-сосудистой патологией, язвенной болезнью, частотой инфаркта миокарда, заболеваниями почек и мочекаменной болезнью (МКБ).

Водно-обусловленные заболевания населения являются социально значимой проблемой для многих государств мира, в том числе и для Таджикистана. Выявление и устранение воз-

5. Троценко О.Е., Богач В.В., Колчанов А.В., Старостина И.С. и др. Характеристика эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в учреждениях пенитенциарной системы // «Дальневосточный журнал инфекционной патологии» - 2004, - №5, - С. 82-87

6. Троценко О.Е. Эпидемический процесс ВИЧ-инфекции в учреждениях пенитенциарной системы // Ж. Эпидемиология и вакцинопрофилактика – 2004, №4 (17).- С. 32-34

ХУЛОСА

Раванди вогирии сирояти вируси масунноксии инсон дар муассисоти пенитенсиарии Ҷумҳурии Тоҷикистон Х.К. Рафиев, М.М. Рузиев

Бо роҳи гузаронидани тадқиқоти рафторӣ ва биологӣ муаллифон паҳншавии сирояти вируси масунноксии инсонро (ВМИ) байни маҳкумшудагон дар муассисоти пенитенсиарии ҶТ муайян карданд. Мубталоӣ ба ин сироят байни ҳайати махсус дар 100 ҳазор ба ҳисоби миёна дар се соли охир 41,6 ҳодисаро ташкил дод. Муқаррар карда шуд, ки манбаи асосии сироят истеъмолкунандагони тазриқии маводи мухаддир мебошанд. Аз эҳтимол дур нест, ки сирояти ВМИ дар чунин шароити махсус бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаштааст. Сатҳи дониши ҳайати махсус дар бораи роҳҳои гузариши сирояти ВМИ паст аст.

SUMMARY

EPIDEMICAL PROCESS OF VIH-INFECTION IN PENITICIAR ORGANIZATIONS OF RT

H.K. Rafiev, M.M. Ruziev

The authors by conducting and biological investigation increasing of VIH-infection in peniticiar organizations of RT: in last 3 years 41,6 cases on 100000. Sex way of infection transmission may be quite possible. The knowledge about the ways of infection transmission in special contingent is very low.



ВЛИЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОГО СОСТАВА ПРИРОДНЫХ ВОД ТАДЖИКИСТАНА НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Г.Д. Азимов, И.Н. Нусратуллоев, К.Н. Дабуров, Азизи Нурзод
Министерство здравоохранения РТ;

Республиканский клинический центр «Урология»;
Кафедра социальной гигиены и организация здравоохранения ТГМУ

Введение. Вода является одним из существенных факторов формирования качества жизни и общественного здоровья населения. Известно, что минеральный состав воды оказывает на здоровье большое и разностороннее влияние; в ряде исследований (1-3) установлена статистически достоверная связь между минеральным составом воды и сердечно-сосудистой патологией, язвенной болезнью, частотой инфаркта миокарда, заболеваниями почек и мочекаменной болезнью (МКБ).

Водно-обусловленные заболевания населения являются социально значимой проблемой для многих государств мира, в том числе и для Таджикистана. Выявление и устранение воз-

возможного неблагоприятного влияния минерального состава воды на организм являются важными факторами сохранения общественного здоровья. Поэтому большой интерес представляет изучение минерализации природных вод по регионам республики с сопоставлением заболеваемости населения МКБ.

Цель работы: определение влияния минерализации воды на уровень заболеваемости мочекаменной болезнью в регионах Республики Таджикистан.

Материалы и методы исследования. Многолетние химические анализы проб воды водоемов, проводимые ЦГСЭН и данные РКЦ «Урология» свидетельствуют о частоте и распространённости МКБ среди населения регионов республики. Минерализация воды оценивалась двумя аналитически определяемыми показателями (3): сухим остатком (суммой сульфатов и хлоридов) и жёсткостью (соли кальция и магния).

Сухой остаток воды, равный 1000 мг/л, принят как граница деления вод на пресные (менее 1000 мг/л) и солоноватые (более 1000 мг/л). Вода по уровню жёсткости делится на: мягкую – 1,5-3,0 мг-экв/л, среднюю – 3,0-4,5 мг-экв/л, полужёсткую – 4,5-6,5 мг-экв/л, жёсткую – 6,5-9,0 мг-экв/л и более 9 мг-экв/л - очень жёсткую. Частоту и распространённость мочекаменной болезни определяли по данным первичной обращаемости и госпитализации населения.

Результаты и их обсуждение. Многолетние наблюдения центров Госсанэпиднадзора республики за качеством природных вод показали, что вода, используемая населением из поверхностных и подземных водоёмов, имеет повышенную минерализацию.

В Хатлонской области в реках Вахшского бассейна отмечается повышенное содержание сухого остатка: от 194 до 2177,4 мг/л, с преобладанием хлоридов и сульфатов, при максимальном их содержании в воде р. Явансу и повышенном - в р.Нурек и р.Дагана. Вода самого Вахша относится к сульфатному классу (группа кальция), её жёсткость составляет от 5,8 до 8,6 мг/экв/л. По индексу загрязнения вод качество воды р.Вахш в основном соответствует 1 и 2 классу.

Качество воды реки Кафирниган и рек его бассейна, протекающих по г. Душанбе и ряду районов РРП, характеризуется преобладанием хлорида кальция в сухом остатке. Его величина за весь период исследования (2000-2006гг.) составляла 92,6-615,4 мг/л. Жёсткость воды в бассейне реки Кафирниган - от 3,8 до 6,6 мг/экв/л. В целом качество воды этого бассейна соответствует 1 классу по индексу загрязнённости, в низовьях оно соответствует 2 классу.

Воды р.Зеравшан характеризуются содержанием сухого остатка в пределах 100-400 мг/л. и жёсткостью воды от 3,8 до 6,2 мг/экв/л. Реки бассейна Зеравшана большей частью протекают по незасолённым почвам, с преобладанием хлорида кальция. Основными реками Согдийской области, кроме реки Зеравшан, являются Сырдарья с её крупными притоками - Исфара, Ходжабакирган, Исфана и Аксу. Воды рек бассейна Сырдарьи относятся к гидрокарбонатно-сульфатному классу, группе кальция. Отмечается повышенное содержание в их водах сухого остатка - от 1420 - до 2137 мг/л. Этот показатель снижается в период половодья (до 683-1367 мг/л) и повышается в межень (до 2880 мг/л). Жёсткость составляет от 6,4 до 7,8 мг/экв/л. Качество воды Сырдарьи соответствует 2 классу чистых вод.

Река Пяндж, протекающая по ГБАО и Хатлонской области, является самой крупной рекой на территории Таджикистана по длине (921 км) и площади водосбора (114000 км²). Самыми крупными притоками р.Пяндж являются р.Бартанг, Гунт и Кызылсу. Содержание сухого остатка в водах реки Пяндж и рек его бассейна, протекающих в районах ГБАО, изменяется в пределах от 183,7 до 374,7 мг/л, жёсткость воды - от 2,2 до 3,6 мг/экв/л. Вода в бассейнах р.Гунт и Бартанг относится по качеству к 1 классу, все загрязняющие вещества - природного происхождения.

Река Кызылсу - крупный правый приток Пянджа, протекает по Хатлонской области и впадает в него южнее г.Колхозабад. Её долина сливается с широкой долиной её основного

левого притока - р.Яхсу , а ещё ниже - с долиной Пянджа. Свой последний приток – р.Таирсу, р.Кызылсу принимает справа, в 45км от устья. Воды р.Кызылсу и её притоков отличаются наибольшей мутностью среди рек бассейна Пянджа. Это объясняется распространённостью лёссовых пород, а также распаиванием значительных площадей под сельскохозяйственные культуры. Отмечается повышенное содержание сухого остатка в водах рек бассейна р.Кызылсу (от 1430 до 2114 мг/л), с жёсткостью воды от 6,8 до 9,3 мг/экв./л.

Подземные воды Таджикистана расположены в двух гидродинамических зонах: верхняя зона – мощностью до 200-300м, характеризуются активным водообменом с преимущественным развитием гидрокарбонатных вод хорошего качества. Нижняя зона – наличием горизонтов артезианских бассейнов мощностью в несколько км, с содержанием сухого остатка в воде до 400000 мг/л, составленного из сульфатных, хлоридных, магниевых и натриевых ион-гидриентов.

В горных районах РРП и ГБАО повсеместно распространены пресные воды – гидрокарбонатно-кальциевые с содержанием сухого остатка до 1000 мг/л. Лишь в местах развития заглупсованных и соляных отложений формируются локальные потоки соответствующих вод. Глубина залегания подземных вод колеблется в пределах до 150 м. Родники в этих районах многоводны и отличаются постоянством дебитного режима, достигающего до 15 л/сек.

В целом водоснабжение населённых пунктов и промышленных предприятий базируется на использовании подземных вод, которые в верхнем и среднем течении рек имеют незначительные естественные ресурсы.

В крупных долинах республики, в частности, в Согдийской области преобладают пресные гидрокарбонатные воды. Небольшими участками встречаются солоноватые сульфатные воды с содержанием сухого остатка до 6000 мг/л.

Пресные воды встречаются вдоль русел рек, ирригационных каналов и водохранилищ. Глубина залегания подземных вод составляет 1-10 м. На достаточно большой глубине, под слоями водонепроницаемых пород залегают напорные воды хорошего качества.

В районах РРП подземные воды характеризуются преобладанием пресных вод гидрокарбонатно-кальциевого состава с содержанием сухого остатка до 1000 мг/л, залегающие на глубине 5-40 м. В южной и западной части РРП полосой залегают солоноватые, сульфатные воды с минерализацией до 6000 мг/л.

В Хатлонской области подземные воды имеют различный химический состав и степень содержания сухого остатка. В северной её части развиты пресные воды хорошего качества, которые постепенно в южном направлении становятся солоноватыми и солёными, сульфатного и хлоридного состава с содержанием сухого остатка от 5000 до 50000 мг/л. В юго-западных районах Хатлонской области, в пределах Яванской, Обикиикской, Дангаринской, Ляурской и других впадин, подземные воды формируются в условиях скудного питания и затруднённого стока и имеют сульфатный и хлоридный состав с содержанием сухого остатка 30000-40000 мг/л, что делает их малопригодными для питья.

Запасы пресных подземных вод хорошего качества в республике ограничены, и водоснабжение населённых пунктов и небольших сельских хозяйств почти повсеместно базируется в основном на поверхностных водоемах, родниках и скважинах верхней гидрогеологической зоны.

Таким образом, неудовлетворительное качество питьевой воды отмечено в ряде районов республиканского подчинения, в г.Душанбе и в районах Согдийской и Хатлонской областях. Наиболее чистые воды оказались в районах ГБАО.

Анализ всех зарегистрированных в Республике Таджикистан случаев МКБ за период с 2000 по 2005 г.г. показал, что число соответствующих больных из года в год растёт. Распространённость МКБ в Таджикистане составляла в 2000 году 76,5; в 2005 году – 256,4 случая на 100 тыс. населения. Несомненно, это связано с улучшением системы диагностики МКБ и уча-

стившимися обращениями больных в лечебно–диагностические отделения, несмотря на значительно возросшие реальные расходы на медицинские услуги.

При этом наибольшая распространённость МКБ, превышающая общереспубликанский уровень, отмечена в г. Душанбе: в 2000 г. она составляла 167,3 на 100 тыс. населения; соответствующий показатель в 2005 году вырос до уровня 281,7 на 100 тыс. населения.

По Хатлонской области динамика распространённости МКБ за исследуемые годы имела тенденцию к снижению: 166,3 на 100 тыс. населения в 2000 году и 131,4 - в 2005 году.

Обратная ситуация наблюдалась в Согдийской области: соответствующие показатели возросли от 161,6 до 201,4 случая на 100000 населения.

Такое же положение отмечалось в РРП: рост от 141,3 до 546,6 на 100 тыс. населения, т.е. в данном регионе регистрировался подъём заболеваемости почти в 4 раза.

В Горно-Бадахшанской области распространённость МКБ претерпела существенные изменения, траектория её динамики снизилась со 147,5 на 100000 населения в 2000 году до 78,8 - в 2005 году.

Анализ динамики показателей заболеваемости МКБ показывает, что почти во всех регионах республики отмечается их рост. Так, в г. Душанбе в 2000г. она составила 45,9, в 2005г. – 117,1 на 100000 населения. По РРП соответственно 82,1 и 346,7 на 100000 населения, по Согдийской области – 55,7 и 82,9 на 100000 населения. По Хатлонской области 102,8 и 72,4 на 100000 населения соответственно. Наименьшие показатели роста заболеваемости МКБ отмечены в ГБАО - 38,1 и 41,2 на 100000 населения.

В целом по республике в исследуемые годы заболеваемость МКБ имеет динамику роста – 76,5 на 100000 населения в 2000г. и 139,4 - в 2005г.

Таким образом, проведённые исследования свидетельствуют, что из всех факторов, в той или иной степени влияющих на распространённость МКБ в Республике Таджикистан, особая роль принадлежит качеству воды. Так, при сопоставлении полученных данных по распространённости и заболеваемости МКБ по регионам республики установлено, что эти показатели выше в регионах с высоким содержанием сухого остатка и жёсткостью воды, при повышенном содержании хлоридов, сульфатов и других компонентов солевого состава, в частности в г. Душанбе, Хатлонской, Согдийской областях и РРП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопаткин Н. А. //Руководство по урологии. - 1998
2. Мазаев В.Т. // Коммунальная гигиена.-М.:»ГЕОТАР-Медиа»,2005
3. Тиктинский О. Л., Александров В. П. //Мочекаменная болезнь. – СПб; Питер; 2000

ХУЛОСА

Таъсири таркиби маъдани обҳои табиӣ Тоҷикистон ба гирифторӣ ба бемории санги пешоб

Г.Д. Азимов, И.Н.Нусратуллоев, К.Н. Дабуров, Азизи Нурзод

Мақсади кори муаллифон аз муайян намудани таъсири маъданнокии обҳо ба сатҳи бемории санги пешоб дар минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон иборат мебошад. Таркиби боқимондаи хушк ва дуруштии оби махзанҳои (ҳавзҳои) рӯизаминӣ ва зеризаминӣ муайян карда шудааст. Аз рӯи маълумотҳои мурочиаткунандагони ибтидоӣ ва бистарӣ кардани беморони санги пешоб, паҳншавии ин беморӣ дар байни аҳолие, ки дар ҳудудҳои асосии маъмурии Ҷумҳурии зиндагӣ мекунад, мавриди омӯзиш қарор гирифтааст.

Тадқиқотҳои гузаронидашуда аз он шаҳодат медиҳанд, ки сифати об муассиртарин омилҳои густариши бемории санги пешоб дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошад. Ҳамин тариқ ҳангоми муқоисаи маълумотҳои ба даст омада дар бораи паҳншавӣ ва гирифторӣ ба бемории санги

пешоб дар минтақаҳои ҷумҳурӣ муайян карда шуд, ки ин нишондиҳандаҳо дар минтақаҳо ба баланд буданд, ки обашон миқдори зиёди таҳшини хушк ва дурустро доро аст ва дар таркиби он хлоридҳо, сульфатҳо ва дигар унсурҳои таркибии намакҳо зиёд мебошанд. Таҷриба дар шаҳри Душанбе, вилоятҳои Хатлону Суғд ва Ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ.

SUMMARY

THE INFLUENCE OF MINERALS OF NATURE WATERS AT TAJIKISTAN ON THE MORBIDITY OF URINO-STONE DISEASE

G.D. Azimov, I.N. Nusratulloev, K.N. Daburov, Azizi M. Murod

The authors under the study of influence of water mineralization on level of morbidity of USD at RT determined dry rest and hardness of waters at principal water origins of surfaced and subterranean reservoirs. The investigations attested that the most important factor influenced on the morbidity of USD was water quality: the indexes higher in regions with high amount of dry rest and water hardness, high level of chlorides, sulphates and the other components of salt composition at Dushanbe, Hatlon and Sogdy provinces, RRS.

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ (ВБИ) В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ И РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

А. Шамсиддинов, Г.М. Усманова

Кафедра ортопедической и терапевтической стоматологии Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров; кафедра эпидемиологии ТГМУ

Введение. Более 1,5 млн. человек во всём мире постоянно страдают от инфекционных осложнений, приобретённых в лечебно-профилактических учреждениях, при этом ежегодный материальный ущерб составляет примерно 1 млрд. долларов США (1).

Актуальность проблемы внутрибольничных инфекций (ВБИ) определяется широким распространением их в медицинских учреждениях различного профиля, что связано не просто с возникновением дополнительной заболеваемости и материального ущерба, но, самое главное – с ущербом здоровью населения. Это ведёт к увеличению продолжительности лечения, одновременно физическим и неврологическим осложнениям, которые могут окончиться гибелью пациентов [2].

Вместе с тем, смысл санитарно-эпидемиологического анализа ВБИ заключается не в поиске виновных и ошибок медицинских работников, а в установлении факторов риска возникновения ВБИ, необходимом для разработки и коррекции профилактических и противоэпидемиологических мероприятий.

По данным ВОЗ медицинский персонал стоматологических, акушерско-гинекологических и хирургических учреждений занимает первое место в перечне медицинских профессий повышенного риска инфицирования, в частности, вирусами герпеса, гепатитов, ВИЧ-инфекции и др.

В настоящее время, когда в государствах постсоветского пространства интенсивно идут процессы реформирования здравоохранения, улучшение инфекционного контроля является эффективным методом достижения более высокого качества медицинского обслуживания.

пешоб дар минтақаҳои ҷумҳури муайян карда шуд, ки ин нишондиҳандаҳо дар минтақаҳо ба баланд буданд, ки обашон миқдори зиёди таҳшини хушк ва дурустро доро аст ва дар таркиби он хлоридҳо, сульфатҳо ва дигар унсурҳои таркибии намакҳо зиёд мебошанд. Таҷриба дар шаҳри Душанбе, вилоятҳои Хатлону Суғд ва Ноҳияҳои тобеи ҷумҳури.

SUMMARY

THE INFLUENCE OF MINERALS OF NATURE WATERS AT TAJIKISTAN ON THE MORBIDITY OF URINO-STONE DISEASE

G.D. Azimov, I.N. Nusratulloev, K.N. Daburov, Azizi M. Murod

The authors under the study of influence of water mineralization on level of morbidity of USD at RT determined dry rest and hardness of waters at principal water origins of surfaced and subterranean reservoirs. The investigations attested that the most important factor influenced on the morbidity of USD was water quality: the indexes higher in regions with high amount of dry rest and water hardness, high level of chlorides, sulphates and the other components of salt composition at Dushanbe, Hatlon and Sogdy provinces, RRS.

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ (ВБИ) В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ И РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

А. Шамсиддинов, Г.М. Усманова

Кафедра ортопедической и терапевтической стоматологии Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров; кафедра эпидемиологии ТГМУ

Введение. Более 1,5 млн. человек во всём мире постоянно страдают от инфекционных осложнений, приобретённых в лечебно-профилактических учреждениях, при этом ежегодный материальный ущерб составляет примерно 1 млрд. долларов США (1).

Актуальность проблемы внутрибольничных инфекций (ВБИ) определяется широким распространением их в медицинских учреждениях различного профиля, что связано не просто с возникновением дополнительной заболеваемости и материального ущерба, но, самое главное – с ущербом здоровью населения. Это ведёт к увеличению продолжительности лечения, одновременно физическим и неврологическим осложнениям, которые могут окончиться гибелью пациентов [2].

Вместе с тем, смысл санитарно-эпидемиологического анализа ВБИ заключается не в поиске виновных и ошибок медицинских работников, а в установлении факторов риска возникновения ВБИ, необходимом для разработки и коррекции профилактических и противоэпидемических мероприятий.

По данным ВОЗ медицинский персонал стоматологических, акушерско-гинекологических и хирургических учреждений занимает первое место в перечне медицинских профессий повышенного риска инфицирования, в частности, вирусами герпеса, гепатитов, ВИЧ-инфекции и др.

В настоящее время, когда в государствах постсоветского пространства интенсивно идут процессы реформирования здравоохранения, улучшение инфекционного контроля является эффективным методом достижения более высокого качества медицинского обслуживания.

Целью настоящего исследования является изучение причин и условий, способствующих возникновению внутрибольничных инфекций в стоматологических и родовспомогательных учреждениях и совершенствование комплекса мер по надзору и профилактике ВБИ.

Материалы и методы. Изучение циркуляции микроорганизмов в больничной среде родильных домов, стоматологических поликлиник проводили путём санитарно-микробиологического исследования воздуха; смывов с различных поверхностей окружающей среды, мазков со слизистых верхних дыхательных путей, а также гнойно-воспалительного отделяемого с инфицированных очагов у новорождённых и родильниц, с отделением гнойно-воспалительных процессов ротовой полости.

Пробы воздуха отбирались аспирационным и седиментационным методами на твёрдые элективные питательные среды. Смывы с поверхностей объектов окружающей среды, мазки с верхних дыхательных путей, инфицированных ран ротовой полости отбирались стерильными тампонами.

В родильных домах всего было отобрано 150 проб воздуха, 1500 смывов с поверхностей различных объектов больничной среды, а в стоматологических поликлиниках 130 и 1400 соответственно.

Изучение эпидемиологических особенностей заболеваемости внутрибольничными инфекциями проводили по данным медицинской документации беременных в женских консультациях; историй родов, историй развития новорождённых, карт стационарного больного в детских соматических отделениях, и медицинских карт стоматологических больных с воспалительными процессами.

Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке общепринятыми методами [4].

Результаты и их обсуждение. Источниками ВБИ являются: пациенты, посетители, персонал медучреждения. Факторами передачи - контаминированные медицинские инструменты, оборудование, объекты внешней среды больничных помещений, вода, пища, воздух.

По нашим данным в условиях трёх стоматологических поликлиник г. Душанбе, на основании ретроспективного изучения медицинских карт, в 79,2% случаев установлено доминирование одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний. Это обострение периодонита (40,3%), периостита (25,4%), лимфаденита (24,1%) и перикоронорита (9,8%), которые не были связаны со стоматологическими манипуляциями и зависели от наличия инфицированных очагов, сопутствующих заболеваний, социально-материальных условий больного и т.д. Также имели место неодонтогенные гнойно-воспалительные заболевания у 125 больных (20,8%). Они были связаны с проведением стоматологических манипуляций, травматического удаления зуба, проведения инфильтрационной и проводниковой анестезии, неправильной обработки лунки удалённого зуба, при снятии слепков и др. Удельный вес каждого из возникших заболеваний составил: лимфадениты 50,4%, острые периоститы 15,3%, альвеолиты 10,2%, остеомиелиты 7,5%, абсцессы 6,9%. Реже наблюдались флегмоны, постинъекционные абсцессы, инфицированные раны после удаления зубов, которые в сумме составили 9,7%.

Микробный пейзаж при одонтогенных заболеваниях представлен 7 видами бактерий: от St. Aureus - 18,8% до Candida – 5,6%. В целом представители стафилококков составляли 67,9%, стрептококков – 18,4%, в 4,3% выделены E.Coli.

У больных с неодонтогенной гнойно-воспалительной заболеваемостью, наряду со стафилококками и стрептококками, выделялись и грамотрицательные микроорганизмы (эшерихии, протей, синегнойная палочка, клебсиелла), которые в целом составили 24,7%, Candida – 3,3%.

У практически здоровых стоматологических пациентов выделялись в основном грамположительные (Micrococcaeae) и грамотрицательные кокки (Neisseria).

Выделение возбудителей у всех представленных категорий лиц свидетельствует о наличии разнообразного микробного пейзажа как у больных, так и практически здоровых пациен-

тов, а также о возможности значительного обсеменения объектов внешней среды, оборудования, в том числе инструментария, воздуха и предметов обихода.

Этиологическая структура возбудителей, выявленных в смывах с объектов внешней среды во всех стоматологических поликлиниках, практически была аналогичной, как бы повторяла те же виды микроорганизмов, которые были выделены от больных и здоровых пациентов. Так в 63% смывов выделялись стафилококки, в 26,6% - стрептококки, в 28,8% - кишечная палочка, грибы – 2,8% и т.д., всего 7-8 видов. Самые разнообразные возбудители высевались практически отовсюду и свидетельствовали о значительном микробном обсеменении объектов внешней среды (руки, полотенца и салфетки, стоматологический инструментарий, слепки, стерильный стол, стаканы для воды и т.п.)

Аналогичная ситуация отмечалась и при обследовании объектов больничной среды родовспомогательных учреждений. Наибольший удельный вес положительных смывов с внешней среды выявлен в палатах родильниц и рожениц (29,5%), детских палатах (22,2%), в «молочной» комнате (10,7%), в приёмном отделении (16,6%), в родильном и операционном блоках (8,2 и 2,6%) соответственно от числа исследованных проб. Преобладающими были возбудители родов *Escherichia* и *Staphylococcus*, которые обнаруживались во всех отделениях родильных домов. В целом выделялись те же «дефектные» микроорганизмы 7-8 видов от *E.Coli* и *S.aureus* до *Hafnia*, *Serratia* и *Candida*.

В родовспомогательных учреждениях источниками гнойно-септических заболеваний (ГСЗ) также являлись беременные, имеющие родовую инфицированность, родильницы, новорождённые, а также медицинский персонал, которые контаминировали объекты окружающей среды.

Значительный удельный вес факторов риска ante-, intra- и постнатального инфицирования отмечался у матерей, беременность которых протекала с проявлениями патологии. Из них 76,7% имели отягощённый акушерский анамнез; 57,6% - хронические воспалительные заболевания гениталий, 62,3% - кольпиты, 88,6% - осложнения родов и 28,1% - послеродовые гнойно-воспалительные осложнения. В большинстве случаев их новорождённые имели внутриутробную и внутрибольничную инфекцию раннего неонатального периода.

У новорождённых ВБИ проявлялась массовыми и типичными нозологическими формами: воспаление кожи и подмышечной клетчатки (27,9%), конъюнктивиты (19,1%), омфалиты (18,5%), сепсис (20,3%) и т.п.

Всё перечисленное диктует необходимость проведения широко-масштабных лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оздоровление женщин до и во время беременности. Это также свидетельствует о низкой эффективности профилактических, лечебно-диагностических и противоэпидемических мероприятий в отношении ВБИ в лечебно-профилактических учреждениях.

Говоря об источниках инфекции и факторах передачи, нужно сказать, что потенциальные возбудители ВБИ существуют в любом, даже хорошем лечебном учреждении. Поэтому крайне важно не только соблюдать санитарно-гигиенический режим в ЛПУ, скрупулёзно и ответственно относиться к мытью и обработке рук, но также понять и согласиться с мнением группы ведущих учёных ближнего и дальнего зарубежья [2,3], что никакая программа инфекционного контроля не способна удалить всех возбудителей нозокомиальных инфекций из ЛПУ, тем более учитывая современные медицинские знания и медицинские технологии.

На протяжении многих лет система инфекционного контроля в СССР носила преимущественно карательный характер.

Заключение. Таким образом, эффективность инфекционного контроля на национальном уровне зависит от скоординированных усилий министерства здравоохранения, государственных служб эпидемиологического надзора, институтов эпидемиологии, медицинских учебных заведений и лечебно-профилактических учреждений. На уровне больниц для успеха про-

грамм инфекционного контроля важно сотрудничество между больничными эпидемиологами, другими специалистами по инфекционному контролю, микробиологами, врачами-клиницистами, медицинскими сёстрами и администраторами.

Для дальнейшего успешного развития программ инфекционного контроля в больницах СНГ необходимо, чтобы руководители здравоохранения всех уровней и клиницисты (врачи и медицинские сёстры) понимали, что, учитывая современные научные знания и медицинские технологии, часть внутрибольничных инфекций предотвратить невозможно. Поэтому наши усилия должны быть направлены не на поиск «виновных», а на улучшение системы оказания медицинской помощи посредством активизации эпидемиологического надзора, улучшения материального обеспечения и методик антимикробных средств, разработки эффективных протоколов диагностических и лечебных процедур, внимания к проблеме охраны здоровья медицинского персонала, качественного обучения и практической подготовки работников здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зуева Л.П., Яфаев Р.Х. «Эпидемиология», – Петербург, Фолиант 2006
2. Основы инфекционного контроля. //Практическое руководство //American International Health Alliance, 2006
3. Руководство по инфекционному контролю в стационаре. Под ред. Р. Венцеля, Т. Бревера, Ж-П. Бутцлера. – Смоленск: МАКМУ, 2003
4. Шляхов Э.Н. Практическая эпидемиология. – Кишинев, 2002

ХУЛОСА

Таҳлили беҳдорию воғиршиносии сабабҳои пайдоиши сирояти дохилибемористонӣ дар муассисаҳои стоматологӣ ва мансуби кӯмаки момой

А.Т. Шамсиддинов, Г.М. Усмонова

Дар айни замон дар тамоми олам зиёда аз якуним миллион нафар аз оқибатҳои нохуши (авориз) сироят ба сирояти дохилибемористонӣ дар муассисаҳои табобатӣ пешгирикунанда ранҷ мекашанд. Дар натиҷаи ин зарари модарӣ ҳарсола тақрибан 1 миллиард доллари ШМА-ро ташкил медиҳад.

Бо вучуди ин маънии таҳлили беҳдорӣ-воғиршиносии сирояти дохилибемористонӣ (СДБ) на дар ҳамаи айбдорон ва хатоҳои кормандони тиб, балки дар муқаррар намудани омилҳои ҳамаҷонибаи шавқии СДБ мебошад, ки дар коркард ва ислоҳи чораҳои пешгирӣ ва зидди воғирӣ зараровар аст.

Роҳбарони ҳамаи зинаҳои муассисаҳои ниғаждорӣи тандурустӣ ва пизишкони сарирӣ (духтурон ва ҳамшираҳои шавқат) бояд доништа бошанд, ки самарабахшии назорати сирояти дохилибемористонӣ милли аз ҳамоҳангсозии саъю кӯшиши ҳамаи ҳадамотҳо вобаста аст.

SUMMARY

SANITARY EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF THE CAUSES OF THE RISE OF INTRAHOSPITAL INFECTIONS AT STOMATOLOGICAL AND OBSTETRICAL INSTITUTIONS

A.T. Shamsiddinov, G.M. Usmanova

At present the whole world more than 1,5 millions of persons suffer infection complications received at clinics, in the result yearly material damage is 1 milliards of doll. USA. The purpose of sanitary epidemiological investigation of IHI is the determination of risk factors needed for correction of prophylactic and anti-epidemic measures. It is necessary, in order to the leaders of medical institutions, physicians and trained nurses understand that effect of infection control from coordination of all services.

грамм инфекционного контроля важно сотрудничество между больничными эпидемиологами, другими специалистами по инфекционному контролю, микробиологами, врачами клиницистами, медицинскими сёстрами и администраторами.

Для дальнейшего успешного развития программ инфекционного контроля в больницах СНГ необходимо, чтобы руководители здравоохранения всех уровней и клиницисты (врачи и медицинские сёстры) понимали, что, учитывая современные научные знания и медицинские технологии, часть внутрибольничных инфекций предотвратить невозможно. Поэтому наши усилия должны быть направлены не на поиск «виновных», а на улучшение системы оказания медицинской помощи посредством активизации эпидемиологического надзора, улучшения материального обеспечения и методик антимикробных средств, разработки эффективных протоколов диагностических и лечебных процедур, внимания к проблеме охраны здоровья медицинского персонала, качественного обучения и практической подготовки работников здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зуева Л.П., Яфаев Р.Х. «Эпидемиология», С-Петербург, Фолиант 2006
2. Основы инфекционного контроля. //Практическое руководство //American International Health Alliance, 2006
3. Руководство по инфекционному контролю в стационаре. Под ред. Р. Венцеля, Т. Бревера, Ж-П. Бутцлера. – Смоленск: МАКМАХ, 2003
4. Шляхов Э.Н. Практическая эпидемиология. – Кишинев, 2002

ХУЛОСА

Таҳлили беҳдорию воғиршиносии сабабҳои пайдоиши сирояти дохилибемористонӣ дар муассисоти стоматологӣ ва мансуби кӯмаки момӣ

А.Т. Шамсиддинов, Г.М. Усмонова

Дар айни замон дар тамоми олам зиёда аз якуним миллион нафар аз оқибатҳои нохуши (авориз) сироят ба беморӣ дар муассисаҳои табобатӣ пешгирикунанда ранҷ мекашанд. Дар натиҷаи ин зарари моддӣ ҳарсола тақрибан 1 миллиард доллари ШМА-ро ташкил медиҳад.

Бо вучуди ин маънии таҳлили беҳдорӣ-воғиршиносии сирояти дохилибемористонӣ (СДБ) на дар ҷустуҷӯи айбдорон ва хатоҳои кормандони тиб, балки дар муқаррар намудани омилҳои хавфи пайдошавии СДБ мебошад, ки дар коркард ва ислоҳи чораҳои пешгирӣ ва зидди воғирӣ заруранд.

Роҳбарони ҳамаи зинаҳои муассисаҳои ниғаждорӣ тандурустӣ ва пизишкони сарирӣ (духтурон ва ҳамшираҳои шавқат) бояд доништа бошанд, ки самарабахшии назорати сирояти дар сатҳи миллӣ аз ҳамоҳангсоии саъю кӯшиши ҳамаи хадамотҳо вобаста аст.

SUMMARY

SANITARY EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF THE CAUSES OF THE RISE OF INTRAHOSPITAL INFECTIONS AT STOMATOLOGICAL AND OBSTETRICAL INSTITUTIONS

A.T. Shamsiddinov, G.M. Usmanova

At present the whole world more than 1,5 millions of persons suffer infection complications received at clinics, in the result yearly material damage is 1 milliards of doll. USA. The purpose of sanitary epidemiological investigation of IHI is the determination of risk factors needed for correction of prophylactic and anti-epidemic measures. It is necessary, in order to the leaders of medical institutions, physicians and trained nurses understand that effect of infection control from coordination of all services.

ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ И МОРФОГЕНЕЗА МАЛЫХ ЖЕЛЁЗ СТенок ПОЛЫХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

С.Т. Ибодов, Д. Б. Никитюк
Кафедра патологической анатомии ТГМУ;
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Несмотря на наличие многочисленных публикаций о железах различных внутренних органов, отдельных обобщающих работ (19), анализ информации по этим вопросам весьма затруднителен. Эти сложности связаны с использованием при описании морфологии желёз терминов часто неадекватных, противоречивых, не отражающих реальной фактологии.

Цель настоящей работы: изучение морфологических особенностей, вопросов классификации, взаимоотношений лимфоидной ткани и железистой эпителии в стенках полых внутренних органов.

До сих пор, в частности, нет обобщающего (классификационного) термина, определяющего морфологическую сущность всех желёз, расположенных в стенках внутренних полых органов пищеварительной, дыхательной систем, и др. Их по нашему мнению, правомочно называть малыми железами, в отличие от больших (слизистых) желёз, к которым, как известно, относят печень, поджелудочную железу, большие слюнные железы.

В литературе достаточно часто употребляются, например, термины «железистая ткань», «аденоидная ткань», (11 и др.) хотя такой ткани не существует. Известно, что в состав каждой железы входит несколько видов тканей, одна из которых (эпителиальная ткань) является рабочей и образует паренхиму железы. Строма желёз (капсула, междольковые и междольковые перегородки, трабекулы) сформирована соединительной тканью, выполняющей опорную функцию и представляющей среду микроокружения для железистого эпителия. Достаточно часто, особенно в макро- и микроскопических исследованиях, используют термин «главный отдел» железы (13,15 и др.). Под этим термином понимают комплекс паренхимы и стромы с чёткими периферическими контурами, переходящий в выводной проток железы. Этого термина в современной гистологической номенклатуре нет (42). Его употребление подразумевает наличие у железы «неглавного» (второстепенного отдела), что неверно. В качестве синонима используется термин «тело железы» (13), что также не совсем удачно, учитывая, что у одной железы может насчитываться несколько таких отделов (43). Кроме того, у желёз различных форм (например, кишечных желёз) выделить такую часть невозможно. Более удачен термин «начальный отдел железы», так как именно здесь (в проксимальной части железы) происходит секреция.

Нельзя поддерживать использование терминов «экстрагландулярная» и «интрагландулярная» части железы (9), поскольку «внежелезистой и внутрижелезистой» частей у железы, как морфологического образования, быть не может. Неудачен и номенклатурный термин «концевая часть» железы, который определяет комплекс glanduloцитов, расположенных на общей базальной мембране, имеющей полость возле их апикальных поверхностей. Поэтому неудачен и термин «концевой отдел» железы (33). Нельзя согласиться с терминами «секреторный отдел», «секреторная часть» железы, поскольку стенки вставочных и исчерченных протоков многих желёз имеют секреторные клетки (3). Используемый иногда термин «ацинус» (39), означающий в переводе с латыни «гроздь», «зёрнышко» (образование, не имеющее полости) не отражает морфологической фактологии. Поэтому нельзя поддерживать термин «ацинарный отдел» железы (46). Наиболее адекватен термин «начальная часть» железы, поскольку синтезированный glanduloцитами секрет выделяется в эту полость, являющуюся началом протокового аппарата железы (вставочных протоков).

В литературе оправданно используется термин «выводной проток» железы, зафиксиро-

ванный в номенклатуре. Под этим термином понимается тот проток (общий выводной проток), который непосредственно открывается на поверхности слизистой оболочки (кожи) устьем железы (ostium glandulare). Если железа имеет несколько начальных отделов, этот проток образуется при соединении протоков 1-го порядка, берущих начало от каждого начального отдела. Таким образом, наиболее удачными являются термины «начальный отдел», «начальная часть» железы, «общий выводной проток», которых и следует придерживаться.

В литературе описаны и сформулированы общие закономерности морфогенеза желёз, располагающихся в стенках полых (трубчатых) органов, опирающиеся на эмбриологическую соответствующую фактологию (14, 16 и др.). Для малых желёз характерна незначительная однотипность процессов закладки и развития в пренатальном онтогенезе (23). Начальным этапом образования любой железы является появление утолщения кровного эпителия органа («железистой почки»), где активно происходят митоз и пролиферация клеточных элементов. Формирующийся железистый тяж врастает в толщу стенки органа. Железа на этом этапе имеет вид слепо замкнутой трубочки. Другой её конец открывается на поверхности слизистой оболочки. Этот тяж представляет собой будущий общий выводной проток железы. В результате пролиферации от тяжа «отпочковываются» более мелкие тяжи, дающие начало протокам 1-го порядка. Слепые концы этих выростов дивертикулируются в начальные отделы желёз. Затем эпителиальные тяжи приобретают просвет (канализируются). Таким образом, процесс развития железы - это постепенный переход от простых трубчатых неразветвлённых форм через ряд промежуточных элементов к сложным альвеолярным и (или) трубчато-альвеолярным железам (8).

Вместе с тем сроки закладки и темпы образования желёз разных органов гетерохронны. Нёбные железы начинают формироваться на 9-й неделе пренатального онтогенеза (8), железы кончика языка и «дна» ротовой полости - с 10-й недели (2), тощей и подвздошной кишок - с 11-й (41), корня языка (2), слюнные железы пищевода (39) - на 12-й неделе онтогенеза. Щёчные железы начинают формироваться с 14-й недели, железы язычка мягкого нёба - с 16-й недели пренатального онтогенеза (2), слуховой трубы - в конце 16 недели (45), собственные железы пищевода - после 24-й недели (39), дуоденальные железы - на 16-24 неделях (35), анальные железы - на 20-24 неделях пренатального онтогенеза (7).

Малые железы начинают выполнять секреторную функцию к моменту рождения (21). Темпы роста желёз, сроки их окончательного образования неодинаковы у различных органов. По мнению Р.д. Синельникова (1965), эти железы формируются окончательно к 14-15 годам. Развитие желёз в стенках слуховой трубы заканчивается к 15-16 годам (18), малых слюнных желёз - к 10 годам (2). Анальные и толстокишечные железы максимально развиты количественно в возрасте 22-35 лет (10). Среди анальных желёз в этом возрасте преобладают железы с 3-5 начальными отделами, редкими в детском возрасте. В возрасте 22-35 лет, по сравнению с новорождёнными детьми, общее количество анальных желёз увеличивается в 2,5 раза, длина начального отдела желёз - почти в 5,0 раз. При изучении макро- и микроскопическими методами тотальных препаратов (125 наблюдений, патология органов пищеварения отсутствовала) показано, что у людей в возрасте 22-35 лет, по сравнению с новорождёнными детьми, общее количество толстокишечных желёз увеличивается в 1,52 раза, длина железы - в 3,64 раза, ширина - в 3,79 раза, общее количество glanduloцитов в стенках железы на продольном её срезе - в 4,75 раза, на поперечном срезе - в 1,30 раза (10). Доказано, что размеры и количество собственных и кардиальных желёз пищевода (13), желёз трахеи и главных бронхов (1) максимальны в возрасте 22-35 лет.

Считается (21), что с периода окончательного структурного оформления и до начала возрастной инволюции наблюдается максимальная индивидуальная изменчивость формы желёз. По данным М.Р. Сапина и др. (21) в стенках глотки, гортани, пищевода, прямой кишки определяются в этом возрасте железы овоидной, округлой, уплощённой, дрововидной, грибовидной и

других форм. Количество начальных отделов у одной железы варьирует от 1 до 8-10.

Связь между формой и типом секреции железы достоверно не установлена, по мнению Р.Д. Синельникова (24) она отсутствует. Имеется информация, что glandulae ductus альвеолярно-трубчатых желёз верхнечелюстной пазухи продуцируют нейтральные мукополисахариды, альвеолярных начальных частей - нейтральные и кислые мукополисахариды (17). Соседние железы отличаются протяжённостью секреторного цикла. Продолжительность секреторного цикла у слизистых желёз в стенках верхнечелюстной пазухи варьирует от 15-16 часов (альвеолярные железы) до 24 часов (альвеолярно - трубчатые железы), что позволяет коррелировать количество секрета, необходимого для увлажнения слизистой оболочки самой пазухи, так и полости носа (17).

Значительной индивидуальной изменчивостью отличаются размерные показатели малых желёз. В возрасте 22-35 лет количество желёз гортани индивидуально варьирует от 110 до 587, плотность расположения желёз (их число на площади 1 кв.мм стенки органа) - от 10 до 17, длина начального отдела железы - от 0,47 до 0,92 мкм (28). Количество желёз в слизистой оболочке полости носа в возрасте 25-38 лет составляет от 4400- 11500 (40). Разрыв между максимальным и минимальным количественными показателями строения желёз пищеварительной и дыхательной систем (амплитуда вариационного ряда) наиболее выражен у людей зрелого, пожилого и старческого возрастов. Так, у новорождённых детей количество собственных желёз пищевода колеблется от 306 до 338. В возрасте 22-35 лет минимальное и максимальное индивидуальные значения этого показателя отличаются более чем в 6 раз (21). Индивидуальные минимум и максимум плотности расположения желёз слепой кишки в возрасте 20-29 лет отличаются друг от друга в 2,2 раза, в 80-89 лет - в 6 раз, в 90-99 лет - в 9,2 раза (14). Уровень индивидуальной анатомической изменчивости структурных показателей малых желёз нарастает на протяжении постнатального онтогенеза, что, видимо, связано с многообразием факторов, действующих на железы (особенности питания, экологии, нередко вредные привычки, перенесённые заболевания и др.).

Установлено, что железы разной локализации достаточно стереотипно реагируют на действие разных неблагоприятных факторов (различные химические препараты, пары формалина). Эта реакция проявляется вначале усилением секреторной активности, увеличением количества и размеров желёз, но сменяется при истощении адаптационного потенциала уменьшением этих показателей, снижением адаптивных ресурсов желёз, в особенности при хронических воздействиях (24).

Вместе с тем при одинаковой продолжительности действия разных раздражающих факторов изменения желёз слизистых оболочек полых внутренних органов (глотки, пищевода и др.) неодинаковы. При экспериментальном воздействии пылью кварца и фенопласта на кожные изменения желёз слизистой оболочки слуховой трубы животных наиболее выражены через 10 месяцев (метаплазия покровного эпителия, выраженная гиперплазия желёз с участками некроза и умеренного склероза). Воздействие паров формалина (по 1 часу в день, в течение 1,30 суток) приводит через 10 месяцев к десквамации покровного эпителия слуховой трубы, увеличению количества бокаловидных клеток, клеток лимфоидного ряда, гиперсекреции и гипертрофии желёз (18).

При одинаковых раздражающих (повреждающих) факторах специфика морфологических изменений желёз зависит от их расположения. У шахтёров Кузбасса, в результате запыления изменения желёз околоносовых пазух наиболее выражены через 10 лет (атрофия, кистозные перерождения начальных отделов, расширение выводных протоков и др.). Эти изменения наиболее выражены у желёз клиновидной, а наименее - V лобной пазухи (6), что связывается с топографоанатомическими особенностями самих пазух. Вход в клиновидную пазуху находится по ходу воздушной струи в лобную пазуху (её сообщение с полостью носа) - непосредственно под самой пазухой, что способствует лучшему её дренажу, удалению пыли.

На формирование желез пищеварительного тракта могут влиять индивидуальные особенности микрофлоры, особенно многообразной в просвете толстой кишки (34.38), особенности питания. Длительное (в течение 10-25 лет) употребление преимущественно растительной пищи приводит к увеличению плотности расположения желез толстой кишки (в 1,11 раза), их общего количества (в 1,45 раза), длины и ширины желез, количества бокаловидных клеток, по сравнению с теми же показателями у людей, придерживающихся традиционного смешанного питания (20). Эти изменения желез вызваны необходимостью усиления их секреторной деятельности в ответ на избыток клетчатки, содержание которой в растительной пище составляет 40-45% (12). Аналогичные данные были получены в эксперименте в отношении желез двенадцатиперстной кишки у крыс при обогащении их рациона клетчаткой (32).

Специфичность строения желез зависит и от действия тех конкретных физиологических условий, в которых они находятся. Отсутствие желез в области голосовых складок гортани (28) связано с тем, что при их наличии нарушался бы гладкий рельеф слизистой оболочки этой зоны, что отразилось бы на процессах голосообразования. Значительное увеличение концентрации желез наблюдается в области бифуркации трахеи, где плотность их расположения в 1,5-2,0 раза больше, чем на соседних участках трахеи и главных бронхов (1). По мнению К.Д.Филатовой (29), в местах сужений «трахео-бронхиального дерева» всегда располагаются целые «железистые массивы». Макро- и микроскопическими методами (20 наблюдений, практически здоровые при жизни людей разного возраста) доказано (6), что большинство желез в слизистой оболочке носовых пазух располагается в непосредственной близости от места сообщения их с полостью носа. Вероятно, воздушная струя в этих зонах образует завихрения, претерпевает сложные турбулентные движения, обладает повышенным иссушающим действием, т.е. нуждается в дополнительном увлажнении секретом.

Особенности строения желез связаны с регионарной спецификой конструкции стенок самого органа, где эти железы располагаются. Так, в стенках ротовой полости, где слизистая оболочка и подслизистая основа развиты, железы разнообразны по форме (2). В слизистой оболочке полости носа, где подслизистая основа развита слабо, находятся железы с уплотнёнными, уплощёнными начальными отделами, короткими выводными протоками, (30.36). Число желез в стенке носовой полости весьма существенно, «железистые поля» занимают 32,5% всей площади слизистой оболочки дыхательной области стенок полости носа (30). При этом 2/3 всех имеющихся здесь желез имеют слизистый тип секреции, они ориентированы ближе к поверхности эпителия по сравнению с серозными железами, что обеспечивает наличие надёжного защитного слизистого барьера на поверхности эпителия. К тому же, в образовании защитного слоя слизи участвуют и железы ячеек решётчатого лабиринта, длинные выводные протоки которых открываются на поверхности боковых стенок полости носа, что показал Н.С.Скрипников (22), изучив макро- и микроскопическими, гистологическими и гистохимическими методами препараты, полученные от 228 людей.

Выявлена взаимосвязь между особенностями строения желез и конструкцией органных стенок на примере толстой кишки (10). Доказано увеличение плотности расположения кишечных желез в области мышечных лент, по сравнению с железами, локализующимися между этими лентами (на 4-11%). Повышенная концентрация гладкомышечных клеток, внутристеночных вегетативных нервных ганглиев, волокон и окончаний в зонах лент указывают на особенно высокую моторику зон мышечных лент. Это позволяет предположить значительный контакт слизистой оболочки с содержимым толстой кишки (10). Увеличение количественного представительства желез в области мышечных лент способствует, вероятно, лучшему продвижению содержимого по просвету толстой кишки.

Типичны морфологические особенности желез, располагающихся в области сфинктеров полых органов, которых у пищеварительного тракта насчитывается не менее 35 (31). По сводным данным авторов, в сфинктерных зонах гортани, пищевода, толстой кишки, внепечёноч-

ных желчевыводящих путей, наряду с утолщением циркулярного слоя мускулатуры, уменьшением просвета органа, увеличением концентрации сосудов и нервов, определяется увеличение размеров и количества желёз, расположение желёз в виде скоплений («железистых муфт»). Сфинктерные зоны рассматриваются как участки органных стенок, способствующих продвижению содержимого, облегчающие его контакт со слизистой оболочкой.

Начиная со 2-го периода зрелого возраста у малых желёз стенок разных органов постепенно появляются признаки их структурной инволюции (21). Вместе с тем макро- и микроскопическими, гистологическими и гистохимическими методами (157 наблюдений, возраст - от эмбрионов до 78 лет) было показано, что начальные признаки инволюции малых желёз наблюдаются уже в возрасте 8 лет, что проявляется появлением жировой ткани на месте паренхимы желёз (8). Количество и размеры небных желёз существенно снижаются после 40, а особенно 60-летнего возраста (8). Количество и размеры желёз слепки уменьшаются, начиная с 16-32-летнего возраста (5). Значительное ослабление секреторной функции и уменьшение размеров больших желёз преддверия отмечается у женщин с 46-48 лет (26). Существенная инволюция желёз стенок общего желчного протока происходит после 60 лет (27), инволюция желёз ректо - сигмоидального отдела кишечника - в возрасте 50-59 лет (10). У желёз слепой, восходящей и поперечной кишок инволюционные изменения определяются с 60-69 лет (21), что объясняется большей активностью и количеством представителей плесневых грибков и гнилостных бактерий в конечных отделах толстой кишки (38). Признаки инволюции у желёз слуховой трубы проявляются лишь в 60-70-летнем возрасте, и, как правило, выражены незначительно (18). Признаки структурной инволюции малых желёз пищеварительной, дыхательной и мочеполовой систем являются уменьшение размеров, площади желёз на срезе, количества и плотности их расположения, уменьшение процентного содержания желёз с большим (3-5) количеством начальных отделов, разрастанием стромы (19). В функциональном плане наблюдается уменьшение секреторной деятельности желёз, что подтверждается экспериментально - автордиографическими исследованиями трахеальных и бронхиальных желёз у крыс (25). Изменяется качественно и секреция самих желёз. На примере малых слюнных желёз гистохимическими методами показано, что в цитоплазме слизистых glandulocyt происходит уменьшение содержания нейтральных мукополисахаридов. В glandulocytax серозного типа снижается одновременно присутствие сиаломуцинов, сульфомуцинов, нарастает выработка нейтральных и кислых мукополисахаридов, уменьшается содержание белка и РНК (4).

Инволюция желёз сопровождается появлением компенсаторно-приспособительных изменений - во многом увеличением, в частности, дополнительных «железистых долек» (47). Их появление, вероятно, способствует поддержанию адекватного секреторного потенциала железы. Компенсаторное значение может иметь и расширение выводных протоков малых желёз, наблюдаемое в пожилом и старческом возрастах. Доказано рентгенологическими методами, что после 50-летнего возраста диаметр просвета панкреатического протока за каждое десятилетие жизни увеличивается на 8% (47). Площадь просвета собственных желёз пищевода (на поперечном срезе) по сравнению с людьми в возрасте 22-35 лет, в 75-90 лет увеличивается в 1,5 раза (21). По ходу общего выводного протока малых желёз в стенках полых внутренних органов в пожилом и старческом возрастах почти постоянно определяются ампулообразные расширения, локальные слепо замкнутые боковые выпячивания, редкие в детском и юношеском возрастах (21).

В заключение можно отметить, что для малых желёз стенок полых внутренних органов характерны общие закономерности морфогенеза - качественная однотипность и гетерохронность темпов онтогенеза желёз, взаимосвязь строения желёз с анатомо - физиологическими особенностями, однотипность морфологических проявлений возрастной инволюции желёз разных органов, происходящая, однако, в разные сроки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акматов Т.А. Возрастная характеристика желёз трахеи и главных бронхов человека. В кн.: Актуальные вопросы современной гистологии.- М., 1989, -С.90-91
2. Атия А.Е. Эмбриогенез и возрастные изменения желёз слизистой оболочки ротовой полости человека. В кн.: Актуальные вопросы современной морфологии. Одесса, 1992, -С.76-79
3. Бабкин Б.П. Секреторный механизм пищеварительных желёз.- М., Наука, 1960
4. Володина Е.П. Сравнительное гистологическое исследование слизистой оболочки и желёз языка позвоночных животных и человека. В кн.: Учёные записки ВПОАГЭ, Оренбург, 1958, ч.1, -С.26-32
5. Глейберман СЕ. К возрастной морфологии червеобразного отростка человека. Архив анат., 1962, т.4,3, вып.11, -С.45-51
6. Замура П.Д. Секреторные элементы слизистой оболочки придаточных пазух носа в условиях запыления (анатомио-экспериментальное исследование). -Автореф. канд. дисс.- Днепропетровск, 1969
7. Когон А.Н. К вопросу об эмбриогенезе анальных желёз. В кн.: Материалы к макро-микроскопической анатомии - Киев, 1964, т.2, -С.348-351
8. Костиленко Ю.П. Морфология желёз слизистой оболочки твёрдого неба человека в возрастном аспекте.- Автореф. канд.дисс.- Харьков, 1972
9. Курбанов С.С. Морфологическая характеристика желёз ректо-сигмоидального отдела кишечника человека в постнатальном онтогенезе.- Автореф. докт. дисс. - М., 2002
10. Кусакина Г.К., Колычева Н.Н. К вопросу об аденокантоме пищевода. Архив патол., 1973, т.35, вып.4, -С.54-58
11. Лесгафт П.Ф. Основы гистологической анатомии, Петроград, 1922
12. Наумова Е.И. Функциональная морфология пищеварительной системы грызунов и зайцеобразных - М., Наука, 1981
13. Никитюк Д.Б. Качественные микроскопические характеристики кардиальных желёз пищевода человека в постнатальном онтогенезе. Архив анат., 1990, т.99, вып.11, -С.62-72
14. Никитюк Д.Б. Возрастная анатомия и особенности геронтогенеза желёз толстой кишки взрослого человека. - Российск. морфол. ведомости, 1995, вып.3, -С.65-67
15. Никитюк Д.Б., Буров С.А. Макро-микроскопическая анатомия желёз двенадцатиперстной кишки взрослого человека. Российск. морфол. ведомости, 1966, вып.4, -С.73-75
16. Никитюк Д.Б., Шевчук И.В. Макро-микроскопические особенности желёз гортани взрослого человека. В кн.: Структурно-функциональная организация органов и тканей в норме, патологии и эксперименте. - Тверь, 1996
17. Пискунов С.З. Железы слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи: их секреторная деятельность и иннервация (экспериментально- морфологическое исследование).- Автореф. канд. дисс. - Ставрополь, 1970
18. Рыбус М. Железы слизистой оболочки слуховой трубы человека и некоторых животных (анатомио-экспериментальное исследование). Автореф.канд. дисс. - Харьков, 1965
19. Сапин М.Р., Никитюк Д.Б. Научные проблемы современной морфологической экзокринологии. Росс. морфол.ведомости, 1993, -С. 12-14
20. Сапин М. Р. , Никитюк Д. Б. Влияние некоторых особенностей питания и строения железистого аппарата стенок толстой кишки. - Журн. эксперим. биол., 1994, т. 116, вып.4, -С.52-55
21. Сапин М.Р., Никитюк Д.Б., Шадлинский В.Б., Н.Т. Мовсумов. Малые железы пищеварительной и дыхательной систем. -М. Элиста, 2001
22. Синельников Р.Д. Основные этапы формирования желёз слизистых оболочек. Тр. Харьковск. мед. ин-та, 1965, т.3, вып.65, -С.238-249
23. Синельников Р.Д. Состояние желёз слизистой оболочки трахеи под влиянием раздра-

жителей. Тр. Харьковск. медин.-та, 1968, т.5, -С.299-305

24. Скрипников Н.С. Топографическая анатомия и морфо-функциональная характеристика лабиринтов решётчатой кости.- Автореф.канд. дисс. - Киев, 1986

25. Сырцов В.К. Радиографическое исследование синтеза кислых гликопротеинов железами трахеи и бронхов в онтогенезе. - Архив анат., 1979, т.76, вып.4, -С. 13-20

26. Тейкина Т. Б. О возрастных особенностях внутриорганного нервного аппарата больших желёз преддверия влагалища женщины. В кн.: Общие закономерности морфогенеза и регенерации. - Тернополь, 1975, -С.234-235

27. Тоидзе Ш.С., Кеванишвили Ш.Н., Далиелян М.А. Старческие изменения внутривисцеральных желёз печени. В кн.: Сб. тр. Тбилисского мед. ин-та, 1976, вып.26, -С.83-91

28. Филатова К.Д. Некоторые защитно-приспособительные механизмы воздухоносных путей в условиях запыления. - Архив анат., 1962, т.42, вып. 1, -С. 13-23

29. Харченко В.В. Структурно-функциональные особенности различных зон слизистой оболочки полости носа человека в норме и при некоторых формах воспалительной патологии. Автореф. докт. дисс. - Волгоград, 2004

30. Шевчук И.В. Анатомия и топография желёз гортани человека в постнатальном онтогенезе.- Автореф. канд.дисс. - М., 1999

31. Этинген Л.Е., Никитюк Д.Б. Некоторые структурно- функциональные критерии организации сфинктеров полых внутренних органов. Морфология. - 1999, т. 115, вып. 1, -С.7-11

32. Яхница А.Г. Железы слизистой оболочки трахеобронхиальной системы человека. В кн.: Тр. Харьковск. мед. ин-та, 1967, вып. 7, -С.339-349

33. Яцковский А.Н., Боронихина Т.Н. Влияние рациона с избытком клетчатки на морфо-функциональное состояние дуоденальных желёз. Архив анат, 1987, т.88, вып.11, -С.87-92

34. Boriello S.P. Antibiotic associated diarrhea and colitis. The role of Clostridium difficile in Gastrointestinal Disorders, *Int J Clin Pharmacol Ther*, 1983, 11, 456p

35. Botros K.G., Abd El-Hady El-Manandos E.A. Prenatal development of the human Brunners glands. *Anat. Ans.*, 1990, N6, p.23-30

36. El-Fouly S., Habib I., Rosshwan S. The effects of aging upon nasal mucoids. *J. Egypt. Med. Assoc.*, 1980, v.63, N.1, p.145-159

38. Gorbash S.L., Nairn L., Lernet PJ. Studies of intestinal microflora. Effect of diet, age and and periodic sampling on numbers of fecal microorganisms in man. *Gastroenterology*, 1967, v.53, N6, p.845-855

39. Johnson F.F. The development of the mucus membrane of the oesophagus, stomach and small intestine in the human embryo. *Amer. J.Anat.*, 1909, N.10, p.521-561

39. Leisis J. The esophageal glands in human fetuses and newborns. *Folia morphol.*, 1984, v.63, N.1, p.301-306

40. Nielsen K.O. Morphology of the subepithelial mucosal glands in adult human larynx. *Acta Otolaryngol.*, 1988, v. 84, N.8, p.109-114

41. Nikitjuk D., Machmudov Z., Semenov E., Usmanova A. Actual aspects of the macro-microscopical interrelations between the human small digestive glands and lymphoid tissue during Ontogenesis. *Verhandlunger der Anatomischen Gesellschaft*, 2003, ed.Elseiver vom 22, bis.25, 113s

42. Nomina Histologica, 3th edition. Edinburg-London-Melbourne and New York, ed.Churchill Livingstone, 1989, 432p

43. Riva A., Sacchedo D., Tenta R.V. A study of the human parotid and submandibular glands. *J. Electron Microscop.*, 1986, v.35, N.4, p.2863-2876

44. Tos M., Bac-Pedersen K. Intraepithelial glands in the human Eustachian tube. *Ach. Otolaryngol.*, 1970, v.95, N.6, p.544-552

45. Tos M., Magensen G. Density of mucous glands in the normal adult nasal turbinates. *Arch. Otolaryngol.*, 1977, v. 102, N.5, p.101-111

46. Zhou Z.C., Gardner J.D., Jensen R.T. Interaction of peptides related to VIP and secretion with guinea pig intestinal gland acini. Amer.J.Physiol., 1989.V.256, N.2, p.283-290

47. Zrell S., Sandin B. Changes in pancreatic morphology associated with aging. Gut, 1977.V.14,N.3, p.962-970

ХУЛОСА

Масъалаҳои тасниф ва морфогенези ғадудҳои хурди девораҳои узвҳои дохилии тухӣ С.Т. Ибодов, Д.Б. Никитюк

Мақола ба таҳқиқи девораҳои мулоими (наرم) узвҳои дохилӣ бахши шудааст, аз ҷумла тасниф ва морфогенези ғадудҳои хурди девораҳои узвҳои дохилии тухӣ (холӣ) мавриди баррасӣ қарор гирифтааст.

Суръати нумӯи ғадудҳо, мӯҳлати ташаккули охирина (инволюти) онҳо дар ҳамаи узвҳо гуногунанд. Миқдори умумии ғадудҳои мансуби рӯдаи ғафс тадриҷан аз рӯи синну сол меафзояд. То ҳол робитаи байни шакл ва навъи тарашшӯхи ғадудҳо муайян нашудааст. Муқаррар карда шудааст, ки ғадудҳои мавқеи ҷойгиршавияшон гуногун таъсири омилҳои мухталиф (маводҳои доруғии кимиёӣ, буғи формалин)-ро нисбатан қобилӣ эҳсос менамоянд.

Дар мавридҳои якхелаи омилҳои осебпазир, таъсири тағйиротҳои морфологӣ ғадудҳо аз мавқеи ҷойгирии онҳо вобаста аст. Махсусияти сохти ғадудҳо аз таъсири он шароитҳои физиологӣ, ки дар он воқеанд, аз тарашшӯхи девораҳои худӣ узв ва аз ҷойгирии онҳо вобаста аст.

Таназзули ғадудҳо якҷоя бо зуҳури тағйиротҳои созгорию ҷубронӣ (талофӣ), пайдоиши ҳиссаҷаҳои ғадудии иловагӣ, ки иқтидор ба тарашшӯхии ғадудҳоро нигоҳ медорад, рӯй медиҳад.

Барои ғадудҳои хурди девораҳои узвҳои дохилии тухӣ қонуниятҳои умумии морфогенез – ҳамшаклии сифатӣ ва суръати гетерохронии онтогенези ғадудҳо, робитаи мутақобилаи сохти ғадудҳо бо хусусиятҳои физиологӣ, якхелагии зуҳуроти морфологӣ таназзули синну солии ғадудҳои гуногуни узвҳо, ки дар мӯҳлатҳои гуногун рӯй медиҳанд, хос аст.

SUMMARY

THE PROBLEM OF CLASSIFICATION AND MORPHOGENESIS OF SMALL WALLS OF HOLLOW INTERNAL ORGANS

S.T. Ibodov, D.B. Nikityuk

In the article it was shown that the temp of gland growth, the term of their final forming is different in all organs. The amount of glands of large intestine with age was increased. Until the connection between the form and type of secretion was not made, and glands of different localization reacted on no adequate factors (chemical preparations, fluids of formalin) stereotypically. Under the same harmful factors specificity of morphological alterations of glands from localization was connected. The structure of glands from physiological conditions, structure of walls of organ, localization of glands was connected. Involution of glands attended compensatory adapted alterations, the rise of additional gland segments which supported secretion potential of gland. For small glands of walls of hollow internal organs common regularities of morphogenesis were typical: quantity monotony and variety of ontogenesis of glands, connection of structure with anatomic physiological peculiarities, monotony of morphological features of age involution of glands of different organs in different date.

46. Zhou Z.C., Gardner J.D., Jensen R.T. Interaction of peptides related to VIP and secretion with guinea pig intestinal gland acini. Amer.J.Physiol., 1989.V.256, N.2, p.283-290

47. Zrell S., Sandin B. Changes in pancreatic morphology associated with aging. Gut, 1973,v.14,N.3, p.962-970

ХУЛОСА

Масъалаҳои тасниф ва морфогенези ғадудҳои хурди девораҳои узвҳои дохилии тиҳӣ С.Т. Ибодов, Д.Б. Никитюк

Мақола ба таҳқиқи девораҳои мулоими (наرم) узвҳои дохилӣ бахшида шудааст, аз ҷумла тасниф ва морфогенези ғадудҳои хурди девораҳои узвҳои дохилии тиҳӣ (холӣ) мавриди баррасӣ қарор гирифтааст.

Суръати нумӯи ғадудҳо, мӯҳлати ташаккули охирини (интиҳои) онҳо дар ҳамаи узвҳо гуногунанд. Миқдори умумии ғадудҳои мансуби рӯдаи ғафс тадриҷан аз рӯи синну сол меафзояд. То ҳол робитаи байни шакл ва навъи тарашшӯҳи ғадудҳо муайян нашудааст. Муқаррар карда шудааст, ки ғадудҳои мавқеи ҷойгиршавиашон гуногун таъсири омилҳои мухталиф (маводҳои доруғии кимийӣ, буғи формалин)-ро нисбатан қолабӣ эҳсос менамоянд.

Дар мавридҳои якхелаи омилҳои осебпазир, хусусияти тағйиротҳои морфологӣ ғадудҳо аз мавқеи ҷойгирии онҳо вобаста аст. Махсусияти сохти ғадудҳо аз таъсири он шароитҳои физиологӣ, ки дар он воқеанд, аз таркиби девораҳои худӣ узв ва аз ҷойгирии онҳо вобаста аст.

Таназзули ғадудҳо якҷоя бо зуҳури тағйиротҳои созгорию ҷубронӣ (талофӣ), пайдоиши ҳиссаҷаҳои ғадудии иловагӣ, ки иқтидори тарашшӯҳии ғадудҳоро нигоҳ медорад, рӯй медиҳад.

Барои ғадудҳои хурди девораҳои узвҳои дохилии тиҳӣ қонуниятҳои умумии морфогенез – ҳамшаклии сифатӣ ва суръати гетерохронии онтогенези ғадудҳо, робитаи мутақобилаи сохти ғадудҳо бо хусусиятҳои физиологӣ, якхелагии зуҳуроти морфологӣ таназзули синну солии ғадудҳои гуногуни узвҳо, ки дар мӯҳлатҳои гуногун рӯй медиҳанд, хос аст.

SUMMARY

THE PROBLEM OF CLASSIFICATION AND MORPHOGENESIS OF SMALL WALLS OF HOLLOW INTERNAL ORGANS

S.T. Ibodov, D.B. Nikityuk

In the article it was shown that the temp of gland growth, the term of their final forming is different in all organs. The amount of glands of large intestine with age was increased. Until the connection between the form and type of secretion was not made, and glands of different localization reacted on no-adequate factors (chemical preparations, fluids of formalin) stereotypically. Under the same harmful factors specificity of morphological alterations of glands from localization was connected. The structure of glands from physiological conditions, structure of walls of organ, localization of glands was connected. Involution of glands attended compensatory adapted alterations, the rise of additional gland segments which supported secretion potential of gland. For small glands of walls of hollow internal organs common regularities of morphogenesis were typical: quantity monotony and variety of ontogenesis of glands, connection of structure with anatomic physiological peculiarities, monotony of morphological features of age involution of glands of different organs in different date.

ВНЕДРЕНИЕ СЛУЖБЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА) КАК ОДНО ИЗ СРЕДСТВ БОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ

С.Р. Миралиев, Ф.П. Магзумова, А. Нурзод, Ш.А. Ишанкулов

Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины

Введение. Анализ работы общеврачебных практик, особенно в отдаленных регионах, как г.Душанбе, Варзоб, Дангара, Б.Гафуров, Спитамен и некоторых других, позволил констатировать существенные преимущества в работе врача общей практики (семейного врача) ВОП/СВ по сравнению с участковым терапевтом. Преимущества заключаются в улучшении качества оказания медицинской помощи и, соответственно, в более высоком уровне удовлетворенности населения организацией медицинской помощи в службах общей практики.

В условиях переходного периода для организации рационального использования кадровых ресурсов здравоохранения важны, помимо многих других параметров, также всесторонние оценки профессиональных возможностей и диапазона деятельности врача общей практики (семейного врача), выставляемые специалистами амбулаторно-поликлинического звена и населением (1-3).

Цель исследования: изучение структуры заболеваемости и объема медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики.

Материалы и методы исследования. Проведенное исследование посещаемости населением специалистов и врачей общей практики (семейных врачей) показало, что на приеме у специалистов большинство пациентов приходилось на возрастные группы 60-69 лет (18%), 40-49 лет (16%) и 50-59 лет (15%), в то время как у врачей общей практики (семейных врачей) основная доля пациентов была в возрастных группах 30-39 лет (23%), 40-49 лет (18%) и 20-29 лет (13%).

В структуре причин посещения пациентами как врачей общей практики (семейных врачей), так и других специальностей, на первом месте стоит лечебная, т.е. обращаемость в связи с заболеванием (74,5 и 77,8% соответственно), далее идут профилактические и медицинские осмотры (10,6 и 9,6% для ВОП/СВ и 8,2 и 8,4% для специалистов, соответственно): доля диспансерного наблюдения составляет для ВОП/СВ 5,3%, для врачей других специальностей - 5,6% от всех посещений.

Анализ структуры обращаемости показывает, что врачи общей практики ведут лечебную работу и принимают больных по широкому спектру не только терапевтических, но и других заболеваний, которые традиционно обслуживались другими специалистами - невропатологами, урологами, оториноларингологами и окулистами. В номенклатуре диагнозов врачей общей практики доля терапевтических заболеваний составляла 63,3%, а нетерапевтических - 36,7%, из них на заболевания неврологического профиля приходилось 26,4%, хирургического профиля - 5,2%, болезни ЛОР-органов - 4,9% и заболевания офтальмологического профиля - 0,2% от всех случаев заболеваний. Всего посещений пациентов по поводу заболеваний было 79,9%, а с диагнозом «практически здоров» - 20,1%.

В группе терапевтических заболеваний самые высокие показатели обращаемости к врачам общей практики (семейным врачам) обусловлены, в основном, болезнями органов дыхания (более 40%): острые и хронические бронхиты, трахеиты, бронхиальная астма, острые респираторные заболевания и пр.

Болезни системы кровообращения (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, кардиосклероз и др.) являются в этой группе вторым по значимости классом болезней, что составляет примерно одну треть от всех терапевтических заболеваний пациентов врачей общей практики.

В группе заболеваний неврологического профиля наиболее частыми были посещения больных с остеохондрозами различных отделов позвоночника, нейроциркуляторной дистонией, энцефалопатией, цереброваскулярными заболеваниями и хроническими нарушениями мозгового кровообращения.

В структуре болезней хирургического профиля большинство посещений приходилось на артрозы и артриты, миозиты, инфицированные раны, облитерирующие заболевания сосудов и варикозное расширение вен нижних конечностей.

В структуре болезней ЛОР-органов, явившихся поводом для посещения врачей общей практики (семейных врачей), наибольший удельный вес составляли синуситы, ринофарингиты и ларингиты (9,1%), реже встречались хронические гаймориты и отиты.

Вместе с тем, анализ оценок специалистов Центров здоровья о возможности передачи части их пациентов на обслуживание врачам общей практики (семейным врачам) показывает, что диапазон заболеваний, с которым население обращается к ВОП/СВ, может быть расширен.

Среди пациентов, которые по оценкам невропатологов могут быть переданы в ведение ВОП/СВ, наибольший удельный вес занимают больные с церебральным атеросклерозом (40,5%), а также остеохондрозом и другими заболеваниями различных отделов позвоночника (29,8%). Заметно меньшую долю составляют больные с цереброваскулярными заболеваниями (5,2%) и гипертонической болезнью (2,4%). При этом, наибольшее количество «своих» больных на обслуживание ВОП/СВ невропатологи отдадут с диагнозом «церебральный атеросклероз» (87,3% всех больных с таким диагнозом) и «гипертоническая болезнь» (77,8%), однако они не посчитали возможным передать на обслуживание врачам общей практики (семейным врачам) практически здоровых лиц, составляющих 13,8% от всех посещений невропатолога и обратившихся, в основном, для прохождения медицинского осмотра.

По оценкам нозологических форм принятых хирургами пациентов, включающего 56 заболеваний, оказалось, что можно бы было передать на обслуживание ВОП/СВ 24,4% больных с заболеваниями около 20 нозологических форм. В этой группе наиболее значимый вес (три четверти) составляют больные с различными ранами (31,8%), артрозами и артритами (14,7%), а также варикозным расширением вен и тромбофлебитом нижних конечностей (12,4%). Далее идут панариции (2,2%), облитерирующий эндартериит нижних конечностей (2,6%).

Аналогично невропатологам, хирурги также не считают возможным передать на обслуживание ВОП/СВ практически здоровых лиц, составивших 9,0% от всех посещений, в основном, с профилактической целью.

В оценке оториноларингологов обращает на себя внимание незначительный, сравнительно с предыдущими специалистами, удельный вес больных (16,1%), которых мог бы, по их мнению, обслуживать ВОП/СВ. Так, из 43 заболеваний, явившихся поводом для посещения оториноларингологов, предполагается возможной передача ВОП - контингента больных с 12 заболеваниями, включая серную пробку (половина всех передаваемых больных), ангину и хронический тонзиллит (13,7%), отиты (11,0%), ринофарингиты (11,0%), тугоухость (5,5%) и синуситы (4,1%). При этом характерно, что практически половину всех профилактических осмотров, составляющих 18,2% всех посещений, оториноларингологи могут передать врачам общей практики (семейным врачам).

По мнению специалистов - офтальмологов, из всего числа пациентов (46 нозологических форм) на обслуживание врачам общей практики (семейным врачам) могут быть переданы 27,8% больных с заметно суженным кругом заболеваний, содержащим около 10 наименований.

В группе пациентов, которые, по оценкам окулистов, могут быть переданы в ведение врачам общей практики (семейным врачам), наибольший удельный вес занимают больные с конъюнктивитами (30,0%), катарактами (26,8%) и миопией (20,7%). Заметно меньшую долю со-

ставляют больные с ангиопатиями сетчатки (6,9%).

Оценки нозологического состава пациентов амбулаторно принятых врачами Центров здоровья, свидетельствуют о том, что объём и содержание деятельности врача первого контакта, его компетентность и способность оказать квалифицированную помощь пациентам нетерапевтического профиля могут быть расширены при соответствующей профессиональной подготовке врачей общей практики (семейных врачей).

По оценкам «узких» специалистов терапевтического направления, от 20 до 70% потока пациентов может быть передано на обслуживание врачу общей практики. По мнению невропатологов, хирургов, окулистов и ЛОР-врачей, ведущих приёмы в Центрах здоровья, от 16 до 40% принятых ими пациентов могут быть переданы на обслуживание врачам общей практики (семейным врачам).

ЛИТЕРАТУРА

1. Коротков Ю.А. Концептуальные подходы к совершенствованию первичной медицинской помощи на основе развития ОВП/СМ. Автореф. докт. дисс., М. 2000
2. Кремлев С.Л. Роль врача общей практики (семейного врача) в оказании медико-социальной помощи семье /Проблемы здоровья семьи. Пермь, 1998, -С.35-36
3. Рякова Е.О. с соавт. Определение объёма медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики (семейными врачами) /Материалы научно-практической конференции «Семейная медицина и здоровье человека». Д. 2005, -С. 141-146

ХУЛОСА

**Чорӣ намудани хадамоти духтури оилавӣ –
муҳимро ба дастаи истифодаи захираҳои кадрӣ**

С.Р. Миралиев, Ф.П. Мағзумова, А. Нурзод, Ш.А. Ишонкулов

Аз рӯи натиҷаҳои тадқиқоти муайян карда шуд, ки то 40%-и ҳаҷми ёрии тиббиеро, ки дар Марказҳои саломатӣ ва дар шароити дармонгоҳ (амбулаторӣ) расонида мешаванд ба расонидани зарар ба беморон аз мутахассисони ихтисосҳои маҳдуд ба духтурони оилавӣ додан мумкин аст. Ин имконро мегардонд, ки чорӣ намудани хадамоти духтури амалияи умумӣ (оилавӣ) яке аз воситаҳои баланд бардоштани самараи кор дар зинаи аввалияи ниғаҳдорию тандурустӣ ва қимилан беҳтар истифода бурдани захираҳои кадрӣ доништа шавад.

SUMMARY

**THE SERVICE OF FAMILY PHYSICIANS AS ONE OF MEANS OF MORE
OPTIMAL USE OF CADRE RESOURCES**

S.R. Miraliev, F.P. Magzumova, A. Nurzod, Sh.A. Ishankulov

The investigation result established that family physicians may receive to 40% of volume of clinical aim paying at centers of health and out-patient departments. Therefore the service of family physicians must be observed as one of means of increasing of labour effect at the first branch of health care system, more optimal use of cadre resources.

К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ФАКТОРОВ РИСКА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, ВЛИЯЮЩИХ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ Г. АЛМАТЫ

Г.К. Оспанова, Г.Б. Елгондина, Г.А. Арынова
Алматинский институт усовершенствования врачей

Введение. По данным ВОЗ (1990) состояние здоровья детей является одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения, важность, которой во многом обусловлена прогрессирующим ухудшением окружающей среды (4).

Организм детей находится в процессе роста и развития, поэтому в большей степени подвержен влиянию различных факторов малой интенсивности, причём влияние внешних факторов на состояние детского организма не ограничивается моментом воздействия, а сказывается и на дальнейшем его развитии и формировании (1.2).

Поэтому проблема изучения влияния факторов окружающей среды на здоровье детей и подростков занимает одно из центральных мест среди других актуальных проблем гигиены.

Поскольку интегральным результатом воздействия окружающей среды на детское население являются уровень и качество здоровья детей, создаётся необходимость определения некоторых количественных показателей риска.

Во всех развитых странах концепция оценки риска служит для обоснования управленческих решений в области загрязнения окружающей среды и охраны здоровья населения (3).

С учётом вышеперечисленных проблем **целью настоящей работы** явилось определение количественных значений воздействия вредных факторов окружающей среды на состояние здоровья школьников г. Алматы, как наиболее уязвимого слоя населения города, путём расчёта некоторых видов показателей риска.

Материалы и методы исследования. Основой для проведения сравнительного анализа взяты показатели заболеваемости школьников различного возраста (9-15) за последние 4 года (2004-2007), различных школьных образовательных учреждений (8 общеобразовательных школ, 9 гимназий, 2 лицея и 2 частные школы), расположенных в различных по степени загрязнения атмосферного воздуха районах г. Алматы.

Разделение городской территорий по степени загрязнения атмосферного воздуха на условно «чистые» и на условно «грязные» участки проводилось согласно материалам Гидрометеослужбы г. Алматы, данных Департамента городской санитарно-эпидемиологической службы, а также по сведениям кафедры коммунальной гигиены и гигиены детей и подростков КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова.

Результаты и их обсуждение. Наиболее часто используемым в когортных наблюдениях показателем является относительный риск (relative risk) (ОР) (4), который выражается отношением заболеваемости лиц, подверженных фактору, к заболеваемости лиц, не подверженных фактору. В нашем расчёте относительный риск для школьников всего города составил $1,25 \pm 0,04$. Из них для учащихся общеобразовательных школ (ОШ) - $1,16 \pm 0,02$, инновационных школ - $1,36 \pm 0,04$; риск показателей города и инновационных школ был выше показателей ОШ.

Чаще всего ОР рассчитывается для двух групп, одна из которых подвергается воздействию, другая (не подвергающаяся) – служит контролем (референтная группа). Для оценки величины эффекта, вызываемого фактором риска, на поражаемость изучаемой заболеваемостью измеряют силу связи между фактором риска и патологией. Для этой цели удобно использовать отношение шансов риска (Odds ratio) (ОРш), которое вычисляется по формуле (4):

$$OP_{ш} = a:b/c:d=ad/(bc);$$

где: а – больные экспонированные, b - больные неэкспонированные, с – здоровые экспо-

нированные, d – здоровые неэкспонированные.

Таким образом можно оценить эффект разной степени воздействия, и в нашем случае этот показатель (ОРш) риска для всех школьников города был равен $2,25 \pm 0,03$; для школьников ОШ – $0,15 \pm 0,02$; для школьников инновационных школ – $4,6 \pm 0,04$;

Эффект воздействия неблагоприятных экологических факторов города для школьников инновационных школ было наиболее высоким.

Поскольку в инновационных школах страны обучаются в основном одарённые дети, призванные обеспечить страну достойным кадровым потенциалом, создаётся необходимость безотлагательного изучения состояния их здоровья в связи с факторами риска, влияющими на его формирование. Предложена количественная оценка риска для разработки и проведения оптимальных управленческих решений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кучма В.Р. Оценка риска влияния факторов окружающей среды на здоровье: проблемы и пути их решения // Материалы Пленума Межведомственного научного совета по экологии человека и гигиене окружающей среды Российской Федерации, М., 2001. – С.84-86

2. Мажитова З.Х. Проблемы экологически зависимых состояний у детей. // Экология и здоровье детей. – Алматы «Гылым», 1996. – С.9-15

3. Неменко Б.А., Арынова Г.А., Оспанова Г.К. Методические указания по оценке риска для здоровья населения химических факторов окружающей среды. – Астана, 2007

4. Туровец Г.Л., Орлова Г.В., Воронова Б.З. и др. Дифференциальная оценка факторов окружающей среды и здоровье школьников. // Вестник АМН РФ, 1993. - № 3. – С.46-50

ХУЛОСА

Оид ба масъалаи арзёбии омилҳои хатарноки муҳити зист, ки ба ташаккули саломатии мактаббачагони ш. Алмаато таъсир мерасонанд
Г.К. Оспанова, Г.Б. Елгондина, Г.А. Аринова

Омилҳои хатарноке, ки ба ташаккули саломатии мактаббачагони ш. Алмаато таъсир мерасонанд мавриди омӯзиши муқоисавӣ ва арзёбӣ қарор гирифтанд.

Қайд карда шудааст, барои таҳия ва қабули қарорҳои муносиби идорӣ вобаста ба омилҳои хавфноке, ки ба ташаккули саломатии мактаббачагон таъсир мерасонанд вазъи саломатии онҳо бояд бетаъхир, асоснок ва амиқ омӯхта шавад.

SUMMARY

THE PROBLEM OF THE VALUE OF RISK FACTORS OF SURROUNDINGS INFLUENCING ON FORMING OF THE HEALTH OF PUPILS AT ALMATY

G.K. Ospanova, G.B. Elgondina, G.A. Arynova

Comparative study and the value of risk factors influencing on the health of the pupils at Almaty was made. The necessity of detailed and serious study of the health of pupils for optimal administrative resolutions is observed.



САНИТАРНО ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВРАЧЕЙ – ИНФЕКЦИОНИСТОВ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

З.Я. Максудова

Кафедра гигиены и экологии

Актуальность. Качество и эффективность деятельности работников здравоохранения во многом зависят от условий их труда и состояния здоровья. Разные категории и профессиональные группы медицинских работников могут подвергаться воздействию целого ряда вредных производственных факторов (высокие нервно–психические нагрузки, дискомфортный микроклимат, вредные химические вещества, шум, вибрация, ультразвук, недостаточная освещённость рабочих мест, ионизирующая и неионизирующая радиация, биологические факторы и др.), что требует пристального внимания в плане охраны их здоровья.

В Таджикистане исследования условий труда и оценка состояния здоровья медицинских работников проводятся с 1993 года. Следует отметить, что удельный вес инфекционных заболеваний среди населения нашей страны остаётся очень высоким, что усложняет работу врачей - инфекционистов. В связи с этим имеется необходимость проведения исследований указанных исследований в группе именно этих специалистов.

Цель работы: разработка мероприятий, направленных на улучшение условий труда врачей – инфекционистов, сохранение их здоровья и высокой работоспособности.

Материалы и методы исследования. Нами проведены исследования трудового процесса и заболеваемости с временной утратой трудоспособности врачей- инфекционистов, работающих в стационарах Республики Таджикистан. Всего в исследованиях приняли участие 60 человек.

Учитывая постоянный контакт врачей с инфицированными пациентами, определялась бактериальная обсеменённость воздуха ординаторских, диагностических, процедурных кабинетов, а также проводились бактериологические исследования смывов с различных объектов, находящихся в помещениях лечебных учреждений (сделано 200 измерений).

Гигиенические исследования включали в себя изучение микроклиматических условий в зимний и летний периоды года, определение уровня освещённости рабочих мест, наличия паров лекарственных и других химических веществ в воздухе рабочих зон (150 измерений).

Результаты и их обсуждение. Характерным для врачей вышеуказанной специальности является неравномерное и нерегулируемое распределение нагрузки в динамике рабочей смены, обусловленное поступлением больных.

В результате исследований было выявлено, что основным неблагоприятным фактором является биологический. В воздухе коридоров, палат, процедурных кабинетов, а также на халатах, на коже рук врачей обнаружено большое количество условно– патогенной и патогенной микрофлоры. У инфекционистов отмечена высокая степень контакта с патогенной микрофлорой (произведено 130 бактериологических анализов).

Это связано с тем, что врачи – инфекционисты в процессе своей работы (при осмотре, пальпации, аускультации больных) имеют с ним непосредственный и тесный контакт, подвергая себя при этом риску заражения.

Следующим негативным фактором является неблагоприятный микроклимат рабочих мест врачей в зависимости от сезона. В тёплый период года в палатах для пребывания больных и ординаторских температура воздуха в среднем составляла $+32,7 \pm 2,1$ °С, относительная влажность – 65-70%. В холодное время года температура в ординаторских и процедурных кабинетах опускалась до 17-18 °С и ниже. Такие микроклиматические условия не обеспечивают нормального уровня теплообмена организма врачей с окружающей средой и комфортных теплоощущений. Врачи жаловались на «нагревающий» микроклимат в тёплый период и на «ох-

лаждающий» - в зимний период года.

Достаточно интенсивным неблагоприятным фактором воздействия на врачей можно считать и химический фактор, так как в воздухе рабочих помещений лечебных учреждений наблюдались высокие концентрации антибиотиков пенициллинового ряда, гентамицина, витаминов. Превышение ПДК гентамицина обнаружено в 12,7% проб воздуха, а антибиотиков пенициллинового ряда – в 22,6% случаев наблюдений.

Также существенное влияние оказывают аллергены, белково – витаминные препараты, иммунологические средства и др.

Кроме того, к неблагоприятным факторам следует отнести нервно–психические нагрузки, обусловленные высокой ответственностью за здоровье и жизнь больных и контактами с их родственниками, имеющими большое разнообразие характеров, длительную непрерывную работу, а также мышечное напряжение, напряжение зрительного и слухового анализаторов.

Согласно «Гигиеническим критериям оценки и классификации условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряжённости трудового процесса» (Руководство Р2.2.2006 – 05), наличие двух или более вредных производственных факторов на фоне напряжённой трудовой деятельности характеризует условия труда медперсонала как обладающие наиболее высокой степенью опасности развития профессиональных заболеваний и роста их числа. В результате наших исследований было выявлено, что в структуре заболеваемости врачей с временной утратой трудоспособности 62% составляют болезни органов дыхания, 25% - сердечно – сосудистой системы, 6% - заболевания мочеполовой системы и 7% - опорно – двигательного аппарата, нервной и пищеварительной системы. В то же время, при анкетировании было выявлено, что случаев хронической патологии у врачей-инфекционистов на 26% больше, чем по данным медицинской документации. Это свидетельствует о том, что значительное количество патологий среди врачей остаётся недоучтённой.

Таким образом, врачи-инфекционисты подвергаются воздействию ряда неблагоприятных факторов трудового процесса, что влечёт за собой увеличение заболеваемости.

Решение вопросов улучшения условий труда врачей и медицинских работников в целом, необходимо начинать со стадии проектирования лечебно–профилактических учреждений и продолжать на всех стадиях их эксплуатации. Необходимо учитывать климатические и географические условия, централизацию и взаимосвязь различных служб лечебных учреждений. Эффективным средством оздоровления условий труда, предупреждения утомления и сохранения устойчивой работоспособности медицинского персонала является оптимизация режима труда и отдыха, с организацией внутрисменного отдыха в специально оборудованных помещениях, что в сочетании с микроклиматическим комфортом и психофизической разгрузкой позволит снять избыточное психоэмоциональное напряжение и восстановить работоспособность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаев А.Б. Современные проблемы гигиены труда и состояние здоровья медицинских работников. // «Здравоохранение Таджикистана». – 1993, №6. -С. 24 – 27
2. Дабуров К.Н., Рафиев Х.К. Особенности организации и проведения инфекционного контроля в ЛПУ. //«Актуальные проблемы теоретической и практической медицины». /Материалы 47-й научно – практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе. 1999. -С. 23-24
3. Симонова Н.И. с соавт. Труд в структуре социально – психологических факторов врача. // «Медицина труда и промышленная экология», 2005, №7. -С. 25 – 30
4. Куйбышев В.Т. Социально – гигиенические факторы формирования здоровья врачей. // «Медицина труда и промышленная экология», 2005, №7. -С. 30 – 34

ХУЛОСА

Арзёбии беҳдорию беҳдошти шароити кор ва теъдоди бемории сироятпизишкони Ҷумҳурии Тоҷикистон

З.Я. Мақсудова

Дар мақола муаллиф мушкилоти омӯзиши таъсиррасонии якчанд омилҳои нохуши ҷараёни корӣ, роҳҳои нигоҳдории саломатӣ ва қобилияти баланди кории сироятпизишконро бардоштааст.

Омилҳои биологӣ ва кимёӣ, тақсимооти нобаробар ва ғайримунтазами сарборӣ дар басти корӣ, сарбории асабӣ-рӯҳии марбут ба масъулияти баланд оиди саломатӣ ва ҳаёти беморон, иртибот бо хешовандони онҳо, кори муттасили дуру дароз, инчунин тарангии мушакҳо ва анализаторҳои босира ва сомеа омилҳои асосии номусоиди раванди кор мебошанд.

Дар натиҷаи омӯзиш муайян карда шуд, ки дар таркиби беморӣ бо муваққатан аз қобилияти меҳнат маҳрум шудани духтурон 62%-ро бемории узвҳои нафаскашӣ, 25%-ро бемории системаи дилу рағҳо, 6% -ро бемории системаи идрорӣ-таносулӣ ва 7%-ро бемории системаҳои таъҷил ҳаракат, ҳозима ва асаб ташкил медиҳанд. Ҳамзамон ҳангоми пур кардани саволнома муайян карда шуд, ки эътилоли музмин дар духтурон нисбат ба маълумотҳои ҳуҷҷатгузори тиббӣ 26% зиёдтар мебошад.

SUMMARY

SANITARY HYGIENIC VALUE OF LABOUR CONDITIONS AND THE MORBIDITY OF INFECTIONISTS OF REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Z.Ya. Maxudova

Basic unfavourable factors of labour conditions of infectionists are biological, chemical, uneven and irregular distribution of lading in working day, nerve-mental lading, long continuous work, muscular overstrain, tension of visual and aural analyzators. The results of investigation showed that in the structure of illness with disablement in physicians the diseases of respiratory organs are 62%, diseases of heart vascular system 25%, diseases of urine sexual system 6%, and the other 7%. On the date of direct polling it was shown that chronic pathology in physicians was more 26% than on the date of medical documentation.

