

САМТҲОИ АЛОҲИДАИ СИЁСАТИ СИСТЕМАИ ЯҶОНАИ ВОРИДКУНИИ ТИББИ ОИЛАВӢ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Н.Ф. Салимов

Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Ташаккули тибби оилавӣ чун самти афзалиятноки фаъолияти Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон шинохта шудааст ва суръатбахшӣ ба раванди воридсозии он яке аз вазифаҳои аввалиндараҷаи соҳаи тандурустӣ мебошад. Иҷрои вазифаҳои зикргардида, дар навбати худ, татбиқи самараноки ҳуҷҷатҳои стратегии миллии марбут ба ислоҳоти соҳаи тандурустиро таъмин менамояд.

Раванди воридкунии ҳадамоти тибби оилавӣ дар мамлакат ҳанӯз соли 1998, зимни фармони Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон, № 236, аз 26.06.1998 «Дар бораи гузариши марҳила ба марҳила ба расонидани ёрии аввалияи тиббӣ тариқи табиби амалияи умумӣ (табиби оилавӣ)» оғоз гардидааст. Яъне, моҳи июни соли равон ба дарҷи фармони мазкур 10 сол пур мешавад.

Тибқи Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон, аз 6 июни соли 2005 «Дар бораи фаъолияти Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» Вазорати тандурустӣ вазифадор карда шудааст, ки рушди шабакаи ёрии аввалияи тиббӣю санитариро дар асоси принципҳои тибби оилавӣ таъмин намояд. Дар Конфронси миллии ба мавзӯи «Тибби оилавӣ ва тандурустии инсон» бахшидашуда (моҳи декабри соли 2005, ш. Душанбе), ки дар он инчунин олимону мутахассисони соҳавии кишварҳои хориҷӣ ширкат варзида буданд, Модули ягонаи тибби оилавӣ дар Тоҷикистон қабул шуда буд.

Имрӯз вақти он расидааст, ки вазъи феълӣ соҳаи тибби оилавино дар сатҳи ҷумҳурӣ таҳлил ва дастовардҳои натиҷагирӣ карда, ҳадафҳои марҳилавии соҳаро муайян кунем.

Пеш аз ҳама, бояд зикр кард, ки дар самти тайёр кардан ва бозомӯзии мутахассисони соҳаи тибби оилавӣ, (ҳам дар самти омӯзиши тодипломӣ ва ҳам дар самти баъдидипломӣ) дар заминаи кафедраҳои дахлдори таълимгоҳҳои олии тиббии ҷумҳурӣ натиҷаҳои мусбӣ ба чашм мерасанд. Дар натиҷаи ҳамкории самараноки Вазорати тандурустӣ, Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон (ДДТТ) ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва Маркази идораи Лоихаи ислоҳоти соҳаи тандурустӣ дар сохтори ДДТТ, кафедраи дуҷуми тибби оилавӣ таъсис ёфт, ки зимни дастгирии молиявии Лоиха бо васоити техникӣ таъмин гардида, альон барқароркунии маскани он идома дорад. Дар давраи сипаришуда инчунин барои муассисаҳои ёрии аввалияи тиббӣю санитарӣ, ки дар асоси принципҳои тибби оилавӣ фаъолият мекунанд, як зумра ҳуҷҷатҳои таълимию дастурӣ ва ҳисоботию бақайдгирӣ нашр гардиданд.

Дар воридкунии ҷузъҳои тибби оилавӣ ҳамкории самараноки Вазорати тандурустӣ бо саҳмгузори байналхалқӣ қобили қайд аст. Таҳияи манбаъи (базаи) иттилоотии захираҳои кадрӣ, таҷдид ва тасдиқи ҳуҷҷатҳои меъёрию ҳуқуқии тибби оилавӣ, ҳаллу фасли масъалаҳои марбут ба таҳияи услубияти ягонаи маблағгузори сарикасӣ ва Стратегияи миллии беҳбудибархӣ ба фаъолияти секторҳои госпиталӣ ва литсензиядиҳӣ, таҳияи сохтори мустақили аккредитатсияи муассисаҳои тандурустӣ, дигаргунсозии соҳаи назорати давлатӣ аз болои сифати дорувор, таъсиси маркази самарабахши харид ва таксимоти маводи доруворӣ натиҷаи ҳамкории фаъоли тарафайн мебошанд.

Суръатбахшӣ ба рушди иқтисодии Тоҷикистон, ки барои расидан ба рушди инсонӣ ва иҷтимоӣ зарур аст, бевосита бо ислоҳоти сохторӣ, афзалиятнокии фаъолият ва тарзи маблағгузорӣ дар самтҳои кишоварзӣ, маориф, тандурустӣ, таъминкунии аҳоли бо об,

беҳдошт ва ҳифзи муҳити зист вобаста аст. Самтҳои зикргардидаи рушди иқтисодӣ асоси таҳияи Барномаи амалии расидан ба Ҳадафҳои Рушди Ҳазорсола, Стратегияи пасткунии сатҳи камбизоатӣ ва рушди иқтисодӣ барои солҳои 2006-2008 мебошанд.

Бо мақсади риояи принсипи «имкониятҳои баробар барои ҳама» дар хизматрасонии тиббӣ талабот ба таҳияи системаи супориши давлатӣ ҳувайдо гардид, вале хангоми таҳияи он афзалият ба намудҳои хизматрасоние дода шуданд, ки нархи онҳо барои аксарияти аҳоли дастнорас мебошанд. Яъне, давлат бо мақсади таъмин кардани дастрасии аксарияти аҳоли ба хизматрасонии аввалияи тиббию санитарӣ саъю кӯшиш намуда, имкониятҳои худро ба шаклҳои хизматрасонии нархашон қиматтар бояд равона кунад. Дар ин ҷабҳа саҳми воситаҳои ғайрибуҷетӣ, ҳуди бемор ва дигар манбаъҳо метавонанд истифода шаванд.

Барои баланд бардоштани самараи фаъолияти муассисаҳои ёрии аввалияи тиббию санитарӣ, аз он ҷумла шабакаи тибби оилавӣ, иҷрои вазифаҳои, ки аз принсипҳои асосии Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ барои асри XXI (дастрасӣ, адолатнокӣ, ҷавобгӯӣ ба эҳтиёҷоти ҷомеа) бармеоянд, зарур мебошад. Маҷмӯи масъалаҳои, ки ҳаллу фасли онҳо барои таъмини рушди мақсадноки самарабахши тибби оилавӣ дар ҷумҳурӣ афзалиятноканд, чунин мебошанд:

1. Банақшагирии стратегии сохторӣ, ки пешбини шабакаи муассисаҳои тандурустӣ ва кормандони тибро (аз ҷумла мутахассисони тибби оилавино), бо дарназардошти эҳтиёҷоти ҷомеа, ташаққулдиҳии сафи онҳо, кафолати бо ҷойи кор таъмин кардани хатмкардагони муассисаҳои таълимӣ, таъмини алоқамандии равандҳои литсензиядиҳӣ, аттестатсия, аккредитатсия ва баҳодиҳӣ ба сифати кӯмаки тиббино дарбар мегирад. Танзими мукаммали фаъолияти идораи ҳамаи бахшҳои соҳаи тандурустӣ бояд мавҷуд бошад. Вазъи феълии соҳаи тандурустӣ раванди васеъшавии шабакаи бахши амбулаторӣ-поликлинико дарбар мегирад. Арзиши бахши госпиталӣ нисбатан қиматбаҳо мебошад, вале беморхонаҳо дар оянда низ дар ҳайати коркарди (индустрияи) хизматрасонии тиббӣ ҳамчун ҷузъи бузургтарин боқӣ хоҳанд монд. Эътибори бештар ба рушди бахшҳои дармонгоҳӣ (поликлиникӣ) ва кӯмакрасонии очилии тиббӣ, ки имрӯз ба назар мерасад падидаи мусбӣ аст, интиҳоб ва истифодаи тарзҳои кӯмаки тиббино, ки барои расонидани онҳо дар сатҳи муассисаҳои ёрии аввалияи тиббӣ имконият ҳаст, тақозо мекунад. Маҳз аз ҳамин лиҳоз рушди ҳадамоти тибби оилавӣ, ки ҷузъи асосии ёрии аввалияи тиббию санитарӣ аст, яке аз масъалаҳои мубрами соҳаи тандурустии ҷумҳурӣ мебошад.

2. Тағйир додани услуби сохторно функсионалии соҳаи тандурустӣ вобаста ба талаботи иқтисоди бозоргонӣ, ки аз бахшҳои зерин иборат аст: асосан аз ҷониби давлат дастгирӣ ёфтани соҳаи тандурустӣ, рушди суғуртаи тиббӣ ва тибби хусусӣ. Суғуртаи давлатӣ афзалиятноктар аст, зеро ин намуди дастгирӣ адолатноктар мебошад.

3. Афзоиши сармоягузорӣ ба равнақи илми тиб, иҷрои номгӯи васеи тадқиқотҳо бо истифода аз технологияҳои муосир, эътибори махсус додан ба тайёр кардани мутахассисони варзида, аз ҷумла мутахассисони тибби оилавӣ. Маҳз ҳамин масъала яке аз омилҳои баланд бардоштани сифати хизматрасонии тиббӣ ва ҷавобгӯи талаботи беморон арзёбӣ мегардад.

4. Ҳуқуқбунёди ҳамаи амалҳои бахшида ба рушди умуман соҳаи тандурустии илми тиб, аз он ҷумла тибби оилавӣ, масъалаи маъмултарини соҳаи тандурустии имрӯзаи ҷумҳурӣ мебошад. Вазорати тандурустӣ бо мақсади суръатбахшӣ ба воридсозии тибби оилавӣ ба таҳияи «Сиёсати ягонаи системаи воридкунии тибби оилавӣ дар Ҷумҳурии

Тоҷикистон» шурӯъ кард. Хуччати мазкур бояд дар танзими мукаммали раванди воридсозии тибби оилавӣ ва ҳаллу фасли масъалаҳои мубрами соҳа нақш гузорад, таҳия ва қабули нақшаҳои мушаххаси чорабиниҳоро бо дарназардошти фикру ақидаи ашхоси маъмур, олимон, табибон, мутахассисон, аҳоли ва ташкилотҳои байналхалқӣ, ки ба раванди воридкунии тибби оилавӣ ҷалб шудаанд, сахм гузорад.

Ҷиҳатҳои қонунии муносибатҳои ҷамъиятӣ дар самти тибби оилавӣ чунинанд:

- Таҳияи аз ҷиҳати илмӣ асосноки методологияи ягонаи оmodасозии хуччатҳои қонунгузор, аз он ҷумла вобаста ба воридкунии тибби оилавӣ. Масалан, қабули Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи тибби оилавӣ» ҳаллу фасли қонунии бисёр масъалаҳои мавҷударо таъмин мекунад, зеро дар он нақш ва мавқеи тибби оилавӣ дар системаи идораи давлатӣ муайян мешаванд, асосҳои инноватсия ва принципҳои ҳамкорӣ ва ӯҳдадорихои омилҳои асосии фаъолияти тиббӣ, бахусус тибби оилавӣ, сарчашмаҳои маблағгузорӣ муқаррар хоҳанд гардид.

- Татбиқи сиёсати устувори тақсимои маводи молиявӣ аз бучети тандурустӣ бо дарназардошти афзалиятнокии муассисаҳои ёрии аввалияи тиббию санитарӣ.

- Таҳия ва татбиқи Нақшаи миллии омӯзиши (бозомӯзии) суръатноки мутахассисони тибби оилавӣ, такмили таълими тибби оилавӣ бо мақсади мутаносиб гардонидани онҳо ба муқаррарот ва тавсияномаҳои байналхалқӣ оид ба тибби оилавӣ.

- Таҳия ва воридсозии Модели рушди шакли интегратсияи ёрии аввалияи тиббию санитарӣ, ки асоси онро табибони оилавӣ (табибони амали умумӣ) ва хоҳарони тибби оилавӣ ташкил медиҳанд, бо истифода аз гурӯҳҳои фаъолиятшон бисёрсамти хадамоти тиббии сектори иҷтимоӣ, иштироки аҳоли, бештар ба ҳалли муаммоҳои тибби ҷамъиятӣ нигаронидани фаъолияти муассисаҳои ёрии аввалияи тиббию санитарӣ ва алоқамандии он бо амалиёти дигар сохторҳо.

- Таҳия ва татбиқи Стратегияи таълими бефосилаи мутахассисони тибби оилавӣ, ки аз нуқтаи назари эҳтиёҷоти аҳоли асоснок шудааст ва масъалаҳои беҳбудибашӣ ба таъиноти маводи дармонӣ ва истифодаи стандартҳои муолиҷаро дарбар мегирад.

- Марҳила ба марҳила гузаштани муассисаҳои ёрии аввалияи тиббию санитарӣ ба шакли нави расонидани хизматрасонии тиббӣ дар асоси модули тибби оилавӣ (гурӯҳи хадамоти тибби оилавӣ, гурӯҳи табибони оилавӣ, амбулаторияҳои тибби оилавӣ, марказҳои тибби оилавӣ).

Яке аз масъалаҳои муҳими расидан ба рушди устувор ва пешравии тибби оилавӣ такмили раванди таълим, яъне бештар қардани нишондиҳандаҳои миқдорӣ ва сифати омӯзиш ва бозомӯзии мутахассисони тибби оилавӣ мебошад. Бо мақсади мутамарказонидани танзими фаъолияти муассисаҳои таълимӣ ва ёрии аввалияи тиббию санитарӣ ҳам дар ҷабҳаи дурнамо ва ҳам дар ҳалли муаммоҳои амалиёти тибби умумӣ (оилавӣ) фаъол қардани қори Шӯрои танзимӣ (координатсионӣ) ва ба ӯ салоҳияти ҳаллу фасли масъалаҳои марбут ба рушди тибби оилавиро гузоштан аст, аз он ҷумла:

- Таъсис додани базаҳои клиникӣ иловагӣ дар заминаи яке аз муассисаҳои тиббии шаҳру ноҳияҳои ҳамсоя барои тайёр қардан (таваққути ординатураи клиникӣ) ва бозомӯзии (дар заминаи муассисаҳои таълимӣ) мутахассисони тибби оилавӣ.

- Дар заминаи яке аз муассисаҳои таълимӣ тибби оилавӣ гузаронидани санҷиши (имтиҳони) сатҳи дониш ва малакаи ординатори клиникӣ ва мутахассисони тибби оилавии бозомӯзонидашуда.

- Дастгирии ҳаматарафаи воридсозии марҳила ба марҳилаи аккредитатсия,

сертификатсия ва литсензиякунии мутахассисон ва муассисаҳои тибби оилавӣ.

-Таҳияи барномаи ҳамкориҳои Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон бо вазоратҳои тандурустии кишварҳои мухталиф дар самти омӯзиши таҷриба дар соҳаи тибби оилавӣ (таваҷҷути лоиҳаҳои инвестисионӣ).

-Таҷдиди сохтори беморхонаҳои сатҳи дуҷуми кӯмакрасонии тиббӣ дар асоси нақшаҳои вилоятии ислоҳоти соҳа.

Яъне, таҷрибаҳои «Сиёсати системаи ягонаи воридкунии тибби оилавӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» рушди хадамоти тибби оилавиро, гузариши марҳила ба марҳиларо ба модулҳои пешқадами каммасрафи дар асоси принсипҳои тибби оилавӣ мукамал шудаи ёрии аввалияи тиббиро санитариро дар саросари кишвар ва дар натиҷа, афзоиши потенциали солимии аҳолиро таъмин менамояд.

Резюме

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОЛИТИКИ ЕДИНОЙ СИСТЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Н.Ф. Салимов

Семейная медицина признана приоритетным направлением деятельности Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, и ускорение процессов её внедрения являются одной из первостепенных и безотлагательных задач, выполнение которых в свою очередь позволят эффективной реализации национальных стратегических документов по реформированию системы здравоохранения страны.

Процесс внедрения службы семейной медицины в стране началось ещё в 1998 году (Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан за №236 от 26 июня), которого принято считать «отсчётной точкой» таджикской семейной медицины. Статья посвящена 10 – летию процесса поэтапного внедрения службы семейной медицины в РТ.

Реализация данной политики обеспечивает развитие службы семейной медицины, поэтапному переходу к передовым малозатратным модулям в основе принципов семейной медицины, усовершенствование первичной медико-санитарной помощи в целом по стране, что, в конечном счёте, способствует повышению потенциала здоровья населения.

Summary

SOME ASPECTS OF SINGLE SYSTEM POLITIK OF INTRODUCTION OF FAMILY MEDICINE AT REPUBLIC OF TAJIKISTAN

N.F. Salimov

The article is dedicated 10-anniversary of by stages introduction of family medicine at Republic of Tajikistan. Family medicine is acknowledged as priority direction of activity of the Department of Health Care of Republic of Tajikistan, and acceleration of introduction process is one of paramount tasks after realization of wick effective reforming of Health Care system of the Republic are conducted. The process began in 1998, that is starting point at family medicine of Tajikistan. Realization of the politik allows the development of the service of family medicine, by stages transition to advanced small expended moduls based the principles of family medicine, improving first medical aid at the country, therefore raising the potencial of health of the population.

ХИРУРГИЯ

РИНОПЛАСТИКА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЯХ НОСА

У.А. Курбанов, А.А. Давлатов, М.С. Одинаева, С.М. Джанобилова

Кафедра хирургических болезней №2

Введение. Посттравматическая деформация носа является одной из распространённых деформаций лица, которая чаще встречается среди мужчин [1,2]. Эти деформации очень часто сопровождаются нарушением носового дыхания, и в этой связи показанием к ринопластике являются не только эстетические неудобства, но и указанные функциональные нарушения.

Ринопластика – это формирование или воссоздание наружного носа с целью восстановления его функции и устранения эстетического дефекта. Данная операция может быть охарактеризована как прецизионная хирургия, где отсчёт идёт на миллиметры [9].

История ринопластики началась более 3000 лет назад [3]. В те далёкие времена индийские лекари научились применять лоскут кожи с центральной части лба для реконструкции утраченного или покалеченного носа. Но настоящее развитие пластическая хирургия носа получила в конце XIX века. Родоначальником современной ринопластики является немецкий хирург J. Joseph. Его практические разработки были основаны на хорошо изученной анатомии костно-хрящевого скелета и физиологии верхних дыхательных путей. В течение первой половины XX века хирурги пользовались только открытым способом ринопластики. В 50-х годах американский хирург Rose внедрил в практику закрытый способ ринопластики, не оставляющий после себя наружных швов. На сегодняшний день от 30 до 50% пациентов, обращающихся к пластическим хирургам, хотят провести коррекцию формы носа [8].

Наряду с большими достижениями в этом направлении хирургии, даже в настоящее время нередки случаи, когда пациентов не удовлетворяют отдалённые функциональные и эстетические результаты ринопластики, и они обращаются к хирургам для выполнения повторных операций. По мнению К.П. Пшениснова и В.В. Гагарина (2000), конечной целью ринопластики должно быть создание эстетически сбалансированного наружного носа, причём совершенствование формы не должно нарушать функцию носового дыхания. Оперативное вмешательство по улучшению формы и функции носа должно проводиться в один этап [5-7,10]. Для достижения этих целей необходимо всесторонне изучить как наружную форму носа, так и внутриносовые структуры.

Целью настоящей работы является обобщение опыта по ринопластике при посттравматических деформациях носа у 115 больных, с изучением отдалённых функциональных и эстетических результатов.

Материалы и методы исследования. За период с 1998 года по 2008 год в Отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой и грудной хирургии нами было прооперировано 115 больных с посттравматическими деформациями носа, в возрасте от 12 до 49 лет. Мужчин было 66 человек, женщин – 49. Сроки операции больных составили от одного года до 44 лет после получения травмы. В 23 случаях (20%) больные ранее были оперированы в других лечебных учреждениях. У 104 пациентов (90,4%) отмечалось аэродинамически значимое искривление носовой перегородки различной степени. Деформация пирамиды носа имела место во всех случаях. Несмотря на то, что практически у всех пациентов имелась та или иная степень искривления носовой перегородки, более половины больных женского пола (27 случаев – 55,1%) обратились по поводу эстетической неудовлетворённости формой своего носа.

В арсенал методов исследования включали антропометрические измерения, риноскопию, фотодокументацию, рентгенографию костей носа и, в течение последних лет, – компьютерную томографию (КТ) носа. Каждый из перечисленных методов исследования имеет большое

значение в выявлении определённых изменений и, следовательно, дополняет данные другие методы исследования.

Обязательное проведение КТ при посттравматических деформациях носа позволило более детально изучить деформацию и патологические изменения как наружных, так и внутриносовых структур, заранее определить план операции и выбрать необходимый объём вмешательства (рис.1).

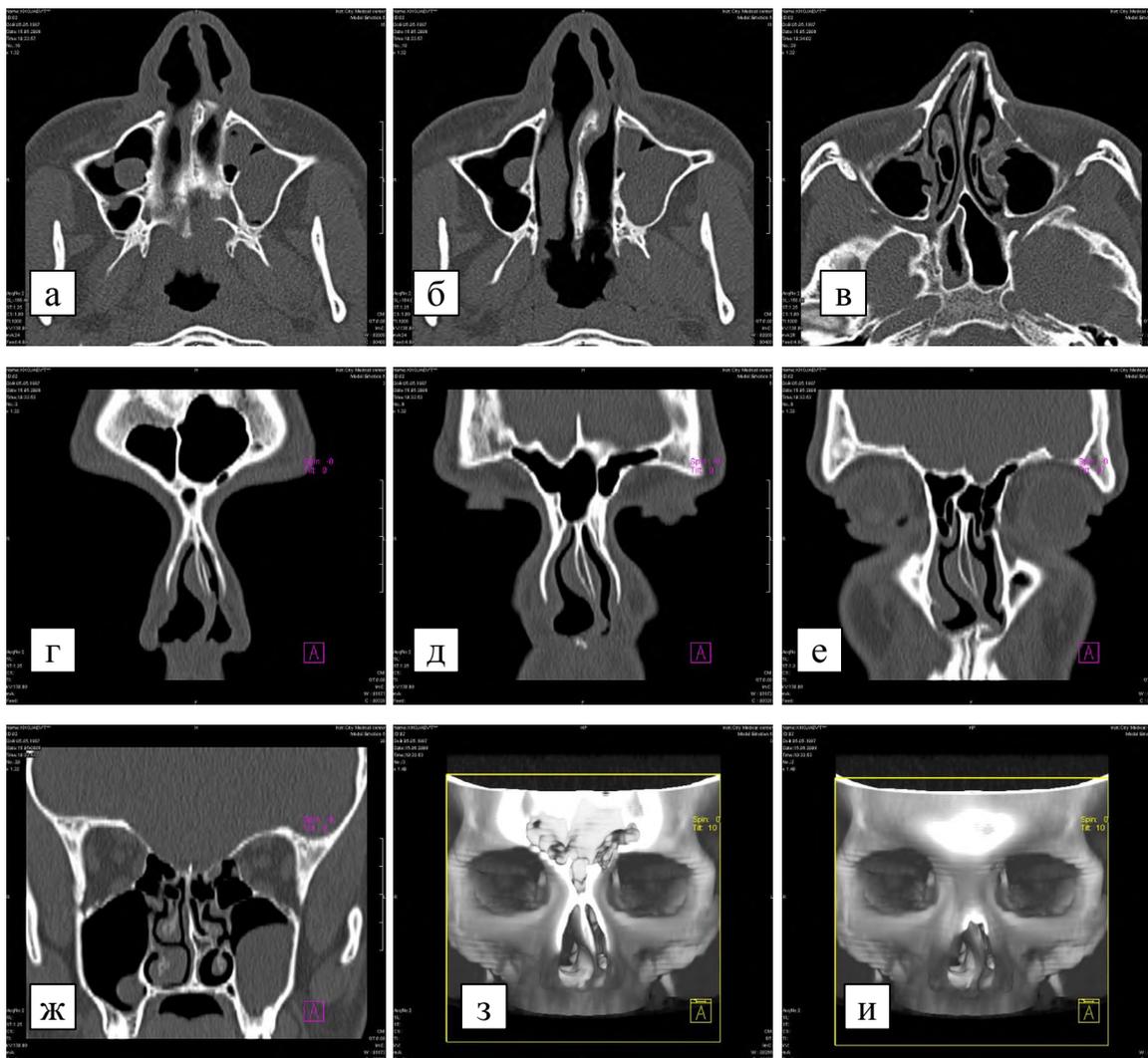


Рис. 1. Пример S-образного искривления носовой перегородки на горизонтальной (а-в), фронтальной (г-ж) срезах и трёхмерно-пространственной снимке (з-и)

Техника операции. Стандартная ринопластика предусматривает два доступа: открытый и закрытый, выбор которого зависит, во-первых, от опыта и предпочтения хирурга; во-вторых, доступ определяется показаниями и объёмом операции. Закрытые доступы располагаются в преддверии носа и бывают следующих видов: подкрыльный краевой, чресхращевой, межхращевой, чресперегородочный. При посттравматических деформациях носа предпочтение отдавалось выполнению ринопластики открытым доступом. Традиционную технику открытой ринопластики производят разрезом по кожной части колонны с продолжением подкрыльно-краевым разрезом со стороны слизистой носовых ходов. Однако

хирурги встречают определённые трудности при выполнении подкрыльно-краевого разреза при открытой ринопластике. Трудности заключаются в том, чтобы увидеть и качественно выполнить разрез, идущий по границе со слизистой преддверия, для чего необходимо выворачивать крылья носа кнаружи. Это ограничивает свободные действия хирурга на маленьком операционном поле и не всегда позволяет произвести разрез свободно.

Ввиду этого нами разработан способ, облегчающий выполнение подкрыльно-краевого разреза при открытой ринопластике, который заключается в следующем: предварительно производится разметка линий разрезов, далее выполняется инфильтрация мягких тканей носа 1% раствором лидокаина с адреналином в соотношении 1:200000. Инфильтрация производится в таком объёме, чтобы произошло набухание и выворачивание слизистой носа кнаружи, что позволяет визуализировать линию проведения разреза (рис.2).



Рис. 2. Способ инфильтрации мягких тканей носа раствором лидокаина с адреналином

Далее производится разрез слизистой крыльев носа без особых технических трудностей. Кроме того, максимальная инфильтрация раствором, содержащим сосудосуживающий препарат, позволяет снизить повышенную кровоточивость, которая обычно наблюдается при ринопластике (Удостоверение на рац.предложение № 3118/R-420, выданное ТГМУ 7.12.2005г.). После обнажения костно-хрящевой основы носа скальпелем № 15 слизистая оболочка отделяется от перегородочного хряща у его кончика. Далее при помощи острого распатора продолжается отделение слизистой оболочки от перегородочного хряща. Мы на этом этапе отделяем слизистую оболочку от костей и хрящей крыши носа в краниальном направлении. Это позволяет производить резекцию горба без вскрытия слизистой оболочки крыши носа. Традиционным способом хрящевая часть горба в целом рассекается до необходимых размеров и далее при помощи специального двубортикового остеотома резецируется костная часть горба. В результате хрящевая и костная части горба резецируются единым блоком. В последнее время резекцию горба мы производим несколько иначе. При помощи скальпеля рассекаются оба боковых хряща у места их прикрепления к перегородочному хрящу по спинке носа. Затем по отдельности резецируются боковые хрящи слева и справа, после чего производится резекция перегородочного хряща. Костная часть горба резецируется при помощи 5 мм остеотома путём остеотомии по боковым поверхностям горба по намеченной линии её резекции. Вначале выполняется остеотомия с одной стороны горба, затем - с другой. Следующим этапом по обеим сторонам перегородочного хряща продолжается отделение слизистой оболочки. Искривлённый перегородочный хрящ отделяется от костей, снимается и экстракорпорально производится выпрямление. С этой целью скальпелем № 15 на вогнутую поверхность хряща в виде сетки наносятся надрезы и, при необходимости, производится резекция нижнего и переднего его краев (рис.3).



Рис. 3. Пример экстракорпорального выпрямления перегородочного хряща: а и б – вид искривлённого перегородочного хряща; в и г – экстракорпорально выпрямленный хрящ перегородки

Искривлённая костная часть перегородки выпрямляется путём введения рукоятки большого пинцета в носовой ход и смещением костей в правильную позицию. Выпрямленный хрящ перегородки устанавливается на своё место. Боковую остеотомию принято производить специальными боковыми остеотомами. Нами же боковая остеотомия в большинстве случаев выполняется крестообразным 2 мм остеотомом германского производства.

В проекции назомаксилярной борозды вводят 2 мм крестообразный остеотом и, начиная от нижнего края латеральной носовой кости, производят боковую остеотомию до медиального угла глаза и далее до переносицы. После получения мобильности боковых костей рукояткой большого пинцета, введённой в носовые ходы, поочерёдно производится репозиция с созданием новой формы пирамиды носа. Очередным этапом является резекция латеральных ножек крыльчатых хрящей. Последние резецируются по краниальному краю скальпелем № 15. Это вмешательство выполнялось нами у 94 больных, преимущественно женского пола, для уменьшения ширины кончика носа. При тонкой коже носа, когда контуры костно-хрящевого каркаса носа сильно контурируются, нами разработан способ использования широкой фасции бедра для получения более гладкой спинки и особенно кончика носа. Фасция укладывается над костно-хрящевой основой спинки и кончика носа и несколькими швами фиксируется к окружающим тканям тонкой (6/0) рассасывающейся нитью (Удостоверение на рац. предложение № 3096-Р-308, выданное ТГМУ 14.06.05г.).

По окончании операции носовые ходы тампонируются турундами с глицерином. На кожу

носа накладываются 4 полоски Steri-strip, снаружи - Н-образная гипсовая повязка.

В целом 115 больным с посттравматическими дефектами и деформациями носа были выполнены следующие виды вмешательств на носу (табл.).

Таблица

Виды оперативных вмешательств на носу

По виду доступа	N	По объёму операции	N	
I. Открытая ринопластика	98	I. Септоринопластика	103	
		В том числе:		
		а) с экстракорпоральным выпрямлением перегородочного хряща;		34
		б) с резекцией крыльных хрящей;		94
в) с резекцией нижней носовой раковины	12			
II. Закрытая ринопластика	17	II. Ринопластика без вмешательства на перегородке носа	12	
Итого:	115	Итого:	115	

Результаты и их обсуждение. Ближайший послеоперационный период прослежен у всех 115 оперированных больных. У 112 (97,4%) больных течение послеоперационного периода было гладким. Кожные швы на колонне снимали на 6 сутки после операции. Турунды из носовых ходов удаляли на 5-7 сутки в зависимости от имеющейся до операции искривления перегородки. Гипсовую повязку во всех случаях снимали через 7 суток после выполнения операции. Отеки и кровоподтеки вокруг орбиты и носа регрессировали, начиная после 3-4 суток после операции, и через 2-3 недели проходили полностью.

Послеоперационные осложнения местного характера отмечались в 3 (2,6%) случаях в виде дефекта слизистой оболочки на ограниченных участках. Им производили перевязки с санацией ран и установлением в носовой ход турунды с облепиховым маслом, которую заменяли каждые два дня до полного заживления раны.

Отдалённые функциональные и эстетические результаты операции нами прослежены в сроках от 6 месяцев до 10 лет у 102 (88,7%) больных. Результаты оценены как по эстетическим, так и по функциональным критериям. Учитывали субъективное ощущение больных, их субъективную оценку эстетической формы носа, объективные параметры аэродинамики, состояние слизистой оболочки носовых ходов, состояние носовой перегородки и объективную эстетическую оценку. Согласно этим критериям у 34 (33,3%) наблюдавшихся больных отдалённые результаты оценены как отличные. Хорошие отдалённые результаты установлены у 58 (56,9%), и у остальных 10 (9,8%) больных результаты оценены как удовлетворительные. Неудовлетворительных результатов не было.

Приводим несколько клинических примеров ринопластики при посттравматической деформации носа.

Случай 1. Больной О., 16 лет. Поступил 11.02.08г. с диагнозом посттравматическая деформация носа. Из анамнеза: 2 года назад во время тренировок дважды получил травму носа, вследствие чего отмечалось искривление оси носа вправо. При поступлении отмечается выраженное смещение вправо оси носа и средней части перегородки. Носовое дыхание справа резко затруднённое. На КТ носа отмечается смещение передней части перегородки вправо и задней части – влево, деформация пирамиды носа со смещением его оси вправо (рис.4, а-е). Больному в плановом порядке под ЭТН произведена операция – открытая септоринопластика. Послеоперационный период протекал гладко. Заживление ран первичным натяжением, турунды из носовых ходов удалены на 5 сутки, швы на колонне сняты на 6 сутки, гипсовая

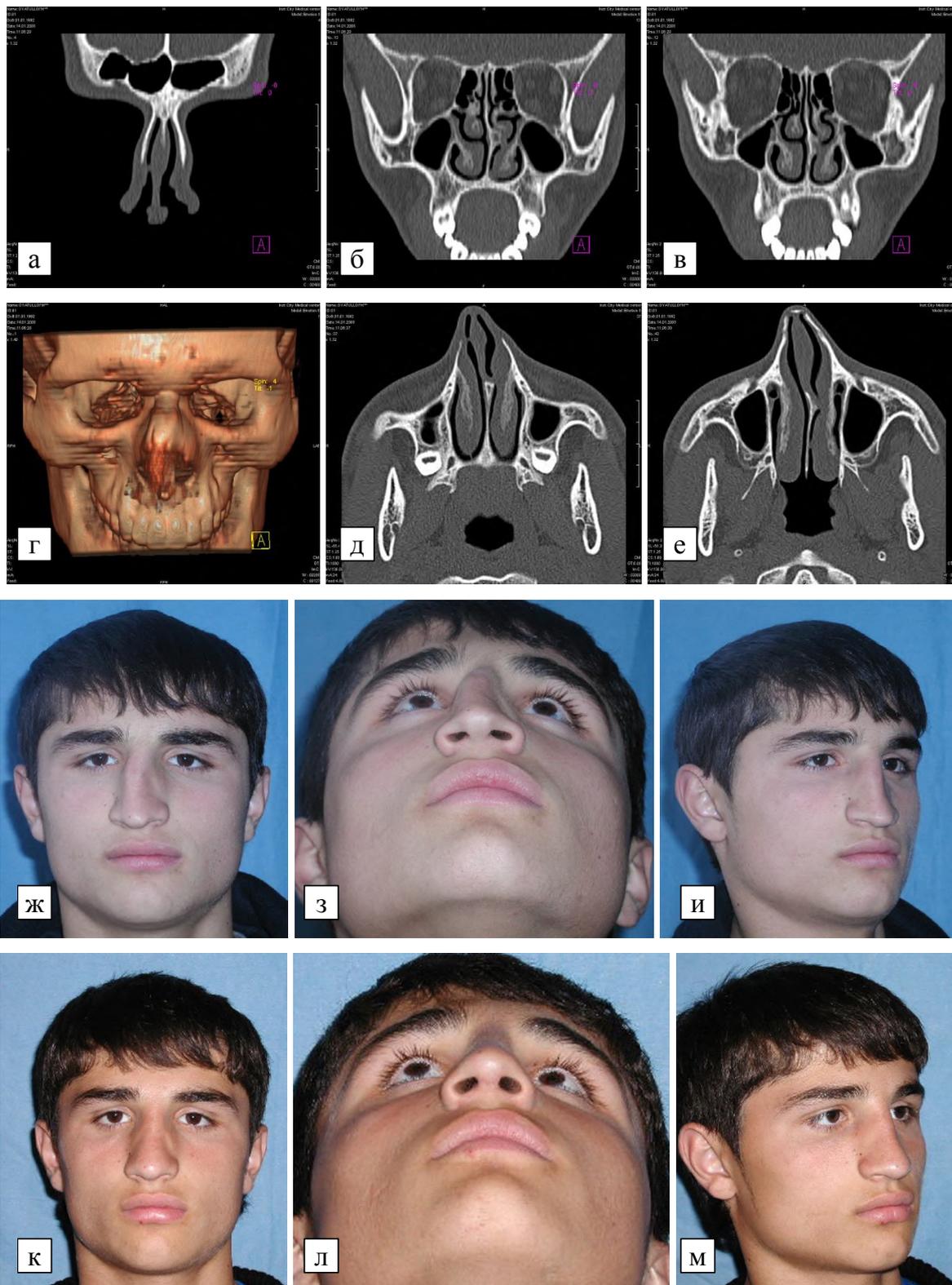
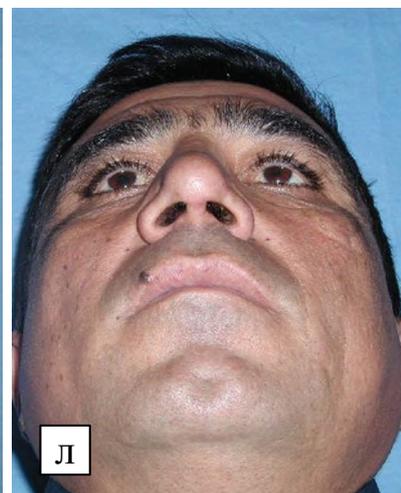
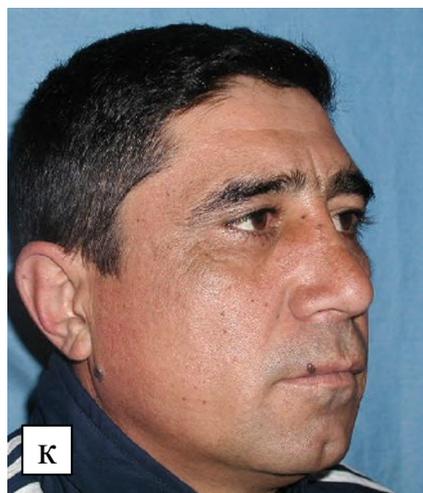
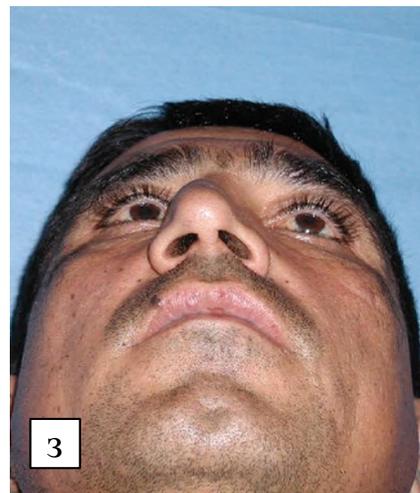
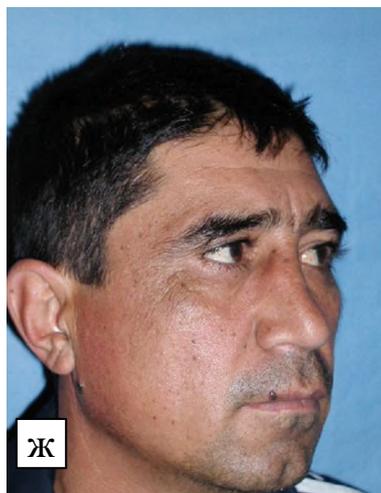
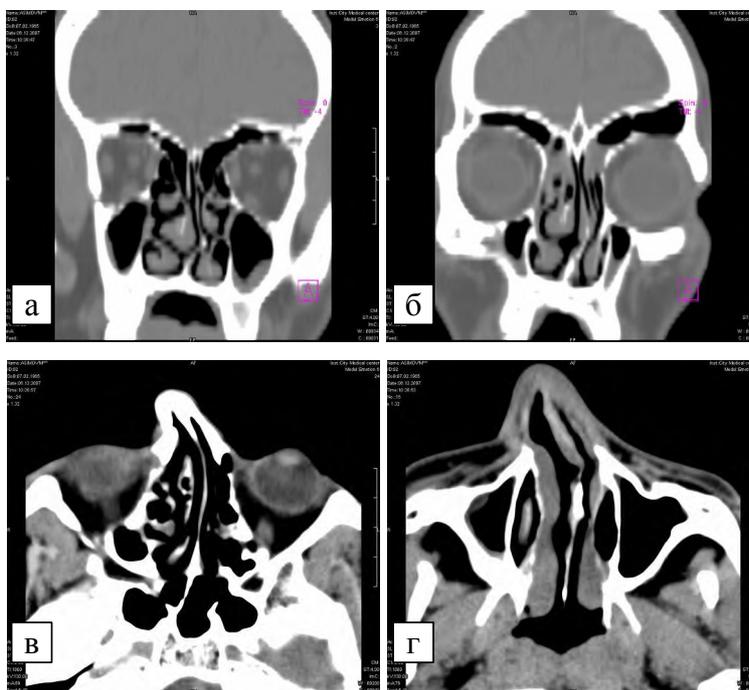


Рис. 4. Больной О., 16 лет с посттравматической деформацией носа и носовой перегородки: а-е – КТ носа больного, выполненная перед операцией (фронтальные срезы (а-в), трёхмерно-пространственное изображение костно-хрящевого каркаса (г) и горизонтальные срезы (д-е)); ж-и – вид больного при поступлении в клинику; к-м – состояние после септоринопластики через 3 месяца

повязка снята на 7 сутки. Ближайший результат удовлетворительный, умеренный отёк сохраняется. Больной в удовлетворительном состоянии выписан домой. Через 3 месяца после операции на контрольном осмотре отёки прошли полностью. Носовое дыхание с обеих сторон свободное. Ось спинки носа прямая (рис.4, ж-м).

Рис. 5

Больной А., 43-х лет с посттравматической деформацией носа и носовой перегородки: а-г – КТ носа до операции; д-з – вид больного до операции; и-л – отдаленный результат через 8 месяцев после операции



Случай 2. Больной А., 43 лет. В клинику поступил с диагнозом посттравматическая деформация носа и носовой перегородки. Около 15 лет назад получил травму носа. Постепенно отметил искривление носа. При поступлении отмечается выраженное смещение спинки носа вправо, особенно в средней части. При риноскопии слизистая оболочка носовых ходов обычная. Отмечается умеренная гипертрофия правой нижней носовой раковины. Носовое дыхание слева отсутствует, справа – резко затруднённое. На КТ носа отмечается выраженная деформация и смещение пирамиды носа вправо с выраженным смещением перегородки влево. Кроме того, определяется умеренная гипертрофия нижней и средней носовой раковины справа и атрофия средней носовой раковины слева (рис.5, а-г). Больному после подготовки, в плановом порядке под ЭТН произведена открытая септоринопластика. Послеоперационный период протекал гладко, швы сняты на 5 сутки, турунды из носовых ходов и гипсовая повязка сняты на 7 сутки. Больной с хорошим функциональным и эстетическим результатом выписан домой. На контрольном осмотре через 8 месяцев после операции ось носа правильная, деформаций пирамиды нет, носовое дыхание с обеих сторон свободное. Слизистая оболочка носа обычная, носовые ходы проходимы, перегородка прямая и расположена по середине носа (рис.5, д-л).



Рис. 6. Больная Д., 19 лет: а-в – выраженная деформация носа до операции; г-е – отдалённый результата септоринопластики через 1 год после операции

Случай 3. Больная Д., 19 лет. Поступила в клинику 19.01.04г. с диагнозом посттравматическая деформация носа с S-образным искривлением спинки и перегородки. В 5- летнем возрасте упала

и ударила носом. Ранее нигде не лечилась. При поступлении отмечается резкая S-образная деформация спинки носа. Носовое дыхание справа отсутствует, слева затруднённое. На рентгенографии костей носа в прямой проекции отмечается смещение костной части перегородки носа вправо. Слизистые оболочки носовых ходов без особенностей. Нижние носовые раковины не гипертрофированы. Больной в плановом порядке под ЭТН произведена открытая септоринопластика с экстракорпоральным выпрямлением перегородочного хряща. Течение послеоперационного периода гладкое. Через 1 год после операции на контрольном осмотре ось носа прямая, носовое дыхание свободное с обеих сторон (рис.6).

Следует отметить, что планирование необходимого объёма вмешательства при ринопластике зависит от тщательного анализа изменений всех структур носа, в том числе и внутриносовых. На сегодняшний день самым информативным методом, позволяющим выявить деформации всех структур носа, является компьютерная томография с частыми фронтальными и горизонтальными срезами. Липский К.Б. с соавт. (2006) изучили спиральную компьютерную томографию лицевого скелета у 30 пациентов, обратившихся для выполнения ринопластики. Среди них в 17 (56,7%) случаях обнаружили функционально значимое искривление перегородки носа различной степени. Авторы пришли к заключению, что проведение КТ носа пациентам, обратившимся по эстетическим показаниям и имеющим при этом затруднение дыхания, является крайне необходимым и полезным.

Для максимального достижения целей, которые определяются во время планирования объёма оперативного вмешательства по поводу посттравматической деформации носа, наиболее удобным является открытый доступ. По мнению Белоусова А.Е. (1998), достижение хороших результатов зависит от сверхточности манипуляций на структурах носа. С этой целью авторами рекомендуется воспользоваться открытым доступом, который позволяет проводить широкий спектр сложных хирургических приёмов и иметь высокую степень контроля действий. Такого же мнения придерживается J.Tebbets, который показанием к открытой ринопластике считает намерение достигать высокой степени точности, а не сложности выполнения ринопластики [11].

Таким образом, при посттравматической деформации носа и носовой перегородки хирургу необходимо решать две главные задачи – исправление деформаций пирамиды носа с созданием эстетически приемлемой формы и устранение нарушения носового дыхания. В таких случаях, на наш взгляд, способом выбора является открытая ринопластика, которая позволяет свободно и более точно исправить деформации, а также создаёт благоприятные условия для экстракорпорального выпрямления перегородочного хряща.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия.- СПб.: Гиппократ, 1998
2. Вознесенский Н.Л., Пальчук В.Т. Болезни уха, горла и носа.- М.: Медицина, 1981
3. Гюсан А.О., Кошель В.И./ Ошибки и осложнения восстановительной риносептопластики.- С.Петербург.- «Диалог».- 2005
4. Липский К.Б., Истранов А.Л., Ховрин В.В.// Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.- 2006.- № 4.- С. 101
5. Лопатин А.С. Реконструктивная хирургия деформаций перегородки носа // Российская ринология. – 1994. – Приложение I
6. Носуля Е.В., Шантуров А.Г., Ким И.А. Предоперационное обследование больных в функционально-косметической ринохирургии. – Иркутск, 1999
7. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. Косметическая ринопластика. – Курск, 1996
8. Пчельников Ю.Н. Опыт использования трансплантатов при ринопластике// Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 1998.- № 3.- С. 15-16

9. Пшениснoв К. П., Гагарин В. В. Хирургическая анатомия носа и анализ пропорций лица // Избранные вопросы пластической хирургии. – 2000. – Т. 1, № 4

10. Byrd H.S. Rhinoplasty (Overview) // Select. Read. Plast. Surg. – 1994

Tebbetts J.V. Open rhinoplasty: more than incisional approach. London: Little, Brown a. Co., 1993.- P.525-553

Хулоса

РИНОПЛАСТИКА ҲАНГОМИ ДЕФОРМАТСИЯИ ПОСТТРАВМАТИКИИ БИНИ

У.А. Қурбонов, А.А. Давлатов, М.С. Одинаева, С.М. Чанобилова

Дар мақола таҷрибаи шахсии муаллифон оиди табоботи ҷарроҳии беморони гирифтори деформатсияи посттравматикии бинӣ оварда шудааст.

Усулҳои иловагии таҳқиқи беморон пеш аз ҷарроҳӣ шарҳ дода шуда, тарзи анъанавии ринопластика ва коркардҳои шахсии муаллифон ҳангоми иҷрои марҳалаҳои гуногуни ин ҷарроҳӣ тасвир ёфтаанд.

Дар натиҷаи таҳлили ҳамачонибаи маводи сарирӣ ба хулоса омаданд, ки ҳангоми деформатсияи посттравматикии бинӣ гузаронидани томографияи компютерӣ яке аз усулҳои хатмии таҳқиқи иловагӣ ба ҳисоб меравад ва тарзи мусоидтарини рафъи чунин шаклдигаркуниҳо тармими кушодаи бинӣ мебошад.

Summary

RYNOPLASTICS UNDER POSTTRAUMATICAL DEFORMATION OF NOSE

U.A. Kurbanov, A.A. Davlatov, M.S. Odinaeva, S.M. Janobilova

In the article the experience of the authors on surgical treatment of the patients with posttraumatical deformation of nose was given. Additional methods of examination of the patients before the operation, traditional method of rynoplastics and by the authors working out methods at different operation stages were used. Close analysis of clinical material showed that computer tomography is one of necessarial additional method under posttraumatical deformation of nose, and open rynoplastics is the most optimal surgical method.



СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕРАПИИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ

К.М. Мухамадиева, К.П. Артыков, М.С. Саидов

Республиканский хозрасчётный научно-учебно-производственный центр
восстановительной хирургии;

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой и грудной хирургии

Актуальность. В настоящее время внутрирубцовое введение стероидов остаётся основой лечения келоидов. Первые упоминания об этой методике относятся к началу 70-х годов. Кортикостероиды уменьшают рубцеобразование путём уменьшения синтеза коллагена, глюкозаминогликанов, медиаторов воспаления и пролиферации фибробластов в процессе заживления раны (1,4). Уровень ответа на лечение варьирует от 50 до 100% с рецидивом от 9 до 50% после полного исчезновения келоида. По сравнению с оперативным методом, введение кортикостероидов является менее травматичным и не приводит к рецидивам, однако при длительно существующих рубцах и при их большой площади данный метод не всегда бывает эффективным и часто сопровождается развитием атрофии и телеангиэктазий, что является косметически неприемлемым результатом (3,6).

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности комбинированного способа

9. Пшениснoв К. П., Гагарин В. В. Хирургическая анатомия носа и анализ пропорций лица // Избранные вопросы пластической хирургии. – 2000. – Т. 1, № 4

10. Byrd H.S. Rhinoplasty (Overview) // Select. Read. Plast. Surg. – 1994

Tebbetts J.V. Open rhinoplasty: more than incisional approach. London: Little, Brown a. Co., 1993.- P.525-553

Хулоса

РИНОПЛАСТИКА ҲАНГОМИ ДЕФОРМАТСИЯИ ПОСТТРАВМАТИКИИ БИНИ

У.А. Қурбонов, А.А. Давлатов, М.С. Одинаева, С.М. Чанобилова

Дар мақола таҷрибаи шахсии муаллифон оиди табоботи ҷарроҳии беморони гирифтори деформатсияи посттравматикии бинӣ оварда шудааст.

Усулҳои иловагии таҳқиқи беморон пеш аз ҷарроҳӣ шарҳ дода шуда, тарзи анъанавии ринопластика ва коркардҳои шахсии муаллифон ҳангоми иҷрои марҳалаҳои гуногуни ин ҷарроҳӣ тасвир ёфтаанд.

Дар натиҷаи таҳлили ҳамачонибаи маводи сарирӣ ба хулоса омаданд, ки ҳангоми деформатсияи посттравматикии бинӣ гузаронидани томографияи компютерӣ яке аз усулҳои хатмии таҳқиқи иловагӣ ба ҳисоб меравад ва тарзи мусоидтарини рафъи чунин шаклдигаркуниҳо тармими кушодаи бинӣ мебошад.

Summary

RYNOPLASTICS UNDER POSTTRAUMATICAL DEFORMATION OF NOSE

U.A. Kurbanov, A.A. Davlatov, M.S. Odinaeva, S.M. Janobilova

In the article the experience of the authors on surgical treatment of the patients with posttraumatical deformation of nose was given. Additional methods of examination of the patients before the operation, traditional method of rynoplastics and by the authors working out methods at different operation stages were used. Close analysis of clinical material showed that computer tomography is one of necessarial additional method under posttraumatical deformation of nose, and open rynoplastics is the most optimal surgical method.



СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕРАПИИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ

К.М. Мухамадиева, К.П. Артыков, М.С. Саидов

Республиканский хозрасчётный научно-учебно-производственный центр
восстановительной хирургии;

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой и грудной хирургии

Актуальность. В настоящее время внутрирубцовое введение стероидов остаётся основой лечения келоидов. Первые упоминания об этой методике относятся к началу 70-х годов. Кортикостероиды уменьшают рубцеобразование путём уменьшения синтеза коллагена, глюкозаминогликанов, медиаторов воспаления и пролиферации фибробластов в процессе заживления раны (1,4). Уровень ответа на лечение варьирует от 50 до 100% с рецидивом от 9 до 50% после полного исчезновения келоида. По сравнению с оперативным методом, введение кортикостероидов является менее травматичным и не приводит к рецидивам, однако при длительно существующих рубцах и при их большой площади данный метод не всегда бывает эффективным и часто сопровождается развитием атрофии и телеангиэктазий, что является косметически неприемлемым результатом (3,6).

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности комбинированного способа

лечения келоидного рубца, включающего хирургическое иссечение и введение кортикостероидного препарата.

Материал и методы исследования. С учётом высокой частоты рецидивов появления келоидных рубцов после хирургического вмешательства, нами разработан способ комбинированного лечения келоидных рубцов, заключающийся в хирургическом иссечении келоидного рубца с сохранением краёв рубцовой ткани, в которые одновременно проводится введение кеналога из расчёта 40мг на 5кв. см (но не более 80мг на весь рубец). Суть предложенного способа состоит в том, что частичное сохранение узкого края келоидного рубца предотвращает травмирование здоровой кожи, а введение триамцинолона ацетата приводит к уменьшению синтеза коллагена, глюкозаминогликанов, медиаторов воспаления и пролиферации фибробластов в процессе заживления раны, что предотвращает развитие рецидивов келоидного рубца (Патент № ТЖ 97 от 29.10.07г).

Данный метод был применён 48 больным с келоидными рубцами, у которых не имелось противопоказаний для использования триамцинолона ацетата. Возраст больных составлял от 18 до 37 лет. Давность рубцов - от 3-х до 10 лет. Диаметр рубцов составлял 1,5см и выше. По локализации различали келоидные рубцы: передней поверхности грудной клетки – 11 случаев, спины – 9, наружной поверхности плеч - 7, мочек ушей – 7, позади ушных раковин - 5, ягодиц – 9 случаев. Хирургическое иссечение келоида проводилось с частичным сохранением его узкого края. Рана закрывалась путём наложения непрерывного интрадермального шва из нерассасывающегося шовного материала (пролена). На 14-й день после оперативного вмешательства пациентам вводили триамцинолона ацетат (кеналог 40) в сохранённые края келоидного рубца в дозе 40мг на 5кв. см, однако не более 80мг на весь рубец. Интервал между инъекциями составлял 4 недели. Количество инъекций не превышало 6. Группы сравнения составили 25 пациентов, к которым были применены только хирургические методы лечения и 30 больных, которые получили монотерапию в виде введения внутрь келоида кортикостероидных препаратов.

Таблица 1

Результаты лечения больных с келоидными рубцами через 3 месяца

Результат	Группы пациентов		
	Хирургический метод + внутрирубцовое введение кеналога	Хирургический метод	Внутрирубцовое введение кеналога (монотерапия)
отличный	25 (52,1%)	2 (8 %)	6 (20%)
хороший	16 (33,3%)	6 (36%)	9 (30%)
удовлетворительный	7 (14,6%)	5 (20%)	11 (36,7%)
неудовлетворительный	-	12 (48%)	4 (13,3)

Результаты и их обсуждение. Послеоперационные швы у пациентов основной группы снимались на 7-10 день. Нагноения послеоперационной раны не наблюдалось ни в одном случае. Полное рассасывание сохранившихся краёв рубцовой ткани наблюдалось в среднем после 4-й инъекции. У всех пациентов отмечалась хорошая переносимость препарата, побочных эффектов не наблюдалось. Следует отметить, что у 7-ми пациенток женского пола после 3-й инъекции триамцинолона наблюдалось нарушение менструальной функции. Этим пациентам препарат был отменён. У 9 пациентов с рубцами площадью больше 3-х кв.см. в области рубца образовались телеангиэктазии, у 5-ти - гиперпигментация. Этим пациентам дополнительно проводились химические пилинги.

Оценка эффективности лечения рубцов проводилась через 3, 6 и 12 месяцев после его окончания. У всех пациентов основной группы наблюдалась положительная динамика уже в течение первых 3-х месяцев. У 25 пациентов основной группы наблюдался отличный результат, когда на месте остатков келоидного рубца сформировался нормотрофический рубец; у 11 – хороший результат в виде уменьшения S площади келоидной ткани. Удовлетворительный

результат в виде незначительного уменьшения размеров келоида отмечался у 7 пациентов. Неудовлетворительных результатов не наблюдалось (табл.1).

Пациентам с отличным результатом в дальнейшем проводился химический пилинг с целью выравнивания рельефа и улучшения цвета кожи на месте рубцовой ткани. Остальным пациентам было продолжено внутрирубцовое введение кеналога-40 1 раз в месяц (табл.2).

Таблица 2

Результаты лечения больных с келоидными рубцами через 6 месяцев (P>0,05)

Результат	Группы пациентов		
	Хирургический метод + внутрирубцовое введение кеналога	Хирургический метод	Внутрирубцовое введение кеналога (монотерапия)
отличный	34 (70,8%)	2 (8 %)	8 (26,6%)
хороший	12 (25%)	6 (24%)	7 (23,4%)
удовлетворительный	2 (4,2%)	8 (36%)	11 (36,6%)
неудовлетворительный	-	8 (32%)	4 (13,4%)

P - достоверность различия результатов лечения через 3 и 6 месяцев

Из таблицы видно, что проведённые реабилитационные мероприятия позволили улучшить результаты лечения у пациентов основной группы. Несмотря на это, у пациентов второй и третьей групп процент удовлетворительных и неудовлетворительных результатов оставался высоким. Кроме того, в 4-х случаях в группе пациентов, получавших монотерапию кеналогом, отмечалось 4 рецидива. Наблюдение за пациентами всех групп проводилось в течение года. Данные об эффективности лечения приведены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты лечения больных с келоидными рубцами через 12 месяцев (P>0,05)

Результат	Группы пациентов		
	Хирургический метод + внутрирубцовое введение кеналога	Хирургический метод	Внутрирубцовое введение кеналога (монотерапия)
отличный	22 (88%)	1 (4%)	7 (23,4%)
хороший	3 (12%)	4 (16%)	7 (23,4%)
удовлетворительный	-	8 (32%)	14 (46,6%)
неудовлетворительный	-	12 (48%)	2 (6,6%)

P - достоверность различия результатов лечения через 6 и 12 месяцев

Из таблицы видно, что в результате применения комбинированного метода лечения с использованием хирургического иссечения и введения кеналога в частично сохранённые края раны, ни в одном случае не отмечалось рецидивов в течение 12 месяцев. В группе пациентов третьей группы, которым применялась монотерапия в виде внутрирубцового введения кеналога, отмечалась тенденция к рецидивированию келоида. Наименьшую эффективность дали результаты хирургического лечения во второй группе больных, среди которых, несмотря на проведённые послеоперационные реабилитационные мероприятия, в 12 случаях отмечались рецидивы.

Заключение. Таким образом, применение комбинированного метода лечения келоидных рубцов, включающего хирургическое иссечение и введение кеналога в частично сохранённые края келоида, является наиболее эффективным по сравнению с отдельным применением использованных методик. Оценка отдалённых результатов лечения показала, что через 12 месяцев после использования предложенного метода в 88% случаев отмечался отличный результат против 4% таких результатов после хирургического лечения и 23,3% - после монотерапии в виде внутрирубцового введения кеналога. Отсутствие рецидивов после

применения предложенного способа ещё раз подтверждает целесообразность его применения при лечении данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аникин Ю.В., Кикория Н.Г. Профилактика и лечение послеожоговых и послеоперационных рубцов//Анналы пластической, эстетической и реконструктивной хирургии, 2004, №4, С.35-36
2. Вялов С.Л., Пшениснов К.П., Куиндоз П., Монтандон Д., Питте Б. Современные представления о регуляции процесса заживления ран (обзор литературы).//Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии 1999, №1 С. 49-55
3. Козлов В.А., Мушковская С.С., Коновальская С.Б. Лечение келоидных рубцов/«Пластическая хирургия и эстетическая дерматология», Ярославль, 2003г, С. 94-95
4. Пржедецкий Ю.В., Позднякова В.В., Розенко Л.Я. Комплексный подход к лечению келоидных рубцов/«Пластическая хирургия и эстетическая дерматология», Ярославль, 2003г, С. 93-94
5. Alster T.S., West T.B. Treatment of scars: a review // Ann. Plast. Surg.-1997.- Vol. 39, N4 P. 418-432
6. Suetake T.; Sasai S.; Zhen Y.X.; Ohi T.; Tagami H.
Functional analyses of the stratum corneum in scars. Sequential studies after injury and comparison among keloids, hypertrophic scars, and atrophic scars
Arch Dermatol, Dec 1996; 132: 1453 - 1458

Хулоса

ТАКМИЛИ МУОЛАЧАИ СКАРҲОИ КЕЛОИДӢ

К.М. Мухамадиева, К.П. Ортиқов, М.С. Саидов

Дар мақола иттилоот оид ба усули муштараки илочи скарҳои келоидӣ бо истифодабарии буриши ҷарроҳӣ ва тазриқи дохилискарӣ доруи «Кеналог» оварда шудааст. Баҳодихии натиҷаҳои дуртарин нишон дод, ки баъди 12 моҳи истифодабарии усули пешниҳодшуда дар 88%-и мавридҳо натоиҷи аъло, дар муқобили 4%-и баъди танҳо амали ҷарроҳӣ ва 23,3%-и пас аз табобат бо як дору (монотерапия) ба даст оварда шудааст.

Summary

THE IMPROVEMENT OF THERAPY OF KELOIDS

K.M. Mukhamadieva, K.P. Artykov, M.S. Saidov

In the article the information about the application of new complex method under treatment of keloids with the use of surgical excision and intracarticale introduction of kenalog was represented. The estimation of remout results of treatment showed that other 12 months after the use of introduced method in 88% excellent results against 4% of such results after surgical therapy and 23,3% after the monotherapy as intracarticale introduction of kenalog was registered.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННОГО ГЕМОРОЯ

Д.К. Мухаббатов, К.М. Курбонов, Ф.Х. Нозимов

Кафедра хирургических болезней № 1

Введение. В колопроктологии оперативные вмешательства при осложнённом геморое остаются одними из наиболее часто выполняемых [2]. Актуальность проблемы лечения осложнённого гемороя обусловлена широким распространением заболевания с преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста (3-10% мужского трудоспособного населения), довольно высока вероятность рецидивов заболевания и их осложнений. При неосложнённом геморое современные консервативные методы лечения показали свою состоятельность [4].

применения предложенного способа ещё раз подтверждает целесообразность его применения при лечении данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аникин Ю.В., Кикория Н.Г. Профилактика и лечение послеожоговых и послеоперационных рубцов//Анналы пластической, эстетической и реконструктивной хирургии, 2004, №4, С.35-36

2. Вялов С.Л., Пшениснов К.П., Куиндоз П., Монтандон Д., Питте Б. Современные представления о регуляции процесса заживления ран (обзор литературы).//Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии 1999, №1 С. 49-55

3. Козлов В.А., Мушковская С.С., Коновальская С.Б. Лечение келоидных рубцов/«Пластическая хирургия и эстетическая дерматология», Ярославль, 2003г, С. 94-95

4. Пржедецкий Ю.В., Позднякова В.В., Розенко Л.Я. Комплексный подход к лечению келоидных рубцов/«Пластическая хирургия и эстетическая дерматология», Ярославль, 2003г, С. 93-94

5. Alster T.S., West T.B. Treatment of scars: a review // Ann. Plast. Surg.-1997.- Vol. 39, N4 P. 418-432

6. Suetake T.; Sasai S.; Zhen Y.X.; Ohi T.; Tagami H.

Functional analyses of the stratum corneum in scars. Sequential studies after injury and comparison among keloids, hypertrophic scars, and atrophic scars

Arch Dermatol, Dec 1996; 132: 1453 - 1458

Хулоса

ТАКМИЛИ МУОЛАЧАИ СКАРҲОИ КЕЛОИДӢ

К.М. Мухаммадиева, К.П. Ортиқов, М.С. Саидов

Дар мақола иттилоот оид ба усули муштараки илочи скарҳои келоидӣ бо истифодабарии буриши ҷарроҳӣ ва тазриқи дохилискарӣ доруи «Кеналог» оварда шудааст. Баҳодихии натиҷаҳои дуртарин нишон дод, ки баъди 12 моҳи истифодабарии усули пешниҳодшуда дар 88%-и мавридҳо натоиҷи аъло, дар муқобили 4%-и баъди танҳо амали ҷарроҳӣ ва 23,3%-и пас аз табобат бо як дору (монотерапия) ба даст оварда шудааст.

Summary

THE IMPROVEMENT OF THERAPY OF KELOIDS

K.M. Mukhamadieva, K.P. Artykov, M.S. Saidov

In the article the information about the application of new complex method under treatment of keloids with the use of surgical excision and intracarticale introduction of kenalog was represented. The estimation of remout results of treatment showed that other 12 months after the use of introduced method in 88% excellent results against 4% of such results after surgical therapy and 23,3% after the monotherapy as intracarticale introduction of kenalog was registered.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННОГО ГЕМОРОЯ

Д.К. Мухаббатов, К.М. Курбонов, Ф.Х. Нозимов

Кафедра хирургических болезней № 1

Введение. В колопроктологии оперативные вмешательства при осложнённом геморое остаются одними из наиболее часто выполняемых [2]. Актуальность проблемы лечения осложнённого гемороя обусловлена широким распространением заболевания с преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста (3-10% мужского трудоспособного населения), довольно высока вероятность рецидивов заболевания и их осложнений. При неосложнённом геморое современные консервативные методы лечения показали свою состоятельность [4].

В настоящее время в хирургическом лечении осложнённого гемороя основополагающим принципом является иссечение геморoidalных узлов, расположенных в 3,7,11 часах, и несмотря на большое количество модификаций геморойдэктомии, вышеуказанные принципы остаются неизменными[1].

Общепризнанные недостатки открытых способов геморойдэктомии – осложнения интраоперационные (кровотечение, повреждение сфинктера), непосредственные (нагноение послеоперационной раны) и отдалённые (свищи, сужения ануса, недостаточность анального жома, трещины и т.д.), которые ведут к потере трудоспособности, и длительной реабилитации, и требуют поиска новых альтернативных методов геморойдэктомии.

В последние десятилетия широкую популярность в хирургии гемороя и его осложнений получила методика закрытой геморойдэктомии, при которой частота ранних послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений значительно меньше по сравнению с открытыми методами [5]. Немаловажное значение имеет выполнение подслизистой геморойдэктомии по типу пластической операции [7]. Данная методика позволяет без деформации полностью восстановить слизистую оболочку анального канала и укрыть культю геморoidalного узла. Однако, эта операция сопровождается значительной кровоточивостью тканей и нередко требует применения дорогостоящей аппаратуры.

Также всё большее распространение в хирургии гемороя получают малотравматичные щадящие хирургические вмешательства с использованием новейших технологий[6].

Но несмотря на это, до настоящего времени вопросы хирургического лечения гемороя и его осложнений не решены до конца и требуют глубокого и всестороннего анализа.

Цель исследования – улучшение непосредственных и отдалённых результатов хирургического лечения осложнённого гемороя, путём разработки современной лечебной тактики.

Материалы и методы исследования. За период 2002-2008гг. нами накоплен опыт комплексной диагностики и хирургического лечения гемороя и его осложнений у 860 больных. При этом мужчин было 560 человек (65,1%), женщин -300 (34,9%). У - 718 (83,5%) больных имел место хронический геморой, у 142 (16,5%) –острый.

Для диагностики гемороя и его осложнений, а также выбора хирургической тактики и адекватного способа оперативного вмешательства в клинике использована усовершенствованная клинко-морфологическая классификация заболевания (табл. 1).

Для диагностики гемороя и его осложнений больным проводили клинко-лабораторные и биохимические методы исследования, а также инструментальные, включающие в себя аноскопию, ректороманоскопию и УЗИ с доплерографией.

Результаты и их обсуждение. Из 142 больных с острым гемороем у 82 (57,8%) имел место острый тромбоз геморoidalных узлов, а у 60 (42,2%) пациентов - острое геморoidalное кровотечение различной степени тяжести.

При остром тромбозе геморoidalных узлов I-II степени 34 пациентам (24%) выполнили неотложную геморойдэктомию по методике А.М. Коплатадзе [3].

В послеоперационном периоде гнойно-воспалительные осложнения наблюдались у 8 пациентов (5,6%). У 48 пациентов с острым тромбозом геморoidalных узлов III-IV степени лечение начали с консервативных методов. Эффективно использовали микроионизированный флавоноид – детралекс, а для местного лечения такие препараты как постеризан, релиф адвенс и амбенат. После стихания воспалительного процесса и лизиса тромбов 32 больных были оперированы в плановом порядке, а 16 пациентов отказались от оперативного вмешательства.

Таблица 1

Клинико-морфологическая классификация гемороя

По локализации узлов	Стадии заболевания	Клинические формы заболевания			Осложнения
		Острый геморoidalный тромбоз	Острые геморoidalные кровотечения	Хронический геморой	
Внутренний геморой	1-я стадия	Умеренно увеличенные, болезненные, тромбированные, геморoidalные узлы без признаков воспаления, имеется чёткая дифференциация узлов, перианальный отёк отсутствует. Изменения слизистой оболочки ДОПК ограничены (локальное) в пределах узла.	Бледность кожных покровов, аррозирование одного геморoidalного узла. Нв-90-100мг% Э-3,8млн, ОЦК 800мл - 10 %, P-90-80ударов в 1мин, А/Д - нормальное	Выделение алой крови, без выпадения геморoidalных узлов. Мышечно-связочный аппарат (каркас) прямой кишки в стадии компенсации	Анемия Анальный зуд Трещина анального канала Хронический
	2-я стадия	Увеличенные в размерах, плотные, резко болезненные, тромбированные геморoidalные узлы, красновато-багрового или синюшного цвета с перианальным отёком. Изменения слизистой оболочки ДОПК не ограничены и переходят в перигеморoidalную зону.	Бледность кожных покровов, наличие 2-х аррозированных геморoidalных узлов. Нв-80-90мг%, Э-2,6-3,2млн., ОЦК 1000мл - 15%, P-110-100ударов в 1мин, А/Д -90/60мм.рт.ст.	Выпадение геморoidalных узлов с самостоятельным их вправлением в анальный канал. Мышечно-связочный аппарат (каркас) прямой кишки в стадии субкомпенсации	
Наружный геморой	3-я стадия	Значительно увеличенные, резко болезненные, недифференцированные геморoidalные узлы, с выраженным перианальным отёком и воспалением. Изменения слизистой оболочки ДОПК имеют распространённый характер, местами в подслизистой слой.	Бледность кожных покровов и склеры, наличие 3-х аррозированных геморoidalных узлов. Нв-70-80мг%, Э-2,0млн., ОЦК 1200мл - 18 %, P-120-130ударов в 1мин, А/Д -80/60мм.рт.ст.	Периодические выпадения геморoidalных узлов из анального канала с их ручным вправлением. Мышечно-связочный аппарат (каркас) прямой кишки в стадии декомпенсации А. Функциональная несостоятельность внутреннего сфинктера.	парапроктит НАС Сужения ануса
	4-я стадия	Значительно увеличенные, резко болезненные, тромбированные, недифференцированные геморoidalные узлы, с выраженным отёком перианальной области, некрозом и нагноения. Изменения охватывает все слои ДОПК с переходом в анальные сфинктеры.	Бледность кожных покровов и склеры, наличие 3-х аррозированных геморoidalных узлов. Нв-70-80мг%, Э-2,0млн., ОЦК1500мл-25%, P-120-130ударов в 1мин, А\Д -80\60мм.рт.ст.	Постоянные выпадения геморoidalных узлов вместе со слизистой прямой кишки. Невозможность их вправления в анальный канал ручным способом. Мышечно-связочный аппарат (каркас) прямой кишки в стадии декомпенсации Б. Функциональная несостоятельность внутреннего и наружного сфинктеров прямой кишки.	
Комбинированный геморой					

Острое геморoidalное кровотечение является одним из частых проявлений этого заболевания. У 22 пациентов (15,5%) непрекращающееся в течение 3-4 часов кровотечение I-II степени являлось показанием к неотложной геморойдэктомии, которую во всех случаях

выполняли закрытым способом. Лишь у 3 больных наблюдались гнойно-воспалительные осложнения раны. Для ликвидации острого геморроидального кровотечения I-II степени 32 больным (22,5%) эффективно использовали свечи, содержащие адреналин, и различные местные гемостатические материалы в виде пластинчатой губки, такие как адроксон спонгастон. В 6 случаях для остановки острого геморроидального кровотечения эффективными оказались пластины Тахо-Комба; эти больные после достижения адекватного гемостаза были оперированы в плановом порядке.

При хроническом геморрое больным выполняли самые различные варианты оперативных вмешательств (см. табл. 2).

Выбор метода хирургического лечения геморроя прежде всего зависит от стадии и выраженности симптоматики.

При хроническом геморрое наиболее часто выполняли закрытую методику геморроидэктомии в различных её модификациях. При хроническом геморрое III-IV степени 382 из 508 больных выполняли закрытую геморроидэктомию с удалением трёх основных коллекторов кавернозной ткани с восстановлением слизистой оболочки анального канала.

Таблица 2

Характер проводимых оперативных вмешательств при геморрое и его осложнениях

Характер оперативных вмешательств	Характер заболевания		Хронический геморрой	Всего	
	Острый геморрой			Абс.	в %
	Неотложные операции	Плановые операции			
Открытая геморроидэктомия	10	14	103	117	14,0
Закрытая геморроидэктомия	29	39	508	576	69,1
Подслизистая геморроидэктомия	17	17	107	141	16,9
Всего:	56	70	718	834	100

В 126 случаях больным выполняли геморроидэктомию с восстановлением слизистой и коррекцию мышечно-связочного аппарата прямой кишки. В послеоперационном периоде гнойно-воспалительные осложнения наблюдались у 31 (6,1%) больных, болевой синдром имел место у 67(13,2%), рефлексорная задержка мочи - у 39(7,6%) и кровотечение из раны анального канала - у 13 (2,5%) больных.

Открытую методику геморроидэктомии выполняли 103 больным (14,3%) с геморроем II-III степени в сочетании с хронической анальной трещиной и свищем прямой кишки. Следует отметить, что 57 больным (7,9%) операцию дополнили вынужденной подкожной сфинктеротомией при наличии у больных анальной трещины (37) и хронического парапроктита (20). Послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения наблюдались у 8 больных (7,9%), у 9% больных имела место рефлексорная задержка мочи, у 6% пациентов - кровотечение из раны анального канала и у 14% больных послеоперационные боли носили тупой характер.

При внутренних геморроидальных узлах II-III степени 107 больным (14,9%) выполняли подслизистую геморроидэктомию по A.Parks. После подслизистой геморроидэктомии гнойно-воспалительные осложнения имело место у 5 % пациентов, у 4%– наблюдалось кровотечение из подслизистого слоя анального канала, у 3 %больных - рефлекторная задержка мочи.

Динамическое изучение процесса заживления раны после различных вариантов геморроидэктомии показало, что средняя длительность эпителизации ран после закрытой геморроидэктомии составила $13,6 \pm 0,3$ дня, а после подслизистой - $12,8 \pm 0,5$ дня ($P < 0,05$). Срок полной эпителизации после операции по открытой методике был почти в 2,5 раза больше по сравнению с предыдущими группами и составил в среднем $29.7 \pm 1,5$ дней ($P < 0,01$).

Таким образом, дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения гемороя в зависимости от выраженности клинической семиотики, стадии заболевания, сопутствующих заболеваний анального канала и морфофункциональных изменений в дистальном отделе прямой кишки, позволяет в значительной степени улучшить результаты лечения этого контингента больных.

Выводы

1. При хроническом геморое III-IV степени без сопутствующих заболеваний анального канала, операцией выбора является закрытая геморроидэктомия, а при недостаточности мышечно-связочного аппарата прямой кишки необходимо проводить коррекцию выявленных нарушений.

2. При хроническом геморое II и III степени, сочетающимся с анальной трещиной, а также при наличии острого тромбоза геморроидальных узлов I-II степени целесообразно выполнение подслизистой геморроидэктомии

3. Открытую геморроидэктомию целесообразно выполнять при геморое III-IV степени, сочетающимся с анальной трещиной и хроническим парапроктитом.

Литература

1. Благодарный Л.А. Клинико-патогенетическое обоснование выбора способа лечения гемороя. Автореф. докт. дисс. М., 1999

2. Воробьёв Г.И. Основы колопроктологии. МИА, Москва, 2006

3. Коплатадзе А.М., Бондарев Ю.А., Камалов М.А. Показания и сроки проведения геморроидэктомии у больных с острым тромбозом геморроидальных узлов. Хирургия. 1989, №2, С.148-152

4. Простаков Е.А., Беденко В.Е., Крючко А.А. Комплексный подход к лечению острого гемороя. Сборник статей «Проблемы колопроктологии», №19», 2006, С.197-201

5. Фёдоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М, Медицина, 1984

6. Longo A. Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure. 6 th World Congress of Endoscopic Surgery, Rome, 1998, - p. 777-784

7. Sohn N, Aronoff J.S, Cohen F.S., Weinstein M.A. Transanal hemorrhoidal dearterialization is an alternative to operative hemorrhoidectomy. Am. J. Surg.-2001.-182.-515-519

Хулоса

ЧАНБАҲОИ МУОСИРИ МУОЛАЦАИ ЧАРРОҲИИ БАВОСИРИ ОРИЗШУДА

Д.К. Муҳаббатов, К.М. Курбонов, Ф.Х. Нозимов

Ташхиси маҷмӯӣ ва илочи чарроҳии 860 нафар беморони гирифтори бавосир ва оризаҳои он гузаронидашуда нишон дод, ки на танҳо марҳала ва оқибатҳои нохуши беморӣ, мавҷудияти бемориҳои ҳамрадиф дар маҷрои маҷбад муайян карда шаванд, балки тағйироти сохтору вазоифии қисми ниҳоии рӯдаи ростро низ, бояд муайян намуд.

Таснифи таҳияи сарирӣ ва сохторшиносии (морфологии) мукаммали бавосир барои муносибати дифференсиалӣ ва интиҳоби усули амалиёти чарроҳӣ вобаста аз ихтилолоти муайяншуда, ба беҳтар шудани натоиҷи муолаҷаи чарроҳӣ ва барқарорсозии ин беморон мусоидат менамояд.

Summary

CONTEMPORARY ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED HAEMORRHOIDS

D.K. Muhabbatov, K.M. Kurbonov, F.H. Nozimov

Complex diagnostics and surgical treatment of 600 patients with haemorrhoids and its complications show that it is necessary to put not only stages and concomitant diseases of anal channel, but also morphological clinical alterations at distal part of rectum. Working out classification of haemorrhoids has role for differential approach to choice of operation method in dependence from observed infractions that allows to improve results of surgical treatment and rehabilitation of the patients.



СТРУКТУРА КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

А.Р. Достиев, Д.М. Курбанов, А.Х. Файзуллаев,

Б.Ш. Джумабоев, Д.А. Мусоев

Кафедра общей хирургии № 1

Актуальность. Анализ контингента госпитализированных больных с патологиями толстой кишки позволяет спланировать и организовать стационарную проктологическую медицинскую помощь населению, следить за динамикой патологии, а также в определённой степени даёт представление о распространённости заболеваний, требующих обязательной госпитализации (3,4). Однако данные разных авторов различаются между собой, так как на состав госпитализированных больных влияют многие факторы, в том числе, уровень специализации отделений (1-3,5).

Цель исследования. Определить частоту и особенности проявления полипов толстой кишки у пациентов проктологического лечебного учреждения.

Материалы и методы исследования. Для уточнения ряда организационно-тактических задач, позволяющих обеспечить оптимальный режим специализированной помощи, нами был изучен контингент госпитализированных пациентов с болезнями колопроктологического профиля по материалам Городской клинической больницы №5 г. Душанбе. Особенностью настоящего исследования явилось комплексное изучение документации с целью выяснения структуры госпитализированной заболеваемости.

Хулоса

ЧАНБАҲОИ МУОСИРИ МУОЛАЦАИ ЧАРРОҲИИ БАВОСИРИ ОРИЗШУДА

Д.К. Муҳаббатов, К.М. Курбонов, Ф.Х. Нозимов

Ташхиси маҷмӯӣ ва илочи чарроҳии 860 нафар беморони гирифтори бавосир ва оризаҳои он гузаронидашуда нишон дод, ки на танҳо марҳала ва оқибатҳои нохуши беморӣ, мавҷудияти бемориҳои ҳамрадиф дар маҷрои маҷбад муайян карда шаванд, балки тағйироти сохтору вазоифии қисми ниҳоии рӯдаи ростро низ, бояд муайян намуд.

Таснифи таҳияи сарирӣ ва сохторшиносии (морфологии) мукаммали бавосир барои муносибати дифференсиалӣ ва интиҳоби усули амалиёти чарроҳӣ вобаста аз ихтилолоти муайяншуда, ба беҳтар шудани натоиҷи муолаҷаи чарроҳӣ ва барқарорсозии ин беморон мусоидат менамояд.

Summary

CONTEMPORARY ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED HAEMORRHOIDS

D.K. Muhabbatov, K.M. Kurbonov, F.H. Nozimov

Complex diagnostics and surgical treatment of 600 patients with haemorrhoids and its complications show that it is necessary to put not only stages and concomitant diseases of anal channel, but also morphological clinical alterations at distal part of rectum. Working out classification of haemorrhoids has role for differential approach to choice of operation method in dependence from observed infractions that allows to improve results of surgical treatment and rehabilitation of the patients.



СТРУКТУРА КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

А.Р. Достиев, Д.М. Курбанов, А.Х. Файзуллаев,

Б.Ш. Джумабоев, Д.А. Мусоев

Кафедра общей хирургии № 1

Актуальность. Анализ контингента госпитализированных больных с патологиями толстой кишки позволяет спланировать и организовать стационарную проктологическую медицинскую помощь населению, следить за динамикой патологии, а также в определённой степени даёт представление о распространённости заболеваний, требующих обязательной госпитализации (3,4). Однако данные разных авторов различаются между собой, так как на состав госпитализированных больных влияют многие факторы, в том числе, уровень специализации отделений (1-3,5).

Цель исследования. Определить частоту и особенности проявления полипов толстой кишки у пациентов проктологического лечебного учреждения.

Материалы и методы исследования. Для уточнения ряда организационно-тактических задач, позволяющих обеспечить оптимальный режим специализированной помощи, нами был изучен контингент госпитализированных пациентов с болезнями колопроктологического профиля по материалам Городской клинической больницы №5 г. Душанбе. Особенностью настоящего исследования явилось комплексное изучение документации с целью выяснения структуры госпитализированной заболеваемости.

Результаты и их обсуждение. Проведённые нами исследования подтвердили значительную разницу проктологических заболеваний у населения г. Душанбе по возрастным группам (таблица 1).

Результаты анализа выявили, что по возрастно-половому признаку наибольшее количество полипоносителей отмечается у контингента больных от 40 до 60 лет (41,83%). Соотношение пациентов - мужчин и женщин составляет 2,25 : 1,0.

Таблица 1

Госпитализированные пациенты с болезнями проктологического профиля среди населения г. Душанбе

Болезни	Возрастные группы						Всего
	15-19 лет	20-29 лет	30-31 лет	40-41 лет	50-59 лет	> 60 лет	
Колиты	0,1	0,25	0,2	0,25	0,2	0,25	0,2
Геморрой	0,25	0,4	0,6	1,02	0,75	0,55	0,5
Полипы толстой кишки	0,05	0,02	0,02	0,02	0,04	0,04	0,03
Парапроктиты	0,2	0,7	1,05	1,15	0,8	0,4	0,7
Анальная трещина	0,1	0,07	0,4	0,12	0,04	0,1	0,06
Эпителиальный копчиковый ход	0,2	0,45	0,017	0,05	0,015	0,04	0,14

*по среднегодовым данным на 1 000 населения соответствующей группы

Интересные результаты были получены при распределении больных, госпитализированных в колопроктологическое отделение с полипами толстой кишки, на три группы в зависимости от места проживания в разных климато-географических регионах (таблица 2):

- I группа - больные из долинных местностей (город Душанбе и его пригороды-районы Рудаки и Гиссар)
- II группа - больные из среднегорных районов (районы Рашта и Айни, города Нурек и Хорог)
- III группа – больные из высокогорных населённых зон (Зидды, Мургаб)

Как видно из приведённых данных подавляющее количество больных с полипами толстой кишки поступило в больницу из долинных регионов страны - 91,83%, среднегорья - 4,87% и из высокогорных районах - 3,39%. Из них наибольшая часть приходится на городское население (68,16%). В данном анализе присутствуют некоторые диагностические недоучёты действительного полипоносительства.

Частота полипоносительства согласно полученным результатам составляет в г. Душанбе и его пригородах (долина) в среднем 74,62 на 100 000 населения, в районах среднегорья эта цифра равна 35,45, в высокогорных районах - 51,45.

Таблица 2

Распределение госпитализированных пациентов с полипами толстой кишки по климато-географическим регионам

Регионы	Всего диагностировано (человек)	Средне-годовая численность населения (тыс.чел.)	Распространённость на 100 000 человек	В %
Долина				
г. Душанбе	422	510,0	82,55	68,16
р-н Рудаки	84	186,4	44,55	13,57
р-н Гиссар	62	140,0	44,25	10,1
Всего:	568	836,4	74,62	91,83
Среднегорье				
Средняя зона (Рашт и Айни)	22	18,0	46,25	3,39
г. Нурек	7	-	21,7	1,29
г. Хорог	1	-	5,65	0,19
Всего:	30	-	35,45	4,87
Высокогорье				
Зидди	13	15,5	51,45	2,1
Мургаб	8	-	-	1,29
Всего	21	-	-	3,39

В структуре проктологической патологии удельный вес полипов толстой кишки составляет 4,35%. По сравнению с колитами и парапроктитом, существенная часть полипоносительства протекает бессимптомно, и само заболевание требует активного выявления.

Анализ данных о сочетании заболеваний проктологического и гастроэнтерологического профиля позволяет сделать вывод, что 28,2% больных - полипоносителей были выявлены именно после обследований по поводу заболеваний верхнего отдела системы пищеварения. Так, у больных, обследованных по поводу заболеваний гастроэнтерологического профиля (желчекаменная болезнь, хронические холециститы, панкреатиты, гастриты, полипы желудка), всего у 55 (8,8%) были найдены одиночные или множественные полипы. У 20 больных, оперированных по поводу рака толстой кишки, также были найдены полипы толстой кишки, верифицированные гистологическим исследованием. Из числа

проктологических больных полипы толстой кишки были выявлены у 120 (19,38%) полипозителем.

Выводы

1. В структуре проктологической патологии заболеваемость полипами толстой кишки составляет в среднем 3 на 100 000 населения. Отмечается высокий показатель полипозителем у лиц старше 40 лет.

2. Согласно результатам изучения структуры госпитализированных пациентов с полипами толстой кишки чаще страдают жители долинных регионов. Однако следует иметь в виду, что городская больница более доступна жителям города и этот показатель требует соответствующую коррекцию при планировании оказания специализированной помощи населению.

3. Фактически у 1/3 больных полипы толстой кишки сочетаются с другими заболеваниями колопроктологического и гастроэнтерологического профиля, что требует включения колоноскопии в комплекс необходимых обследований всех больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блохина Н.Н. Клиническая онкология. // М., «Медицина», 1982
2. Воробьёв Г.И. Основы колопроктологии. // Ростов-на-Дону, «Феникс», 2001
3. Джумабоев Б.Ш. Ранняя диагностика и лечение полипов толстой кишки. // Автореф. канд. дисс. – Душанбе, 1999. – С.24
4. Фёдоров В.Д. и соавт. Диффузный полипоз толстой кишки. // М., «Медицина», 1985
5. Фёдоров В.Д. и соавт. Клиническая оперативная колопроктология. // М., «Медицина», 1994

Хулоса

ТАРКИБИ ҲАЙАТИ БЕМОРОНИ МУБТАЛОИ ПОЛИПИ РӮДАИ ҒАФС , КИ БА БЕМОРИСТОН БИСТАРӢ ШУДААНД

А.Р. Достиев, Д.М. Курбанов, А.Х. Файзуллоев, Б.Ш. Цумъабоев, Д.А. Мӯсоев

Дар мақола таҳлили беморшавии проктологӣ ва таркиби он дар байни беморони бистаришуда оварда шудааст. Муайян карда шудааст, ки гирифтории салила (полип) дар байни аҳоли 0,03 ба ҳар 1000 нафарро ташкил дода, бештари онҳо мардон аз 40 сола боло мебошанд. Аз 1/3 ҳиссаи беморон ҳамзамон мубталои дигар бемориҳои маҷрои ҳозима буданд.

Summary

THE STRUCTURE OF THE PATIENTS HOSPITALIZED WITH POLIPS OF LARGE INTESTINE

**A.R. Dostiev, D.M. Kurbanov, A.H. Faizullaev,
B.Sh. Jumaboev, D.A. Musoev**

In the article the structure of the patients hospitalized with proctological pathology was analyzed. It was observed that polip carriers at the population was 0,03 on 1000, and the men older than 40 years suffer more often. One third of the patients had attendant diseases of upper parts of alimentary tract.

РЕПРОДУКТИВНАЯ СИСТЕМА ДЕВУШЕК, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА

Ф.М. Абдурахманова, З.Х. Рофиева

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Актуальность. Комплексное воздействие разнообразных внешних травмирующих факторов на организм женщин могут в значительной мере повлиять на их репродуктивную функцию и на здоровье потомства (1-3). В современной литературе имеются единичные сообщения, посвященные данному вопросу, в которых содержатся крайне скудные и порой противоречивые данные о влиянии экстремальных психотравмирующих ситуаций на репродуктивное здоровье и специфические функции женского организма. Это даёт основание для более детального изучения этой актуальной медикосоциальной проблемы.

Целью исследования явилось изучение влияния психоэмоционального стресса на процессы становления регуляции репродуктивной системы женского организма.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами обследовано 260 девочек и девушек в возрасте от 10 до 17 лет, которые подверглись воздействию психоэмоционального стресса (нахождение в зоне вооруженного конфликта, развод родителей, смерть близких). В качестве группы сравнения обследованы 100 девочек и девушек, проживавших в благоприятных психоэмоциональных условиях.

При обследовании оценивали: физическое и половое развитие; функциональное состояние репродуктивной системы - стадии полового развития по Tanner J. Оценивали некоторые параметры иммунологической системы, перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы, данные ультразвукового исследования (УЗИ) гениталий, молочных желёз, гормональный статус.

Результаты и их обсуждение. У девочек и подростков, подвергшихся воздействию стресса, достоверно чаще встречаются такие патологии, как анемия (42,7%), заболевания почек (32,9%) и хронический тонзиллит (41,3%); инфекционный индекс в основной группе в два раза превышает таковой в группе сравнения.

Возрастные изменения длины тела (прирост роста) в основной группе девушек характеризуются отставанием на стадиях P1 и P2 пубертатного развития, в то время как на стадиях P2 и P3 отмечается скачок роста, но величина его также ниже по сравнению с жителями города. Затем, на следующих стадиях отмечается снижение прироста длины тела в большей степени среди девушек основной группы, что отражается на конечном росте. В возрасте 17 лет дети из основной группы опережают в росте своих городских сверстниц. Но в дальнейшем это опережение исчезает, и уже с 14-летнего возраста девушки группы сравнения опережают своих сверстниц, при наличии у матерей психоэмоционального стресса. Разница в росте достоверный характер ($p < 0,05$). При вычислении перцентильных показателей отмечено, что только 53,3% детей основной группы находились в оптимальной зоне значений роста, 31,1% - в допустимой, а 15,6% - имели отклонения от нормальных процессов роста.

У большинства обследованных стабилизация массы тела начиналась почти одновременно со скачком роста и предшествовала возрасту менархе, что совпадает с данными других исследователей. Необходимо отметить, что у детей основной группы вес стабилизировался на более низком уровне по сравнению с группой сравнения. Анализ перцентильных показателей массы указывает на то, что процент отклонений от нормальных показателей у детей основной группы колеблется от 10,1 до 14,8 с преобладанием дефицита массы, в группе 2 процент отклонений составил 4,7 и преобладал избыток веса.

Средние значения веса тела на стадии P5 составили в основной группе $46,9 \pm 1,2$ кг, в группе

сравнения $-53,8 \pm 1,5$ кг. При этом, распределение перцентильных показателей массы тела в основной группе было следующим: оптимальная зона – 53,3 %, допустимая зона – 31,1%, отклонения – 15,6 %, что значительно отличалось от группы сравнения. Нам необходимо, что возраст массы тела, необходимой для наступления менархе (44-48 кг), был в среднем $13,6 \pm 0,6$ лет, при интервале - 12,7-15,2 лет. Значение ростового скачка на стадиях P2 – P3 составило $11,8 \pm 0,5$ см, в группе сравнения - $14,6 \pm 0,6$ см ($p < 0,05$).

Наращение поперечных размеров таза в группах шло неравномерно и завершалось к 17-18 годам. Замедление процессов роста поперечных размеров таза отмечено у 24%. Костный возраст в большинстве случаев в обеих группах соответствовал календарному ($86,1 \pm 3,5\%$ и $92,6 \pm 5,6\%$, соответственно), анализ рентгенологического исследования свода черепа не выявил изменений у большинства детей, только в 4-х случаях выявлены небольшие размеры турецкого седла.

Анализ появления вторичных половых признаков показал, что в большинстве случаев начало пубертатного развития проявлялось развитием молочных желёз до стадии Ma1, в то же время у 27,3% детей основной группы половое созревание начиналось с появления полового оволосения, а затем начиналось развитие молочных желёз. Подобное начало периода полового созревания среди городских жительниц отмечено в 4,4% случаев.

На стадии P4 пубертатного развития у обследованных девушек молочные железы были развиты до степени Ma3. Лобковое оволосение у всех девушек основной группы было развито до степени P3. Аксилярное оволосение у большинства обследованных соответствовало Ax2. На этой стадии пубертатного развития у 34% подростков основной группы наступило менархе, среди городских жительниц этот показатель составил 70%.

На стадии P5 у большинства обследованных группы сравнения (69,8%) менструальный цикл был овуляторным, что подтверждалось подъёмом базальной температуры. Среди детей основной группы овуляторный менструальный цикл отмечен только в 38,3-42,8% случаев.

Нарушения менструального цикла длительностью более 6 и 12 месяцев от момента появления менахе у обследованных основной группы отмечены чаще по сравнению с обследованными группой сравнения. При осмотре пациенток основной группы гипертрихоз отмечен у 25% обследованных уже на препубертатной стадии развития, а на стадиях P4 - P5 гирсутизм выявлен у 13,2%. В группе сравнения гипертрихоз на препубертатной стадии обнаружен у 12,1% обследованных, а гирсутизм на стадиях P4 - P5 - у 7,5%. В основной группе в два раза чаще выявляли гипоплазию малых половых губ, гипертрофию клитора.

Секреция фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и лютеинизирующего гормона (ЛГ) у девочек основной группы была выше по сравнению с группой сравнения, это даёт основание предположить, что запуск системы гипоталамус—яичники—надпочечники происходит у этих подростков раньше, чем в основной группе девушек. Это предположение подтверждается также более высоким уровнем тестостерона в крови, экскреции 17 кетостероидов (17-КС) в стадии P1 пубертатного развития и коррелирует с более ранними признаками адренархе. Анализ секреции ЛГ показал, что имеется тенденция к его повышению на завершающих стадиях пубертатного развития.

Секреция эстрадиола достоверно снижена на стадиях P4-P5 у детей основной группы. Уровень прогестерона в крови обеих групп почти не отличается. Гормональные исследования свидетельствуют о нарушениях в течение становления гормональной регуляции репродуктивной системы, при этом имеются данные, указывающие на наличие гиперандрогении у детей основной группы.

Результаты исследования ферментативной активности лимфоцитов периферической крови

свидетельствуют о динамике изменения концентрации дегидрогеназ в обеих группах в зависимости от стадии пубертата. В то же время уровни СДГ и альфа-ГФДГ лимфоцитов периферической крови у девочек и девушек, подвергшихся воздействию психоэмоционального стресса, достоверно ниже. Анализ показателей иммунного статуса показал проявления аллергизации и иммунодепрессии у обследованных детей основной группы.

Таким образом, физическое развитие девочек и девушек при воздействии психоэмоционального стресса характеризуется высокой частотой задержки прироста длины и массы тела (27,5% и 14,8%, соответственно), формирования костной ткани (10,5%) на фоне анемизации (37%), аллергизации организма (46,6%), хронических заболеваний (46,6%), что в конечном итоге определяет задержку сроков и темпов появления исторических половых признаков и наступления менархе.

Становление регуляции менструального цикла у девушек, подвергшихся воздействию психоэмоционального стресса, сопровождается высокой частотой задержки сроков наступления менархе (32,8%), нарушений менструальной функции на завершающих стадиях полового развития (43,5%), при этом частота проявлений гиперандрогении на стадии P5 составляет 13,2 - 20,6%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем.-М. Медицина.-1975
2. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. / Под ред. А. М. Вейна. - М.: МИА. - 1998
3. Levin J. S., De Frank R. S. Maternal stress and Pregnancy outcomes. A Review of the Psychosocial Literature. // J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. - 1988. - V.9.- № 1

Хулоса

СИСТЕМАИ РЕПРОДУКТИВИИ ДУХТАРОНЕ, КИ ЗЕРИ ТАЪСИРИ СТРЕССИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛӢ ҚАРОР ДОШТАНД

Ф.М. Абдурахмонова, З.Х. Рофиева

Муаллифон 260 нафар духтарони синну соли аз 10 то 18-ро, ки зери таъсири стресси психоэмотсионалӣ (ҷуҷушавии волидайн, марги наздикон, ҷойгир будан дар минтакаи муноқишаи мусаллаҳона) қарор доштаанд, тадқиқ намудаанд.

Натояи тадқиқот нишон доданд, ки ташаққули танзими давраи хайзро (менструатсия) дар духтароне, ки қаблан зери таъсири стресси психоэмотсионалӣ қарор доштаанд, зудии баланди бештари мӯхлатҳои саршавии нахустхайз (32,8%) ва ихтилоли хайзбинӣ дар марҳалаҳои охири инқишофи ҷинсӣ (43,5%), ҳамроҳӣ мекунанд. Дар мавриди охир зудии зудироги хиперандрогении дарачаи P5 13,2-20,6%-ро ташкил медиҳад.

Summary

REPRODUCTIVE SYSTEM OF GIRLS INFLUENCED BY PSYCHIC EMOTIONAL STRESS

F.M. Abdurahmanova, Z.H. Rofieva

The authors examined 260 girls in age 10-18 years, these were influenced by psychic emotional stress (being in the zone of armed conflict, parents divorce, death of near relations). The results show that the process of settling of mensis cicle in girls after influence of psychic emotional stress is accompanied with high frequency of retention of menarche terms (32,8%), infraction of menstrual function in last stage of puberty (43,5%), and the frequency of hyperandrogeny in P5 stage is 13,2-20,6%.

ИЗМЕНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ СИСТЕМНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ

Т.В. Атаджанов, Д.М. Гулакова

НИИ акушерства, гинекологии и педиатрии Минздрава РТ

Введение. Общеизвестно, что гестоз является одним из самых опасных осложнений беременности и родов. Эклампсия является непосредственной причиной материнской смертности, составляющей от 0,21 до 1,4%. Однако в Таджикистане – одной из неблагоприятных в этом отношении стран, материнская смертность от гестоза возрастает до 17%, а перинатальная – до 50% (3, 5). В структуре материнской смертности гестозы прочно занимают второе место и составляют 24% (4). Рождение здорового доношенного ребенка при настоящей серьезной патологии наблюдается лишь в 50-56% случаев. Поэтому гестоз остаётся одним из факторов, определяющих уровень перинатальной смертности. Показатели последней в некоторых регионах находятся в диапазоне 11,2 – 44,4%, а при преэклампсии и эклампсии могут достигать 60% (7, 8).

Для объяснения этиологии гестозов предложено более 30 теорий, тем не менее, природа их развития продолжает оставаться неясной. Краткий анализ современных теорий патогенеза гестозов показывает, что данное осложнение у беременных женщин представляет собой не какое-то единое заболевание с единственной причиной, а соответствует клиническому синдрому, имеющему множественные причины, каждая из которых активирует общий механизм, приводящий к повреждению эндотелия, спазму сосудов и гипертензии, причём поражение циркуляторного русла является основной особенностью гестоза (8).

Серов В.Н. с соавт. (6) на основании многолетних наблюдений пришли к выводу о наличии двух пусковых механизмов синдрома дезадаптации. Один из них первоначально определяется нарушением маточно-плацентарного кровообращения с последующим развитием спазма периферических сосудов, а затем гиповолемии. Другой пусковой механизм синдрома дезадаптации определяется фоновой экстрагенитальной патологией.

В настоящее время одной из популярных концепций развития гестоза является концепция антиоксидантной недостаточности. Доказано, что при этом заболевании наблюдается существенное повышение показателей перекисного окисления липидов и усиление антиоксидантной недостаточности, причём выраженность этих изменений находится в строчной корреляции с высокой степенью достоверности и со степенью тяжести гестоза (1, 2).

Прогрессирующая антиоксидантная недостаточность с нарушениями баланса простаглицина и тромбоксана «А-2» приводят к дезинтеграции гуморальных и клеточных механизмов защиты. В свою очередь, результатом этих нарушений являются изменения циркуляторного звена гомеостаза системы гемостаза, сердечной деятельности, водно-электролитного баланса, кислородной обеспеченности крови и нарушения в метаболизме эритроцитов (1, 2).

Таким образом, анализ литературных данных свидетельствует о существенных нарушениях, которые могут присутствовать в организме женщины с гестозом. Указанное диктует необходимость более углублённого изучения системных изменений при гестозе у беременных женщин.

Цель настоящего исследования – выявить системные изменения в организме

беременных с гестозом.

Материалы и методы исследования. Всего были обследованы 142 беременные женщины, перенёвшие при гестации гестоз различной степени тяжести. Контрольную группу составили 25 практически здоровых беременных женщин с физиологическим течением гестации.

У 82 беременных с гестозом и у 25 женщин контрольной группы, наряду с клинико-лабораторными данными, изучали:

1. Показатели объёма циркулирующей крови (ОЦК) – плазменно-гематокритным методом Эванса.

2. Показатели центральной гемодинамики – методом тетраполярной реоплетизмографии по Кубичеку с помощью приставки РПГ-2-02 и электрокардиографа 6-НЕК. Используя показатели площади поверхности тела, рассчитывали ударный (УИ) и сердечный индекс (СИ).

3. Показатели парциального давления газов и кислородное насыщение крови – на газоанализаторе БМС-3 Мк-2 фирмы «Радиометр».

4. Показатели кислородтранспортной функции крови – расчетными методами.

5. Уровень 2,3-дифосфоглицерата (ДФГ) в эритроцитах – химическим методом Дусе.

6. Электролиты плазмы крови на автоматическом ионоселективном анализаторе «Микролит» (Финляндия).

Полученные результаты исследований обработаны методом вариационной статистики с использованием критериев достоверности по Стьюденту.

Ещё 60 беременным с гестозом производились исследования кровотока в системе мать-плацента-плод с использованием ультразвукового сканера «Аллока-650-ССД», снабжённого доплеровским блоком пульсирующей волны (частотный фильтр Гц, конвексный датчик 3,5 МГц).

Результаты и их обсуждение. В III триместре неосложнённой беременности у всех женщин ОЦК превышал 4500 мл., составляя в среднем 4922 ± 112 мл. или $80,3 \pm 0,8$ мл/кг. Индивидуальные показатели колебались в диапазоне от 76 до 85 мл/кг. Почти две трети или 64,3% объёма крови приходится на плазму ($51,7 \pm 0,5$ мл/кг), а глобулярный объём составляет немногим более одной трети или 35,7% ($28,2 \pm 0,3$ мл/кг). Концентрация ионов натрия в плазме крови составила $150 \pm 0,5$ (в контрольной группе $140,4 \pm 0,7$ ммоль/л), а концентрация ионов калия - $4,2 \pm 0,1$ против $4,8 \pm 0,1$ ммоль/л в группе здоровых беременных. При этом СИ был равен $3,0 \pm 0,1$ л/мин/м² с индивидуальными колебаниями от 2,7 до 3,5 л/мин/м², а УИ - $31,5 \pm 0,8$ мл/м² с индивидуальными колебаниями от 28,4 до 38,8 мл/м². При среднем уровне артериального давления в $88,5 \pm 1,4$ мм.рт.ст. общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) составляло $1525,4 \pm 39,6$ дин сек см⁵, кислородная ёмкость крови (КЕК) - $15,0 \pm 0,5$ мл/дл, эффективный транспорт кислорода (ЭТК) - $491,1 \pm 16,5$ мл/мин/м² и реальный транспорт кислорода (РТК) - $221,5 \pm 10,0$ мл/мин/м².

При осложнении беременности гестозом, показатели объёма циркулирующей крови, по сравнению с аналогичными параметрами здоровых беременных, оказались сниженными до $70,2 \pm 0,6$ мл/кг ($p < 0,05$). Гиповолемия была обусловлена отсутствием прироста объёма плазмы ($40,5 \pm 0,7$) и незначительным снижением глобулярного объёма ($30,2 \pm 0,4$). Показатели же СИ и УИ, по сравнению с показателями здоровых беременных женщин, оказались сниженными до $2,0 \pm 0,3$ л/мин/м² и $21,8 \pm$ мл/м² ($p < 0,05$). Несмотря на

гемоконцентрацию и возросшую до $18,1 \pm 0,5$ мл/дл ($p < 0,05$) КЕК крови, показатели эффективного и реального транспорта кислорода оказался сниженными до $362,0 \pm 16,0$ и $165,3 \pm 13,5$ мл/мин/м² ($p < 0,01$). При этом уровень эритроцитарного метаболита 2,3-ДФГ оказалось возросшим до $7,3 \pm 0,2$ против $6,6 \pm 0,1$ ммоль/л.

Анализ доплерометрических параметров показал, что более чем у половины беременных (59,9%) были выявлены гемодинамические нарушения в системе мать-плацента-плод. Если у больных беременных во II триместре вышеназванные нарушения были выявлены в 18,1% случаев, то в III триместре – в 41,4% наблюдений. Частота и выраженность нарушений кровотока в системе мать-плацента-плод оказывали прямое влияние на рост и развитие плода, вызывая синдром задержки его развития. В целом «изолированные» нарушения в маточно-плацентарном кровотоке были установлены у каждой второй беременной с гестозом, нарушения плодово-плацентарного кровотока – у каждой пятой (21,4%) и нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока – почти у каждой третьей беременной (26,2%).

Выводы

1. У беременных при осложнении гестации гестозом, выявляются отчётливые нарушения в показателях циркуляторного, гемодинамического и кислородтранспортного звеньев гомеостаза.

2. Характерной особенностью течения беременности у больных гестозом является частое развитие плацентарной недостаточности, что подтверждается наличием нарушений в системе маточно-плацентарно-плодового кровотока.

3. Показатели центральной гемодинамики и кислородтранспортной функции крови могут быть критериями для оценки тяжести состояния беременной с гестозом, а доплерометрические показатели желательнее использовать для оценки состояния маточно-плацентарно-плодового кровотока.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В., Баскаков В.П., Соколовский В.В. Роль антиоксидантной недостаточности в патогенезе позднего токсикоза беременных. // «Акуш. и гин». – 1988, №6. – С.67-71

2. Айламазян Э.К. Антиоксидантная терапия в комплексной терапии ПТБ. // В кн. Всероссийский съезд-гинекологов. – М., 1999. – С.14-15

3. Нарзуллаева Е.Н. Проблемы репродуктивного здоровья женщин Таджикистана // В кн. Проблемы и новые достижения репродуктивного здоровья в Таджикистане. Сборник научных трудов национальной конференции. – Душанбе, 1998. – С. 35-38

4. Нарзуллаева Е.Н., Гушин И.В. Критерии оценки тяжести клинического течения ЕРН-гестозе. Методические рекомендации. – Душанбе, 1996

5. Серов В.Н., Маркин С.А., Лубнин А.Ю. Эклампсия. – М., 2002

6. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству. – М., 1997

7. Mattar F., Sibai B.M. Preeclampsia: Clinical characteristics and Pathogenesis. Clinics in Liver Disease. – 1999. – Vol. 3. – №1. – P. 15-29

8. O'Sullivan G. Complications of pregnancy preeclampsia and medical disorders. // Current. Opinion in Anaesthesiology. – 1995. – Vol.8. – P. 200-205

Хулоса

ТАҒЙИРОТҲОИ БАЪЗЕ НИШОНДОДҲОИ СИСТЕМАВӢ ДАР ҲОМИЛАДОРНИ ГИРИФТОРИ ГЕСТОЗ

Т.В. Отаҷонов, Д.М. Гулакова

Тадқиқи 142 нафар беморони гирифтори гестоз нишон дод, ки чунин оризаи вазнини таҳдидомези ҳомиладорӣ, ба монанди гестоз, дар организми зан ихтилолоту нишондодҳои ҳаҷми хуни даврзананда, ҳемодинамикаи марказӣ ва вазифаи оксигенинтиқолкунии хунро ба вуҷуд меорад. Дар ин ҳол, дар ним зиёди ҳомиладорон ихтилолот дар системаи «модар-ҳамроҳак-чанин» мушоҳида карда мешавад.

Нишондиҳандаҳои ҳемодинамикаи марказӣ ва фаъолияти оксигенинтиқолкунии хун метавонанд меъёри арзёбии вазнинии ҳолати ҳомиладори гирифтори гестоз бошанд. Вале, нишондодҳои доплерометриро, беҳтар мебуд, барои баҳодиҳии ҳолати хунгардиши «бачадон-ҳамроҳак-чанин» истифода бурд.

Summary

THE ALTERATIONS OF SOME SYSTEM INDEXES IN PREGNANT WOMEN WITH GESTOSIS

T.V. Atajanov, D.M. Gulakova

The investigation of 142 patients with gestosis showed that such severe complication of pregnancy provokes the infractions of indexes of circulation volume, central hemodynamics and oxygen transporting function of blood in pregnant woman body. And more than in ? of pregnant women the infractions of “mother-placenta-foetus” system are observed. The indexes of central hemodynamics and oxygen transporting function of blood may be criterion of state severity of pregnant woman with gestosis, and Doppler-metric indexes may be used for estimation of uterus-placenta-foetus circulation state.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОСТАГЛАНДИНА E1 ДЛЯ ИНДУКЦИИ РОДОВ

Г. Ю. Гаджиева

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Введение. Роды – это центральное и кульминационное событие репродуктивного процесса. Это одновременно физическое и эмоциональное испытание для матери и опасное «путешествие» для плода. Исторические документы и литература изобилуют упоминаниями о гибели женщин в родах. К сожалению, смертность рожениц, обычно вызванная неотложными состояниями в родах, остаётся высокой во многих странах. И, соответственно, основная задача врачей-акушеров заключается в скорейшей ликвидации неадекватной акушерской помощи, обеспечении высокой безопасности беременности и родов для снижения материнской и перинатальной смертности [5].

Индукцированные роды – искусственно вызванные роды по показаниям со стороны матери или плода, а также по сочетанным показаниям. Индуцированные роды могут быть преждевременными, своевременными и запоздалыми. Частота индуцированных родов колеблется в широких пределах и имеет тенденцию роста. Так по данным J. A. Martin и соавт., в США в 1989 г она составила около 20 %, а в 2002 г увеличилась до 38% [10], по данным СНГ она составляет 13,1% [9].

Индукция родов является сложной задачей как для врачей, так и для матери и показана

Хулоса

ТАҒЙИРОТҲОИ БАЪЗЕ НИШОНДОДҲОИ СИСТЕМАВӢ ДАР ҲОМИЛАДОРОНИ ГИРИФТОРИ ГЕСТОЗ

Т.В. Отаҷонов, Д.М. Гулакова

Тадқиқи 142 нафар беморони гирифтори гестоз нишон дод, ки чунин оризаи вазнини таҳдидомези ҳомиладорӣ, ба монанди гестоз, дар организми зан ихтилолоту нишондодҳои ҳаҷми хуни даврзананда, ҳемодинамикаи марказӣ ва вазифаи оксигенинтиқолкунии хунро ба вуҷуд меорад. Дар ин ҳол, дар ним зиёди ҳомиладорон ихтилолот дар системаи «модар-ҳамроҳак-чанин» мушоҳида карда мешавад.

Нишондиҳандаҳои ҳемодинамикаи марказӣ ва фаъолияти оксигенинтиқолкунии хун метавонанд меъёри арзёбии вазнинии ҳолати ҳомиладори гирифтори гестоз бошанд. Вале, нишондодҳои доплерометриро, беҳтар мебуд, барои баҳодиҳии ҳолати хунгардиши «бачадон-ҳамроҳак-чанин» истифода бурд.

Summary

THE ALTERATIONS OF SOME SYSTEM INDEXES IN PREGNANT WOMEN WITH GESTOSIS

T.V. Atajanov, D.M. Gulakova

The investigation of 142 patients with gestosis showed that such severe complication of pregnancy provokes the infractions of indexes of circulation volume, central hemodynamics and oxygen transporting function of blood in pregnant woman body. And more than in ? of pregnant women the infractions of “mother-placenta-foetus” system are observed. The indexes of central hemodynamics and oxygen transporting function of blood may be criterion of state severity of pregnant woman with gestosis, and Doppler-metric indexes may be used for estimation of uterus-placenta-foetus circulation state.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОСТАГЛАНДИНА E1 ДЛЯ ИНДУКЦИИ РОДОВ

Г. Ю. Гаджиева

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Введение. Роды – это центральное и кульминационное событие репродуктивного процесса. Это одновременно физическое и эмоциональное испытание для матери и опасное «путешествие» для плода. Исторические документы и литература изобилуют упоминаниями о гибели женщин в родах. К сожалению, смертность рожениц, обычно вызванная неотложными состояниями в родах, остаётся высокой во многих странах. И, соответственно, основная задача врачей-акушеров заключается в скорейшей ликвидации неадекватной акушерской помощи, обеспечении высокой безопасности беременности и родов для снижения материнской и перинатальной смертности [5].

Индукцированные роды – искусственно вызванные роды по показаниям со стороны матери или плода, а также по сочетанным показаниям. Индуцированные роды могут быть преждевременными, своевременными и запоздалыми. Частота индуцированных родов колеблется в широких пределах и имеет тенденцию роста. Так по данным J. A. Martin и соавт., в США в 1989 г она составила около 20 %, а в 2002 г увеличилась до 38% [10], по данным СНГ она составляет 13,1% [9].

Индукция родов является сложной задачей как для врачей, так и для матери и показана

только в том случае, когда есть уверенность в том, что и мать и плод с высокой вероятностью будут иметь благоприятный исход от индукции, а не от отсрочки родов. Индукция должна осуществляться только тогда, когда влагалищное родоразрешение является наиболее безопасным методом [4].

В прогнозе успешности индукции родов состояние шейки матки является одним из главных показателей. Родовозбуждение при незрелой шейке матки связано с повышенной частотой различных осложнений как для матери (затяжные роды, аномалии родовой деятельности), так и для плода (внутриутробная гипоксия). Поэтому в настоящее время обращается внимание на проблему подготовки шейки матки к родам [1,3].

В случае, если шейка матки недостаточно зрелая, перед индукцией родов необходимо провести направленное на её дозревание лечение [6, 7]. В качестве эффективных средств для достижения оптимальной биологической готовности и подготовки шейки матки к родам в короткие сроки, в клинической практике используются препараты простагландинов E, которые являются тканевыми регуляторами метаболизма на уровне эффекторных клеток [4]. Простагландины могут успешно вызывать созревание шейки матки, что связано с влиянием на соединительную ткань шейки матки - увеличением синтеза коллагеназы и снижением количества коллагена [2].

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности применения простагландина E1 (мизопростол) для подготовки шейки матки и индукции родов.

Материал и методы исследования. Подготовка шейки матки и индукция родов проведены 30 беременным, которым с целью родовозбуждения в задний свод влагалища вводили 25 мкг мизопростол. Показанием для родовозбуждения явилось частое акушерское осложнение - дородовое излитие околоплодных вод (безводный промежуток 12 часов и более).

Возраст беременных составил $24 \pm 2,4$ года. Среди всех пациенток первобеременные составили - 22%, а повторнобеременные - 78%.

Всем 30 женщинам было проведено полное клинико-лабораторное обследование. Оценка динамического состояния шейки матки проводилась путём тщательного влагалищного исследования с оценкой степени её зрелости по шкале Бишопа. Суммарная оценка выражает степень зрелости шейки матки и может колебаться от 0 до 11 баллов. При оценке 0-5 баллов шейку матки считают «незрелой», 6-8 баллов - «недостаточно зрелой» и 9-13 баллов - «зрелой» [7,9]. В послеродовом периоде производилось УЗИ матки с целью наблюдения за динамикой её инволюции.

Во время подготовки к родам проводили динамическое наблюдение за состоянием беременных, измеряли артериальное давление, пульс, температуру, следили за развитием регулярной родовой деятельности.

Контрольную оценку зрелости шейки матки производили через 4 часа. Если 1 доза мизопростол в 25мкг не оказывала существенного влияния, через 4 часа назначали повторно 25 мкг (2-ю дозу), если первые две дозы по 25мкг не оказывают должного эффекта, назначают далее мизопростол в дозе 50 мкг. Оценивали эффективность действия препарата, возникновение побочных эффектов, осложнений, определяли условия для родоразрешения. Ведение родов осуществляли с партографическим мониторингом. После родоразрешения оценивали течение родов, их периоды, продолжительность и исход, состояние новорождённых по шкале Апгар, течение послеродового периода.

Результаты и их обсуждение. Степень зрелости шейки матки на момент начала исследования составила $2,7 \pm 0,3$ балла - «незрелая». При контрольной проверке шейки матки через 4 часа индекс Бишопа существенно увеличился до $9,5 \pm 0,4$ и оценка органа по шкале Бишопа была такова - «зрелая». Регулярная родовая деятельность развилась в среднем через 2,5 – 3 часа.

Необходимости в повторном введении мизопростола (2-ой дозы) не было. Не отмечено ни одного случая ухудшения состояния плода. Из осложнений в родах отмечен 1 случай стремительных родов и 2 случая разрыва промежности первой степени. Осложнений при использовании препарата не наблюдалось. Общая продолжительность родов у первородящих составила 7,5 часа, у повторнородящих – 5,5 часа. В среднем у всех рожениц продолжительность периодов родов составила: 1-й период – $6,67 \pm 0,4$ часа, 2-й - $20 \pm 5,6$ мин, 3-й - $4,7 \pm 0,4$ мин.

Всего родилось 30 новорождённых. Оценка по шкале Апгар на 5-ой минуте была 7 баллов и выше у всех новорождённых. С целью профилактики кровотечения во всех случаях использовалось активное ведение последового периода. Объём кровопотери составил в среднем - 197,2 мл. Осложнений в последовом и послеродовом периоде не отмечалось. Случаев перинатальной смертности не было.

Следует отметить, что роды проходили в присутствии партнёра, что снижало эмоциональное напряжение и вселяло чувство уверенности. Способ применения мизопростола в задний свод влагалища не препятствовал выбору свободной позиции в родах, что значительно облегчало физическое напряжение рожениц.

Преждевременное излитие околоплодных вод является сложной акушерской проблемой в связи с отсутствием единого мнения относительно тактики ведения родов. По мере удлинения безводного промежутка, независимо от причин разрыва оболочек, риск внутриутробной инфекции возрастает [1].

В настоящее время нет единого мнения относительно выбора метода родоразрешения при нарастании безводного промежутка. Следовательно, первостепенной задачей медицинской науки и практического здравоохранения является разработка тактики ведения родов с преждевременным излитием околоплодных вод с целью уменьшения инфекционных осложнений у рожениц и новорождённых [8].

Применение простагландинов при отсутствии биологической готовности к родам приводит к быстрому созреванию шейки матки, укорочению продолжительности периодов родов, снижению частоты абдоминального и инструментального вагинального родоразрешения при удовлетворительных неонатальных исходах.

При использовании простагландина E1 (мизопростола) для подготовки шейки матки и индукции родов установлена его значительно большая эффективность, безопасность и значительное укорочение интервала индукция – родоразрешение.

Подводя итоги вышеизложенного следует сказать, что мизопростол, в предложенной дозе - эффективная и безопасная альтернатива традиционным методам индукции родов. Использование простагландинов способствует успешному родовозбуждению, что обеспечивает снижение частоты акушерских осложнений и перинатальной патологии, связанных с высоким риском инфицирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В. В. Активное ведение родов. Руководство для врачей. СПб. 2003
2. Абрамченко В. В. Абрамян Р.А. Абрамян Л.Р. Индукция родов и их регуляция простагландинами. Руковод. СПб. ЭЛБИ СПб.-2005
3. Воскресенский С.Л., Кириленко В.П., Измаил М.Л., Кадырко С.М. // Мед. Панорама. - 2002.-№7-С.17-23
4. Кузьминых Т.У. Айламазян Э.К. Подготовка беременных к родам. Метод.пособие. СПб, 2007
5. Стюарт Кэмпбелл, Кристоф Лиз. Акушерство от десяти учителей. МИА Москва - 2004
6. Чернуха Е. А. Индуцированные роды // Пробл.берем.- №11- 2006г. –С.20-28
7. Чернуха Е.А. Родовой блок. – М., Триада X, 2004

8. Энкин М., Кейрс М., Ренфрью М. и др. Техника индукции родов и оперативного родоразрешения. Методы индукции родов в кн. Руководство по эффективной помощи при беременности и в родах. СПб.1999. –С.388-409

9. Bishop E.N. Pelvic scoring for elective induction // Obstet. Gynecol.-1964 - Vol. 24 - P. 266

10. Martin J.A., Hamilton B.E., Sutton P.D. et al. Birth Final data for 2002 National vital Statistics Reports. -2003. – Vol. 52 -“10 Huattsville Md National Center for Health Statistics

Хулоса

ТАҶРИБАИ ИСТИФОДАБАРИИ «ПРОСТОГЛОНДИН E1» БАРОИ ИНДУКСИЯИ ТАВАЛЛУД

Г. Ю. Гачиева

Омодасозии гарданаи бачадон (рахим) ва индуксияи зоиш дар 30 нафар ҳомиладорон гузаронида шуд. Бо мақсади ангезонидани раванди зоиш ба равоки қафои махбали онҳо 25 мкг «Мизопропростол» ворид (тазрик) намуданд. Нишондод барои ангезонидани зоиш ин шоридани (рехтани) обҳои чанинхалта ба шумор меравад. Тахлили саририи рафти зоиш, ҳолати чанинҳо ва навзодон нишон дод, ки «Мизопропростол» дар вояи (меъёри) пешниҳодшуда самаранок ва беҳатар буда, алтернативаи усулҳои анъанавии индуксияи зоиш мебошад.

Summary

THE EXPERIENCE OF THE USE OF PROSTAGLANDIN E1 FOR DELIVERY INDUCTION

G.Yu. Gajieva

Preparation of cervix of the uterus and delivery induction were made in 30 pregnant women with for delivery stimulation into rear cove of vagina 25 mg of myzoprostol was brought. The symptome for the delivery induction was predelivery effusion of perifoetus waters. Clinical analysis of delivery process, state of foetus and newborn observed that mizoprostol in this dose is effective and safety alternative method of delivery induction.



ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Н.С. Джаборова

НИИ акушерства, гинекологии и педиатрии МЗ РТ

Актуальность. Проблема гестоза у беременных определяется рядом практических факторов, таких как высокая частота, ведущее место в структуре материнской и перинатальной смертности, а также отсутствие единого взгляда на этиологию и патогенез данного осложнения беременности (1-4).

Гестоз является наиболее распространённым осложнением беременности, которое требует своевременной диагностики и правильного лечения. Гестоз приводит к фетоплацентарной недостаточности и, следовательно, к гипоксии и гипотрофии плода. Даже лёгкий не пролеченный гестоз может перейти в более тяжёлую форму и повлечь за собой серьёзные последствия для матери и плода. Поиск новых лекарственных средств лечения гестоза, оказывающих положительный эффект на течение гестационного процесса и фетоплацентарную недостаточность, является важной научно-практической задачей (5).

Целью настоящего исследования явилось изучение изменений гемодинамики матери и плода при лечении преэклампсии и определение наиболее безопасных и эффективных гипотензивных препаратов, направленных на улучшение гемодинамических показателей маточно-плацентарного кровотока.

8. Энкин М., Кейрс М., Ренфрью М. и др. Техника индукции родов и оперативного родоразрешения. Методы индукции родов в кн. Руководство по эффективной помощи при беременности и в родах. СПб.1999. –С.388-409

9. Bishop E.N. Pelvic scoring for elective induction // Obstet. Gynecol.-1964 - Vol. 24 - P. 266

10. Martin J.A., Hamilton B.E., Sutton P.D. et al. Birth Final data for 2002 National vital Statistics Reports. -2003. – Vol. 52 -“10 Huattsville Md National Center for Health Statistics

Хулоса

ТАҶРИБАИ ИСТИФОДАБАРИИ «ПРОСТОГЛОНДИН E1» БАРОИ ИНДУКСИЯИ ТАВАЛЛУД

Г. Ю. Гачиева

Омодасозии гарданаи бачадон (рахим) ва индуксияи зоиш дар 30 нафар ҳомиладорон гузаронида шуд. Бо мақсади ангезонидани раванди зоиш ба равоки қафои махбали онҳо 25 мкг «Мизопростол» ворид (тазрик) намуданд. Нишондод барои ангезонидани зоиш ин шоридани (рехтани) обҳои чанинхалта ба шумор меравад. Тахлили саририи рафти зоиш, ҳолати чанинҳо ва навзодон нишон дод, ки «Мизопростол» дар вояи (меъёри) пешниҳодшуда самаранок ва беҳатар буда, алтернативаи усулҳои анъанавии индуксияи зоиш мебошад.

Summary

THE EXPERIENCE OF THE USE OF PROSTAGLANDIN E1 FOR DELIVERY INDUCTION

G.Yu. Gajieva

Preparation of cervix of the uterus and delivery induction were made in 30 pregnant women with for delivery stimulation into rear cove of vagina 25 mg of myzoprostol was brought. The symptome for the delivery induction was predelivery effusion of perifoetus waters. Clinical analysis of delivery process, state of foetus and newborn observed that mizoprostol in this dose is effective and safety alternative method of delivery induction.



ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Н.С. Джаборова

НИИ акушерства, гинекологии и педиатрии МЗ РТ

Актуальность. Проблема гестоза у беременных определяется рядом практических факторов, таких как высокая частота, ведущее место в структуре материнской и перинатальной смертности, а также отсутствие единого взгляда на этиологию и патогенез данного осложнения беременности (1-4).

Гестоз является наиболее распространённым осложнением беременности, которое требует своевременной диагностики и правильного лечения. Гестоз приводит к фетоплацентарной недостаточности и, следовательно, к гипоксии и гипотрофии плода. Даже лёгкий не пролеченный гестоз может перейти в более тяжёлую форму и повлечь за собой серьёзные последствия для матери и плода. Поиск новых лекарственных средств лечения гестоза, оказывающих положительный эффект на течение гестационного процесса и фетоплацентарную недостаточность, является важной научно-практической задачей (5).

Целью настоящего исследования явилось изучение изменений гемодинамики матери и плода при лечении преэклампсии и определение наиболее безопасных и эффективных гипотензивных препаратов, направленных на улучшение гемодинамических показателей маточно-плацентарного кровотока.

Материалы и методы исследования. Обследовано 60 женщин в сроке гестации от 26 до 40 недель, находившихся на стационарном лечении. Средний возраст обследованных беременных составил в I группе – $28,5 \pm 1,2$, во II – $29,5 \pm 0,51$ лет. Анализ паритета показал, что в I группе количество первобеременных составило 14 (46,7%), повторнородящих – 4 (13,3%), многорожавших – 12 (40%); во II группе первобеременных было 9 (30%), повторнородящих – 5 (16,7%), многорожавших – 16 (53,3%). Уровень АД пациенток колебался от 200/120 до 140/100 мм.рт.ст.

Первую группу составили 30 беременных, которые получали норваск. Вторая группа – 30 беременных, получавших нифедипин. Кардиодинамические показатели исследовали методом доплерэхокардиографии по стандартной методике с помощью аппарата Aloka SSD-650, снабжённого доплеровским блоком пульсирующей волны (частотный фильтр 100 Гц, конвенсный датчик 3,5 МГц).

Далее проводилась доплерометрия, которая включала исследование кровотока в обеих маточных артериях, артерий пуповины и плода. Изучали основные показатели систолодиастолического отношения (СДО), пульсационный индекс (ПИ), индекс резистентности (ИР), плацентарный коэффициент (ПК), позволяющие проводить одновременный учёт изменений как маточно-плацентарного, так и плодово-плацентарного кровообращения.

Результаты и их обсуждение. Для оценки функционального состояния центральной гемодинамики определяли следующие параметры: конечно-диастолический объём (КДО), конечно-систолический объём (КСО), конечно-диастолический размер (КДР), конечно-систолический размер (КСР), ударный объём (УО), сердечный индекс (СИ), ударный индекс (УИ), среднее артериальное давление (САД), фракция выброса (ФВ), удельно-периферическое сопротивление (УПС), минутный объём кровообращения (МОК), ?S%.

Результаты исследований показали, что у беременных с преэклампсией наблюдается увеличение показателей систолического давления в среднем до $53,4 \pm 3,9$, а диастолического до $100,5 \pm 2,3$ мм.рт.ст., то есть на 24,6 и соответственно на 16,5% ($p < 0,05$) выше физиологических значений. На фоне применения норваска АДс снижалось на 24,5%, а АДд - на 16,2%. Наблюдались повышение: УО – 11,9%, СИ – 15%, ФВ – 12,5%, МОК – 37,4%, ?S% – 8,3%, УИ – 26%. Полученные данные параметров центральной гемодинамики представлены в таблице 1.

Таблица 1

Параметры центральной гемодинамики

Показатели гемодинамики	Норваск		Нифедипин	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечение
МОК, мл/мин	$4622,9 \pm 175,1$	$6353 \pm 199,2^*$	$5300 \pm 1426^*$	5176 ± 1803
ОПСС, $\text{дин} \times \text{сек} \times \text{см}^{-5}$	$1862,2 \pm 50,4^{**}$	$1477,9 \pm 41,2^*$	$1707,3 \pm 54,9^*$	$1589,3 \pm 62,7^*$
УПС, $\text{дин} \times \text{сек} \times \text{см}^{-5}$	$10,9 \pm 0,039^{**}$	$9,6 \pm 0,03^*$	$9,3 \pm 0,044$	$8,4 \pm 0,044^*$
ФВ, мл	$47,9 \pm 0,79^{**}$	$54,2 \pm 0,93^*$	$52,2 \pm 1,1$	$52,8 \pm 0,6$
САД, мм.рт.ст.	$107,8 \pm 1,8^*$	$95,2 \pm 1,46^*$	$106,8 \pm 2,9^*$	$99,6 \pm 1,8^{**}$
УИ, $\text{мл}/\text{мин}^2$	$2,6 \pm 0,16^{**}$	$3,3 \pm 0,4^*$	$31,14 \pm 0,098^*$	$33,1 \pm 0,13^{**}$
СИ, $\text{л}/\text{м}^2$	$2,7 \pm 0,14^*$	$3,1 \pm 0,079^{**}$	$2,9 \pm 0,089^*$	$30,3 \pm 0,16^{**}$
УО, мл	$48,1 \pm 2,1^{**}$	$54,4 \pm 2,04^{**}$	$54,8 \pm 1,29^*$	$54,9 \pm 2,44$
?S, %	$23,8 \pm 0,44^*$	$26,1 \pm 0,44^*$	$27,3 \pm 0,7^{**}$	$28,1 \pm 0,44^{**}$
КДР, см	$47,1 \pm 0,75$	$47,8 \pm 0,73$	$46,9 \pm 0,5$	$47,5 \pm 0,6$
КСР, см	$35,9 \pm 0,58$	$35,4 \pm 0,44$	$35,0 \pm 0,4$	$34,3 \pm 0,5$
КСО, мл	$54,3 \pm 1,73^*$	$52,7 \pm 1,77$	$50,6 \pm 1,3$	$49,3 \pm 1,9$
КДО, мл	$35,9 \pm 0,58$	$35,4 \pm 0,44$	$105,1 \pm 2,5$	$96,3 \pm 4,6$

Под воздействием нифедипина АДс снижалось на 13%, АДд – 11%, УО возрастал на 0,23%, СИ – 3,5%, ФВ – 1,9%, МОК – 2,4%, ?S% – 3,7%, УИ – 3,5%. Параллельно отмечалось снижение ОПСС после лечения норваском – 26%, нифедипином – 7,4%, УПСС после лечения норваском – 13%, нифедипином – 9,6%.

Таблица 2

Нарушение кровообращения в системе мать-плацента-плод

Срок гестации (недели)	Норваск					
	До лечения			После лечения		
	МА	Ап	ПК	МА	Ап	ПК
26-28	2,21±0,07	3,23±0,5	0,143±0,005	2,11±0,02	3,24±0,05	0,148±0,006
29-31	2,88±0,06	2,83±0,09	0,143±0,003	2,7±0,04	2,83±0,07	0,150±0,007
32-34	2,11±0,06	2,42±0,05	0,171±0,003	2,03±0,03	2,41±0,03	0,271±0,008
35-37	2,26±0,08	2,34±0,03	0,189±0,007	2,09±0,04	2,6±0,01	0,181±0,006
38-41	2,41±0,06	1,8±0,03	0,197±0,006	2,35±0,03	2,5±0,01	0,190±0,004
Срок гестации (недели)	Нифедипин					
	До лечения			После лечения		
	МА	Ап	ПК	МА	Ап	ПК
26-28	2,72±0,01	2,12±0,02	0,173±0,002	2,43±0,04	2,51±0,04	0,163±0,005
29-31	2,79±0,05	4,08±0,01	0,08±0,002	2,4±0,05	2,83±0,01	0,147±0,006
32-34	2,06±0,03	2,39±0,03	0,20±0,003	1,92±0,05	2,96±0,03	0,175±0,007
35-37	2,21±0,05	4,04±0,01	0,11±0,009	1,7±0,03	2,56±0,05	0,22±0,009
38-41	1,44±0,01	2,5±0,02	0,26±0,01			

Примечание: * - $p < 0,001$

На фоне гестозов отмечалось увеличение всех показателей, характеризующих маточно-плацентарное кровообращение: индекса резистентности (ИР) на 13,4%, пульсационного индекса (ПИ) на 29,8% и систолодиастолического отношения (СДО) на 31,2% ($p < 0,01$).

Так, на фоне применения норваска ИР снижался по сравнению с исходными величинами на 2,9% ($p < 0,01$), ПИ на 11,3% ($p < 0,01$); нифедипина ИР на 0,5 ($p < 0,05$), ПИ – 6,4% ($p < 0,01$) соответственно. В результате таких модуляций СДО снижалось после норваска на 23,4%, после нифедипина на 7,3% ($p < 0,01$) (табл.2).

Назначение гипотензивных препаратов при преэклампсии беременных неизбежно вызывает снижение интенсивности маточно-плацентарного кровообращения в различной степени и, как следствие, внутриутробную гипоксию плода. В связи с этим изучение кардиогемодинамических адаптационно-защитных реакций плода на проведение гипотензивной терапии беременных с гестозом имеет существенное значение в клиническом плане.

Таким образом, при лечении норваском отмечается увеличение показателей, характеризующих насосную функцию сердца, а также уменьшение общего периферического сосудистого сопротивления, снижение давления в малом круге кровообращения. Выявлено положительное влияние его на состояние маточно-плацентарного кровотока, что имеет существенное значение при решении вопроса о дальнейшем пролонгировании беременности с целью снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нарзуллаева Е.Н., Гулакова Д.М. Взаимосвязь фетоплацентарного кровотока и перинатальных исходов у беременных с тяжёлыми формами гестоза // Материалы VII-го

Российского форума «Мать и дитя». – М., 2005. – С.165-166

2. Нарзуллаева Е.Н., Гулакова Д.М. Современные аспекты этиопатогенеза гестозов. // Журнал «Здравоохранение Таджикистана». – 2007, №3. – С. 68-69

3. Подтетенев А.Д., Братчикова Т.В. Тактика ведение родов при гестозе. Издательство Российского университета дружбы народов. – М., 2004. – С.5

4. Стрижакова А.Н., Давыдова А.И., Мусаева З.М. Гестоз, клиника, диагностика, акушерская тактика, интенсивная терапия. Монография. – М., ИнфорМед., 2007. – С.7-8

5. Торчинов А.М., Цахилова С.Г., Кузнецов В.М., Королёва О.А., Проблемы репродукции. – М.: МедиаСфера. – 2008. – С.91

Хулоса

БАҲОДИҲИИ НИШОНДИҲАНДАҲОИ ҲЕМОДИНАМИКИИ МОДАРУ ЧАНИН ҲАНГОМИ ТАБОБАТИ ПРЕЭКЛАМПСИЯ

Н.С. Чаборова

Истифодаи доруҳои таъсирашон дарозмуддат (норваск) ҳангоми преэклампсия ба нузули (пастшавии) равану устувори фишори шараёни, беҳтаршавии нишондиҳандаҳои ҳемодинамикӣ мусоидат мекунад. Инчунин ба вазъи хунгардиши бачадон-ҳамроҳак таъсири мусбат мерасонад, ки ба давомдиҳии минбаъдаи ҳамл аҳамияти муҳим дорад ва шароити мусоидро барои мавқеи роҳатбахши дохилибатнии чанин фароҳам меорад.

Summary

THE ESTIMATION OF HEMODINAMICS INDEXES OF MOTHER AND FOETUS UNDER TREATMENT OF PATIENTS WITH PREECLAMPSY

N.S. Jaborova

The use of prolonged preparations (norvaska) under preeclampsy provokes smooth stable decreasing AP, improving hemodinamics indexes, and influences on uterus-placenta circulation state positively that has significant importance for further prolongation of pregnancy and makes the favourable conditions for intrauterine stay of foetus.

ЗАВИСИМОСТЬ НАРУШЕНИЙ МИНЕРАЛИЗАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ОТ СОДЕРЖАНИЯ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН АКТИВНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМ ПАРИТЕТОМ

**М.Я. Камилова, Ш.Дж. Муджиддинова, Х. Хашимова
НИИ акушерства, гинекологии и педиатрии МЗ РТ**

Введение. Согласно данным Комитета экспертов ВОЗ (1), остеопороз занимает четвёртое место по социально-экономической значимости.

Если раньше большинство врачей думали, что это заболевание не лечится и является неизбежным следствием пожилого возраста, то сейчас определился новый взгляд на старую проблему. Факторы, влияющие на снижение минерализации костной ткани, в настоящее время широко изучаются различными специалистами, уже идентифицировано много причин и моментов, способствующих развитию данной патологии (4).

Нарушения минерализации костной ткани у женщин активного репродуктивного возраста чаще относятся к вторичному остеопорозу. Исследования, проведённые в Тайване (3), выявили несколько факторов, способствующих развитию остеопении и остеопороза в активном репродуктивном возрасте: недостаточное поступление с пищей продуктов,

Российского форума «Мать и дитя». – М., 2005. – С.165-166

2. Нарзуллаева Е.Н., Гулакова Д.М. Современные аспекты этиопатогенеза гестозов. // Журнал «Здравоохранение Таджикистана». – 2007, №3. – С. 68-69

3. Подтетенев А.Д., Братчикова Т.В. Тактика ведение родов при гестозе. Издательство Российского университета дружбы народов. – М., 2004. – С.5

4. Стрижакова А.Н., Давыдова А.И., Мусаева З.М. Гестоз, клиника, диагностика, акушерская тактика, интенсивная терапия. Монография. – М., ИнфорМед., 2007. – С.7-8

5. Торчинов А.М., Цахилова С.Г., Кузнецов В.М., Королёва О.А., Проблемы репродукции. – М.: МедиаСфера. – 2008. – С.91

Хулоса

БАҲОДИҲИИ НИШОНДИҲАНДАҲОИ ҲЕМОДИНАМИКИИ МОДАРУ ЧАНИН ҲАНГОМИ ТАБОБАТИ ПРЕЭКЛАМПСИЯ

Н.С. Чаборова

Истифодаи доруҳои таъсирашон дарозмуддат (норваск) ҳангоми преэклампсия ба нузули (пастшавии) равону устувори фишори шараёни, беҳтаршавии нишондиҳандаҳои ҳемодинамикӣ мусоидат мекунад. Инчунин ба вазъи хунгардиши бачадон-ҳамроҳак таъсири мусбат мерасонад, ки ба давомдиҳии минбаъдаи ҳамл аҳамияти муҳим дорад ва шароити мусоидро барои мавқеи роҳатбахши дохилибатнии чанин фароҳам меорад.

Summary

THE ESTIMATION OF HEMODINAMICS INDEXES OF MOTHER AND FOETUS UNDER TREATMENT OF PATIENTS WITH PREECLAMPSY

N.S. Jaborova

The use of prolonged preparations (norvaska) under preeclampsy provotes smooth stable decreasing AP, improving hemodinamics indexes, and influences on uterus-placenta circulation state positively that has significant importance for further prolongation of pregnancy and makes the favourable conditions for intrauterine stay of foetus.

ЗАВИСИМОСТЬ НАРУШЕНИЙ МИНЕРАЛИЗАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ОТ СОДЕРЖАНИЯ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН АКТИВНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМ ПАРИТЕТОМ

**М.Я. Камилова, Ш.Дж. Муджиддинова, Х. Хашимова
НИИ акушерства, гинекологии и педиатрии МЗ РТ**

Введение. Согласно данным Комитета экспертов ВОЗ (1), остеопороз занимает четвёртое место по социально-экономической значимости.

Если раньше большинство врачей думали, что это заболевание не лечится и является неизбежным следствием пожилого возраста, то сейчас определился новый взгляд на старую проблему. Факторы, влияющие на снижение минерализации костной ткани, в настоящее время широко изучаются различными специалистами, уже идентифицировано много причин и моментов, способствующих развитию данной патологии (4).

Нарушения минерализации костной ткани у женщин активного репродуктивного возраста чаще относятся к вторичному остеопорозу. Исследования, проведённые в Тайване (3), выявили несколько факторов, способствующих развитию остеопении и остеопороза в активном репродуктивном возрасте: недостаточное поступление с пищей продуктов,

содержащих кальций (Ca) и фосфор (P), нарушение абсорбции Ca и P при заболеваниях ЖКТ, повышенная экскреция при заболеваниях почек, наследственная предрасположенность, вредные привычки. Согласно данным различных авторов (3, 4), высокий паритет и длительная лактация также являются факторами развития нарушений минерализации костной ткани. Однако чаще действует одновременно несколько факторов риска развития остеопороза, и в этом смысле заболевание считается многофакторным (2, 4).

Цель. Изучение зависимости нарушения плотности минерализации костной ткани от различных факторов, влияющих на содержание кальция (Ca) и фосфора (P) в плазме крови у многорожавших женщин активного репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 90 женщин в возрасте от 20 до 45 лет. Для оценки минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у обследуемых пациенток использовался двухэнергетический фотонный денситометр фирмы Lunar prodigy, USA. Выраженность остеопении и остеопороза определялась согласно с рекомендациями ВОЗ по Т-критерию (1).

В анамнезе все пациентки имели 3 и больше родов. Обследованные были разделены на 3 группы.

I группа включала 30 женщин с нормальными показателями денситометрии.

II группа – 30 женщин, у которых показатели денситометрии соответствовали остеопении.

III группа – 30 женщин с показателями, соответствующими остеопорозу.

Результаты денситометрии представлены в таблице 1.

Таблица 1

Минерализация костной ткани у обследованных женщин

	МКТ г/см ²
Контрольная группа (n=30)	Средний 1,22
Остеопения (n=30)	Средний 0,94
Остеопороз (n=30)	Средний 0,65

Наиболее высокий процент (70%) с низким интергенетическим интервалом (1 год) встречался в группе женщин с остеопорозом. Женщины с остеопенией и интергенетическим интервалом 1 год составили (56,6%). В контрольной группе наиболее высокий процент (50%) составили женщины с интергенетическим интервалом 3 года и больше.

Таблица 2

Использование контрацептивных средств в группах обследованных женщин

Методы контрацепции	Контрольная группа (n=30)	Остеопения (n=30)	Остеопороз (n=30)
ВМС	16 (53,3%)	10 (33,3%)	7 (23,3%)
КОК	10 (33,3%)	2 (6,6%)	1 (3,3%)
МЛА	1 (3,3%)	-	1 (3,3%)
ППА	3 (10%)	-	2 (6,6%)
ДХС	-	-	-
Не использовали	-	18 (60%)	19 (63,3%)

Анкетирование обследованных женщин показало низкую информированность об остеопорозе, о потребностях организма в кальции и фосфоре в различные возрастные

периоды, во время беременности и лактации.

Зависимость использования контрацептивных средств среди обследованных женщин представлена в таблице 2.

Из приведённых данных видно, что процент использования комбинированных оральных контрацептивов (КОК) был разным в группах обследованных женщин: в контрольной - 33,3%, во второй группе с остеопенией - 6,6% и в третьей группе с остеопорозом - 3,3%.

Частота экстрагенитальных заболеваний возрастала по мере усугубления нарушений минерализации костной ткани (табл.3).

Таблица 3

Экстрагенитальная патология в группах исследованных женщин

	Контрольная группа (n=30)	Остеопения (n=30)	Остеопороз (n=30)
Заболевание почек	8 (26,6%)	23 (76,6%)	25 (83,3%)
Анемия	5 (16,6%)	25 (83,3%)	28 (93,3%)
Заболевание щитовидной железы	3 (10%)	7 (23,3%)	14 (46,6%)
Заболевание паращитовидной железы	-	1 (3,3%)	5 (16,6%)
Заболевание желудочно-кишечного тракта	6 (20%)	11 (36,6%)	12 (40%)
Сахарный диабет	-	-	2 (6,6%)
Гипертоническая болезнь	1 (3,3%)	-	2 (6,6%)
Бронхиальная астма	-	1 (3,3%)	-

Содержание ионизированного кальция и фосфора в сыворотке крови определяли по методике Леви и Элазара. Данные о содержании ионизированного кальция и фосфора в сыворотке крови обследованных женщин представлены в таблице 4.

Таблица 4

	Ионизированный кальций	Фосфор	Коэффициент кальций/фосфор
Контрольная группа (n=30)	2,39±0,02	1,12±0,02	2,16±0,05
Остеопения (n=30)	**1,86±0,05	**0,79±0,03	*2,38±0,05
Остеопороз (n=30)	**1,76±0,06	**0,78±0,02	*2,27±0,07

Примечание:* - отличие от соответствующих показателей в контрольной группе при P<0,05,** - при P<0,001

Выявлено достоверное снижение уровня ионизированного кальция и фосфора в крови обследованных - в группах с остеопенией (P<0,001) и остеопорозом (P< 0,001) по сравнению с контрольной группой. Коэффициент Ca/P также был достоверно (P< 0,05) снижен в группах женщин с остеопорозом и остеопенией по сравнению с контрольной группой. При сопоставлении данных о содержании в сыворотке крови ионизированного кальция и коэффициента минерализации костной ткани найдена положительная корреляция во всех обследованных группах: контрольной (r=0,86; n=30), с остеопенией (r=0,91; n= 30), с остеопорозом (r=0,93; n=30).

Корреляционный анализ содержания фосфора в сыворотке крови и минерализации костной ткани выявил тесную положительную корреляцию, также во всех обследованных группах: контрольной ($r=0,89$; $n=30$), с остеопенией ($r=0,94$; $n=30$), с остеопорозом ($r=0,98$; $n=30$).

Результаты и их обсуждение. Анализ проведённых исследований и полученных результатов показал, что способствующими факторами развития остеопении и остеопороза у многорожавших женщин активного репродуктивного возраста являются малый интергенетический интервал, низкая информированность о данной патологии, наличие определённых экстрагенитальных заболеваний. Достоверное снижение показателей ионизированного кальция и фосфора в плазме крови женщин с нарушением плотности минерализации костной ткани по сравнению с контрольной группой может быть обусловлено тремя причинами: недостаточным поступлением с пищей, нарушением абсорбции и повышенной резорбцией кальция и фосфора.

Наиболее часто встречаемая экстрагенитальная патология в группах женщин с остеопорозом и остеопенией – заболевания почек, щитовидной железы, паращитовидной железы, анемия, заболевания ЖКТ (гастрит, гастродуоденит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная болезнь и др.) обуславливают недостаточную абсорбцию или повышенную резорбцию кальция и фосфора.

Наши данные показали, что изменение уровня ионизированного кальция и фосфора в сыворотке крови женщин с нарушением плотности минерализации костной ткани носили однонаправленный характер - достоверное снижение. Это и объясняет тесную корреляцию между данными показателями и минерализацией костной ткани. Высокие коэффициенты корреляции позволяют использовать показатели кальция и фосфора в сыворотке крови в качестве прогностических критериев остеопении и остеопороза.

Заключение. Среди многорожавших женщин активного репродуктивного возраста необходимо формировать группы риска по развитию остеопении и остеопороза. Разработка протокола ведения данного контингента женщин, включающего обследование, профилактику и при необходимости терапию нарушений минерализации костной ткани, позволит улучшить качество жизни женщин как в активном репродуктивном возрасте, так и в последующем - в перименопаузе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад рабочей группы ВОЗ. – Женева, 1994. – С.183
2. Carter L.W. Calcium intake in young adult women: Implications for osteoporosis risk assessment. // Journal of Community Health. – 2002. – Vol. 27. – P. 307-320
3. Chang C.F. Across-sectional survey of calcium intake in relation to knowledge of osteoporosis and feliefs in young adult women // International Journal of Nursing Practice. – 2006. – Vol.12. – P.21-27
4. Sedlak C.A., Doheny MO, Jones SL. Osteoporosis prevention in young women // Orthopaedic Nursing. – 1998. – Vol. 15. – P. 53-60

Хулоса

ВОБАСТАГИИ ИХТИЛОЛИ МАЪДАННОКШАВИИ БОФТАИ УСТУХОНХО АЗ КАЛТСИЙ ВА ФОСФОРИ ЗАРДОБИ ХУНИ ЗАНХОИ СИННИ РЕПРОДУКТИВИИ ФАЪОЛ БО ФОСИЛАХОИ ГУНОГУНИ ТАВАЛЛУД

М.Я. Комилова, Ш.Ч. Мучиддинова, Х. Ҳошимова

Дар мақола доир ба сабабҳои пайдоиши остеопороз ва остеопения дар занҳои синни репродуктиви фаъол, ки дар собиқа аз се ва ё зиёд зоиш доштаанд, маълумот дода шудааст.

Ба ақидаи муаллифон дар байни занҳои зоишашон зиёд, ки дар синни репродуктивии ғаёол мебошанд, зарурияти ташкили гурӯҳҳои хавфнок аз рӯи инкишофи остеопения ва остеопороз ба миён меояд. Камшавии миқдори калтсий ва фосфор дар плазмаи хун бо пастшавии зичии бофтаҳои устухонҳо вобастагии дутарафа дорад. Коррелятсияи мусбӣ байни зичии маъдани бофтаи устухонҳо ва миқдори калтсийи фосфор дар плазма аз он шаҳодат медиҳад, ки он усулияти иттилоотӣ аст. Бо назардошти он, ки дар Тоҷикистон фоизи занҳои зоишашон зиёд хеле баланд аст, омӯзиши проблемаҳои остеопения ва остеопороз дар шароити ҷумҳурӣ хеле муҳим мебошад.

Summary

THE DEPENDENCE OF INFRACTIONS OF OSTEOMINERALIZATION FROM AMOUNT OF CALCIUM AND PHOSPHORUS IN BLOOD PLASMA OF WOMEN OF ACTIVE REPRODUCTIVE AGE WITH DIFFERENT PARITY

M.Ya. Kamilova, Sh.J. Mujidinova, H. Hashimova

In the article the information about the causes of osteoporosis and osteopeny in women of active reproductive age wич had 3 and more child-births. On opinion of the authors, it is needed to form the risk groups of multidelivered women on initiation of osteopeny and osteoporosis. Decreasing amount of calcium and phosphorus in blood plasma with decreasing of solidity of bone tissues has the connection. Positive correlation between mineral density of bone tissue and the amount of calcium and phosphorus of blood plasma show that the method is very informative. The problem is very actual for Tajikistan because procent of multidelivered women at the country is very high.



ВЛИЯНИЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, СОСТОЯНИЕ ПЛОДА И НОВОРОЖДЁННОГО ПРИ ГИПОФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.А. Хакназарова, М.Д. Кадамалиева

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Введение. Инфекционная патология репродуктивной системы женщины относится к числу важнейших медико-социальных проблем современного акушерства и перинатологии. Особое её значение обусловлено высоким уровнем заболеваемости беременных и рожениц с поражением плодов и новорождённых и значительной долей бактериально-вирусных заболеваний в структуре материнской смертности и неблагоприятных перинатальных исходов.

Несмотря на более чем полувековое изучение врождённых внутриутробных инфекций, в настоящее время нет достоверных представлений об их распространённости, о вероятности заражения плода инфицированной матерью и частоте его заболевания.

В последние десятилетия как за рубежом, так и в Таджикистане наблюдается значительный рост инфекций, передаваемых половым путём, а в отдельных регионах ситуация близка к эпидемической. Значительная часть этих инфекций относится к TORCH-комплексу. При отсутствии адекватной терапии во время беременности, при наличии у матери хотя бы одной инфекции из группы TORCH-комплекса, до 50% новорождённых рождаются с различными повреждениями: внутриутробная инфекция, гипотрофия, врождённые уродства, нарушения мозгового кровообращения и др. При смешанной инфекции заболеваемость новорождённых приближается к 100%.

Ба ақидаи муаллифон дар байни занҳои зоишашон зиёд, ки дар синни репродуктивии фаъол мебошанд, зарурияти ташкили гурӯҳҳои хавфнок аз рӯи инкишофи остеопения ва остеопороз ба миён меояд. Камшавии миқдори калтсий ва фосфор дар плазмаи хун бо пастшавии зичии бофтаҳои устухонҳо вобастагии дутарафа дорад. Коррелятсияи мусбӣ байни зичии маъдани бофтаи устухонҳо ва миқдори калтсийи фосфор дар плазма аз он шаҳодат медиҳад, ки он усулияти иттилоотӣ аст. Бо назардошти он, ки дар Тоҷикистон фоизи занҳои зоишашон зиёд хеле баланд аст, омӯзиши проблемаҳои остеопения ва остеопороз дар шароити ҷумҳурӣ хеле муҳим мебошад.

Summary

THE DEPENDENCE OF INFRACTIONS OF OSTEOMINERALIZATION FROM AMOUNT OF CALCIUM AND PHOSPHORUS IN BLOOD PLASMA OF WOMEN OF ACTIVE REPRODUCTIVE AGE WITH DIFFERENT PARITY

M.Ya. Kamilova, Sh.J. Mujidinova, H. Hashimova

In the article the information about the causes of osteoporosis and osteopeny in women of active reproductive age wich had 3 and more child-births. On opinion of the authors, it is needed to form the risk groups of multidelivered women on inication of osteopeny and osteoporosis. Decreasing amount of calcium and phosphorus in blood plasma with decreasing of solidity of bone tissues has the connection. Positive correlation between mineral density of bone tissue and the amount of calcium and phosphorus of blood plasma show that the method is very informative. The problem is very actual for Tajikistan because procent of multidelivered women at the country is very high.



ВЛИЯНИЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, СОСТОЯНИЕ ПЛОДА И НОВОРОЖДЁННОГО ПРИ ГИПОФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.А. Хакназарова, М.Д. Кадамалиева
Кафедра акушерства и гинекологии №2

Введение. Инфекционная патология репродуктивной системы женщины относится к числу важнейших медико-социальных проблем современного акушерства и перинатологии. Особое её значение обусловлено высоким уровнем заболеваемости беременных и рожениц с поражением плодов и новорождённых и значительной долей бактериально-вирусных заболеваний в структуре материнской смертности и неблагоприятных перинатальных исходов.

Несмотря на более чем полувековое изучение врождённых внутриутробных инфекций, в настоящее время нет достоверных представлений об их распространённости, о вероятности заражения плода инфицированной матерью и частоте его заболевания.

В последние десятилетия как за рубежом, так и в Таджикистане наблюдается значительный рост инфекций, передаваемых половым путём, а в отдельных регионах ситуация близка к эпидемической. Значительная часть этих инфекций относится к TORCH-комплексу. При отсутствии адекватной терапии во время беременности, при наличии у матери хотя бы одной инфекции из группы TORCH-комплекса, до 50% новорождённых рождаются с различными повреждениями: внутриутробная инфекция, гипотрофия, врождённые уродства, нарушения мозгового кровообращения и др. При смешанной инфекции заболеваемость новорождённых приближается к 100%.

Целью исследования явилось изучение особенностей течения гестационного периода и перинатальных исходов у женщин с инфекцией и хронической плацентарной недостаточностью на фоне гипофункции щитовидной железы, подтверждённой снижением экскреции йода с мочой.

Материалы и методы исследования. Проведён анализ особенностей течения беременности и родов, состояния плодов и новорождённых у 96 женщин, имевших при гестации обострение инфекционных заболеваний.

В зависимости от наличия или отсутствия у них признаков хронической плацентарной недостаточности пациентки были разделены на группы:

- группа 1-53 беременных с обострением инфекции и хронической плацентарной недостаточностью;
- группа 2-43 пациентки с обострением инфекции без признаков хронической плацентарной недостаточности.

Проводились общеклинические методы исследования, микробиологическое выделение и идентификация микроорганизмов, ультразвуковая фето- и плацентометрия, кардиотокография. Все последы родившихся детей были направлены на морфологическое исследование.

Исход родов для плода и течение раннего неонатального периода проанализированы у 98 детей (в 2 случаях в группе родились двойни). Всем им после рождения проводилась оценка соматического и психоневрологического статусов. В дальнейшем изучалась заболеваемость детей в течение раннего адаптационного периода.

Всем новорождённым проводили: общий анализ крови и мочи еженедельно в динамике инфекционного процесса; бактериологическое исследование слизи из зева и кала; ультразвуковое исследование головного мозга и внутренних органов; рентгенографию органов грудной клетки по показаниям; определение концентрации иммуноглобулинов классов А, М, G; определение наличия в крови антител классов IgG и IgM к вирусу простого герпеса и цитомегаловирусу методом иммунофлюоресцентного анализа.

Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с использованием пакета соответствующих прикладных "Microsoft Excel-2000". Достоверность различий между сравниваемыми группами оценивалась по критериям Стьюдента.

Возраст беременных колебался от 19 до 38 лет и составил в среднем 29,2±1,2 г. Проведённый анализ свидетельствовал, что хроническая плацентарная недостаточность достоверно чаще развивалась среди пациенток в возрасте старше 30 лет ($p<0,05$). В анамнезе пациентки группы 1 достоверно чаще болели герпес-вирусной (вирус простого герпеса, 20 пациенток – 37,4%), цитомегаловирусной (12-23,1%) и хламидийной (9-17,9%) инфекциями.

Результаты и их обсуждение. При анализе репродуктивной функции обследованных женщин выявлена высокая частота самопроизвольных выкидышей или неразвившихся беременностей у пациенток обеих групп (соответственно 22,3% и 17,5%) и преждевременных родов (соответственно 13,7% и 6,1%), что подтверждает имеющиеся в литературе данные о роли инфекции как одного из ведущих этиологических факторов при данных видах патологии. Характеризуя репродуктивную функцию пациенток, следует также отметить, что в анамнезе у 25,2% пациенток группы 1 и у 11,4% - группы 2 предыдущая беременность была осложнена хронической плацентарной недостаточностью, дети с гипотрофией рождались соответственно в 17,9% и 8,8% случаев. Перинатальные

потери отмечены в анамнезе у четверых пациенток группы 1 и у одной – группы 2.

Женщины обеих групп имели различные осложнения и заболевания во время настоящей беременности. Обращает на себя внимание, что у пациенток группы 1 отмечалась достоверно высокая частота обострений хронической инфекции мочевыделительной системы (17,9%), острые респираторные вирусные инфекции (25,2%), обострения герпес-вирусной инфекции (25,9%), в 1,5-2 раза превышающие частоту данных осложнений у пациенток группы 2. Практически у каждой третьей беременной группы 1 отмечались анемия и угроза прерывания беременности на всём её протяжении.

Определение содержания основных классов иммуноглобулинов в сыворотке крови беременных обеих групп не выявило достоверных различий в их концентрации по сравнению с лабораторными стандартами. При изучении Т- и В-лимфоцитов клеточного звена иммунитета отмечалась разнообразная картина, однако наиболее характерным для пациенток обеих групп являлось снижение содержания Т-лимфоцитов (СД3+) за счёт Т-хелперов (СД4), нарушение соотношения (СД4+/СД8+)- иммунорегуляторного индекса за счёт снижения Т-хелперов и повышения Т-супрессоров (СД8+) (47 случаев- 33,8% в группе 1 и 22 - 19,3% в группе 2).

При проведении функциональных методов исследования у пациенток группы 1 выявлено: снижение фето- и маточно-плацентарного кровотока при доплерометрии – в 28,8% случаев, задержка внутриутробного развития плода по УЗИ - у 26,6% пациенток. В обеих группах необходимо отметить высокую частоту различных изменений плаценты - утолщение (11,5%-3,5% по группам соответственно), истончение (10,1% и 11,4%), кальциноз (28,1% и 8,8%), а также мало- (10,8% и 5,3%) и многоводие (12,9% и 10,5%). Наши данные согласуются с данными литературы о том, что инфекция вызывает некротические изменения амниотической оболочки, что, в свою очередь, может привести к нарушению процессов образования и всасывания околоплодных вод.

Всего у пациенток произошло 96 родов. Частота преждевременных родов пациентов группы 1 составила 31,7% (17), что более чем в 2 раза превышает данный показатель в группе 2 11,4% (5). Частота кесаревых сечений составила соответственно по группам 55,4 % и 30,7% и, как видно из приведённых данных, была наиболее высокой в группе 1, что, по-видимому, связано с исходным неблагоприятным фоном и большим числом осложнений гестационного периода у этих пациенток.

Наиболее часто встречающимся осложнением родового акта в обеих группах явилось несвоевременное излитие околоплодных вод (20,9% и 17,5% по группам соответственно). Это подтверждают результаты исследования З.С.Зайдиевой о том, что трансмуральный некроз плодных оболочек и воспалительные изменения в них, вызванные урогенитальной инфекцией, способствуют разрыву плодного пузыря и преждевременному излитию околоплодных вод. По остальным осложнениям родового акта статистически достоверных различий по группам не выявлено.

Исход родов для плода и течение раннего неонатального периода проанализирован у 98 детей (в группе 1- две двойни). В одном случае в группе 1 имела место антенатальная гибель плода при сроке беременности в 30 недель. Средняя масса при рождении обследованных детей составила среди доношенных новорождённых 3445+121 г, недоношенных – 1844+77 г. Наибольший процент недоношенных детей - 33,8% отмечен в группе 1 (в группе 2 – 11,4%), что объясняется наиболее высокой частотой преждевременных родов в данной группе. Новорождённые группы 2 в 46,5% случаев родились в удовлетворительном

состоянии. Асфиксия различной степени тяжести достоверно чаще отмечалась в группе 1 (лёгкой степени – 44,7%, средней – 28,4%, тяжёлой – 7,1%). Это закономерно и связано с высокой частотой осложнений гестационного периода и вышеотмеченными изменениями у данной группы пациенток. Гипотрофия новорождённых отмечалась в 35,5% случаев в группе 1 и в 5,3% - в группе 2. Следует отметить, что в группе 1 в пяти случаях имела место выраженная гипотрофия 3 степени.

Внутриутробное инфицирование плода (ВУИ) и реализация инфекции достоверно чаще отмечены у детей, рождённых матерями группы 1 – 22 (40,9%) случая (обострение инфекции и ХПН). В группе 2 (обострение инфекции без развития ХПН) частота ВУИ составила 17,5% (8 детей). Это объясняется тем, что у женщин группы 1 беременность протекала в более неблагоприятных для плода условиях, что создавало реальные предпосылки для внутриутробного инфицирования и реализации инфекции у новорождённого.

В обеих группах преобладала патология бронхолёгочной системы и генерализованные формы инфекции (полиорганное поражение) новорождённых; это подтверждает имеющиеся в литературе сведения о том, что данные формы инфекционного процесса наиболее часто встречаются в неонатальном периоде.

Необходимо отметить, что клинически значительно тяжелее пневмония протекала у детей, матери которых были отнесены к группе 1, у них же были особенно выражены дыхательные нарушения и инфекционный токсикоз. На рентгенограммах органов грудной клетки очаговые тени были выявлены у 22,7% детей группы 1 и у 3,5%- группы 2; сегментарные тени – у 12,1% детей группы 1 и у 1,7%- группы 2; острая деформация бронхососудистого рисунка отмечена у 15,6% детей группы 1 и у 3,5% – группы 2. При генерализованной форме инфекции достоверно чаще у новорождённых группы 1 имело место сочетание очаговых и сегментарных теней, свидетельствующее о сочетанной вирусно-бактериальной этиологии заболевания и более глубоком поражении лёгких.

Следует отметить, что неврологическая симптоматика (синдром гипервозбудимости или синдром угнетения функций ЦНС), обусловленная внутриутробной гипоксией, в раннем неонатальном периоде отмечалась достоверно чаще у новорождённых группы 1 (36-68,8%), чем в группе 2 (15-35,9%). При ультразвуковом исследовании головного мозга наиболее частым видом внутричерепной патологии у детей являлись субэпендимальные кисты и кисты сосудистых сплетений боковых желудочков (39,9% и 11,4% соответственно по группам). Как видно из приведённых данных, эта патология достоверно чаще встречалась в группе 1. Данные изменения имели место у детей, рождённых матерями с герпес-вирусной инфекцией, что согласуется с данными И.В. Орловской, указывающей в своих исследованиях на высокий риск поражения головного мозга у данного контингента новорождённых.

Гиперлейкоцитоз от $20 \times 10^9/\text{л}$ и выше был отмечен в обеих группах (36,9%- 9,6% соответственно) и чаще всего наблюдался у детей с пневмониями. Тромбоцитопения имела место у детей с пневмониями и при генерализованных формах инфекции (34,7% и 5,3% по группам соответственно). При микробиологическом исследовании слизи из зева и кала, массивная микробная колонизация имела место у 8 (14,9%) новорождённых группы 1 и у 4 (9,6%) - группы 2.

При исследовании уровня IgG иммунодефицитное состояние было выявлено у 12 (23,4%) детей группы 1 и у 1 (2,6%) – группы 2 и наблюдалось в основном при генерализованных формах инфекции, несколько реже - у детей с внутриутробными и неонатальными

пневмониями. Повышение IgA и IgM достоверно чаще имело место в группе 2 (4-9,6%), чем в группе 1 (3-4,9%), что свидетельствовало о преобладании острых форм инфекционного процесса у детей данной группы. Сравнительный анализ результатов содержания основных популяций лимфоцитов

(Т- и В- клеток), а также субпопуляций Т-лимфоцитов показал значительное снижение относительного содержания Т-лимфоцитов у новорождённых с генерализованной формой инфекции за счёт снижения Т-хелперов (CD4+) – 31,0 + 6,5% на фоне некоторого увеличения Т-супрессоров (CD8) – 28,2 + 11,0%, что встречалось в 5 (12,1%) случаях – в группе 2 и согласуется с исследованиями В.В. Зубкова.

Во всех случаях клинически поставленный диагноз хронической плацентарной недостаточности был подтверждён при морфологическом исследовании последа. Хроническая плацентарная недостаточность характеризовалась: патологической незрелостью плаценты, выражающейся в диссоциированном развитии ворсинчатого хориона, наличием инволютивно-дистрофических процессов и циркуляторных расстройств, с редукцией сосудистого русла и наличием полей хаотически склерозированных ворсин. Характер воспалительных изменений последа во многом зависел от вида инфекционного возбудителя, поражавшего послед, при этом выявлялись клетки – маркеры этих инфекций, а также антигены возбудителей. Данные, полученные при морфологическом исследовании последов, подтверждают исследования В.Ф.Мельниковой и О.А.Аксёнова о роли инфекционного фактора в этиологии структурных изменений последа с развитием признаков хронической плацентарной недостаточности.

При морфологическом исследовании плацент детей, родившихся в удовлетворительном состоянии и массой тела более 3000 г, были выявлены, наряду с нарушением их созревания, повреждением и воспалением, хорошо развитые компенсаторно-приспособительные процессы. Основная масса терминальных ворсин была хорошо васкулиризована. Морфометрически установлено, что 6,0 + 0,95% терминальных ворсин были бессосудистыми, 12,2 + 1,4% ворсин содержали 1-2 капилляра, 51,8+2,4% - 3-5 капилляров, 14,6 +1,1% - 6-10 капилляров и 15,4+0,94% - более 10 капилляров. Это свидетельствовало о значительной гипертаскуляризации терминальных ворсин, что обеспечило хорошее внутриутробное развитие плода. Кроме того, отмечался сравнительно низкий коэффициент плотности расположения ворсин (2,41+0,08), отражающий наличие большого объёма материнской крови в интервилллёзном пространстве к моменту родов. Хорошо была представлена пролиферация синцитиальных почек и синцитиальных мостиков. Описанные изменения указывали на наличие компенсированной формы относительной плацентарной недостаточности.

При морфологическом исследовании последов детей, родившихся с явлениями гипотрофии, наряду с характерными изменениями и различной степенью выраженности компенсаторно-приспособительных реакций, имелась явная редукция сосудистого русла ворсинчатого хориона. Это сочеталось с повышением коэффициента плотности ворсин, который составил 4,09+0,06, и как следствие этого, объём материнской крови в межворсинчатом пространстве был уменьшен. Эти изменения соответствовали относительной субкомпенсированной форме плацентарной недостаточности.

В плаценте плода, погибшего антенатально при сроке беременности в 30 недель, наряду с выраженными альтернативными и воспалительными изменениями, отмечались резкая задержка развития ворсинчатого хориона, выраженный продуктивный васкулит, что

сочеталось со слабо выраженными компенсаторно-приспособительными процессами и свидетельствовало о тяжёлом герпетическом поражении плаценты с явлениями декомпенсированной формы хронической плацентарной недостаточности.

Таким образом, полученные результаты доказывают несомненную роль инфекции в осложнении течения беременности, в том числе в формировании хронической плацентарной недостаточности. Развитие симптомокомплекса “инфекция и плацентарная недостаточность” отягощает течение гестационного процесса, неблагоприятно сказывается на внутриутробном развитии плода и вносит негативный вклад в показатели перинатальной заболеваемости. Это подтверждается высокой частотой внутриутробного инфицирования и реализацией инфекции в неонатальном периоде. Детей, рождённых пациентками с хронической плацентарной недостаточностью на фоне инфекции, необходимо выделять в группу высокого риска с первых часов жизни, проводить их комплексное клинико-диагностическое обследование и интенсивную адекватную терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайдиева З.С. Состояние фетоплацентарного комплекса при герпетической инфекции (клинико-морфологические параллели). Автореф. канд. дисс. -М.-1998
2. Зубков В.В. Клинико-диагностическая характеристика пневмонии у новорождённых детей при герпес- и цитомегаловирусной инфекции. Автореф. канд. дисс.- М.-1999
3. Мельникова В.Ф., Аксёнов О.А. Инфекционные плацентиты, особенности плаценты как иммунного барьера.// Архив патологии.-1993.-Т.55, №5
4. Орловская И.В. Диагностика внутриутробной герпес-вирусной инфекции с церебральными нарушениями. Автореф. канд. дисс.- М.-1995

Хулоса

ТАЪСИРИ СИРОЯТИ ДОХИЛИБА ЧАДОНӢ БА ЧАРАӢНИ ҲОМИЛАДОРӢ, ҲОЛАТИ ЧАНИН ВА НАВЗОД ҲАНГОМИ ҲИПОФУНКСИЯИ ҒАДУДИ СИПАРШАКЛ

М.А. Ҳақназарова, М.Д. Қадамалиева

Тахлили хусусиятҳои чараёни ҳомиладорӣ ва таваллуд, ҳолати чанинҳо ва навзодон дар 96 нафар занҳое, ки ҳангоми обистанӣ гирифтори бемориҳои хурӯчи сироятӣ буданд, гузаронида шуд.

Натиҷаҳои ба дастомада нақши бешубҳаи сироятро дар вазнинии чараёни оризшудаи ҳомиладорӣ, инчунин дар ташаккули норасоии музмини ماشимӣ (чуфти чанин) исбот намуданд.

Summary

THE INFLUENCE OF INTRAUTERINE INFECTION ON THE PROCESS OF PREGNANCY, THE STATE OF FOETUS AND NEW BORN UNDER HYPOFUNCTION OF THYROID GLAND

M.A. Haknazarova, M.D. Kadamaliev

The analysis of features of pregnancy and delivery, state of foetus and new born in 96 pregnant women with exacerbation of infections was made. The results showed indubitable role of infection in complication of pregnancy process, and in forming chronic placenta insufficiency.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

З.А. Кадыров, И. Нусратуллоев, А.А. Саакян, В.В. Кондаков,
М. Пирназаров, Д.С. Низомов

Кафедра хирургии и онкологии с курсом урологии ФПКМР
Российского университета дружбы народов

ФГУ Институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН;

Республиканский клинический центр «Урология», Душанбе, Таджикистан

Введение. В условиях реформирования здравоохранения, осущесвляемого на фоне ухудшения общего состояния здоровья населения, что обусловлено кризисными явлениями в экономике страны, повышается уровень заболеваемости и обращаемости населения за медицинской помощью.

Мочекаменная болезнь (МКБ) занимает одно из первых мест среди урологических заболеваний, составляя в среднем по России 34,2% [4,8]. Пациенты, страдающие нефролитиазом, составляют 30-40 % всего контингента урологических стационаров. У большинства пациентов мочекаменная болезнь выявляется в наиболее трудоспособном возрасте - 30-50 лет [2,7,10].

Большинство трудов, посвящённых проблеме лечения и профилактики рецидивов мочекаменной болезни, не учитывают современные диагностические возможности. Обследование больных носит непоследовательный характер. При выборе диагностического метода не учитывается его информативность.

Значительные достижения науки и техники предоставили возможность внедрения высокоинформативных методов оценки анатомо-функционального состояния почек и верхних мочевых путей. Это позволило расширить представления о роли местных факторов в генезе мочекаменной болезни [7]. Однако сохраняющая до сих пор недостаточность сведений о единой концепции камнеобразования обуславливает перспективность и актуальность будущих научных исследований в этой отрасли..

До настоящего времени нет ответов на вопросы, достоверно указывающих на наличие у больных мочекаменной болезнью метаболических нарушений, которые способствуют образованию камня. Для оценки многообразия действующих патогенетических механизмов совершенно необходимым является наличие универсального метода или группы методов, позволяющих оперативно определять комплекс основных показателей и контролировать соотношение по мере развития патологического процесса.

Одной из групп методов является хромато-масс-спектрометрия основных групп литогенных веществ и соединений, определяющих условия образования и развития камня, а также агрегатометрия, позволяющая определять возможность возникновения в перенасыщенной литогенными веществами моче агрегатов кристаллов с необходимыми для дальнейшего роста камня минимальными размерами [3,4,9,13].

Целью нашей работы явилась оценка информативности хромато-масс-спектрометрии и агрегатометрии в диагностике, прогнозе, возникновения и развития мочекаменной болезни.

Материалы и методы исследования. Работа основывается на данных клинико-лабораторного обследования 123 больных МКБ (табл. 1).

Максимальное количество пациентов (76) было в возрасте от 31 до 50 лет, что составило 61,8 % от общего количества больных. Заболевание одинаково часто встречается как у мужчин, так и у женщин.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

З.А. Кадыров, И. Нусратуллоев, А.А. Саакян, В.В. Кондаков,
М. Пирназаров, Д.С. Низомов

Кафедра хирургии и онкологии с курсом урологии ФПКМР
Российского университета дружбы народов

ФГУ Институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН;

Республиканский клинический центр «Урология», Душанбе, Таджикистан

Введение. В условиях реформирования здравоохранения, осущесвляемого на фоне ухудшения общего состояния здоровья населения, что обусловлено кризисными явлениями в экономике страны, повышается уровень заболеваемости и обращаемости населения за медицинской помощью.

Мочекаменная болезнь (МКБ) занимает одно из первых мест среди урологических заболеваний, составляя в среднем по России 34,2% [4,8]. Пациенты, страдающие нефролитиазом, составляют 30-40 % всего контингента урологических стационаров. У большинства пациентов мочекаменная болезнь выявляется в наиболее трудоспособном возрасте - 30-50 лет [2,7,10].

Большинство трудов, посвящённых проблеме лечения и профилактики рецидивов мочекаменной болезни, не учитывают современные диагностические возможности. Обследование больных носит непоследовательный характер. При выборе диагностического метода не учитывается его информативность.

Значительные достижения науки и техники предоставили возможность внедрения высокоинформативных методов оценки анатомо-функционального состояния почек и верхних мочевых путей. Это позволило расширить представления о роли местных факторов в генезе мочекаменной болезни [7]. Однако сохраняющая до сих пор недостаточность сведений о единой концепции камнеобразования обуславливает перспективность и актуальность будущих научных исследований в этой отрасли..

До настоящего времени нет ответов на вопросы, достоверно указывающих на наличие у больных мочекаменной болезнью метаболических нарушений, которые способствуют образованию камня. Для оценки многообразия действующих патогенетических механизмов совершенно необходимым является наличие универсального метода или группы методов, позволяющих оперативно определять комплекс основных показателей и контролировать соотношение по мере развития патологического процесса.

Одной группой методов является хромато-масс-спектрометрия основных групп литогенных веществ и соединений, определяющих условия образования и развития камня, а также агрегатометрия, позволяющая определять возможность возникновения в перенасыщенной литогенными веществами моче агрегатов кристаллов с необходимыми для дальнейшего роста камня минимальными размерами [3,4,9,13].

Целью нашей работы явилась оценка информативности хромато-масс-спектрометрии и агрегатометрии в диагностике, прогнозе, возникновения и развития мочекаменной болезни.

Материалы и методы исследования. Работа основывается на данных клинико-лабораторного обследования 123 больных МКБ (табл. 1).

Максимальное количество пациентов (76) было в возрасте от 31 до 50 лет, что составило 61,8 % от общего количества больных. Заболевание одинаково часто встречается как у мужчин, так и у женщин.

У 14 пациентов (11,4%), несмотря на наличие выраженного болевого приступа, односторонней дилатации чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), ирритативной симптоматики, эритроцитурии, конкременты при рентгеноурологическом исследовании не обнаружены. При этом, в ходе повторного ультразвукового исследования (УЗИ) почек (после стихания клинических проявлений заболевания), нами не обнаружены дилатации ЧЛС, что, вероятнее всего, было связано с самостоятельным образованием камней небольшого размера или слизисто-солевого сгустка на фоне консервативной спазмолитической терапии в первые часы госпитализации в стационар. Именно у этой группы больных определение формы МКБ и типа нарушения обмена основывалось преимущественно на результатах исследования уровня литогенных веществ в моче.

Таблица 1
Распределение больных мочекаменной болезнью по возрасту и полу (n=123)

Пол	Возраст (годы)						Всего:	
	15-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-81	n	%
Мужчины	13	26	14	-	-	1	61	49,6
Женщины	10	23	13	10	3	3	62	50,4
Всего:	23	49	27	17	3	4	123	100

Кроме тщательного сбора анамнестических данных всем больным проводилось комплексное стационарное лабораторное обследование, в котором использованы следующие методы:

1.Общеклинические исследования, включающие наряду с определением основных лабораторных показателей, бактериологическое исследование мочи и чувствительности к антибактериальным препаратам.

2.Комплексное рентгеноурологическое исследование, которое выполнялось на аппарате CD-PA фирмы Philips Medical Systems (Германия). По его результатам у 62 больных (58,5%) диагностированы рентгенопозитивные камни мочевыводящего тракта различной локализации. При этом у 19 пациентов (15,4%) обнаружены аномалии развития мочевой системы в виде неполного удвоения ВМП, урвазального конфликта.

3.Ультразвуковое исследование почек и мочевых путей, проведённое на аппарате Krets Veelson 730 фирмы General Electrics. В подавляющем большинстве случаев нами отмечена односторонняя дилатация ЧЛС, у 21 пациента (17,1%) диагностированы камни почек.

4.Агрегатометрия (моделирование процесса камнеобразования in vitro) проводилась на приборах KZM-1M (Германия), оптическом агрегометре серии 490 Chronolog (США) и лазерном агрегометре LA-230 фирмы Биола (Россия) спектрофотометрическим способом. Индуцирование процесса агрегатообразования выполнялось на аппарате фирмы Sigma-Aldrich (Швейцария) по методике Born, с использованием химически чистых соединений - солей фосфорной, щавелевой и мочевой кислот.

5.Хроматографическое и масс-спектрометрическое определение уровня литогенных веществ (щавелевой, мочевой и фосфорной кислот), летучих жирных кислот, фенолов и крезолов; оно выполнялось с использованием газовой хромато-масс-спектрометрической системы Hewlett-Packard с газовым хроматографом HP-6890 и масс-селективным

детектором MSD-5973. Идентификация соединений проводилась с помощью химической станции GS/MSD – Chemt/Station, работающей в режиме Microsoft Windows.

6. Энзимологические исследования пептидогидролаз–лейцинаминопептидазы (микросомальной и цитозольной) проводились с использованием наборов фирм Diasys (Германия).

7. Статистическая обработка данных клиничко-лабораторных исследований выполнена с применением многомерной статистики - корреляционного, факторного и кластерного анализов – по программе Гарвардского университета BMDP-21 для биомедицинских исследований. Также использовался пакет примерных программ Excel версия 7.0., раздел программ «Анализ данных». Различия между сравниваемыми величинами признавались статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$ по критерию Стьюдента.

Комплексное обследование, включающее биохимические, хромато-масс-спектрометрические исследования, агрегатометрию, проводилось на базе клиничко-биохимической лаборатории клиничко-диагностического отдела ГУ Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН.

Результаты. С учётом типа нарушения обмена все пациенты были разделены на 4 группы:

1 группу составил 31 больной (25,2%) с кальций-оксалатной формой мочекаменной болезни, высоким содержанием в моче щавелевой кислоты – $4,82 \pm 0,59$ ммоль/сут ($p < 0,5$ по сравнению с контрольной группой), умеренно высоким уровнем летучих жирных кислот со значениями – $0,201$ ч $0,219$ ммоль/сут ($p < 0,01$); pH мочи от 4,49 до 6,06;

2 группа - 29 человек (23,6%) с кальций-фосфатной формой мочекаменной болезни, повышенными концентрациями в моче фосфорной кислоты – $8,78 \pm 0,94$ ммоль/сут ($p < 0,01$ по сравнению с контрольной группой), высоким уровнем летучих жирных кислот – $0,249$ ч $0,313$ ммоль/сут ($p < 0,01$); pH мочи от 7,71 до 8,02;

3 группа - 44 пациента (35,8%) с мочекислотной формой мочекаменной болезни, высоким содержанием мочевой кислоты – $5,70 \pm 0,6$ ммоль/сут ($p < 0,5$ по сравнению с контрольной группой), низким уровнем летучих жирных кислот – от 0,096 до 0,126 ммоль/сут; pH мочи от 4,31 до 6,06;

4 группа - 9 больных (15,4%), у которых отмечено одновременное увеличение концентраций щавелевой – $7,59 \pm 0,68$, мочевой - $6,26 \pm 0,57$ и фосфорной - $8,11 \pm 0,76$ кислот ($p < 0,5$), что позволило предположить наличие «смешанного» типа мочекаменного образования.

На фоне консервативной терапии самостоятельное отхождение конкрементов размерами не более 4-6 мм отмечено у 72 из 123 пациентов, что составило 58,5%.

У 7 больных (30,1%) с конкрементами размерами от 7 до 10 мм, ввиду некупирующегося приступа почечной колики и наличия дилатации ЧЛС на стороне поражения, были проведены сеансы ДЛТ с удовлетворительной фрагментацией и последующим отхождением камней. У оставшихся 14 больных (6,4%), несмотря на выраженный болевой приступ, наличие ирритативной симптоматики, односторонней дилатации ЧЛС, эритроцитурии, конкременты при рентгеноурологическом обследовании не обнаружены.

Существенным вкладом в изучение патогенеза и диагностики мочекаменной болезни является использование метода агрегатометрии для моделирования процесса камнеобразования [4,5, 9,11,12].

Основными моментами использования этого метода являются:

- инициация процесса образования агрегатов кристаллов в моче конкретного больного;

- определение размеров агрегатов;
- определение типа агрегатограмм – одно- или двухфазных.

Оптимальные значения рН для кристаллизации солей мочевой кислоты – 4,5, солей щавелевой кислоты – 6.0-6.8, фосфорной кислоты – выше 7.0 [4,5,9].

Оценивая типы агрегатограмм, необходимо иметь ввиду наличие эталонной агрегатограммы нормальной мочи со временем максимальной агрегации – $0,65 \pm 0,07$ с, скоростью агрегации – $3,56 \pm 0,31$ с и размером агрегатов менее 1,0 мкм (рис. 1).

Отмечено изменение скорости агрегации в моче больных с разными формами мочекаменной болезни:

- при кальций-оксалатной форме – $7,42 \pm 0,085$ с;
- при кальций-фосфатной форме – $4,22 \pm 0,055$ с;
- при мочекислотной форме – $6,40 \pm 0,075$ с;
- при «смешанных» формах: кальций-фосфатном фрагменте – $4,06 \pm 0,05$ с, при кальций-оксалатном фрагменте – $7,94 \pm 0,08$ с, оксалатно-мочекислотным – $7,1 \pm 0,07$ с.

Размеры агрегатов составили:

- для кальций-оксалатной формы – 14,6 ч 19,1 мкм;
- для кальций-фосфатной формы – 8,2 ч 12,2 мкм;
- для мочекислотной – 4,2 ч 6,8 мкм;
- для «смешанных» форм: кальций-фосфатный фрагмент – 10,1 ч 12,3 мкм, кальций-оксалатный – 16,3 ч 20,1 мкм, оксалатно-мочекислотный – 6,6 ч 8,2 мкм.

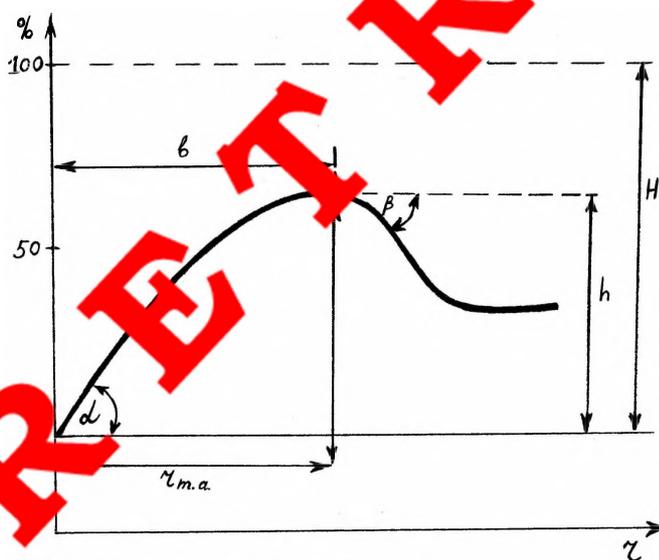


Рис.1. Агрегатограмма нормальной мочи (схема)

Параметры агрегации:

H – максимально возможная агрегация (мм)

h – максимальная агрегация для данного образца (мм)

τ – время максимальной агрегации (с)

α – угол наклона кривой агрегации, характеризующий скорость процесса агрегации

β – угол спада кривой дезагрегации, характеризующий распад образовавшихся агрегатов

Соотношение показателей агрегации при различных формах МКБ представлено в табл. 2.

Полученные данные агрегатометрии при моделировании процесса камнеобразования, индуцированного введением чистых химических соединений – щавелевой кислоты, фосфорнокислого кальция и мочевой кислоты в концентрациях, выявленных нами при хромато-масс-спектрометрическом исследовании литогенных веществ в моче больных, позволили определить основные типы агрегатограмм.

Двухфазные агрегатограммы характеризовали «смешанную» форму мочекаменной болезни и имели следующие параметры:

- вевеллит-брушит – время максимальной агрегации в первой фазе $8,19 \pm 0,76$ с, скорость агрегации $6,76 \pm 0,71$ с и размеры агрегатов - $12,13 \pm 1,79$ мкм. Время максимальной агрегации во второй фазе $10,21 \pm 1,07$ с, скорость агрегации $4,81 \pm 0,57$ с и размеры агрегатов - $9,09 \pm 1,73$ мкм;

- вевеллит-мочевая кислота - время максимальной агрегации в первой фазе $7,13 \pm 0,79$ с, скорость агрегации $6,93 \pm 0,77$ с и размеры агрегатов - $13,47 \pm 1,94$ мкм. Время максимальной агрегации во второй фазе $5,13 \pm 0,67$ с, скорость агрегации $6,26 \pm 0,57$ с и размеры агрегатов - $4,77 \pm 0,81$ мкм.

Таблица 2

Соотношение показателей агрегации при различных формах мочекаменной болезни (n=123)

Параметры агрегации	Формы мочекаменной болезни (n=123)					
	1-я группа (n=31)	2-я группа (n=29)	3-я группа (n=44)	4 –я группа (n=19)		
				кальций-оксалатный (n=4)	кальций-фосфатный (n=6)	оксалатно-мочекислый (n=9)
Скорость агрегации с ($3,66 \pm 0,31$)	$7,42 \pm 0,085$ p < 0,01*	$4,22 \pm 0,055$	$7,07 \pm 0,075$ p < 0,05*	$7,94 \pm 0,08$ p < 0,01*	$4,06 \pm 0,05$	$7,1 \pm 0,07$ p < 0,01*
Размеры агрегатов, мкм (<1,0)	14,6-19,1	8,1-11,2	4,2-6,8	16,3-20,1	10,1-12,3	6,6-8,2
Фазность процесса агрегации	Однофазная			Двухфазная		

* По сравнению с контрольной группой

На рис. 2 представлена агрегатограмма больной со «смешанной» формой МКБ.

Рис. 2 Агрегатограмма больной В (и/б №34457) со «смешанной» оксалатно-фосфатной формой уролитиаза



Для изучения патогенеза МКБ мы использовали как классические показатели – рН мочи, содержание литогенных веществ – солей щавелевой, фосфорной и мочевой кислот, так и разработанные нами новые критерии – содержание пептидогидролаз мочи: лейцинаминопептидазы цитозольной (ЛАП-С) – как показателя формирования органической матрицы камня, лейцинаминопептидазы микросомальной (ЛАП-М) – фермента, локализирующегося в клетках канальцев почки и характеризующего степень поражения паренхимы почки. Содержание пептидогидролаз в моче больных с различными формами МКБ представлено в табл. 3.

Таблица 3

Содержание пептидогидролаз в моче больных с различными формами мочекаменной болезни

Основные факторы камнеобразования	Формы мочекаменной болезни (n=123)			
	кальций-оксалатная (n=31)	кальций-фосфатная (n=29)	мочекислая (n=14)	«смешанная» (n=19)
рН мочи	5,27 ± 0,56	7,86 ± 0,73	4,63 ± 0,57	6,53 ± 0,37
Активность ЛАП-С в ед. (0,72±0,13)	3,47 ± 0,73 (p<0.05)	3,39 ± 0,50 (p<0.05)	2,34 ± 0,29	3,33 ± 0,49 (p<0.05)
Активность ЛАП-М в ед. (2,74±0,38)	4,62 ± 0,58	5,89 ± 0,80 (p<0,5)	3,07 ± 0,32	6,68 ± 0,69 (p<0.05)

Во всех группах обследованных больных отмечено увеличение показателей ЛАП-С. При этом в группе пациентов с кальций-фосфатной и «смешанной» формами МКБ, наряду с увеличением показателей ЛАП-С, отмечено достоверное увеличение уровня ЛАП-М- $5,89 \pm 0,80$ ($p < 0,5$) и $6,68 \pm 0,69$ ($p < 0,05$), соответственно, что указывало на наличие сопутствующего воспалительного процесса.

Обсуждение. Современный взгляд на диагностику и лечение больных с различными формами мочекаменной болезни отражает основные положения патогенеза нефролитиаза, однако нуждается в уточнении, поскольку не учитывает изменений метаболического состояния, течения патологического процесса [7,9].

Оценивая результаты проведённого обследования, мы склонны считать, что процесс камнеобразования возможен в условиях высокого уровня литогенных веществ – солей щавелевой, фосфорной и мочевой кислот, создающих метастабильное состояние мочи, готовое к агрегации кристаллических структур [3,5,6,9].

При проведении сравнительного анализа данных хромато-масс-спектрометрии и агрегатометрии с результатами пламенной атомно-абсорбционной спектрофотометрии, нами отмечена зависимость между высоким уровнем содержания литогенных веществ в моче, параметрами агрегации и минеральным составом камня, что позволяет использовать данный метод для оценки типа нарушения обмена и определения формы мочекаменной болезни.

На основании данных агрегатометрии можно определить фазность течения процесса, характеризующего структуру камня, разрабатывать и применять различные методы патогенетического лечения мочекаменной болезни преимущественно на начальной стадии развития патологического процесса [4,9,6,8,11,12].

Заключение. При оценке эффективности результатов проведённого обследования, нами определены приоритетные клиничко-лабораторные показатели для использования в качестве диагностических и прогностических критериев развития МКБ. Наиболее информативными из них являются рН мочи, агрегатометрия, уровень содержания лейцинаминопептидазы цитозольной, крезолов, фенолов и литогенных веществ.

Таким образом, использование современных методов лабораторного анализа позволяет не только улучшить качество диагностики, но и повысить эффективность

лечебнопрофилактических мероприятий, направленных на предупреждение рецидивов образования камня у больных с различными формами нефролитиаза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бешлиев Д.А., Крендель Б.М., Константинова О.В., Ткаченко Г.Н. Частота рецидивов камнеобразования после ДЛТ. Материалы Пленума правления Российского общества урологов (Сочи, 28-30 апреля 2003). М., 2003, С.74-75
2. Дутов В.В. Современные аспекты лечения некоторых форм мочекаменной болезни. Автореферат док. дисс., М., 2000
3. Истратов В.Г., Кадыров З.А., Сулейманов С.И. Значение хромато-масс-спектрометрии в ранней диагностике нефролитиаза. Новые методы диагностики и лечения в клинической практике. Сборник научных работ. Научно-практические конференции ФГУ КБУДП. Москва, 2005.-С.30
4. Кадыров З.А., Истратов В.Г., Сулейманов С.И., Рамишвили В.Ш. Роль агрегатометрии в диагностике мочекаменной болезни. Урология - №1, 2007. – С. 36-40
5. Кадыров З.А., Истратов В.Г., Сулейманов С.И., Рамишвили В.Ш. Некоторые новые методические подходы к диагностике мочекаменной болезни. Клиническая лабораторная диагностика - №11 – 2007. – С. 16-20
6. Кадыров З.А., Истратов В.Г., Сулейманов С.И. Клинико-лабораторные показатели в диагностике МКБ. // Новые методы диагностики и лечения в клинической практике. Сборник научных работ. Научно-практические конференции ФГУ КБУДП. Москва - 2005. – С. 36
7. Константинова О.В. Прогнозирование и принципы профилактики мочекаменной болезни. Автореферат док. дисс., М., 1999
8. Лопаткин Н.А., Дзеранов И.К. 15-летний опыт применения ДЛТ в лечении МКБ. Материалы Пленума правления Российского общества урологов (Сочи, 28-30 апреля 2003). М., 2003, С.5-25
9. Сулейманов С.И. Ранняя диагностика и профилактика мочекаменной болезни. Автореферат канд. дисс., М., 2007
10. Диктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. С.Пб.: “Питер”, 2000, С. 84
11. Kadyrov Z., Suleymanov S., Istratov V. Urolithiasis early preventive measures taking into consideration types of metabolic disorders. European urology supplements (Berlin, 21-24 March 2007) – 2007
12. Kadyrov Z., Suleymanov S., Istratov V. Early diagnosis of urolithiasis. European urology supplements (Berlin, 21-24 March 2007) – 2007; V. 6(2):115
13. Perello J, Sanchis P, Grases F. Determination of uric acid in urine, saliva and calcium oxalate renal calculi by high-performance liquid chromatography/mass spectrometry. J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci. 2005 Sep 25; 824(1-2):175-80

Хулоса

АРЗЁБИИ САМАРАНОКИИ УСУЛҶОИ МУОСИРИ ТАШХИСИ ОЗМОИШИИ БЕМОРИИ САНГИ ГУРДА

**З.А. Қодиров, И. Нусратуллоев, А.А.Саакян, В.В. Кондакова,
М. Пирназаров, Д.С. Низомов**

Дар мақола маълумотҳо оид ба омӯзиши равандҳои хромато-масс-спектрометрии ва агрегатометрии бо васлатҳои ниҳоят тозаи кимиёвӣ илқошуда дар пешобии 123 нафар

беморони синни аз 15 то 81 сола (аз солҳои 2003-2007) ба таври таъҷилӣ бо хурӯчи халаи гурда дар шӯъбаи урологии Беморхонаи клиники шаҳрии №7 ш. Маскав ва Беморхонаи клиники ш. Жуковский вилояти Маскав бистаришуда, оварда шудаанд.

Дарачаи моддаҳои тавлидкунандаи санг, намудҳои асосии агрегатограммаи дар беморони гирифтори санги гурда муайян карда шуд. Имконияти истифодабарии параметри агрегатсияи ба сифати меъёрҳои таъхисии инкишофи бемории санги гурда ва таъхияи усулҳои пешгирии пайдоиши санг дар беморони хурӯчи халаи гурда нишон дода шудааст.

Summary

THE ESTIMATION OF EFFECTIVITY OF CONTEMPORARY LABORATORY DIAGNOSTIC METHODS UNDER URINO-STONE DISEASE

Z.A. Kadyrov, I. Nusratulloev, A.A. Saakyan,
V.V. Kondakova, M. Pirnazarov, D.S. Nizomov

In the article the data on study of processes of chromatomass- spectrometry and agregatometry induced by especially pure chemical preparations in urine of 123 patients in age 15-81 years with nephritic colic hospitalized into urological brunch of DCH № 7 t. Moscow and Clinical Hospital of t. Zhukovsky of Moscow province in 2003-2007 were given. The level of lithogenic substances, basic types of agregatograms in patients with nephrolythiasis was determined. The possibility of the use of parameters of agregation as diagnostics criterion of initiation of USD and working out the methods of prophylaxy of stone-formation in patients with nephritic colic was showed.



КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМИКСИНА У БОЛЬНЫХ С ПОВЕРХНОСТНЫМИ ГЕРПЕТИЧЕСКИМИ КЕРАТИТАМИ

О.В. Палтангов, Ф.Х. Тишкова, А.Ш. Мاستулов, Г.Х. Сабурова.

Кафедра офтальмологии ТГМУ;

Таджикский НИИ профилактической медицины МЗ РТ;

Диагностико-лечебный центр «Шифо»

Актуальность. Вирусы простого герпеса (ВПГ) играют важную роль в этиопатогенезе разнообразных патологических процессов и способны, при определённых условиях, поражать кожу, слизистые, внутренние органы, центральную нервную систему. Герпетические кератиты являются распространённой патологией глаза, ведущей к помутнению роговицы и роговичной слепоте (5, 7, 10). Это определяет социально-экономическую значимость офтальмогерпеса.

Актуальность разработки новых подходов к терапии офтальмогерпеса обусловлена генетическими механизмами, ведущими к пожизненной персистенции вируса у значительной части пациентов. Определяющим фактором активации персистирующего вируса является снижение резистентности макроорганизма (4, 5).

Основой лечения герпетического кератита является противовирусная терапия (аналоги нуклеозидов, интерферон и его индукторы). При синергидном действии двух противогерпетических средств различного механизма действия, таких как ацикловир и полудан, повышается эффективность лечения и уменьшается терапевтическая доза (6). Вместе с тем, анализ данных литературы свидетельствует об успешном лечении лишь 50% пациентов с офтальмогерпесом (6, 9). Последнее объясняется различной чувствительностью тканей организма к разным индукторам интерферона (ИИФН). Одним из способов

беморони синни аз 15 то 81 сола (аз солҳои 2003-2007) ба таври таъҷилӣ бо хурӯчи халаи гурда дар шӯъбаи урологии Беморхонаи клиники шаҳрии №7 ш. Маскав ва Беморхонаи клиники ш. Жуковский вилояти Маскав бистаришуда, оварда шудаанд.

Дарачаи моддаҳои тавлидкунандаи санг, намудҳои асосии агрегатограммаи дар беморони гирифтори санги гурда муайян карда шуд. Имконияти истифодабарии параметри агрегатсияи ба сифати меъёрҳои таъхисии инкишофи бемории санги гурда ва таъхияи усулҳои пешгирии пайдоиши санг дар беморони хурӯчи халаи гурда нишон дода шудааст.

Summary

THE ESTIMATION OF EFFECTIVITY OF CONTEMPORARY LABORATORY DIAGNOSTIC METHODS UNDER URINO-STONE DISEASE

Z.A. Kadyrov, I. Nusratulloev, A.A. Saakyan,
V.V. Kondakova, M. Pirnazarov, D.S. Nizomov

In the article the data on study of processes of chromatomass- spectrometry and agregatometry induced by especially pure chemical preparations in urine of 123 patients in age 15-81 years with nephritic colic hospitalized into urological brunch of DCH № 7 t. Moscow and Clinical Hospital of t. Zhukovsky of Moscow province in 2003-2007 were given. The level of lithogenic substances, basic types of agregatogramms in patients with nephrolythiasis was determined. The possibility of the use of parameters of agregation as diagnostics criterion of initiation of USD and working out the methods of prophylaxy of stone-formation in patients with nephritic colic was showed.



КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМИКСИНА У БОЛЬНЫХ С ПОВЕРХНОСТНЫМИ ГЕРПЕТИЧЕСКИМИ КЕРАТИТАМИ

О.В. Палтангов, Ф.Х. Тишкова, А.Ш. Мاستулов, Г.Х. Сабурова.

Кафедра офтальмологии ТГМУ;

Таджикский НИИ профилактической медицины МЗ РТ;

Диагностико-лечебный центр «Шифо»

Актуальность. Вирусы простого герпеса (ВПГ) играют важную роль в этиопатогенезе разнообразных патологических процессов и способны, при определённых условиях, поражать кожу, слизистые, внутренние органы, центральную нервную систему. Герпетические кератиты являются распространённой патологией глаза, ведущей к помутнению роговицы и роговичной слепоте (5, 7, 10). Это определяет социально-экономическую значимость офтальмогерпеса.

Актуальность разработки новых подходов к терапии офтальмогерпеса обусловлена генетическими механизмами, ведущими к пожизненной персистенции вируса у значительной части пациентов. Определяющим фактором активации персистирующего вируса является снижение резистентности макроорганизма (4, 5).

Основой лечения герпетического кератита является противовирусная терапия (аналоги нуклеозидов, интерферон и его индукторы). При синергидном действии двух противогерпетических средств различного механизма действия, таких как ацикловир и полудан, повышается эффективность лечения и уменьшается терапевтическая доза (6). Вместе с тем, анализ данных литературы свидетельствует об успешном лечении лишь 50% пациентов с офтальмогерпесом (6, 9). Последнее объясняется различной чувствительностью тканей организма к разным индукторам интерферона (ИИФН). Одним из способов

преодоления этого явления может быть чередование ИИФН или назначение ИИФН другой природы (1, 2, 7). В связи с этим перспективен поиск противовирусных препаратов, пригодных для клинического применения, т.е. нового поколения индукторов интерфероногенеза. Одним из таких препаратов является амиксин – пероральный индуктор эндогенного интерферона ароматического ряда, относящийся к низкомолекулярным синтетическим соединениям класса флуоренонов (3).

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности амиксина в комбинации с базовой терапией при поверхностных формах герпетического поражения глаза.

Материалы и методы исследования. Всего под нашим наблюдением за период 2005-2007 гг. находилось 46 пациентов с поверхностными кератитами. Группу сравнения составили 28 архивных амбулаторных карт пациентов с поверхностными кератитами, лечившихся только 3% мазью ацикловира. С учётом архивных амбулаторных карт в исследовании приняли участие 74 пациента, из них 45 мужчин и 29 женщин в возрасте от 18 до 74 лет. Средний возраст мужчин составил 44,6 года, женщин - 47,4 лет. Среди мужчин, больных офтальмогерпесом, лиц до 40 лет было 31,3%, старше 40 лет – 68,7%. Среди женщин лиц до 40 лет было 30,8%, старше – 69,2%.

При обследовании пациентов применяли методы визометрии, офтальмоскопии, пальпаторной тонометрии. Диагноз ставили на основании комплекса клинических, анамнестических и лабораторных данных. Герпетическую природу поражения переднего отдела глаза подтверждали методами ИФА на наличие антител классов IgG и IgM и методом флюоресценции на наличие антигена вируса герпеса в вирусологической лаборатории Таджикского НИИ профилактической медицины.

Наиболее частыми жалобами являлись: светобоязнь, слезотечение (89,2%), боли в глазу (87,8%), чувство инородного тела в глазу (82,4%), снижение остроты зрения (97,3%), покраснение глаза (100%).

При клинко-биомикроскопическом обследовании больных офтальмогерпесом блефароспазм выявлялся в 17,6%, отёк век - в 4,1%, гиперемия и отёк конъюнктивы век - в 40,5%. Перикорнеальная или смешанная инъекция была выявлена в 100% случаев. Чувствительность роговицы была снижена в 58,1%. Дефект эпителия был расположен в оптической зоне в 51,4% случаев, вне её пределов - в 48,6%. Поверхностный кератит сопровождался поражением стромы в 24,3%, сопутствующим иридоциклитом – в 17,6% случаев.

Общая продолжительность заболевания варьировала от 1 до 30 лет. Момент обращения варьировал от 1 до 60 дней. Из 74 пациентов, включённых в исследование, с первичным офтальмогерпесом было 45 (60,8%), больных с рецидивирующим офтальмогерпесом - 29 (39,2%). Часто рецидивирующий офтальмогерпес (более 1 рецидива в год) наблюдался у 9 (12,2%).

Заболевание чаще носило острый характер при рецидивирующем офтальмогерпесе, затяжные формы с длительностью заболевания к моменту обращения к врачу свыше 30 дней чаще отмечались у больных с первичным эпизодом.

Группа пациентов с поверхностными кератитами (46 пациентов) получала амиксин по следующей схеме: первые 2 дня по 0,125 г. 2 раза в день, далее по 0,125 г через 48 часов (на курс 10 таблеток).

Результаты и их обсуждение. Больные с поверхностными кератитами были

представлены 2-мя подгруппами. Первую составили 46 пациентов, получивших амиксин в таблетках в комбинации с 3% мазью ацикловира (4 раза в день за нижнее веко). Вторую составили 28 пациентов (архивные данные), получивших в качестве лечения только 3% глазную мазь ацикловира 5 раз в день с интервалом 4 часов.

Различия между сравниваемыми подгруппами больных поверхностными кератитами по полу, возрасту, дням обращения, соотношению больных первичным и рецидивирующим офтальмогерпесом были до начала лечения статистически недостоверными (табл. 1).

Таблица 1

Сопоставимость подгрупп больных поверхностными кератитами

Подгруппы	Пол		Средний возраст	Длительность заболевания в день обращения			Патогенетические формы офтальмогерпеса	
	муж	жен		1-3 дня	4-6 дней	7-10 дней	Первичная форма	Рецидивирующая форма
1-ая N = 46	28 (60,8%)	18 (39,1%)	46,8±4,2	16 34,7%	12 26,1%	18 39,1%	36 78,2%	10 21,8%
2-ая N = 28	17 (60,7%)	11 (39,3)	44,17±4,9	10 35,7%	8 28,6%	10 35,7%	22 75%	6 25%
P	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05

Включение в исследование при поверхностных кератитах производилось по следующим критериям: отсутствие лечения другими средствами данного эпизода кератита, отсутствие сопутствующих глазных инфекций (аденовирусный конъюнктивит, хламидийный конъюнктивит и др.), день обращения - не более 10-го. На основании указанных критериев, а также однородности по полу и возрасту, были сформированы 1-ая и 2-ая подгруппы (табл.2).

Критерием эффективности лечения служили: эпителизация дефектов роговичного эпителия, исчезновение роговичного синдрома, перикорнеальной инъекции, резорбция инфильтратов, купирование явлений сопутствующего иридоциклита, повышение остроты зрения. При оценке терапевтической эффективности амиксина в группе больных с поверхностными кератитами, начало ремиссии в состоянии глаза на 3-5 день лечения расценивалось как выраженный терапевтический эффект в обеих группах. Частичный терапевтический эффект регистрировали при тех же сроках начала ремиссии и необходимости назначения других методов лечения. Активацию проявлений заболевания трактовали как ухудшение.

Начало ремиссии заболевания к четвёртому дню отмечено у всех пациентов 1-ой группы, при этом у 2-х (4,3%) - на 1-й день, у 14 (30,4%) на 2-ой, у 12 (26,1%) – на 3-й, у 18 (39,1%) – на 4-й день лечения.

Выраженный терапевтический эффект в группе больных с поверхностными кератитами, получивших комбинацию амиксина и 3% глазной мази ацикловира, было достигнуто у 41 (89,1%) из 46 больных. До начала ремиссии в среднем прошло 3,01±0,22 дня. Продолжительность эпителизации в среднем составила 8,7±0,72 дня, резорбции инфильтрата - 8,12±1,4 дня, а общий срок выздоровления - 10,6±0,84 дня (табл.2). Острота зрения повысилась по окончании лечения в среднем на 0,54±0,04 %.

Таблица 2

Сравнительные результаты лечения больных с поверхностными герпетическими кератитами

Эффективность терапии мало зависела от пола, возраста пациентов ($P>0,05$). В целом у всех больных, получивших амиксин, не отмечено ухудшений.

Во 2-ой подгруппе (сравнения) выздоровление было отмечено в 75% случаев.

Критерии выздоровления (средний срок в днях $M\pm m$)	Способы лечения		P
	1-ая группа Амиксин + мазь ацикловира	2-ая группа 3% мазь ацикловира	
Начало ремиссии	3,01±0,22	3,94±0,32	P<0,004
Полная эпителизация	8,7±0,72	10,2±0,87	P>0,05
Резорбция инфильтрата	8,12±1,4	12,7±1,32	P<0,05
Общий срок лечения	10,6±0,84	14,8±0,9	P<0,05
Повышение остроты зрения	0,54±0,04	0,31±0,06	P<0,05
Выраженный терапевтический эффект	41 человек (89,1%)	21 человек (75%)	P<0,05
Частичный терапевтический эффект	5 человек (10,9%)	7 (25%)	P<0,001
Без эффекта	-	-	
Побочные явления	Не отмечено	Не отмечено	

Продолжительность полной эпителизации составила в среднем 10,2±0,87 дня, резорбции инфильтратов различной локализации - 12,7±1,32 дня, средний срок выздоровления - 14,8±0,9 дня. Острота зрения повысилась 0,31±0,06%. Таким образом, в 1-ой подгруппе быстрее, чем во второй начиналась ремиссия, происходила эпителизация, рассасывались инфильтраты, наступало клиническое выздоровление, но эти различия были достоверны для всех критериев, кроме полной эпителизации. Общее количество препарата амиксин по результатам нашего исследования не превышает 10 таблеток на курс у 89,1% больных.

При анализе влияния возраста пациентов на эффективность комбинации амиксина с мазью ацикловира была отмечена закономерность, отсутствующая в подгруппе больных с монотерапией ацикловиrom. У пациентов моложе 40 лет резорбция инфильтрата продолжалась дольше, чем у пациентов старше 40 лет. Можно предположить, что доза амиксина у молодых пациентов должна быть уменьшена, т.к. в этой возрастной группе мы наблюдали быстро проходящее (1-2 дня) обострение местных проявлений поверхностного кератита после первых 2-х дней приёма амиксина. В старшей возрастной группе этот феномен не проявлялся. Некоторым объяснением установленного нами явления может быть тип иммунного реагирования организма пациента. Применительно к вирусу простого герпеса (ВПГ) имеются сведения о влиянии типа иммунного реагирования на выраженность клинических проявлений заболевания (6, 8). По мнению этих авторов, следует различать гипер-, нормо- и гипоэргический тип иммунного реагирования на инфекционный ответ. Для гиперэргического типа реагирования характерно тяжёлое острое иммуноопосредованное

органное поражение. По-видимому, генез установленного феномена связан с гиперэргическим типом иммунного реагирования и преобладания его в подгруппе пациентов моложе 40 лет.

Проведённое изучение клинической эффективности комбинации амиксина с 3% мазью ацикловира выявило выраженную терапевтическую эффективность у 89,1% пациентов с поверхностными герпетическими кератитами. Эта комбинация препаратов привела к достоверному сокращению сроков регрессии основных клинических проявлений офтальмогерпеса. Нами не установлено побочных реакций, нежелательных явлений при приёме амиксина по предложенной схеме. Противопоказаний к приёму амиксина у наблюдаемого нами контингента больных не установлено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ершов Ф.И., Чижов Н.П. Лечение вирусных инфекций. // Клин. фарм. и терапия – 1995 - № 4 – С.75-78
2. Ершов Ф.И. Противовирусные средства. // Клин. фарм. и терапия – 1996 - № 4 – С. 72-75
3. Ершов Ф.И. Антивирусные препараты. – М.: Медицина – 1998
4. Исаков В.А., Борисова В.В., Исаков Д.В. Герпес: патогенез и лабораторная диагностика. СПб. 1999
5. Каспаров А.А. Офтальмогерпес. – М.: Медицина – 1994
6. Каспаров А.А. Современные аспекты лечения герпесвирусного кератита. //Актуальные вопросы офтальмологии.: сб. трудов научно-практической конференции. – 1996. – ч. 1 – С. 77-80
7. Майчук Ю.Ф. Современная терапия инфекционных и аллергических заболеваний глаз. // Актуальные вопросы офтальмологии.: сб. трудов научно-практической конференции. – 1996. ч.2 С. 58-63
8. Мастулов А.Ш. Динамика показателей иммунокомпетентных клеток у больных генитальным герпесом, получивших лечение. // Журнал «Здравоохранение Таджикистана». – Душанбе. – 2006. - №1-2 – С.61-66
9. Abelson M.B., LeMaitre N.C. /An update on herpes therapy.//Review of Ophthalmology – 1999 – N 6
10. Pavan-Langston P. How to manage ocular herpes simplex infection. // Review of Ophthalmology – 1995 – N 5

Хулоса

САМАРАНОКИИ САРИРИИ ДОРУИ «АМИКСИН» ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ КЕРАТИТИ ҲЕРПЕСИИ САТҲӢ

О.В. Палтангов, Ф.Х. Тишкова, А.Ш. Мастулов, Г.Х. Сабурова

Ҳангоми истифодабарии «Амиксин» дар табобати маҷмӯии (комплексии) беморони гирифтори кератити (қарниясомии) Ҳерпесии сатҳӣ самаранокии назарраси табобатӣ дар 89,1% маризон мушоҳида карда шуд. Ҳамзамон, мӯҳлати таназзули падидаҳои асосии саририи офталмогерпес дар муқоиса бо гурӯҳи бемороне, ки танҳо усули табобати маъмулиро (асосиро) гирифтаанд, кӯтоҳ шуд.

Истеъмоли «Амиксин» боиси ақсуламали манфӣ нагардид ва зиднишондод низ муайян карда нашуд.

Summary

CLINICAL EFFECT OF AMIXINE IN PATIENTS WITH SKEEN HERPETIC KERATITIS

O.V. Paltangov, F.H. Tishkova, A.Sh. Mastulov, G.H. Saburova

After the use of amixine at complex therapy under herpetic keratitis important therapeutical effect in 89,1% was observed. And the term of regression of basic clinical symptoms of oftalmoherpес on compare with base therapy was shorten. The use of amixine had no accessory reactions, and contraindications were not observed.

ВЛИЯНИЕ ЭКОСИСТЕМЫ НА ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ

Г.М.Бекназарова, М.Д. Мухамедова

Кафедра оториноларингологии

Введение. Бурное развитие химизации различных отраслей народного хозяйства и связанное с этим использование огромного количества химических веществ, увеличение мощностей многих предприятий, неправильное и (или) неполноценное использование мер пылеподавления, нарушение санитарно-гигиенических норм приводят к тому, что окружающая среда загрязняется различными химическими аэрозолями раздражающего, токсического, алергизирующего и прочих видов воздействия на организм человека (2,3).

В ухудшении экологической ситуации на планете одно из решающих мест имеют выбросы и отходы различных производств.

Производственная среда является существенной частью окружающей среды, в которой работающий человек проводит почти 1/3 часть своей жизни.

Цель исследования: изучение влияния производственных факторов на состояние дыхательных путей, установление взаимосвязи экологии и состояния здоровья людей.

Результаты и их обсуждение. Нами изучено состояние верхних дыхательных путей у рабочих различных производств. Проведённые исследования позволили установить наличие высокого уровня хронических заболеваний полости носа (50,8 %), глотки (31,3 %) и гортани (15,6 %).

При воздействии любой промышленной пыли в слизистой оболочке верхних дыхательных путей развиваются дистрофические процессы различной степени выраженности.

При морфологическом исследовании отмечено сужение артериол и расширение капилляров и венул, сопровождающиеся увеличением проницаемости и отёком стромы. Полнокровные капилляры заполнены эритроцитами. Эпителиальный пласт и собственная пластина инфильтрированы эозинофилами. Определялись щели между отдельными эндотелиоцитами. При этом отмечена неравномерность содержания слизистого сектора в эпителиоцитах. В эпителиальном пласте наблюдалась поверхностная альтерация и десквамация мерцательных плазматических эпителиоцитов. Местами обнаруживалось оголение апикальной поверхности плазматических клеток, так как участками отторгалась мерцательная каёмка, в результате чего базальная мембрана выглядела удвоенной. В клетках желёз собственной пластины имело место выраженное расширение эндоплазматического ретикулума и слабо выраженный аппарат Гольджи.

В составе многорядного эпителиального пласта слизистой оболочки отмечено значительное увеличение числа бокаловидных клеток, отёк, расширение межклеточных пространств, отторжение отдельных эпителиальных клеток. Изменение реснитчатых клеток характеризовалось тем, что в их цитоплазме определялось большое количество оптически пустых вакуолей, часто располагающихся ближе к апикальной части клетки. Каналы эндоплазматической сети местами расширены, митохондрии различной формы с просветлённым матриксом. Изредка встречались митохондрии с частично утраченными кристами, с неправильной формой ядер. Отмечено уменьшение числа ресничек на апикальной поверхности, которые теряют упорядоченное расположение. На многих клетках реснички выглядели изломанными, на некоторых имелись складки или выпячивание апикальной поверхности. Между реснитчатыми клетками определялись микроворсинчатые клетки с часто взбухающей поверхностью и большое количество секреторирующих

бокаловидных клеток с разорванной апикальной плазмолеммой. В цитоплазме заполненных слизью бокаловидных клеток между секреторными гранулами имелась эндоплазматическая сеть, покрытая рибосомами, гипертрофированным комплексом Гольджи и митохондриями.

Наряду с дистрофическими изменениями в слизистой оболочке носа, имели место Т- и В-лимфоцитопения, угнетение фагоцитоза.

Определённые сдвиги произошли и в значениях биохимических показателей. Отмечено увеличение количества продуктов пероксидации, в частности МДА, накопление которых в клетке приводит к нарушению проницаемости клеточных мембран и её функциональных свойств.

Заключения. Производственная среда, являясь частью окружающей среды с повышенной концентрацией промышленных аэрозолей, вызывает серьёзные нарушения барьерных функций организма, формируя воспалительные заболевания ЛОР - органов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин И.И. Аллергические заболевания у детей в районах с промышленным загрязнением. Педиатрия.1995

2. Панкова В.Б., Остапкович В.Е. Экология и профессиональные заболевания верхних дыхательных путей. Материалы региональной науч-практ. конф. оториноларингологов и расширенного пленума РНОЛО (Иркутск). 1990, С.407-408

3. Gennaro D Amato. Загрязнения воздуха в городах и рост заболеваемости респираторной аллергией. Материалы европейского конгресса по астме. Астма 2001,2(1): 41-42

4. Ronald S. Walls. Значение факторов окружающей среды в развитии астмы. Материалы Европейского конгресса по астме. Астма, 2001,2(1):41-42

Хулоса

ТАЪСИРИ ЭКОСИСТЕМА

БА БЕМОРИҲОИ УЗВҲОИ ГЌШУ ГУЛЌ ВА БИНЌ

Г.М.Бекназарова, М.Д. Мухамедова

Дар мақола натиҷаи омӯзиши вазъи қисмҳои болоии роҳҳои нафаскашии коргарони соҳаҳои гуногун оварда шудааст.

Таҷқиқотҳои гузаронидашуда нишон доданд, ки дар 50,8% таҷқиқшудагон бемориҳои музмини бинӣ, дар 31,3% - балъум, дар 15,6% - ҳалқум ҷой дорад.

Тағйиротҳои дистрофикии ковокии бинӣ, Т ва В – лимфотситопения ва камии фаготситоз ошқор карда шуданд. Баландшавии таркиби пероксидатсия, ҳусусан МДА ба қайд гирифта шудааст, ки чамъшавиаш боиси вайроншавии таркиби ҳуҷайравӣ мегардад.

Summary

THE INFLUENCE OF ECOLOGICAL SYSTEM ON DISEASES OF LOR-ORGANS

G.M. Beknazarova, M.D. Muhamedova

The state of upper respiratory ways in workers of different specialities was studied. The investigations showed that inspected workers had chronic diseases of nose (50,8%), pharynx (31,3%), larynx (15,6%). And dystrophical alterations of nasal cavity, T- and B-lymphocytopeny, decreasing of phagocytosis were observed. Increasing of peroxydation indexes, especisly MDA, wich being accumulated destroys the blood cytes.

ТЕРАПИЯ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕВЕНТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЯ ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ, ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Н.Х. Олимов

Республиканский клинический центр кардиологии

Актуальность проблемы. Учитывая, что внезапная кардиальная смерть (ВКС) – состояние, по существу, не оставляющее времени на раздумья из-за своей скоротечности, усилия всех исследователей данной проблемы направлены на разработку профилактических мероприятий. По понятным причинам невозможно проводить профилактику ВКС у всех без исключения больных с инфарктом миокарда (ИМ), так как в таком случае всем постинфарктным пациентам следовало бы устанавливать кардиовертер-дефибриллятор или, по крайней мере, проводить антиаритмическую терапию, которая, как известно, сама по себе может представлять определённую опасность. Поэтому в настоящее время в мире существует принцип, согласно которому из всей популяции больных во время и после инфаркта миокарда выделяют группу с наибольшим риском ВКС, в которой проводятся профилактические мероприятия [4,5,6]. Мы также использовали этот подход, но с некоторыми особенностями. Учитывая, что широкое использование кардиовертер-дефибриллятора в нашей стране - дело будущего, мы в основном использовали методы медикаментозной профилактики; превентивные мероприятия были дифференцированными и применялись не только у пациентов с высоким риском, но и у других групп больных с ИМ.

Цель исследования: изучение эффективности тромболитика-стрептокиназы для превентивного лечения нарушения экстракардиальной регуляции и внезапной смерти больных с инфарктом миокарда.

Материалы и методы исследования. В основу использованной диагностической методики была положена концепция стохастического гомеостаза [2,3], дающая физическое описание и холистическую трактовку нелинейных процессов в многокомпонентных иерархически-организованных динамических системах, к которым относится и система регуляции сердечного ритма. В норме объекты этого класса находятся в состоянии «самоорганизованной критичности» (СОК) [5], поддерживаемом медленными апериодическими вариациями параметров системы, имеющей фрактальную структуру определённого типа. В организации работы сердца эту функцию выполняют низкочастотные (НЧ) флюктуации кардиоинтервала, которые физиологически обусловлены влиянием центральных уровней экстракардиальной регуляции.

Базовым измеряемым параметром является длительность R-R интервала. Объектом анализа служит вариационный ряд значений R-R_i (i=1...n) и структура его флюктуаций. Для регистрации R-R интервалов проводилась 10 - минутная запись ЭКГ с наложением электродов по схеме 1 или 2 стандартного отведения у больных с острым инфарктом миокарда. Выделение последовательности R-R и последующую обработку данных проводили цифровым методом on line по специальной методике [2].

Фрактальная оценка (в) флюктуаций кардиоинтервала проводилась в диапазоне $4,0 \times 10^3 \dots 4,0 \times 10^1$ Гц (ультранизкие частоты). Спектр мощности исследуемого процесса на этих частотах описывает зависимость вида $1/f$, где f – частота флюктуаций, в- искомый

параметр. В норме, при максимальной устойчивости системы, величина $v = 1$ соответствует состоянию СОК. v - фрактальная оценка, характеризующая степень интеграции системных связей, формирующих экстракардиальную регуляцию (ЭКР) со стороны центральных отделов нервной системы. v является степенным показателем зависимости спектральной плотности мощности от частоты в диапазоне ультранизких частот (УНЧ): $S_{\text{УНЧ}} = 1/f^v$. Снижение v характеризует потерю устойчивости системы и является мерой дезинтеграции системных связей ЭКР. В норме $v = 0,95 \pm 0,12$ отн. ед. (динамический диапазон 0,7...1,3). Помимо v , вычисляли среднее значение R-R интервала, его стандартное отклонение dRR , отражающее тонус стохастической регуляции (выраженность аритмии), и относительные значения (%) спектра мощности S в указанном диапазоне ($S_{\text{нч}}$ – симпатическая и $S_{\text{вч}}$ – парасимпатическая мощность) [1].

Восстановление артериальной проходимости, предотвращение дальнейшего тромбообразования, в том числе и микротромбов, нарушающих тканевую кровоток, – одна из основных задач в лечении ОИМ. Все больные, поступившие в стационар, получили стандартное лечение ИМ по протоколу. Диагноз инфаркта миокарда выставлен на основании критериев ВОЗ. Общее количество больных 120, из них 80 мужчин и 40 женщин, средний возраст 62 ± 7 лет. Контрольную группу составили 45 больных, которые не получили в ходе лечения тромболитик – стрептокиназу.

В экспериментальных и клинических исследованиях показано, что в первые часы после возникновения инфаркта миокарда эффективная тромболитическая терапия существенно ограничивает размеры некроза миокарда, причём эффект тем больше, чем раньше начато лечение. В связи с этим по показаниям тромболитическая терапия проведена по стандартной схеме: первая болюсная доза в 500 000 МЕ, вводимая в течение 3-5 минут, с последующей капельной инфузией 1млн МЕ в течение 60 минут.

Результаты и их обсуждение. На фоне стандартной терапии по показаниям мы провели тромболитическую терапию у 62,5% ($n=75$) больных. При этом признаками восстановления коронарного кровотока и маркерами эффективного тромболитического клинически явились: исчезновение или существенное ослабление болевого синдрома, стабилизация гемодинамики при гипотонии, учащение и появление более сложных форм желудочковых аритмий. А также ЭКГ - оценки эффективности тромболитической терапии: динамики сегмента ST на ЭКГ, которые регистрировалась до и через три часа после начала введения стрептокиназы. При этом оценивались изменения ST либо в одном отведении с наибольшей элевацией, либо изменения суммарной элевации во всех отведениях, где она превышает 0,1 мV. Если элевация ST в одном отведении или суммарная элевация ST уменьшается через три часа от начала введения тромболитика более чем на 50%, то это свидетельствует о восстановлении коронарного кровотока в инфарктсвязанной артерии. Показатели индекса v (степень интеграции формирующих ЭКР со стороны ЦНС) и d (тонуса стохастической регуляции, выраженность аритмии) оставались относительно низкими ($v = 0,56 \pm 0,14$ и $d=34 \pm 12$), говорящими в пользу относительного сохранения степени интеграции ЭКР. В динамике наблюдения за этими больными выяснилось, что течение болезни протекало без существенных осложнений. Показатели v и d быстрее (в течение 7 – 10 суток) приближались к значениям контрольной группы, то есть относительно ближе к норме. Спектральная мощность в области $S_{\text{нч}}$ и $S_{\text{вч}}$ показала, что у этих больных в большинстве случаев преобладает умеренная симпатическая активация, а ИВБ в пределах нормы. Пользуясь представлениями теории СОК, это можно объяснить

сохранением некоторой иерархии системы связей ЭКР при умеренных отклонениях D_b , что отчасти поддерживает стохастическую регуляцию ЧСС и общую динамическую устойчивость сердечно-сосудистой системы. Такая характеристика спектральной мощности у больных показывает, что риск развития нарушения ЭКР и, в том числе, дисбаланс вегетативной нервной системы минимален. Из этого следует сделать вывод, что, возможно, на фоне эффективной тромболитической терапии регуляция интракардиальной иннервации, ЭКР её иерархическая структура сохранена. Летальность в этой группе больных не была зафиксирована.

Однако следует отметить, что у определённой группы больных (контрольной), несмотря на назначенное лечение, не удалось стабилизировать клиническое состояние, а также показатели спектральной мощности в области Унч, Снч, Свч, в и д ($v=0,11\pm 0,06$ и $d=8\pm 4$), что вызвало смерть 21 пациента. Это означает, что риск потери регуляторной устойчивости максимальный. Устойчивое сочетание параметров $v > 0$, $s > 0$ характеризует предельную степень риска летального исхода, глубокую структурно-функциональную несостоятельность системной самоорганизации, отсутствие фрактальной иерархии и стохастической регуляции. Действительно, клинические данные показывают, что для больных этой категории во время ОИМ были характерны симптомы как интракардиальных нарушений (признаки эффекта временной денервации сердца, $s \sim RR$ мин), так и выраженная дисрегуляция ЭКР ЧСС ($b \sim J$). Об этом свидетельствовали регуляторные механизмы вариации кардиоинтервала в области Унч, характерные для изменения режима гипофизарно-гипоталамического и лимбического уровней контроля ЧСС [7].

Заключение. Раннее использование стрептокиназы (1,5 млн. ЕД) нормализует степень интеграции экстракардиальной регуляции со стороны ЦНС (v) и variability сердечного ритма (d), тем самым обеспечивая нормализацию кардиального ритма, реологических свойств крови, повышая эффективность традиционной терапии, а также предупреждает развитие внезапной смерти у больных с инфарктом миокарда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баевский Р. М., Кириллов О.И., Клецкин С. З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. М.1984; С. 39-93
2. Музалевская Н. И., Урицкий В. М. Стохастические методы функциональной диагностики и коррекции в медицине. \ В кн.: Телемедицина. – СПб, 1998
3. Урицкий В.М., Музалевская Н.И. Фрактальные структуры и процессы в биологии (обзор) \ В кн.: Биомед. Информатика. – СПб, 1995.-С. 84-129
4. Akselrod S., Gordon D., Ubel F. A. et al. Power spectrum analysis of heart rate fluctuations: A quantitative probe of beat-to-beat cardiovascular control. \ Science 1981; 213 : 220 – 222
5. Bak P., Tang c., Wiesenfeld K. Self – organized criticality: an explanation if $1/f$ noise. \ Phys. Rew. Let. 1987. – V.59.-N 4 .-p.381-384
6. Malliani A., Lombardi F., Pagani M. Power spectral analysis of heart rate variability: a tool to explore neural regulatory mechanisms. Ibid: 1994; 68: 1-2
7. Singer D. H., Martin G.J., Magid N. et al. Low heart rate variability and sudden cardiac death. J. Electrocardiol 1988; 21: S46-S55

Хулоса

**АРЗЁБИИ САМАРАНОКИИ МУОЛАҶАИ ПРЕВЕНТИВИИ ИХТИЛОЛОТИ
ТАНЗИМИ ЭКСТРАКАРДИАЛӢ ВА ФАВТИ НОГАҶОНИИ БЕМОРОНИ
ГИРИФТОРИ САКТАИ МУШАКИ ДИЛ**

Н.Х. Олимов

Муаллиф муайян кардааст, ки эҳтимол дар заминаи муолаҷаи самарабахши тромболитикӣ беморони гирифтори сактаи мушаки дил танзими дохиликалбии асабгирӣ ва беруназқалбӣ бетағйир мемонад.

Истифодабарии саривактии стрептокиназа (1,5 млн. воҳид) дараҷаи интегратсияи танзими беруназқалбиро аз тарафи системаи марказии асаб (в) ва тағйирпазирии назми дилро (д) мӯътадил гардонида, ҳамчунин мӯътадилшавии назми дил, хусусиятҳои реологии хунро таъмин намуда, самаранокии табобати анъанавиро зиёд мекунад ва фавти ногаҳони беморони гирифтори сактаи дилро пешгирӣ менамояд.

Summary

**THE ESTIMATION OF EFFECT OF PREVENTIVE TREATMENT UNDER
DESTROYING OF EXTRACARDIAL REGULATION, SUDDEN DEATH IN
PATIENTS WITH MYOCARDIUM INFARCTION**

N.H. Olimov

The author observed that under effective thrombolitic therapy in patients with myocardium infarct hierarchical structure of the regulation of intracardial innervation and extracardial regulation was kept. Yearly use of streptokinase (1,5 mln ED) normalizes the degree of integration of extracardial regulation by CNS and variability of heart rhythm providing the normalization of cardiac rhythm, reological properties, increasing the effectivity of usual therapy, and prevents sudden death in the patients.

**ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ТРЁХДНЕВНОЙ
МАЛЯРИЕЙ**

Н.М. Ходжаева, А.К. Токмалаев, Н.А. Рахматов

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ;

Кафедра инфекционных болезней с курсом эпидемиологии РУДН, г. Москва

Актуальность. Малярия продолжает оставаться одной из актуальных проблем здравоохранения республики и всего Центральноазиатского региона в связи с неизменным уровнем заболеваемости, ростом бессимптомного паразитоносительства, особенно среди детей, сохраняющимися очагами заболевания, преимущественно в южных регионах страны (1,5).

Данная проблема представляет государственный интерес, о чём свидетельствует принятие Второй национальной программы по борьбе с малярией на 2006-2010 гг.

Известно, что *Plasmodium vivax* хотя и не является причиной летальных исходов, тем не менее причиняет огромный ущерб здоровью жителей эндемичных по малярии стран. Предполагается, что вне тропической Африки трёхдневной малярией ежегодно заболевают от 15 до 30 млн. жителей, которые страдают от истощающего здоровье воздействия болезни, временной потери трудоспособности, снижения и ухудшения качества жизни и экономических потерь, вызванных масштабом этой инфекции (2). Кроме того, в печени

Хулоса

**АРЗЁБИИ САМАРАНОКИИ МУОЛАҶАИ ПРЕВЕНТИВИИ ИХТИЛОЛОТИ
ТАНЗИМИ ЭКСТРАКАРДИАЛӢ ВА ФАВТИ НОГАҶОНИИ БЕМОРОНИ
ГИРИФТОРИ САКТАИ МУШАКИ ДИЛ**

Н.Х. Олимов

Муаллиф муайян кардааст, ки эҳтимол дар заминаи муолаҷаи самарабахши тромболитикӣ беморони гирифтори сактаи мушаки дил танзими дохиликалбии асабгирӣ ва беруназқалбӣ бетағйир мемонад.

Истифодабарии саривактии стрептокиназа (1,5 млн. воҳид) дараҷаи интегратсияи танзими беруназқалбиро аз тарафи системаи марказии асаб (в) ва тағйирпазирии назми дилро (д) мӯътадил гардонида, ҳамчунин мӯътадилшавии назми дил, хусусиятҳои реологии хунро таъмин намуда, самаранокии табобати анъанавиро зиёд мекунад ва фавти ногаҳони беморони гирифтори сактаи дилро пешгирӣ менамояд.

Summary

**THE ESTIMATION OF EFFECT OF PREVENTIVE TREATMENT UNDER
DESTROYING OF EXTRACARDIAL REGULATION, SUDDEN DEATH IN
PATIENTS WITH MYOCARDIUM INFARCTION**

N.H. Olimov

The author observed that under effective thrombolitic therapy in patients with myocardium infarct hierarchical structure of the regulation of intracardial innervation and extracardial regulation was kept. Yearly use of streptokinase (1,5 mln ED) normalizes the degree of integration of extracardial regulation by CNS and variability of heart rhythm providing the normalization of cardiac rhythm, reological properties, increasing the effectivity of usual therapy, and prevents sudden death in the patients.

**ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ТРЁХДНЕВНОЙ
МАЛЯРИЕЙ**

Н.М. Ходжаева, А.К. Токмалаев, Н.А. Рахматов

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ;

Кафедра инфекционных болезней с курсом эпидемиологии РУДН, г. Москва

Актуальность. Малярия продолжает оставаться одной из актуальных проблем здравоохранения республики и всего Центральноазиатского региона в связи с неизменным уровнем заболеваемости, ростом бессимптомного паразитоносительства, особенно среди детей, сохраняющимися очагами заболевания, преимущественно в южных регионах страны (1,5).

Данная проблема представляет государственный интерес, о чём свидетельствует принятие Второй национальной программы по борьбе с малярией на 2006-2010 гг.

Известно, что *Plasmodium vivax* хотя и не является причиной летальных исходов, тем не менее причиняет огромный ущерб здоровью жителей эндемичных по малярии стран. Предполагается, что вне тропической Африки трёхдневной малярией ежегодно заболевают от 15 до 30 млн. жителей, которые страдают от истощающего здоровье воздействия болезни, временной потери трудоспособности, снижения и ухудшения качества жизни и экономических потерь, вызванных масштабом этой инфекции (2). Кроме того, в печени

больного длительно сохраняются гипнозоиты, способные вызвать повторы паразитемии через много месяцев после заражения больного, что ведёт к длительному течению болезни (2, 3).

Все патологические реакции при малярии как кровяной инфекции, прямо или косвенно связаны с паразитированием бесполок стадий плазмодиев в эритроцитах и разрушением последних. Инфицированные плазмодиями эритроциты вызывают изменения эндотелия сосудов, нарушения микроциркуляции, развитие органических поражений и системных осложнений на фоне анемии, тканевой и органической гипоксии и повышенной продукции цитокинов. Эти негативные процессы наиболее выражено проявляются в случае поражения эритроцитов *P. falciparum* (2, 3).

Несмотря на достигнутые успехи в изучении патогенеза, диагностики и лечении малярии, отдельные вопросы патогенеза остаются нерешёнными; к ним, в частности, которым следует отнести состояние системы гемостаза. В литературе имеются противоречивые данные о развитии у больных феномена гипокоагуляции или гиперкоагуляции (2,4). Имеются данные о крайней степени нарушений в системе гемостаза с развитием диссеминированного внутрисосудистого свёртывания (ДВС-синдрома), которое может явиться непосредственной причиной органических поражений и летальных исходов у больных со злокачественной формой тропической малярии (4). Маеграйт (1984, 1998) рассматривает диссеминированную внутрисосудистую коагуляцию при малярии не как основной патологический процесс, а как следствие развития паразитарных тромбов и нарушения биохимизма крови (3, 4). Изменению показателей периферической крови при малярии уделяется большое внимание, учитывая особенности генеза развития паразита в её эритроцитах. Но в то же время остаётся практически неизученным характер изменений гемостаза у больных с различными формами тяжести в зависимости от периода болезни, т.е. в динамике.

Целью настоящей работы являлась оценка состояния периферической крови и гемостаза у больных трёхдневной малярией в зависимости от тяжести процесса и периода болезни для обоснования адекватной патогенетической терапии.

Материалы и методы исследования. Нами были проведены исследования общеклинического анализа крови 545 больных трёхдневной малярией. Забор крови проводился в момент поступления в стационар и соответствовал, как правило, 3-5 дню от начала болезни.

Пациенты преимущественно поступали в первую неделю болезни, а 48,7 % - в первые три дня; паразитемия была невысокой - от 45 до 3560 паразитов в 1 мкл крови.

Для уточнения характера и степени гемокоагуляционных нарушений было проведено комплексное лабораторное обследование, включающее следующие показатели: время рекальцификации плазмы, концентрация фибриногена крови, тромбиновое и протромбиновое время, толерантность плазмы к гепарину, тромботест, фибринолитическая активность крови, количество тромбоцитов по общепринятым методикам.

Комплексное исследование состояния гемостаза с использованием всех указанных показателей проводилось больным только с клиническими проявлениями болезни в динамике: в остром периоде - до лечения и после приёма делагила; затем через 6-7 дней после начатого лечения примахином (период ранней реконвалесценции); перед выпиской домой на 13-14 день лечения примахином (период поздней реконвалесценции).

Исследование гемостаза проведено 126 больным в возрасте от 1 года до 14 лет. Из 126 детей в остром периоде обследовано 78 человек, в периоде ранней реконвалесценции – 108, перед выпиской домой (поздняя реконвалесценция) – 50 детей.

Результаты и их обсуждение. Показатели периферической крови у больных трёхдневной малярией (табл.1) характеризовались преимущественно анемией (снижением числа эритроцитов и гемоглобина), ретикулоцитозом, лейкопенией, эозинопенией, относительным лимфо- и моноцитозом, повышением СОЭ. У отдельных больных (39,1%) выявлялся лейкоцитоз с нейтрофилёзом, эозинофилия.

Таблица 1

Состояние периферической крови в зависимости от степени тяжести трёхдневной малярии

Показатель крови	Статист. показатели	Степень тяжести заболевания			Всего:	Рецидив
		Лёгкая	Средняя	Тяжёлая		
		1	2	3		4
Гемоглобин	M	120,61	112,36	90,6	94,78	98,6
	m	1,2	2,2	1,8	1,3	2,4
	p	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001
Эритроциты x 10 ¹² /л	M	3,9	3,91	3,1	3,38	3,98
	m	1,3	1,5	1,2	1,4	1,3
	p	>0,05	<0,02	<0,02		>0,05
Цветной показатель	M	0,92	0,89	0,81	0,84	0,86
	m	0,02	0,03	0,06	0,02	0,04
	p	>0,05	>0,02	<0,02		>0,05
Лейкоциты	M	8,2	5,6	4,8	5,22	5,1
	m	0,39	0,2	0,37	1,1	1,1
	p	<0,001	<0,02	<0,001		>0,05
Эозинофилы	M	2,31	2,01	0,89	1,34	2,9
	m	0,02	0,03	0,07	0,05	0,3
	p	>0,05	<0,001	<0,001		<0,001
Палочкоядерные	M	2,1	4,2	5,7	3,4	4,0
	m	1,2	1,3	1,8	1,4	1,2
	p	<0,05	<0,05	<0,05		>0,05
Сегментоядерные	M	64	62,8	61,92	62,3	60,7
	m	1,2	1,4	1,02	1,4	1,2
	p	>0,05	>0,05	<0,05		>0,05
Лимфоциты	M	24,68	25,44	28,6	26,8	26,2
	m	2,3	1,8	1,4	1,2	1,3
	p	<0,05	<0,02	<0,05		>0,05
Моноциты	M	5,24	5,86	7,89	6,22	6,1
	m	0,2	0,22	0,04	0,3	0,3
	p	>0,05	<0,05	<0,05		>0,05
СОЭ	M	8,28	12,64	20,3	14,56	15,34
	m	1,1	1,2	1,6	1,5	1,8
	p	<0,001	<0,001	<0,001		>0,05
Количество больных	n	287	200	58	545	24

ПРИМЕЧАНИЕ: p₁ – сравнение показателей лёгкой и среднетяжёлой формы;
 p₂ – сравнение показателей среднетяжёлой и тяжёлой формы;
 p₃ – сравнение показателей лёгкой и тяжёлой формы;
 p₄ – сравнение показателей рецидивирующей формы и основной волны болезни

Выявлены достоверные различия между показателями периферической крови у больных трёхдневной малярией в зависимости от формы тяжести, а при рецидиве основной волны болезни различия не установлены.

У 16 больных тяжёлой формой трёхдневной малярии и 28 больных среднетяжёлой формой исследовали показатель гематокрита. Показатель гематокрита использовали для дополнительного суждения о степени анемии и гемоконцентрационных сдвигов. При анемии наблюдалось его снижение. У практически здоровых детей ($n=30$) гематокрит венозной крови соответствовал $38,4 \pm 3,5\%$.

У больных тяжёлой формой трёхдневной малярии снижение гематокрита отмечалось у 13 из 16 обследованных. У этой категории больных он составил $30,18 \pm 2,8\%$, $p < 0,05$. В это же время средний показатель гемоглобина и эритроцитов периферической крови был достоверно ниже нормы.

У больных средней тяжести изменения гематокрита регистрировались у 1/3 обследованных (у 9 из 28), и его уровень соответствовал $34,6 \pm 3,2\%$. Однако, снижение уровня гематокрита у этих больных по сравнению с тяжёлой формой оказалось недостоверным.

Таким образом, для суждения о степени выраженности гемоконцентрационных сдвигов и анемии у больных малярией, независимо от формы её тяжести, целесообразно проводить в динамике заболевания исследование гематокрита.

Комплексное исследование показателей свёртывающей системы крови и её фибринолитической активности показало, что у больных трёхдневной малярией, обследованных в остром периоде болезни до лечения, отмечаются изменения системы гемостаза. Эти изменения характеризуются угнетением процесса свёртывания и активацией фибринолиза. Так, на основании исследования коагулограммы было установлено статистически достоверное по сравнению с контрольной группой увеличение времени рекальцификации плазмы ($208,96 \pm 12,0$ сек, $p < 0,01$), толерантности плазмы к гепарину ($7,27 \pm 0,24$ мин, $p < 0,005$), времени свёртывания крови ($3,4 \pm 0,15$ мин, $p < 0,01$), тромбинового времени ($28,8 \pm 2,3$ мин, $p < 0,01$). Отмечалось также снижение значения тромботеста у большинства больных до I – III степени. Наряду с этим было обнаружено уменьшение общего количества тромбоцитов ($2,08 \pm 0,1 \times 10^9$ л, $p < 0,001$). У большинства обследованных отмечалось снижение протромбинового индекса ($76,5 \pm 7,04\%$, $p < 0,01$) и уменьшение концентрации фибриногена крови ($10,78 \pm 1,0$ г/л, $p < 0,001$). Фибринолитическая активность крови в этот период болезни значительно повышалась ($36,68 \pm 3,9\%$, $p < 0,01$).

При исследовании коагуляционной активности крови на фоне лечения далагиллом (в периоде апирексии) показатели многих биохимических тестов сохраняли свою гипокоагуляционную направленность. Это подтверждалось достоверным увеличением средних величин времени рекальцификации плазмы ($190,2 \pm 12,58$ сек, $p < 0,001$), толерантности плазмы к гепарину ($9,26 \pm 2,1$ мин, $p < 0,01$). Остались повышенными тромбиновое время ($26,9 \pm 2,6$ сек, $p < 0,05$) и время свёртывания крови ($3,12 \pm 0,15$ мин, $p < 0,01$). У большинства больных сохранялся сдвиг значения тромботеста в сторону гипокоагуляции (I - III степень). Достоверных различий в показателях фибринолитической активности крови в этот период болезни не выявлено ($37,98 \pm 7,9\%$, $p > 0,05$). Наряду с активацией фибринолиза общее количество тромбоцитов в периферической крови ($2,68 \pm 0,12 \times 10^9$ л, $p < 0,001$) было уменьшено. Статистически достоверной оставалась уменьшенная активность факторов протромбинового комплекса ($86,8 \pm 7,46\%$, $p < 0,05$).

Нами установлено, что изменение факторов коагуляции выражено в разной степени в зависимости от тяжести болезни. При среднетяжёлом течении малярии по сравнению с лёгким отмечалось более выраженное усиление фибринолитической активности крови (на 10,2%), более значительное снижение числа тромбоцитов (на 5,1%) и протромбина крови (на 7,8%). На 12,6% был повышен показатель времени рекальцификации плазмы и на 1,7% - толерантность плазмы к гепарину.

Таким образом, в остром периоде болезни у большинства больных трёхдневной малярией выявленные изменения коагулирующих факторов свидетельствуют о преобладании гипокоагуляционных сдвигов в свёртывающей системе крови и активации фибринолиза. Вместе с тем отмечалась значительная тромбоцитопения, у некоторых больных развивалось потребление факторов свёртывания, что приводило к гипофибриногемии, гипопротромбинемии. Эти данные можно рассматривать как показатель развития у больных в остром периоде диссеминированной внутрисосудистой коагуляции крови, в основном, второй фазы.

При анализе коагулограмм у больных, обследованных в периоде ранней реконвалесценции, существенной динамики показателей свёртывающей системы крови не наблюдалось. У пациентов сохранялись гипокоагуляционные изменения, мало отличавшиеся от обнаруженных в остром периоде болезни, и имели место те же закономерности, связанные с тяжестью течения болезни.

У больных с трёхдневной малярией, обследованных в периоде поздней реконвалесценции, восстановилось до нормы большинство показателей. Вместе с тем при среднетяжёлом и тяжёлом течении остались достоверные гипокоагуляционные изменения показателей фибринолитической и протромбиновой активности крови. Всё это свидетельствует об отставании скорости восстановления этих показателей и сохранении у некоторых больных к моменту выписки из стационара гипокоагуляционных изменений крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранова А.М. – Малярия: возврат через 40 лет после ликвидации// Ж. «Качество жизни. Медицина», М., 2005, № 1(8), С.51 – 57
2. Лобан К. М. - Состояние гемостаза у больных завозной малярией, Ж. «Клиническая Медицина». 1988, №11. С. 110-114
3. Лысенко А.Я., Кондрашин А.В., М.Н.Ежов – Маляриология // Копенгаген, 2003
4. Половинкина Н.А. – Состояние свёртывающей системы крови у больных малярией (по данным тромбоэластограммы) – В сб.: Материалы Второго всероссийского съезда инфекционистов, 1983, С. 348-349
5. Попов А.Ф., Токмалаев А.К, Никифоров Н.Д. – Малярия // М., 2004

Хулоса

ТАВСИФИ ИХТИЛОЛОТИ БАЪЗЕ НИШОНДИҲАНДАҲОИ ХУНИ КАНОРӢ ВА ҲЕМОСТАЗ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ВАРАЧАӢ СЕРӢЗА

Н.М. Хочаева, А.К. Токмалаев, Н.А. Раҳматов

Дар мақолаи мазкур натиҷаҳои тадқиқоти хуни канорӣ ва системаи ҳемостаз дар 126 нафар беморони гирифтори вараҷаи серӯза дар мавриди шаклҳои гуногуни вазнинӣ ва давраҳои мухталифи беморӣ инъикос ёфтаанд. Тағйиротҳои назарраси системаи лахташавии хун, ки тамоюли гипокоагулясионӣ ва фаъолнокшавии фибринолиз дар авҷи беморӣ ва давраи ибтидоии реконвалесценсия доштанд, ошкор карда шудаанд.

Инчунин қафомонии суръати барқароршавии нишондиҳандаҳои таҳқиқшаванда ва нигоҳдории онҳо дар давраи реконволесценсияи интиҳойи нишон дода шудааст.

Summary

CHARACTERISTIC OF ALTERATIONS OF SOME INDEXES OF PERIPHERIAL BLOOD AND HEMOSTASE IN PATIENTS WITH MALARIA OF THREE DAYS

N.M. Hojaeva, A.K. Tokmalaev, N.A. Rahmatov

In the article the results of investigation of peripheral blood and hemostase system in 126 patients with malaria of three days at different forms and periods of disease were observed. Important alterations of blood coagulation system with had hypocoagulation indirection and phybrinolysis activation at pick of disease and yearly reconvalescence were showed. The increasing the speed of restoration of the indexes and keeping at period of reconvalescence were given.



**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА
ПОТЕРПЕВШИХ С ТРАВМАМИ ГЛАЗА**

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

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

Современный этап развития общества характеризуется существенным увеличением числа природных и промышленных аварий (катастроф), а также локальных военных конфликтов, приводящих к тяжёлым последствиям и, в первую очередь, к появлению большого числа раненых и поражённых [5]. Кроме того, в структуре общей заболеваемости населения России травмы занимают третье место, а среди лиц молодого возраста - второе. Среди общего числа пострадавших значительную долю занимают поражённые офтальмологического профиля. По данным отечественной и зарубежной литературы доля поражений органа зрения в общей структуре травматических поражений может быть значительной и составлять от 2% до 15% от общего числа травм [5, 7]. Травматизм органа зрения – одна из ведущих медико-социальных проблем, приводящая к слепоте и потере глаза как органа. Травмы органа зрения чаще встречаются в молодом, наиболее трудоспособном возрасте, являясь одной из причин слепоты и инвалидности, что значительно увеличивает социальную значимость данной проблемы. Так, например, анализ инвалидности вследствие повреждения органа зрения по материалам специализированного Бюро медико-социальной экспертизы при глазных заболеваниях г. Санкт-Петербурга показал, что за 10 лет (1991-2001гг.) удельный вес инвалидов в возрасте до 29 лет составил 42,5%, от 30 до 44лет -26,5%, от 45 лет и до пенсионного возраста – 13,9%, старше 60 лет – 17,1%. Результаты анализа групповой структуры инвалидности по этим же материалам показали, что повреждения органа зрения являются источником тяжёлых последствий, приводящих к стойкой утрате зрительных функций [10].

Среди многообразия вариантов повреждения органа зрения, возникающих при катастрофах, стихийных бедствиях и во время военных действий, наиболее неблагоприятный исход имеет механическая травма глаза, составляющая от 4,5 до 7% всех видов травм. Одно из первых мест принадлежит контузии глаза – 10,6%-64%,

Инчунин қафомонии суръати барқароршавии нишондиҳандаҳои таҳқиқшаванда ва нигоҳдории онҳо дар давраи реконволесценсияи интиҳойи нишон дода шудааст.

Summary

CHARACTERISTIC OF ALTERATIONS OF SOME INDEXES OF PERIPHERIAL BLOOD AND HEMOSTASE IN PATIENTS WITH MALARIA OF THREE DAYS

N.M. Hojaeva, A.K. Tokmalaev, N.A. Rahmatov

In the article the results of investigation of peripheral blood and hemostase system in 126 patients with malaria of three days at different forms and periods of disease were observed. Important alterations of blood coagulation system with had hypocoagulation indirection and phybrinolysis activation at pick of disease and yearly reconvalescence were showed. The increasing the speed of restoration of the indexes and keeping at period of reconvalescence were given.

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА
ПОТЕРПЕВШИХ С ТРАВМАМИ ГЛАЗА**

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

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

Современный этап развития общества характеризуется существенным увеличением числа природных и промышленных аварий (катастроф), а также локальных военных конфликтов, приводящих к тяжёлым последствиям и, в первую очередь, к появлению большого числа раненых и поражённых [5]. Кроме того, в структуре общей заболеваемости населения России травмы занимают третье место, а среди лиц молодого возраста - второе. Среди общего числа пострадавших значительную долю занимают поражённые офтальмологического профиля. По данным отечественной и зарубежной литературы доля поражений органа зрения в общей структуре травматических поражений может быть значительной и составлять от 2% до 15% от общего числа травм [5, 7]. Травматизм органа зрения – одна из ведущих медико-социальных проблем, приводящая к слепоте и потере глаза как органа. Травмы органа зрения чаще встречаются в молодом, наиболее трудоспособном возрасте, являясь одной из причин слепоты и инвалидности, что значительно увеличивает социальную значимость данной проблемы. Так, например, анализ инвалидности вследствие повреждения органа зрения по материалам специализированного Бюро медико-социальной экспертизы при глазных заболеваниях г. Санкт-Петербурга показал, что за 10 лет (1991-2001гг.) удельный вес инвалидов в возрасте до 29 лет составил 42,5%, от 30 до 44лет -26,5%, от 45 лет и до пенсионного возраста – 13,9%, старше 60 лет – 17,1%. Результаты анализа групповой структуры инвалидности по этим же материалам показали, что повреждения органа зрения являются источником тяжёлых последствий, приводящих к стойкой утрате зрительных функций [10].

Среди многообразия вариантов повреждения органа зрения, возникающих при катастрофах, стихийных бедствиях и во время военных действий, наиболее неблагоприятный исход имеет механическая травма глаза, составляющая от 4,5 до 7% всех видов травм. Одно из первых мест принадлежит контузии глаза – 10,6%-64%,

приводящей в 23,8% - 42,9% наблюдений к первичной инвалидизации по зрению [5,6,7,10]. В структуре детского травматизма также одно из ведущих мест принадлежит контузиям органа зрения, а их удельный вес достигает в настоящее время 45,3%-51,2% и имеет тенденцию к повышению. Контузионные повреждения в детском возрасте характеризуются полиморфизмом клинических проявлений и тяжестью течения травматической болезни. Так у 40,5% детей с тяжёлой контузией глазного яблока прогноз функционального исхода сомнительный, а в 12,6%- 24,8% завершается слепотой повреждённого глаза [6].

Большинство травм глаза является следствием противоправных и уголовно-наказуемых действий, подлежащих обязательному расследованию с оценкой причинённого вреда здоровью. В ряде случаев при повреждениях органов чувств, в частности, органа зрения, судебно-медицинские эксперты сталкиваются с вопросами, требующими для своего решения специальных познаний в области смежных дисциплин. Однако анализ экспертной практики показывает, что оценка механизма, давности повреждений и т.д. органа зрения у пострадавших нередко проводится экспертами единолично, без полного учёта данных медицинской документации, что не только снижает объективность экспертных выводов, но нередко ведёт к экспертным ошибкам, в том числе и при определении степени тяжести вреда здоровью.

На наш взгляд, при проведении судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести вреда здоровью, именно в случаях повреждения органа зрения особое значение приобретает анализ представленной медицинской документации.

В.В. Альшевский в своём научном исследовании указывает на то, что все сведения, содержащиеся в медицинском документе, применительно к уголовному судопроизводству представляют собой письменные свидетельства очевидцев, в роли которых выступают медицинские работники, оказавшие помощь пострадавшему [2]. Исследование медицинского документа, являющегося в данном случае доказательством, должно включать в себя проверку содержащихся в нём сведений и оценку их с позиций относимости к предмету экспертизы, допустимости к использованию в экспертном заключении, достоверности и достаточности для ответов на поставленные вопросы. Исследование сведений, содержащихся в медицинском документе, начинается с проверки. Проверка содержащихся в медицинском документе сведений состоит в сопоставлении данных физикального, лабораторного и инструментального исследований по дням, за весь период нахождения пациента под медицинским наблюдением, с описанными в специальной медицинской литературе признаками и общими закономерностями развития диагностированной патологии, а также с результатами осмотра и (или) обследования, свидетельствуемого в ходе проведения экспертизы.

Оценка сведений, содержащихся в медицинском документе, с позиции *относимости* заключается в том, чтобы выявить и исключить из дальнейшего анализа данные, не отражающие проявлений того патологического процесса, который является предметом экспертного исследования.

Ведь в большинстве случаев повреждения причиняются человеку, страдавшему каким-либо заболеванием или имеющему индивидуальные особенности организма, которые в свою очередь могут утяжелять степень тяжести вреда здоровью.

Вопросы экспертной оценки степени тяжести причинённого здоровью вреда в свете

взаимоотношений травмы и предшествовавшей ей патологии стали предметом особенно пристального изучения ещё с начала 60-х годов прошлого столетия, когда появился ряд работ, специально посвящённых этой проблеме. Большинство авторов, исходя из анализа причинной связи между телесным повреждением и расстройством здоровья, считают, что степень тяжести вреда здоровью по исходу во всех случаях должна определяться на основании расстройств здоровья, которые являются прямым результатом травмы. В то же время, П.Г. Арешев рекомендует экспертам дифференцировать исход и тяжесть травмы на последствия, закономерно обусловленные нанесённым повреждением, и на последствия, связанные с предшествующим заболеванием [3]. На практике не всегда легко выполнить такую дифференциацию. В этой связи, особое значение приобретает оценка медицинских документов, представленных в ходе проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени причинённого вреда здоровью, с позиции *достаточности*. Оценка сведений, содержащихся в медицинском документе и полученных в ходе дополнительного исследования, с позиции достаточности заключается в том, чтобы определить их полноту для формулировки выводов. Только своевременное и адекватное применение традиционных и современных инструментальных диагностических методов позволяет принять обоснованное и квалифицированное решение о тяжести причиненного вреда здоровью. Правильная оценка тяжести именно посттравматических изменений органа зрения возможна только в случае суммарной оценки данных: клинических, электрофизиологических, ангиографических исследований, т.к. они наиболее достоверно отражают степень поражения нейрорецепторного аппарата и определяют прогноз.

Анализ литературных источников показал, что течение и исход травмы глаза с предшествующими заболеваниями и аномалиями его развития, зависят от ряда условий, главными из которых являются сила травмы, её локализация и характер предшествующего болезненного процесса или аномалий оптической системы [1, 4, 6, 11].

Патологические процессы на глазном дне при травмах слагаются из 2-х компонентов, из которых первичным является непосредственное повреждение ткани травмирующим агентом. А вторичным – воспалительные и дегенеративные изменения, развивающиеся вследствие взаимодействия сложного комплекса причин, среди которых наибольшее значение имеют нарушения нормального кровообращения и недостаточность питания тканей. Эти вторичные процессы представляют собой доминирующий фактор в тех случаях, когда относительно небольшая травма вызывает развитие поздних изменений, влекущих за собой значительное снижение функций глаза. Посттравматические реактивные процессы отличаются длительным и упорным течением и, помимо очаговых нарушений, могут повлечь за собой глубокие нарушения в состоянии глаза, расстраивая регуляцию офтальмотонуса в сторону гипо- или гипертензии, изменяя условия кровообращения и питания тканей, тем самым резко отражаясь на остроте зрения. Поэтому сила и даже характер травмы далеко не всегда соответствуют глубине и протяжённости поражений, наблюдаемых в последующем на глазном дне. Отсюда вытекает необходимость большой осторожности при постановке прогноза в свежих случаях травмы. Естественно, что на исход травмы глаза, помимо тяжести самой травмы и вторичных дегенеративных изменений, могут влиять и воспалительные процессы инфекционного порядка в случаях инфицированных ранений или при активации дремлющей в глазу латентной инфекции. «Тупым повреждениям глаза присуща способность обострять существующие в глазу

болезненные процессы, вызывать рецидивы старых заглохших болезней, создавать в глазу местную локализацию дремлющих в организме хронических инфекций...» - пишет академик Авербах [1]. Ряд учёных, освещая этот вопрос с другой стороны, указывают, что заболевания глаза, снижая резистентность организма, отягощают заживление при травме глаза и могут приводить к тяжёлому исходу даже при относительно лёгких повреждениях.

Среди наиболее значимых сопутствующих заболеваний, оказывающих неблагоприятное влияние на исход травматического повреждения органа зрения, преимущественного утяжеляя его, следует выделить: сахарный диабет, артериальную гипер- и гипотензию, системные заболевания, атеросклеротическую болезнь, снижение иммунного статуса.

По данным различных авторов, у страдающих гипертонической болезнью глазное дно изменено в 50-95% случаев. [11]. Выраженность изменений глазного дна при данном виде патологии зависит от возраста больного, течения и характера болезни, сопутствующих заболеваний. Ранние изменения глазного дна со снижением зрительных функций наблюдаются и у детей со вторичной гипертонией. Среди школьников повышение артериального давления наблюдается у 10%, причём частота симптоматической гипертонии составляет 40% от общего числа больных с повышенным артериальным давлением. Повышенное артериальное давление является одним из этиологических факторов, способствующих развитию глаукомы. Также факторами риска развития глаукомы являются: возраст, наследственность, наличие болезни среди родственников, травмы глаз, диабет, регулярное использование кортикостероидов (особенно глазных капель), повышающих ВГД, курение. Отрицательную роль могут сыграть также очень сильная близорукость и дальнозоркость. Профессиональный риск заболевания имеется у музыкантов-духовиков. Учитывая незаметное развитие болезни, можно предполагать, что она есть у многих людей, даже не подозревающих об этом. После вырождения жёлтого пятна и катаракты глаукома - третья основная причина слепоты.

Сахарный диабет (СД) - тяжёлое заболевание, часто приводящее к инвалидности и смерти. Согласно данным ВОЗ, в настоящее время общее количество больных сахарным диабетом в мире превысило 100 млн. человек. У больных СД, по сравнению с нестрадающими диабетом лицами в 25 раз выше риск развития слепоты, причём у лиц среднего, наиболее социально значимого возраста. Судебно-медицинский эксперт должен учитывать, что большинство больных диабетом при длительности заболевания свыше 10 лет имеют те или иные признаки поражения сетчатки. Сахарный диабет вызывает целый ряд патологических изменений в области органа зрения, приводящих к развитию катаракты. Катаракта - это помутнение прозрачного хрусталика глаза, которое блокирует или искажает поступление света, вызывая потерю зрения [8,9, 11].

Изменения на глазном дне могут также быть у людей среднего и пожилого возраста в связи с постепенно развивающимся атеросклерозом, ухудшающим кровообращение глаза. Всё это увеличивает риск возникновения истончений и разрывов сетчатки, а следовательно, и отслойки. Об этом следует помнить эксперту, когда он вынужден устанавливать причинную связь необычного исхода, обусловленного не столько с телесным повреждением в клинко-анатомическом его смысле, сколько внешним насильственным воздействием, характер которого не может быть полностью определён на основании лишь обнаруженных у субъекта скудных морфологических данных. Нередко такое

насильственное воздействие, подчас весьма значительное, вообще не оставляет на теле потерпевшего каких-либо следов. В частности, в глазах, предрасположенных к отслойке сетчатки, например, при близорукости высокой степени, даже незначительные воздействия могут вызвать отслойку сетчатки вследствие её разрыва.

Таким образом, в каждом конкретном случае на течение посттравматического периода и конечные исходы оказывают в той или иной степени влияние: тяжесть самой травмы, комбинации различных изменений в тканях пораженного органа (поражения сосудистой системы глаза в целом, изменения офтальмотонуса, травматические изменения тканей, кровоизлияния в полости и ткани глаза, воспалительные изменения и т.д.), сроки обращения за медицинской помощью, правильность тактики ведения больных.

В каждом конкретном случае эксперт должен разобраться, чем обусловлен исход повреждения и является ли он непосредственным, т.е. прямым результатом самого повреждения, или возник в результате случайных, привходящих условий или индивидуальных особенностей организма. Поэтому является перспективным проведение эпидемиологического исследования, касающегося изучения частоты и степени развития предшествующих заболеваний и дефектов органа зрения у потерпевших, нозологических характеристик, их значение для течения и исхода указанных травм. Выявить факторы, влияющие на оценку тяжести причинённого вреда здоровью, и выделить наиболее значимые среди них. Данное исследование позволит разработать новые диагностические критерии экспертной оценки причинно-следственной связи патологических изменений в органе зрения, развивающихся после травмы, с исходами, и могут быть рекомендованы в работе судебно-экспертных учреждений вне зависимости от их ведомственной принадлежности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авербах М.И. Офтальмологические очерки.-М.-Л., 1940
2. Альшевский В.В. Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью в современном уголовном судопроизводстве. -Автореф. канд. дисс.,-Москва.-2005.-С.22
3. Аршев П.П. Проблема взаимоотношений травмы и патологии в судебной медицине/ Судебно-медицинские записки вып.4, Кишинёв, 1963
4. Ботезату Г,А. Оказывают ли влияние предшествующие заболевания, аномалии развития на оценку прободных ранений //в сб.: Судебно-медицинские записки.-Вып. №5 . - Кишинёв -1971.- С.58-61
5. Гундорова Р.А., Кашников В.В. Повреждение глаз в чрезвычайных ситуациях – Новосибирск, СО РАМН, 2002
6. Гундорова Р.А., Малаев А.А., Южаков А.М. Травмы глаза. - М.: Медицина, 1986
7. Добромыслов А.Н. Гигиенические основы поражения глаз // Офтальмология / Под ред. Е.И.Ковалевского. - М.: Медицина, 1995.- С.36
8. Имантаева М.Б., Степанова И.С. Диабетическая офтальмопатия (методическое пособие), Алматы, 2001
9. Ковалевский Е.И. Болезни глаз при общих заболеваниях у детей. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2003
10. Разумовская А.М., Кушнер А.Р., Нефёдова М.В. Уровни и причины инвалидности вследствие заболевания органа зрения//Министерство социального обеспечения РФ Сб. научных трудов.-Л.-Вып.1967,-1989,-С.29-31
11. Сомов Е.Е. Глазные болезни и травмы - СПб., С.-Петербургское мед. изд.- 2002

Хулоса
ЭКСПЕРТИЗАИ СУДЌИ-ТИББИИ ЧАБРДИДАГОН
БО ОСЕБИ ЧАШМ

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

Тахлили манобеи адабии дар мақола овардашуда, зарурияти такмили меъёрҳои арзёбии экспертии вазнинии зиён ба саломати роҳангоми садамаи узви босира дар асоси тахлили маҷмӯии муосири усулҳои эксперти, сарири ва олотии муоинаи чабрдидагони гурӯҳҳои гуногуни синну солӣ, бо зербемориҳои гуногун ва этиологоти системаи биноӣ исбот мекунад.

Summary

MEDICO-JUDICIAL EXAMINATION UNDER EYE TRAUMA

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

The analysis of literary date shows the necessity of improving examination criterion of estimation of health damage under eye traumas on base of complex analysis of contemporary examinational, clinical and instrumental methods of investigation of patients of different age groups, wich have different ground diseases of optic system.

СЕГМЕНТАРНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ
ПАРОДОНТА ПРИ ДЕРМАТОЗАХ

Ш.Б. Эгамова, П.Т. Зоиров, Г.Г. Ашуров, Х.Д. Усманова

Кафедры терапевтической стоматологии; дерматовенерологии

Актуальность. Ряд исследователей (1-3,5) патологию органов и тканей полости рта при системных заболеваниях считают важной проблемой не только стоматологии, но и всей медицины. По их мнению, появление заболеваний зубов и пародонта отражает общее поражение организма тем или иным системным заболеванием.

К сожалению, анализ влияния патологических процессов при дерматозах с аутоиммунным компонентом на состояние органов и тканей полости рта ещё недостаточно изучен. Имеющиеся на сегодняшний день единичные данные (4) носят в основном предварительный, описательный характер и нуждаются в дальнейшем уточнении и углублении.

Цель исследования: изучение состояния пародонта у лиц с кожной патологией и определение их потребности в различных видах пародонтологической помощи.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 118 больных с кожной патологией (66 мужчин и 52 женщин) в возрасте от 20 до 60 лет и старше. У 36 лиц основной группы (30,5%) диагностировали красный плоский лишай, у 32 (27,1%) - красную волчанку, у 28 (23,7%) - пузырчатку и у 22 (18,6%) - пемфигоиды. Обследованные были разделены по возрасту на 4 группы: 20-29 лет, 30-39, 40-49, 50 лет и старше. Контролем служили стоматологические пациенты аналогичных возрастных групп без каких-либо системных заболеваний. Больные находились на лечении в клинике кафедры кожных и венерических болезней Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино.

Патологические изменения в тканях пародонта регистрировали по методике ВОЗ (1998) с использованием индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта. Дополнительно

Хулоса
ЭКСПЕРТИЗАИ СУДЌИ-ТИББИИ ЧАБРДИДАГОН
БО ОСЕБИ ЧАШМ

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

Тахлили манобеи адабии дар мақола овардашуда, зарурияти такмили меъёрҳои арзёбии экспертии вазнинии зиён ба саломати роҳангоми садамаи узви босира дар асоси тахлили маҷмӯии муосири усулҳои эксперти, сарири ва олотии муоинаи чабрдидагони гурӯҳҳои гуногуни синну солӣ, бо зербемориҳои гуногун ва этиологоти системаи биноӣ исбот мекунад.

Summary

MEDICO-JUDICIAL EXAMINATION UNDER EYE TRAUMA

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

The analysis of literary date shows the necessity of improving examination criterion of estimation of health damage under eye traumas on base of complex analysis of contemporary examinational, clinical and instrumental methods of investigation of patients of different age groups, wich have different ground diseases of optic system.

СЕКМЕНТАРНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ
ПАРОДОНТА ПРИ ДЕРМАТОЗАХ

Ш.Б. Эгамова, П.Т. Зоиров, Г.Г. Ашуров, Х.Д. Усманова

Кафедры терапевтической стоматологии; дерматовенерологии

Актуальность. Ряд исследователей (1-3,5) патологию органов и тканей полости рта при системных заболеваниях считают важной проблемой не только стоматологии, но и всей медицины. По их мнению, появление заболеваний зубов и пародонта отражает общее поражение организма тем или иным системным заболеванием.

К сожалению, анализ влияния патологических процессов при дерматозах с аутоиммунным компонентом на состояние органов и тканей полости рта ещё недостаточно изучен. Имеющиеся на сегодняшний день единичные данные (4) носят в основном предварительный, описательный характер и нуждаются в дальнейшем уточнении и углублении.

Цель исследования: изучение состояния пародонта у лиц с кожной патологией и определение их потребности в различных видах пародонтологической помощи.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 118 больных с кожной патологией (66 мужчин и 52 женщин) в возрасте от 20 до 60 лет и старше. У 36 лиц основной группы (30,5%) диагностировали красный плоский лишай, у 32 (27,1%) - красную волчанку, у 28 (23,7%) - пузырчатку и у 22 (18,6%) - пемфигоиды. Обследованные были разделены по возрасту на 4 группы: 20-29 лет, 30-39, 40-49, 50 лет и старше. Контролем служили стоматологические пациенты аналогичных возрастных групп без каких-либо системных заболеваний. Больные находились на лечении в клинике кафедры кожных и венерических болезней Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино.

Патологические изменения в тканях пародонта регистрировали по методике ВОЗ (1998) с использованием индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта. Дополнительно

фиксируют наличие патологических изменений твёрдых тканей зубов, мягких тканей полости рта, аномалий зубов и прикуса. Определяли нуждаемость в проведении избирательного шлифования на тканях пародонта.

Используя индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта, состояние околозубных тканей в шести сегментах верхней и нижней челюстей обозначили кодом от 0 до 4 (0 – здоровый пародонт; 1 – кровоточивость дёсен при зондировании; 2 – наличие зубных отложений; 3 – пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм; 4 – пародонтальные карманы 6 мм и более).

Результаты и их обсуждение. На основании полученных данных определяли потребность обследованных лиц основной и контрольной группы в лечебно-профилактической пародонтологической помощи. В зависимости от стоматологического статуса была выделена группа, в которой выявлена кровоточивость и зубные отложения, пациентам этой группы контролируемые гигиенические мероприятия. Второй группе с наличием пародонтальных карманов глубиной 4-5 мм требовалось проведение профессиональной гигиены полости рта. При более глубоких пародонтальных карманах обследованные нуждались в комплексном лечении (консервативные, хирургические и ортопедические мероприятия) стоматологического характера.

Возрастная структура индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта свидетельствовала о более высоком уровне заболеваемости пародонта во всех возрастных подгруппах основной группы пациентов по сравнению с контрольной. Так, в 1-й возрастной подгруппе (20-29 лет) с каждой патологией лишь незначительная часть обследованных – $12,0 \pm 1,3\%$ имела здоровый пародонт, максимальное количество лиц с сегментарное поражение околозубных тканей обнаружено у ($88,0 \pm 8,2\%$). При этом количество обследованных лиц с кровоточивостью дёсен в среднем составило $11,4 \pm 1,4\%$, зубным камнем – $38,9 \pm 2,1\%$, с пародонтальными карманами глубиной 4-5 мм – $32,2 \pm 2,4\%$ и с карманами глубиной 6 мм и более – $5,4 \pm 1,3\%$. Вместе с тем, в контрольной группе число лиц со здоровым пародонтом составило $19,6 \pm 1,7\%$, распространённым патологическим процессом – $80,4 \pm 7,2\%$ и усреднёнными значениями обследованных с кровоточивостью и наличием зубного камня соответственно $37,2 \pm 3,0$ и $43,2 \pm 4,2\%$. В контрольной группе не были выявлены такие кодовые значения, как пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм, а также 6 мм и более. На одного обследованного приходилось 3,6 – 4,9 поражённых сегментов в основной и 2,2 – 3,7 – в контрольной группах.

У лиц основной группы в возрасте 30-39 лет здоровый пародонт обнаружен в $6,2 \pm 1,1\%$ случаев при $93,8 \pm 7,2\%$ поражения околозубных тканей, соответственно в контрольной группе эти показатели составили $14,8 \pm 1,4$ и $85,2 \pm 7,7\%$. Количество обследованных основной группы с кровоточивостью и наличием зубного камня составило соответственно $13,7 \pm 1,9$ и $40,1 \pm 3,0\%$. Если у лиц с каждой патологией сегментарное поражение в виде пародонтальных карманов с глубиной 4-5 и более 6 мм соответствовало усреднённым значениям $36,8 \pm 1,8$ и $3,2 \pm 0,5\%$, то в контрольной группе эти значения составили соответственно $28,1 \pm 2,2$ и $2,0 \pm 0,2\%$.

В возрасте 40-49 лет у лиц с каждой патологией вовсе не выявлены лица со здоровым пародонтом. Наиболее часто отмечались пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм ($41,4 \pm 2,2\%$) и более 6 мм ($15,2 \pm 1,6\%$). Сегментарное поражение околозубных тканей с кровоточивостью дёсен и наличием зубного камня составило соответственно $9,8 \pm 1,1$ и $33,6 \pm 2,5\%$. В контрольной группе обследованных патологические зубодёсневые карманы достоверно снизились до усреднённых значений $29,9 \pm 3,2$ и $7,7 \pm 1,1\%$, а количество лиц с

кровоточивостью дёсен и зубным камнем нарастало до $19,2 \pm 1,4$ и $43,2 \pm 2,5\%$.

В этой же основной группе пациентов среднее количество сегментов на одного обследованного выглядит следующим образом: лиц с кровоточивостью дёсен – $0,74 \pm 0,12$; наличием зубного камня – $1,2 \pm 0,14$; пародонтальными карманами глубиной 4-5мм - $3,12 \pm 0,17$ и соответствующими карманами глубиной 6 мм и более – $0,94 \pm 0,13$. У лиц контрольной группы аналогичное значение индекса нуждаемости в лечении болезней пародонта составило соответственно $1,2 \pm 0,15$, $3,1 \pm 0,19$, $1,5 \pm 0,17$ и $0,16 \pm 0,2$ при среднецифровом значении $0,04 \pm 0,01$ сегментов со здоровым пародонтом.

Среди обследованных лиц основной группы в возрасте 50 лет и старше распространённость и интенсивность патологических изменений околозубных тканей нарастали при одновременном уменьшении начальных признаков патологии. Так, количество обследованных лиц с пародонтальными карманами 4-5 мм и более 6 мм встречалось соответственно в $54,5 \pm 3,3$ и $39,2 \pm 2,5\%$ случаев, тогда как сегментарное поражение в виде кровоточивости дёсен и наличия зубного камня соответствовало $2,5 \pm 0,6$ и $3,8 \pm 1,1\%$. Проведённый сопоставительный анализ показал, что у лиц контрольной группы число пародонтальных карманов глубиной 4-5 мм и 6 мм было соответственно на $19,8 \pm 2,0$ и $25,5 \pm 2,1\%$ меньше, чем у лиц основной группы и у них наиболее часто отмечались начальные признаки патологии пародонта в виде кровоточивости дёсен и отложения зубного камня (соответственно $27,3 \pm 1,8$ и $27,4 \pm 1,6\%$).

Среди обследованных основной группы интенсивность патологических изменений околозубных тканей на одного обследованного в возрасте 50 лет и старше составляет $0,33 \pm 0,11$ сегментов с кровоточивостью дёсен, $0,64 \pm 0,19$ – с наличием зубного отложения, $4,1 \pm 0,25$ – с пародонтальными карманами глубиной 4-5 мм и $0,93 \pm 0,16$ сегментов с глубиной 6 мм и более. Сегментарное распределение исследуемых признаков патологии пародонта у лиц контрольной группы составило соответственно $0,57 \pm 0,13$, $1,58 \pm 0,20$, $3,3 \pm 0,22$ и $0,55 \pm 0,10$.

Как видно из полученных данных, структурное значение индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта в сравниваемых группах существенно отличалось, что свидетельствует о значительном влиянии кожной патологии на состояние околозубных тканей. Отмечена зависимость между показателями исследуемого индекса, характеризующими распространённость и интенсивность заболеваний пародонта.

Данные о среднем количестве поражённых сегментов имеют значение как для общей оценки состояния пародонта у обследованных, так и для определения объёма лечебной пародонтологической помощи. Установлено, что с возрастом увеличивается объём необходимых лечебных вмешательств на пародонте: при росте распространённости и интенсивности патологии с возрастом наблюдается уменьшение признаков начальных её проявлений. Одновременно увеличивается частота более выраженных деструктивных изменений. Так, у лиц основной группы начальные изменения в пародонте выявлены в $36,7 \pm 3,7\%$, пародонтит лёгкой степени – в $41,2 \pm 2,4\%$, тяжёлой – в $15,8 \pm 1,5\%$ против значений $63,1 \pm 4,9\%$, $19,5 \pm 1,9\%$ и $8,8 \pm 0,9\%$ соответствующих показателей в контрольной группе.

Таким образом, используя индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта, мы выявили высокую частоту поражений пародонта у лиц с кожной патологией и закономерное нарастание тяжести деструктивных изменений с возрастом. Применение данного индекса подтвердило его информативность для оценки состояния околозубных тканей и определения ориентировочной потребности обследованных в гигиенических мероприятиях и комплексном лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безрукова А.П. Эмбриогенетическая теория развития заболеваний пародонта // Пародонтология. -2000. -№ 4 (18). –С. 16-18
2. Борисова Е.Н., Чадеева М.В. Состояние полости рта у пожилых людей на фоне соматических заболеваний //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. -2000. - № 6. –С. 15-19
3. Воронин В.Ф. Обоснование основных направлений развития кариеологии с позиции системного подхода: Автореф. докт. дис. –М., 2000
4. Кирсанов А.И., Горбачёва И.А., Николаева Л.А. и др. Оценка состояния внутренних органов у больных пародонтитом //Стоматология. -1991. -№ 5. –С. 32-34
5. Кирсанов А.И., Горбачёва И.А. Механизм взаимосвязи патологии внутренних органов и пародонта //Пародонтология. -1999. -№ 1 (11). –С. 35-38

Хулоса

АРЗЁБИИ ҚИСМАТНОКИ ВАЪБИ БОФТАҲОИ ПАРАДОНТ ҲАНГОМИ ДЕРМАТОЗҲО

Ш.Б. Эгамова, П.Т. Зоиров, Г.Г. Ашӯров, Х.Д. Усмонова

Дар мақолаи мазкур натоиҷи мушоҳидаи 118 нафар беморони гирифтори бемориҳои пӯст таҳлил карда шудааст. Нишондиҳандаҳои индекси эҳтиҷмандӣ барои табобат ҳангоми бемориҳои парадонт аз сатҳи баланди беморшавӣ дар ҳамаи зергурӯҳҳои синну соли гурӯҳи асосии беморон дар муқоиса ба гурӯҳи назоратӣ шаҳодат медиҳад. Аҳамияти таркибии индекси эҳтиҷмандӣ дар табобати бемориҳои атрофи дандон дар гурӯҳҳои муқоисавӣ хеле фарқ мекунад, ки аз таъсири бузурги бемориҳои пӯст ба вазъи бофтаҳои назди дандонӣ гувоҳӣ медиҳад.

Summary

SEGMENTARY ESTIMATION OF PARODONT TISSUES UNDER DERMATOSIS

Sh.B. Egamova, P.T. Zoirov, G.G. Ashurov, H.D. Usmanova

In the article the results of investigation of 118 patients with skin pathology were analyzed. Age structure of index of need in treatment of parodont pathology showed high level of the pathology in all patients of base group on compare with the control. The index was very different in examined groups and showed important influence of skreen diseases on the state of peridental tissues.



СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ С УЧЁТОМ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ

К.М. Бухориев, Э.Р. Рахмонов, П.Т. Зоиров, З.Н. Мирзобоева

Кафедры дерматовенерологии; инфекционных болезней

Актуальность. Брюшной тиф на протяжении последнего десятилетия стал важной медицинской и социально-экономической проблемой республики Таджикистан. Брюшной тиф - это острое антропонозное заболевание инфекционной природы, характеризующееся лихорадкой, симптомами общей интоксикации, гепато-спленомегалией, часто сопровождается кожными эфлоресценциями и поражением лимфатического аппарата кишечника. Наряду с поражениями разных систем в процесс может быть вовлечена система гемостаза. Изучению состояния последнего в литературе отведено недостаточное внимание, особенно с учётом кожных проявлений (1- 3).

ЛИТЕРАТУРА

1. Безрукова А.П. Эмбриогенетическая теория развития заболеваний пародонта // Пародонтология. -2000. -№ 4 (18). –С. 16-18
2. Борисова Е.Н., Чадеева М.В. Состояние полости рта у пожилых людей на фоне соматических заболеваний //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. -2000. - № 6. –С. 15-19
3. Воронин В.Ф. Обоснование основных направлений развития кариеологии с позиции системного подхода: Автореф. докт. дис. –М., 2000
4. Кирсанов А.И., Горбачёва И.А., Николаева Л.А. и др. Оценка состояния внутренних органов у больных пародонтитом //Стоматология. -1991. -№ 5. –С. 32-34
5. Кирсанов А.И., Горбачёва И.А. Механизм взаимосвязи патологии внутренних органов и пародонта //Пародонтология. -1999. -№ 1 (11). –С. 35-38

Хулоса

АРЗЁБИИ ҚИСМАТНОКИ ВАЗЪИ БОФТАҲОИ ПАРАДОНТ ҲАНГОМИ ДЕРМАТОЗҲО

Ш.Б. Эгамова, П.Т. Зоиров, Г.Г. Ашӯров, Х.Д. Усмонова

Дар мақолаи мазкур натоиҷи мушоҳидаи 118 нафар беморони гирифтори бемориҳои пӯст таҳлил карда шудааст. Нишондиҳандаҳои индекси эҳтиҷмандӣ барои табобат ҳангоми бемориҳои парадонт аз сатҳи баланди беморшавӣ дар ҳамаи зергурӯҳҳои синну соли гурӯҳи асосии беморон дар муқоиса ба гурӯҳи назоратӣ шаҳодат медиҳад. Аҳамияти таркибии индекси эҳтиҷмандӣ дар табобати бемориҳои атрофи дандон дар гурӯҳҳои муқоисавӣ хеле фарқ мекунад, ки аз таъсири бузурги бемориҳои пӯст ба вазъи бофтаҳои назди дандонӣ гувоҳӣ медиҳад.

Summary

SEGMENTARY ESTIMATION OF PARODONT TISSUES UNDER DERMATOSIS

Sh.B. Egamova, P.T. Zoirov, G.G. Ashurov, H.D. Usmanova

In the article the results of investigation of 118 patients with skin pathology were analyzed. Age structure of index of need in treatment of parodont pathology showed high level of the pathology in all patients of base group on compare with the control. The index was very different in examined groups and showed important influence of skreen diseases on the state of peridental tissues.

СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ С УЧЁТОМ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ

К.М. Бухориев, Э.Р. Рахмонов, П.Т. Зоиров, З.Н. Мирзобоева

Кафедры дерматовенерологии; инфекционных болезней

Актуальность. Брюшной тиф на протяжении последнего десятилетия стал важной медицинской и социально-экономической проблемой республики Таджикистан. Брюшной тиф - это острое антропонозное заболевание инфекционной природы, характеризующееся лихорадкой, симптомами общей интоксикации, гепато-спленомегалией, часто сопровождается кожными эфлоресценциями и поражением лимфатического аппарата кишечника. Наряду с поражениями разных систем в процесс может быть вовлечена система гемостаза. Изучению состояния последнего в литературе отведено недостаточное внимание, особенно с учётом кожных проявлений (1- 3).

Имеются данные об изучении свёртывающей системы крови при брюшном тифе, в частности, при наличии осложнений заболевания, но в доступной нам литературе мы не нашли сведений о целенаправленном изучении системы гемокоагуляции при наличии кожных проявлений заболевания.

Цель исследования. Изучение состояния гемостаза у больных брюшным тифом с кожными проявлениями.

Материалы и методы исследования. Опытную группу составили 30 больных брюшным тифом с кожными проявлениями. Контрольную группу - 30 больных брюшным тифом без кожных проявлений. Пациенты находились под нашим наблюдением на базе городской клинической инфекционной больницы г. Душанбе.

В опытной группе мужчины составили 53,3% (16 больных), женщины - 46,7% (14 больных). Их возраст варьировал от 17 до 63 лет и в среднем составил $28,8 \pm 1,9$. Жителей сельской местности было 12 человек, городских - 18. У 15 больных (50 %) заболевание протекало в среднетяжёлой форме, а у остальных в тяжёлой форме.

При поступлении у 22 больных (73,3%) отмечали постепенное, у 8 больных (26,7%) – острое начало заболевания. Больные поступали в стационар в среднем на 6 – 7-й день болезни с жалобами на повышение температуры тела (100 %), головную боль (96,6 %), нарушение сна (86, 6%), снижение аппетита (93,3%), общую слабость и вялость.

При объективном осмотре больных отмечались симптомы общей интоксикации различной степени выраженности в виде лихорадки, головных болей, заторможенности, общей слабости, нарушения сна, снижения аппетита. Утолщение, сухость и обложенность языка наблюдались у 28 наблюдаемых. У 11 больных была отмечена гепатомегалия, у 4 больных - спленомегалия в сочетании с гепатомегалией.

Кожные проявления в основном располагались на коже туловища и живота и характеризовались наличием розеол у 25 больных (83,3 %) и петехии у 5 больных (16,7%). Среди 25 больных у 23 больных розеолозная сыпь локализовалась на коже живота и нижнего отдела грудной клетки. У 2 они располагались на коже боковой поверхности туловища. Количество их было скудным (2- 4 элемента). Геморагическая сыпь в виде петехии у 3 больных локализовалась на коже живота и боковых поверхностях туловища, а у 2 - только на коже живота.

У пациентов контрольной группы брюшной тиф протекал в лёгкой или средней форме тяжести.

У всех больных (опытной и контрольной групп) до лечения изучали следующие показатели системы гемостаза: протромбиновый индекс по Квику, фибриноген по Рутбергу- Петерсу, время рекальцификации плазмы по Полеру и тромботест.

Результаты и их обсуждение. Изученные показатели гемостаза у больных опытной группы в среднем составили: протромбиновый индекс – 98%, фибриноген -5,43 г/л, время рекальцификации – 112 сек, тромботест – III ст. У больных без кожных проявлений средние показатели свёртывающей системы крови составили: протромбиновый индекс – 91,7 %, фибриноген - 2,85 г/л, время рекальцификации 128 сек, тромботест III ст. (см. таблицу).

В норме у здоровых людей показатели гемостаза составляют: протромбиновый индекс - 94–100%, фибриноген - 2-4 г/л, время рекальцификации - 60–120 сек, тромботест III - IV ст.

Анализ полученных данных показал, что у больных брюшным тифом с кожными проявлениями отмечалось увеличение содержания фибриногена плазмы до 5,43 г/л, тогда как у остальных исследуемых показатели оставались в пределах нормы, так протромбиновый индекс был несколько ниже нормы – 91, 7%, а время рекальцификации плазмы было удлинено до 128 сек.

Таблица

Показатели гемостаза у больных брюшным тифом

Показатели коагулограммы	Нормальные показатели гемостаза	Опытная группа (с кожными проявлениями)	Контрольная группа (без кожных проявлений)
Протромбиновый индекс (%)	94 - 100	98	91,7
Фибриноген плазмы (г/л)	2 - 4	5,43	2,85
Время рекальцификации плазмы (сек)	60 - 120	112	128
Тромботест (ст)	III – IV ст.	III ст.	III ст.

Таким образом, состояние гемостаза при брюшном тифе с учётом кожных проявлений у обследованных больных показали, что они обусловлены недостаточностью сосудисто-тромбоцитарного звена, повышением патологической антикоагулянтной активности. Данные изменения являются причиной кожных эфлоресценций, степень выраженности которых зависит от тяжести эндотоксикоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вахидов А.В., Рахманов Э.Р., Шарипов А.Ф., Тохиров Н.Х. Состояние гемостаза у больных брюшным тифом, осложнённым острой кровопотерей. Материалы VIII научно-практической конференции ТИППМК, Душанбе, 2002, С. 83-87
2. Покровский В.И., Пак С.П., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология. М., 2004, С. 240-243
3. Рахманов Э.Р., Камардинов Х.К., Вахидов А.В. Клиника и состояние гемостаза у больных брюшным тифом. Материалы научно-практ. конф. ТГМУ, Душанбе, 2002, С. 140-141

Хулоса

ҲОЛАТИ ҲЕМОСТАЗ ҲАНГОМИ БЕМОРИИ ДОМАНА
БО НАЗАРДОШТИ ЗУҲУРОТИ ПЎСТӢ

К.М. Бухориев, Э.Р. Раҳмонов, П.Т. Зоиров, З.Н. Мирзобоева

Дар мақола ҳолати ҳемостази дар беморони гирифтори домана бо зуҳуроти пӯстӣ ва бидуни он мавриди таҳлил қарор гирифтааст.

Тағйироти ҳолати ҳемостази хангоми домана бо назардошти зуҳуроти пӯстӣ дар беморони муоинагардида маълум намуд, ки он аз норасоии ҳалқаи шараёнӣ-тромбоситӣ ва баландшавии ихтилолии фаъолнокии антикоагулянтӣ вобастааст.

Ин тағйиротҳо сабаби эфлорестенсияи пӯст мегарданд, ки дараҷаи возеҳии онҳо аз вазнинии эндотоксикоз вобастааст.

Summary

HEMOSTASE STATE UNDER THYPHOID FEVER

K.M. Buhoriev, E.R. Rahmanov, P.T. Zoirov, Z.N. Mirzoboeva

In the article the hemostase state in patients with thyphoid and dermatic symptoms or without it was analized. The hemostase indexes showed that dermatic symptoms under thyphoid fever were caused by insufficiency of vessel-thrombocyterial link, increasing of pathological anticoagulation activity. The alterations are the cause of skeen eflorescentions, the degree of wich from severety of endotoxicose is dependent.

ИНЪЕКЦИОННОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ И МЕРЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ СО СТОРОНЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

М.Н. Малахов

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гулямова

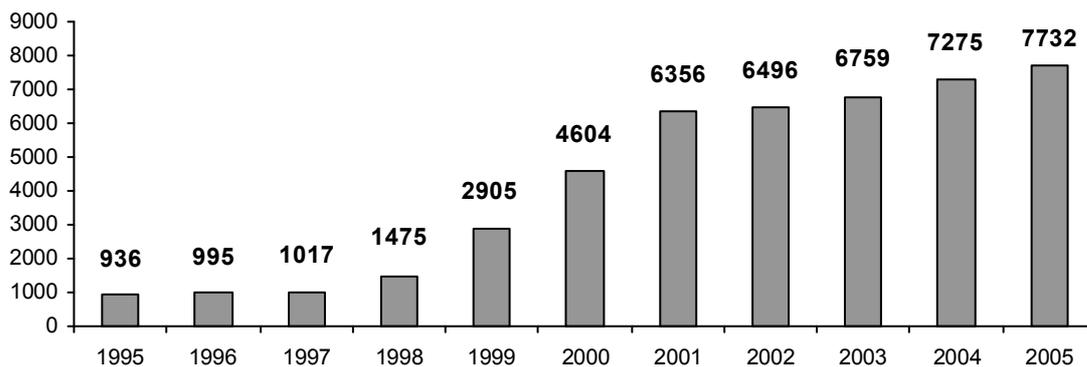
Введение. Основным фактором, характеризующим наркологическую ситуацию в Республике Таджикистан как сложную и социально-опасную, является беспрецедентный рост числа героиновых наркозависимых. До 1997 года проблема героиновой наркомании в Республике Таджикистан не была актуальной, традиционно в республике потреблялся гашиш и опий. В 1997 году были выявлены первые 57 случаев заболевания героиновой наркоманией в Республиканском клиническом центре наркологии. На 01.01.2007г. в Республике Таджикистан официально состояло на учёте 7840 наркозависимых, из них 4125 официально зарегистрировано в г. Душанбе. Данные о состоящих на учёте больных наркоманией отражают лишь число добровольно обратившихся за наркологической помощью и не дают реальную картину. По экспертной оценке (3), в настоящее время число лиц, обратившихся за помощью, соотносится с истинным числом больных наркоманией как один к шести, десяти. Оценочное количество наркопотребителей в Таджикистане составило от 45000 до 60000.

Цель исследования: разработка мер со стороны наркологической службы по противодействию распространения инфекций, передающейся через кровь.

Материалы и методы исследования. На диаграмме №1 представлена динамика роста контингента больных наркоманией по данным официального учёта за период 1995-2005 гг. по Республике Таджикистан.

Диаграмма №1

Динамика роста контингента больных наркоманией за 1995-2005 годы (человек) по Республике Таджикистан в абсолютных цифрах



Анализ потребляемых наркотических средств в Республике Таджикистан за 2006 год показывает, что из общего числа состоящих на учёте больных наркоманией 80,9% потребляют героин, 7,2% - гашишной, 8,8% - опий, 3,1% - несколько наркотиков. В наркологические учреждения обращаются в основном инъекционные потребители наркотических средств, лица со сформировавшейся наркозависимостью и вредными для здоровья последствиями, по сути все являющиеся проблемными потребителями наркотических средств.

С 2001 года отмечается резкое возрастание числа больных, употребляющих наркотики инъекционным путём, уже в 2005 году их стало 4478 человек, что составляет 57,9% от

общего числа больных наркоманией. По оценочным данным, свыше 15% наркопотребителей пользуются для инъекций одним шприцем. Таким образом формируется основной путь передачи ВИЧ/СПИДа. Из общего числа инъекционных наркоманов мужчины составляют 97%. Практически все наркопотребители практикуют незащищённый секс, что создаёт дополнительную возможность распространения ВИЧ-инфекции половым путём. По оценкам экспертов, в случае возникновения очага ВИЧ-инфекции среди инъекционных наркопотребителей, количество инфицированных только в городе Душанбе составит свыше 2000 человек в течение года.

Таблица 1

Год	Больные наркоманией, состоящие на диспансерном учёте в РТ	Инъекционные наркопотребители	
		Абсолютное число	% содержание
2000	4604	1419	30,8
2001	6356	2193	34,5
2002	6496	2334	35,9
2003	6759	2420	35,8
2004	7275	3564	49,0
2005	7732	4478	57,9
2006	7840	4693	59,9

Результаты и их обсуждение. На основании вышеизложенного по мнению авторов (1,2) можно прогнозировать, что создаётся ситуация, когда ограниченность ресурсов и недостаточная координация и взаимодействие Центров СПИД, государственных наркологических учреждений и профильных НПО приведёт к дальнейшей эскалации распространения наркозависимости, в том числе наиболее опасной её формы - инъекционному потреблению наркотиков и, соответственно, росту и распространению ВИЧ/СПИДа в стране.

С учётом этого, крайне необходима организация и проведение наркологической службой масштабных и незамедлительных мер по блокированию и обратному развитию эпидемии, которые на сегодняшний день обусловлены:

- масштабами и темпами распространения наркозависимости, в особенности инъекционной формы потребления наркотических веществ;

- масштабами и темпами распространения ВИЧ/СПИДа (на начало 2006 г. общее количество выявленных ВИЧ-инфицированных в Республике Таджикистан составило 544 человека), при этом основной путь инфицирования (более 70%) - использование нестерильного инструментария среди ПИН;

- низким охватом ПИН профилактическими мероприятиями.

В целях реализации Закона Республики Таджикистан от 08.12.2003 г., № 67 «О наркологической помощи», «Программы по профилактике распространения наркозависимости и совершенствованию наркологической помощи в Республике Таджикистан на период 2005-2010 гг.», утверждённой Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 2 апреля 2005 года, № 113, Министерством здравоохранения Республики Таджикистан разработан и утверждён базовый, основополагающий в

нормативно-правовом направлении приказ «О совершенствовании наркологической помощи в Республике Таджикистан» от 07 августа 2006 года № 485. Данным приказом утверждено внедрение стандартов (нормативно-правовых и организационных), которые способствуют расширению ассортимента услуг в наркологии, в том числе внедрению комплексных программ по снижению вреда в государственную структуру первичной наркологической помощи. Необходимо отметить, что в республике на сегодняшний день сектор профильных НПО не компенсирует дефицита объёма и ассортимента услуг, имеющегося в секторе третично-профилактической наркологической помощи.

Таким образом, Приказом по Министерству здравоохранения РТ от 16 декабря 2006 года, №624 создана рабочая группа по адаптации и внедрению стандартов для эффективного взаимодействия основных агентов, действующих в секторе снижения вреда от употребления наркотиков, - Центров СПИД, наркологических ЛПУ и профильных НПО.

В перечень этих стандартов входят:

- стандарты услуг, в том числе стандарты комплексных программ снижения вреда;
- образовательные стандарты;
- стандарты взаимодействия.

Решением коллегии Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 29 ноября 2006 года, № 6-1, в этом направлении определены следующие задачи:

- в течение 2007 года внедрить единую анонимную кодировку пользователей услуг Центров СПИД, наркологических ЛПУ и профильных НПО, службы безопасности крови и других учреждений;
- внедрить комплексные программы снижения вреда.

Наиболее распространёнными формами работы комплексных программ снижения вреда являются следующие:

1. Информационно-образовательная работа.
2. Добровольное и конфиденциальное консультирование и тестирование на ВИЧ.
3. Доступ к добровольным и конфиденциальным услугам здравоохранения.
4. Доступ к метадоновой или другой заместительной терапии.
5. Доступ к дезинфицирующим препаратам.
6. Доступ к чистым шприцам/иглам.
7. Доступ к презервативам.

Задачами стандартов комплексных программ снижения вреда являются:

1. Сдерживание темпов распространения ВИЧ/СПИДа и других инфекций, передающихся через кровь, а также инфекций, передающихся половым путём, через адекватное регулирование условий предоставления низкопороговых услуг, сокращающих риск распространения названных инфекций.

2. Обеспечение доступности медицинских, социальных и правовых услуг через оптимальную организацию работы и максимальное приближение услуг к потребителям наркотиков.

3. Обеспечение через систему индикаторов и мониторинга высокого качества услуг.

4. Широкий охват целевых групп услугами по снижению вреда через обеспечение соответствующих программ сертифицированными специалистами.

Таким образом, внедрение стандартов в будущем поможет организаторам и непосредственным исполнителям услуг более эффективно строить рабочий процесс,

используя описанную последовательность действий, формы и методы работы, что способствует как можно более раннему выявлению реального числа наркозависимых во всех регионах страны с акцентом на инъекционных наркопотребителей, в том числе ВИЧ-инфицированных, и максимальному охвату этого контингента профилактическими мероприятиями.

Реализация вышеприведённой стратегии и решение вопроса консолидации ресурсов и координации деятельности приведёт к надёжному блокированию и обратному развитию социально-опасной тенденции распространения наркозависимости и ВИЧ/СПИДа в республике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алтынбеков С.А., Катков А.Л., Мусинов С.Р. Методические рекомендации по планированию перечня услуг, реализуемых в наркологических учреждениях Республики Казахстан, 2004
2. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пишикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Злоупотребление психоактивными веществами, М., 2000
3. Пятницкая И.Н. Наркомания, М., Медицина, 1994

Хулоса

ИСТЕЪМОЛИ ТАЗРИКӢИ МУХАДДИРОТ ВА ЧОРАӢОИ МУҚОВИМАТИИ ХАДАМОТИ НАРКОЛОГӢИ

М.Н. Малахов

Дар мақола таҳлили вазъияти хадамоти наркологӣ дода шуда, таркиби гирифторони нашъамандии ҳероинӣ ва инчунин алоқаи байни Марказҳои наркологӣ, Марказҳои СПИД ва ташкилотҳои чамъиятӣ, ки дар ин самт фаъолият мекунанд, оварда шудааст. Барои дар оянда муайян намудани стратегияи фаъолияти ҳамоҳангонаи муассисаҳо дар масъалаи муқовимат алайҳи истеъмоли тазриқии мухаддирот кӯшиш карда шудааст.

Summary

INJECTIONAL CONSUMPTION OF NARCOTICS AND ANTI-ACTION MEASURES OF NARCOLOGICAL SERVICE

M.N. Malahov

In the article the analysis of situation at narcological service is made, and groups of persons with heroin narcomany, the connection between activity of narcological centers, AID centers and unofficial institutions were observed. The attempt to determine further strategic coordinated activity of institutions in question of contraction to injectional consumption of narcotics was made.

ОСОБЕННОСТИ ГАЗОВОГО ГОМЕОСТАЗА И КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

С.Н. Кудратова, М.Б. Курбанова, К.И. Исмаилов, З.Н. Набиев

Кафедра детских болезней №2

Актуальность. На постсоветском пространстве, в том числе в Республике Таджикистан заболевания дыхательной системы занимают ведущее место в структуре детской заболеваемости и младенческой смертности, а острая пневмония среди них является наиболее часто встречающейся нозологической единицей.

При пневмонии, наряду с нарушением функции внешнего дыхания, претерпевают глубокие изменения различные гомеостатические показатели (1,2,4).

Состояние функции лёгких по осуществлению обмена газов и регуляции кислотно-основного состояния (КОС) при пневмониях у детей раннего возраста не подвергалось специальному изучению. Вместе с тем, ещё не разработана тактика корректирующей терапии у данной категории больных (3,5).

используя описанную последовательность действий, формы и методы работы, что способствует как можно более раннему выявлению реального числа наркозависимых во всех регионах страны с акцентом на инъекционных наркопотребителей, в том числе ВИЧ-инфицированных, и максимальному охвату этого контингента профилактическими мероприятиями.

Реализация вышеприведённой стратегии и решение вопроса консолидации ресурсов и координации деятельности приведёт к надёжному блокированию и обратному развитию социально-опасной тенденции распространения наркозависимости и ВИЧ/СПИДа в республике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алтынбеков С.А., Катков А.Л., Мусинов С.Р. Методические рекомендации по планированию перечня услуг, реализуемых в наркологических учреждениях Республики Казахстан, 2004

2. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пишикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Злоупотребление психоактивными веществами, М., 2000

3. Пятницкая И.Н. Наркомания, М., Медицина, 1994

Хулоса

ИСТЕЪМОЛИ ТАЗРИКӢИ МУХАДДИРОТ ВА ЧОРАӢОИ МУҚОВИМАТИИ ХАДАМОТИ НАРКОЛОГӢИ

М.Н. Малахов

Дар мақола таҳлили вазъияти хадамоти наркологӣ дода шуда, таркиби гирифторони нашъамандии ҳероинӣ ва инчунин алоқаи байни Марказҳои наркологӣ, Марказҳои СПИД ва ташкилотҳои чамъиятӣ, ки дар ин самт фаъолият мекунанд, оварда шудааст. Барои дар оянда муайян намудани стратегияи фаъолияти ҳамоҳангонаи муассисаҳо дар масъалаи муқовимат алайҳи истеъмоли тазриқии мухаддирот кӯшиш карда шудааст.

Summary

INJECTIONAL CONSUMPTION OF NARCOTICS AND ANTI-ACTION MEASURES OF NARCOLOGICAL SERVICE

M.N. Malahov

In the article the analysis of situation at narcological service is made, and groups of persons with heroin narcomany, the connection between activity of narcological centers, AID centers and unofficial institutions were observed. The attempt to determine further strategic coordinated activity of institutions in question of contraction to injectional consumption of narcotics was made.

ОСОБЕННОСТИ ГАЗОВОГО ГОМЕОСТАЗА И КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

С.Н. Кудратова, М.Б. Курбанова, К.И. Исмаилов, З.Н. Набиев

Кафедра детских болезней №2

Актуальность. На постсоветском пространстве, в том числе в Республике Таджикистан заболевания дыхательной системы занимают ведущее место в структуре детской заболеваемости и младенческой смертности, а острая пневмония среди них является наиболее часто встречающейся нозологической единицей.

При пневмонии, наряду с нарушением функции внешнего дыхания, претерпевают глубокие изменения различные гомеостатические показатели (1,2,4).

Состояние функции лёгких по осуществлению обмена газов и регуляции кислотно-основного состояния (КОС) при пневмониях у детей раннего возраста не подвергалось специальному изучению. Вместе с тем, ещё не разработана тактика корректирующей терапии у данной категории больных (3,5).

Целью исследования явилось изучение газового состава и кислотно-основного состояния крови у детей при острых пневмониях.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 48 детей раннего возраста (от 7 дней до 12 месяцев) с острой пневмонией. Контрольную группу составили 19 здоровых детей аналогичного возраста.

Исследование КОС и парциального давления газов в крови осуществляли микрометодом Аструпа.

Определяли парциальное давление кислорода и углекислого газа, рН крови, избыток кислот или дефицит оснований.

Обследуемые больные были распределены на две группы. Первую группу составляли 27 детей с дыхательной недостаточностью (ДН-I) (пневмония умеренной тяжести), вторую группу - 21 больной с ДН II-III степени (пневмония тяжёлой формы).

Давность заболевания у наблюдаемых больных - от 4-х до 17 дней. У всех детей имел место влажный кашель.

Результаты и их обсуждение. У детей первой группы общее состояние было средней тяжести, наблюдалась умеренная одышка (ЧД=48-60 в минуту).

Температура в пределах 37,7 - 38° С отмечена у всех детей.

Умеренный цианоз носогубного треугольника наблюдался у 15 (59,3%) детей.

Некоторое втяжение уступчивых мест грудной клетки выявлено у 14 (51,1%) пациентов. Физикально-локальные мелкопузырчатые хрипы прослушивались в 66,7% случаях.

У больных детей второй группы с пневмонией состояние расценено как тяжёлое. У всех детей этой группы имела место одышка (ЧД=60-86 в минуту). Симптомы интоксикации были выражены во всех случаях (t=38,1-40,3° С).

Втяжение уступчивых мест грудной клетки и цианоз носогубного треугольника были у всех обследуемых детей.

У 16 (76,19%) детей над поражёнными участками лёгких выслушивались мелкопузырчатые влажные хрипы.

При исследовании периферической крови лейкоцитоз до $17,8 \times 10^9/\text{л}$ выявлен у 94,6% детей. Лейкоцитоз сопровождался палочкоядерным сдвигом (от 7 до 24%).

При рентгенологическом исследовании грудной клетки очаговые тени с обеих сторон установлены в 32% случаях, справа – в 41%, а слева - в 27%. У 2-х больных констатирована очагово-сливная пневмония.

Газы крови и кислотно-основное состояние исследованы у всех обследуемых детей.

В таблице 1 представлены средние показатели газов крови, полученные в наших исследованиях.

Таблица 1

Парциальное давление O_2 и CO_2 в артериализованной капиллярной крови у больных острой пневмонией ($X \pm m$)

Показатели		pO_2 мм. рт.ст.	pCO_2 мм. рт.ст.
Группа больных			
Контр. гр.	n=19	91,2±0,18	35,4±0,17
I – я группа, P	n=27	76,4±0,16 <0,001	44,1±0,15 <0,001
II – я группа, P ₁	n=21	68,5±0,14 <0,001	50,3±0,12 <0,001
P ₂		<0,001	<0,001

Примечание: P - достоверность разницы показателей первой группы по сравнению с нормой.

P₁ – достоверность разницы показателей второй группы по сравнению с нормой.

P₂ – достоверность разницы между показателями двух групп.

Парциальное давление кислорода (pO₂) в артериализованной капиллярной крови у больных обеих групп было существенно ниже по сравнению с контрольной группой (P <0,001).

Показатели pO₂ у больных первой группы находились в пределах 70-78 мм рт.ст., а во второй группе этот показатель колебался от 47 до 69 мм. рт.ст.

При исследовании парциального давления pCO₂ у больных обеих групп выявлено его существенное снижение по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы (P<0,001). Разница этого показателя в двух обследованных группах также оказалась существенной (P<0,001).

Значение pCO₂ у больных пневмонией умеренной тяжести оказалось в пределах 41 - 49 мм. рт.ст., а у больных с тяжёлой формой этот показатель варьировал более заметно (50 - 67 мм. рт.ст.).

Исследуемые показатели кислотно-основного состояния (КОС) предоставлены в таблице 2.

Таблица 2

Показатели кислотно - основного состояния у больных острой пневмонией

Показатели		pH	BE
Группа больных			
Контр. гр.	n=19	7,34±0,02	-2,3±0,21
I – я группа	n=27	7,29±0,01	-3,7±0,41
P		<0,05	<0,05
II – я группа	n=21	7,24±0,008	-6,1±0,37
P ₁		<0,001	<0,001
P ₂	n=48	<0,001	<0,001

Как следует из представленных данных, наблюдалось некоторое снижение pH и BE у больных первой группы по сравнению с нормой и существенное изменение у больных второй группы.

Разница этих показателей между двумя группами была существенной (P<0,001), то есть дефицит оснований у больных второй группы оказался более выраженным.

Выявленные изменения показателей КОС у обследуемых больных указывают на наличие умеренного ацидоза у пациентов первой и выраженного - у больных второй группы.

Итак, проведённое нами исследование выявило наличие умеренной гипоксемии и смешанного ацидоза у больных первой группы, тогда как у больных второй группы эти изменения носили глубокий характер, то есть по мере нарастания тяжести пневмонического процесса недостаток кислорода и оснований усугубляется.

Для устранения выявленных изменений всем больным был проведён комплекс терапии, включающий: антибиотики (пенициллин, ампициллин, гентамицин, цефалоспорины), метаболиты (кокарбоксилаза, пантотенат Са, липоевая кислота, рибофлавин), антиоксиданты (увлажнённый O_2 , аскорбиновая кислота 5%), и препараты симптоматического действия. Длительность курса лечения составляла 10-14 дней.

В процессе лечения клинические проявления болезни нивелировались у всех больных как первой, так и второй группы (таблица 3).

Таблица №3

Показатели газов крови и КОС у детей с пневмонией на 7-10 сутки лечения

Показатели		pO_2	pCO_2	pH	BE
Гр. больных		мм. рт.ст.	мм. рт.ст.		
I – я гр.	До	76,4±0,16	44,1±0,15	7,29±0,01	-3,7±0,41
	После	88,2±0,19	39,7±0,21	7,34±0,007	-2,5±0,23
	P	<0,001	<0,001	<0,05	<0,05
II– я гр.	До	68,5±0,14	50,3±0,12	7,24±0,008	-6,1±0,37
	После	77,1±0,19	47,3±0,19	7,30±0,006	-3,2±0,28
	P	<0,001	<0,001	<0,05	<0,001

В ходе лечения нормализовались показатели pO_2 и pCO_2 у всех больных первой и у основной массы больных второй групп (95,4%). Однако у 4,5% больных данной группы сохранялась небольшая гипоксемия ($pO_2=75 - 79$ мм рт.ст.) и дефицит оснований (BE=-2,7; -3,5).

Таким образом, проведённые нами исследования показали наличие небольшой гипоксемии и смешанного ацидоза у детей с пневмонией умеренной тяжести, а у больных с тяжёлой формой болезни эти изменения носили существенный характер. По-видимому, в основе выявленных нами изменений в лёгких наряду с вентиляционными нарушениями, лежат изменения диффузионных и перфузионных процессов.

Комплексная терапия способствовала оптимизации газового гомеостаза и КОС у детей раннего возраста с пневмонией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А. Детские болезни. Москва, 2004. С.345-360
2. Володин Н.Н. Педиатрия. Москва, 1997. С. 182-185
3. Новикова Е.Ч. Лечебная тактика при острой пневмонии у детей раннего возраста. (Метод. указания). Москва, 1975. С. 3-31
4. Таточенко В.К. Популярная пульмонология детского возраста. Научно-популярная медицинская литература. Москва, «Медицина», 1991. С. 3-144
5. Шабалов Н.П. Детские болезни. Санкт-Петербург, 2000.С. 236-246

Хулоса

ХУСУСИЯТҲОИ ҲОМЕОСТАЗИ ГАЗӢ ВА ҲОЛАТИ КИСЛОТА-ИШҚОРИИ ХУН ҲАНГОМИ БЕМОРИИ ИЛТИҲОБИ ШУШ ДАР КӮДАКОНИ ХУРДСОЛ

С.Н. Қудратова, М.Б. Қурбонова, К.И. Исмоилов, З.Н. Набиев

Дар мақола муаллифон оид ба хусусиятҳои ҳомеостази газӣ ва ҳолати кислота-ишқорӣ (ҲКИ) хун ҳангоми илтиҳоби шуш дар кӯдакони хурдсол маълумотҳо пешниҳод кардаанд.

Ихтилоли мубодилаи газ ва ҲКИ дар марҳалаҳои аввали илтиҳоби шуш аз тарафи ҳуди организм чуброн карда мешавад, ки дар симои масмумияти умумӣ зоҳир мегардад. Бо андозаи вазнинии ҷараёни илтиҳобӣ дар шуш ихтилоли қори газҳо ба вучуд меояд, яъне норасоии оксиген ва ҲКИ, норасоии асосҳо дар хун бошиддат афзун меёбад.

Summary

THE PECULIARITIES OF GAS HOMEOSTASIS AND ACID-BASIC STATE OF BLOOD UNDER PNEUMONIA IN CHILDREN OF YEARLY AGE

S.N. Kudratova, M.B. Kurbanova, K.I. Ismailov, Z.N. Nabiev

The authors brought the date about the alterations of indexes of gas homeostase and ABS of blood under pneumonia in children. At beginning of disease the alterations are compensated by immune forces of constitution, the symptoms of this stage are of general intoxication. With increasing of pneumonical process the disorders of gas functions of blood are more severe: deficiency of oxygen, ABS, bases in blood.



К ВОПРОСУ ОБ ИЗМЕНЕНИИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭМАЛИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ

Ф.М. Ёраков

Государственное унитарное предприятие Городской стоматологической поликлиники № 3

Актуальность. Сведения об изменчивости структурных и биологических свойств эмали находят объяснение в предположении об основной роли зубного ликвора, свойства и происхождение которого рассматриваются в литературе многими авторами (1,2,4). По мнению данных исследователей, наиболее спорным является вопрос о значении эмалевого ликвора в формировании свойств эмали, в частности ее резистентности к кариесу.

Рядом исследований (3,5) выявлено кариесстатическое действие зубного ликвора, с указанием на то, что механизмы резистентности заключаются в воздействии общих факторов на пульпу через кровь, путём изменения секреции зубной лимфы. Последняя, в свою очередь, двигаясь в центробежном направлении, выходит на поверхность эмали, способствуя формированию резистентности к кариесу.

Цель работы – комплексная оценка состояния кариесрезистентности эмали в зависимости от интенсивности кариеса зубов.

Материалы и методы. Исследование проводилось путём анализа клинико-эпидемиологических данных, полученных в процессе сопоставительной оценки структурно-функциональной резистентности эмали с интенсивностью кариеса зубов у 826 обследованных. Их возраст составил 16-55 лет.

Всем обследуемым проводилась комплексная оценка стоматологического статуса. Все

Хулоса

ХУСУСИЯТҲОИ ҲОМЕОСТАЗИ ГАЗӢ ВА ҲОЛАТИ КИСЛОТА-ИШҚОРИИ ХУН ҲАНГОМИ БЕМОРИИ ИЛТИҲОБИ ШУШ ДАР КӢДАКОНИ ХУРДСОЛ

С.Н. Қудратова, М.Б. Қурбонова, К.И. Исмоилов, З.Н. Набиев

Дар мақола муаллифон оид ба хусусиятҳои ҳомеостази газӣ ва ҳолати кислота-ишқорӣ (ҲКИ) хун ҳангоми илтиҳоби шуш дар кӯдакони хурдсол маълумотҳо пешниҳод кардаанд.

Ихтилоли мубодилаи газ ва ҲКИ дар марҳалаҳои аввали илтиҳоби шуш аз тарафи ҳуди организм чуброн карда мешавад, ки дар симои масмумияти умумӣ зоҳир мегардад. Бо андозаи вазнинии ҷараёни илтиҳобӣ дар шуш ихтилоли қори газҳо ба вучуд меояд, яъне норасоии оксиген ва ҲКИ, норасоии асосҳо дар хун бошиддат афзун меёбад.

Summary

THE PECULIARITIES OF GAS HOMEOSTASIS AND ACID-BASIC STATE OF BLOOD UNDER PNEUMONIA IN CHILDREN OF YEARLY AGE

S.N. Kudratova, M.B. Kurbanova, K.I. Ismailov, Z.N. Nabiev

The authors brought the date about the alterations of indexes of gas homeostase and ABS of blood under pneumonia in children. At beginning of disease the alterations are compensated by immune forces of constitution, the symptoms of this stage are of general intoxication. With increasing of pneumonical process the disorders of gas functions of blood are more severe: deficiency of oxygen, ABS, bases in blood.



К ВОПРОСУ ОБ ИЗМЕНЕНИИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭМАЛИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ

Ф.М. Ёраков

Государственное унитарное предприятие Городской стоматологической поликлиники № 3

Актуальность. Сведения об изменчивости структурных и биологических свойств эмали находят объяснение в предположении об основной роли зубного ликвора, свойства и происхождение которого рассматриваются в литературе многими авторами (1,2,4). По мнению данных исследователей, наиболее спорным является вопрос о значении эмалевого ликвора в формировании свойств эмали, в частности ее резистентности к кариесу.

Рядом исследований (3,5) выявлено кариесстатическое действие зубного ликвора, с указанием на то, что механизмы резистентности заключаются в воздействии общих факторов на пульпу через кровь, путём изменения секреции зубной лимфы. Последняя, в свою очередь, двигаясь в центробежном направлении, выходит на поверхность эмали, способствуя формированию резистентности к кариесу.

Цель работы – комплексная оценка состояния кариесрезистентности эмали в зависимости от интенсивности кариеса зубов.

Материалы и методы. Исследование проводилось путём анализа клинико-эпидемиологических данных, полученных в процессе сопоставительной оценки структурно-функциональной резистентности эмали с интенсивностью кариеса зубов у 826 обследованных. Их возраст составил 16-55 лет.

Всем обследуемым проводилась комплексная оценка стоматологического статуса. Все

лица на момент обследования были практически здоровы и имели ортогнатический прикус. На каждого обследованного заполнялась специально разработанная стоматологическая карта («Комбинированная карта ВОЗ для стоматологического исследования и определения нуждаемости в лечении»).

Комплексное обследование стоматологического статуса пациентов проводилось на базе ГУП ГСП № 3 г. Душанбе и предусматривало изучение соответствующих показателей органов и тканей полости рта. Структура индексов интенсивности кариеса рассчитывалась как в среднем на всех обследованных, так и в расчёте на 1 обследованного в соответствующей возрастной группе.

Для определения индивидуальной структурно-функциональной кариесрезистентности эмали был использован экспресс-метод ТЭР-тест, разработанный Л.И.Косаревой с соавт. (1990) суть которого заключается в следующем. На очищенную от налёта, высушенную и изолированную от слюны вестибулярную поверхность верхнего центрального резца на расстоянии 2 мм от режущего края по центральной линии наносили каплю раствора хлористоводородной кислоты концентрации 1 н, диаметром 1-2мм. Через 5 сек каплю смывали ватным тампоном, затем на протравленный участок наносили каплю 1% раствора метиленового синего. Далее краситель снимали сухим ватным тампоном. В ходе биохимической реакции участок протравки окрашивался в синий цвет, интенсивность которого впрямую зависела от степени шероховатости эмали.

В ходе дальнейшего исследования окраску протравленного участка сравнивали с 10-польной шкалой, которая была изготовлена нами в условиях поликлиники путём окрашивания полосок белой бумаги красителем, разведённым водой от 1:1 до 1:1000. Визуально степень интенсивности окрашивания соседних полей шкалы оказалась легко и однозначно различимой. Каждому полю присваивали условные значения в баллах. Так, наименьшая интенсивность окрашивания (минимальная шероховатость эмали) приравнивалась к 1 баллу, наибольшая интенсивность (максимальная шероховатость эмали) – 10 баллам.

При стоматологическом обследовании исследования структурно-функциональной резистентности эмали проводилась на 413 зубах добровольцев с высоким (43), средним (118), низким (137) и очень низким уровнем (115) резистентности зуба.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных данных показал достоверную корреляцию резистентности эмали с уровнем интенсивного показателя кариеса зубов. Так, в возрасте 16-19 и 20-29 лет у лиц с высоким уровнем структурно-функциональной резистентности эмали, у которых ни один из зубов не был вовлечён в кариозный процесс, интенсивность окрашивания эмалевого покрытия составила соответственно $1,09 \pm 0,06$ и $1,37 \pm 0,13$ балла.

Среди обследованных лиц в возрасте 30-39 и 40-49 лет, у которых ни один из зубов не был вовлечён в кариозный процесс, степень идентификационного окрашивания эмали зуба колебалась в пределах $1,87 \pm 0,12$ - $3,16 \pm 0,49$ балла, составляя в среднем соответственно $2,12 \pm 0,19$ и $2,93 \pm 0,28$ балла при усредненном значении исследуемого показателя $3,03 \pm 0,35$ балла в возрастной группе 50 лет и старше.

Исходное значение показателя структурно-функциональной резистентности эмали у обследованных лиц с компенсированным уровнем интенсивного показателя кариеса зубов показало, что в возрастной группе 16-19 лет уровень идентификационного окрашивания эмалевого органа колебался от $2,68 \pm 0,12$ до $3,35 \pm 0,19$ балла, составляя в среднем $3,130,21$

балла. В возрасте 20-29 лет степень окрашивания поверхности эмали варьировалась от $3,29 \pm 0,12$ до $3,72 \pm 0,31$ балла, составляя в среднем $3,47 \pm 0,20$ балла; в возрасте 30-39 лет – от $3,99 \pm 0,29$ балла до $4,56 \pm 0,48$ балла, в среднем $4,29 \pm 0,37$ балла; в возрасте 40-49 лет колебания исследуемого показателя от $4,48 \pm 0,50$ до $4,96 \pm 0,57$ балла при средней величине $4,83 \pm 0,51$ балла.

Степень идентификационного окрашивания поверхности эмали зубов у лиц с компенсированным уровнем стоматологического статуса в возрасте 50 лет и старше колебалась в пределах $4,72 \pm 0,43$ - $5,33 \pm 0,61$ балла, составляя в среднем $5,21 \pm 0,54$ балла.

При субкомпенсированном уровне интенсивности кариеса зубов значение структурно-функциональной резистентности эмали в возрасте 16-19 лет варьировалось от $4,36 \pm 0,59$ до $4,64 \pm 0,72$ балла, составляя в среднем $4,52 \pm 0,64$, в то же время в возрасте 20-29 лет колебание составило от $5,16 \pm 0,43$ балла до $5,37 \pm 0,64$ балла, составляя в среднем $5,28 \pm 0,55$ балла, в группах 30-39 и 40-49 лет - соответственно в пределах $5,76 \pm 0,57$ – $6,07 \pm 0,74$ и $6,71 \pm 0,74$ – $6,93 \pm 0,87$ балла, составляя в среднем $5,89 \pm 0,65$ и $6,77 \pm 0,79$ балла. Среднецифровое значение уровня идентификационного окрашивания эмали в возрастной группе 50 лет и старше составило $6,98 \pm 0,87$ балла.

При декомпенсированном уровне интенсивности кариозного показателя зубов во всех обследованных возрастных группах был выявлен наиболее низкий показатель структурно-функциональной резистентности эмали. В возрасте 16-19 и 20-29 лет средний уровень идентификационного окрашивания эмалевого покрытия зуба составил соответственно $7,64 \pm 0,68$ и $8,37 \pm 0,78$ балла при колебаниях интенсивности окраски соответственно $7,49 \pm 0,58$ - $7,74 \pm 0,83$ и $8,36 \pm 0,72$ - $8,49 \pm 0,87$ балла. Очень низкий уровень структурно-функциональной резистентности эмали характеризует более старшую группу.

Результаты проведенных исследований показали, что при субкомпенсированном уровне интенсивности кариеса средний показатель идентификационного окрашивания эмалевого покрытия зуба оказался на 36,8% больше, чем у лиц с компенсированным уровнем интенсивного показателя кариозного поражения. Интенсивность окраски эмали зуба среди обследованных с наличием декомпенсированного уровня интенсивности кариеса увеличилась на 46,6% по сравнению с обследованными, имеющими субкомпенсированный уровень интенсивности кариеса зубов.

Таким образом, в ходе анализа полученных данных было выявлено, что существует обратная корреляция между структурно-функциональной резистентностью эмали и интенсивностью кариеса. Подробный анализ полученных данных свидетельствует о значительных возрастных изменениях индекса интенсивности кариеса и степени идентификационного окрашивания эмалевого покрытия зуба, что имеет важное значение при планировании лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иоффе Е. Зубоврачебные заметки. Нью-Йорк. Санкт-Петербург.- 1999
2. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. Санкт-Петербург, 2001
3. Miura H., Araki Y. Socioeconomic factors and dental caries in developing countries: a cross-national study // Soc. Sci. Med. -1997. –Vol. 44, N 2. –P. 269-272
4. Mumford J.M. Resistivity of human enamel and dentine // Arch. Oral. Biol. –1997. –Vol. 12, N 6. –P. 925-947
5. Peeters F.P., Vissink A. Risks for oral health with the use of antidepressant // Gen. Hosp. Psychiatry. -1998. –Vol. 20, N 3. –P. 150-154

Хулоса

ОИД БА МАСЪАЛАИ ТАҒЙИРЁБИИ ТАРКИБӢ-ВАЗОИФИИ МУҚОВИМАТИ МИНОИ ДАНДОН ДАР ВОБАСТАГӢ АЗ ШИДДАТНОКИИ ХӢРАДАНДОН

Ф.М. Ёраков

Муаллиф мақолаашро ба баён ва таҳлили маълумотҳои саририю воғирӣ, ки дар қараёни баҳодиҳии муқоисавии таркибӣ ва вазоифии муқовимати минои дандон (ММД) бо шиддатнокии хӯрадандон (ШХ) дар байни 826 нафар муоинашудагон дар Дармонгоҳи дандонпизишкии шаҳрии №3 ш. Душанбе ба даст омада, бахшидааст.

Натиҷаҳои тадқиқот аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки коэффитсиенти коррелятсияи таркибӣ ва вазоифии ММД аз ШХ хеле баланд аст. Инчунин тағйиротҳои зиёди синнусолии зариви шиддатнокии хӯрадандон (кариес) ва дараҷаи тамсилии рангкунии сатҳи сири дандон ба қайд гирифта шудааст, ки дар айёми банақшагирии чорабиниҳои муолиҷавӣ ва пешгирии хислати дандонпизишкӣ дошта, аҳамияти калон дорад.

Summary

THE QUESTION OF ALTERATION OF STRUCTURE FUNCTIONAL RESISTENCE OF THE ENAMEL IN DEPENDENT FROM INTENSITY OF TEETH CARIES

F.M. Yorakov

In the article clinical epidemiological data about compare estimation of teeth enamel resistance in 826 patients with active caries wich were examined at town stomatological polyclinic № 3 t. Dushanbe were analized. The results of investigation indicate that correlation coefficient of structure functional resistance of enamel with caries intensity increases. The alterations from age and caries intensity have connection that it is important for planning of clinical prophylactical measures of stomatological character.

ВЛИЯНИЕ ПЛОДОВ СОФОРЫ ЯПОНСКОЙ НА ДИНАМИКУ ТЕЧЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Б. А. Ишанкулова, Ф. М. Ходжаева, У. П. Юлдашева

Кафедра фармакологии с курсом клинической фармакологии

Актуальность. По данным ВОЗ, около 80% населения мира при различных заболеваниях пользуются в основном традиционными медикаментами природного происхождения, и потребность в подобных препаратах продолжает расти (4, 9).

В настоящее время для лечения ранних стадий сахарного диабета II типа лёгкой и средней тяжести широко используются препараты из растительного сырья в виде сборов «Арфазетин», «Мирфазин», разработанных на базе Всероссийского института лекарственных растений (ВИЛР) (8). На основе лекарственных растений Таджикистана также созданы эффективные антидиабетические сборы «Юнибет» и «Фитобет», которые находятся на стадии клинических испытаний (2).

Преимуществом лекарственных растений перед синтетическими препаратами является то, что они более физиологично вмешиваются в обмен углеводов, белков и липидов, менее токсичны и экономически выгодны.

Республика Таджикистан располагает огромными ресурсами лекарственного сырья растительного происхождения, которые до сих пор остаются малоизученными. Одним из перспективных растений является софора японская, культивируемая в странах

Хулоса

ОИД БА МАСЪАЛАИ ТАҒЙИРЁБИИ ТАРКИБӢ-ВАЗОИФИИ МУҚОВИМАТИ МИНОИ ДАНДОН ДАР ВОБАСТАГӢ АЗ ШИДДАТНОКИИ ХӢРАДАНДОН

Ф.М. Ёраков

Муаллиф мақолаашро ба баён ва таҳлили маълумотҳои саририю воғирӣ, ки дар чараёни баҳодиҳии муқоисавии таркибӣ ва вазоифии муқовимати минои дандон (ММД) бо шиддатнокии хӯрадандон (ШХ) дар байни 826 нафар муоинашудагон дар Дармонгоҳи дандонпизишкии шаҳрии №3 ш. Душанбе ба даст омада, бахшидааст.

Натиҷаҳои тадқиқот аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки коэффитсиенти коррелятсияи таркибӣ ва вазоифии ММД аз ШХ хеле баланд аст. Инчунин тағйиротҳои зиёди синнусолии зариви шиддатнокии хӯрадандон (кариес) ва дараҷаи тамсилии рангкунии сатҳи сири дандон ба қайд гирифта шудааст, ки дар айёми банақшагирии чорабиниҳои муолиҷавӣ ва пешгирии хислати дандонпизишкӣ дошта, аҳамияти калон дорад.

Summary

THE QUESTION OF ALTERATION OF STRUCTURE FUNCTIONAL RESISTENCE OF THE ENAMEL IN DEPENDENT FROM INTENSITY OF TEETH CARIES

F.M. Yorakov

In the article clinical epidemiological data about compare estimation of teeth enamel resistance in 826 patients with active caries wich were examined at town stomatological polyclinic № 3 t. Dushanbe were analized. The results of investigation indicate that correlation coefficient of structure functional resistance of enamel with caries intensity increases. The alterations from age and caries intensity have connection that it is important for planning of clinical prophylactical measures of stomatological character.

ВЛИЯНИЕ ПЛОДОВ СОФОРЫ ЯПОНСКОЙ НА ДИНАМИКУ ТЕЧЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Б. А. Ишанкулова, Ф. М. Ходжаева, У. П. Юлдашева

Кафедра фармакологии с курсом клинической фармакологии

Актуальность. По данным ВОЗ, около 80% населения мира при различных заболеваниях пользуются в основном традиционными медикаментами природного происхождения, и потребность в подобных препаратах продолжает расти (4, 9).

В настоящее время для лечения ранних стадий сахарного диабета II типа лёгкой и средней тяжести широко используются препараты из растительного сырья в виде сборов «Арфазетин», «Мирфазин», разработанных на базе Всероссийского института лекарственных растений (ВИЛР) (8). На основе лекарственных растений Таджикистана также созданы эффективные антидиабетические сборы «Юнибет» и «Фитобет», которые находятся на стадии клинических испытаний (2).

Преимуществом лекарственных растений перед синтетическими препаратами является то, что они более физиологично вмешиваются в обмен углеводов, белков и липидов, менее токсичны и экономически выгодны.

Республика Таджикистан располагает огромными ресурсами лекарственного сырья растительного происхождения, которые до сих пор остаются малоизученными. Одним из перспективных растений является софора японская, культивируемая в странах

Центральной Азии, в том числе Таджикистане, а также на юге европейской части России, в Закавказье и др. (3). В плодах софоры японской в период их созревания содержится 8 флавоноидов, среди которых наиболее ценным является рутин (софорин), составляющий от 15 до 30% (7, 10). Установлено, что флавоноиды относятся к гликокининам, вызывающим сахароснижающий эффект.

Несмотря на то, что в литературе накоплен значительный объём материалов по применению софоры японской как эффективного лекарственного растения с широким фармакологическим спектром действия, среди доступной нам информации не найдено исследований влияния её водной вытяжки на течение сахарного диабета.

Целью нашего исследования явилось изучение антидиабетических свойств отвара плодов софоры японской на течение экспериментального сахарного диабета.

Материалы и методы исследования. Из признанных моделей сахарного диабета нами был выбран аллоксановый диабет (АД), т.к. в динамике его развития у больных животных возникают тяжёлые нарушения обмена углеводов, липидов и белков, адекватные возникающим у больных сахарным диабетом людей (6).

Эксперименты были проведены на 80 белых беспородных крысах обоего пола весом 160,0-200,0 гр. Аллоксановый диабет у голодавших в течение 18 - 20 часов крыс, вызывали путём подкожной (п/к) однократной инъекции 10%-го раствора аллоксангидрата, в дозе 100 мг/кг массы. Препаратом сравнения служил известный антидиабетический сбор «Арфазетин».

В экспериментах животные были разделены на 4 серии: 1 - интактные, получавшие в течение 30 суток внутрижелудочно (в/ж) дистиллированную воду из расчёта 5 мл/кг массы; 2 - контрольные (нелеченные), которым после суточного голодания однократно подкожно (п/к) вводили аллоксангидрат в дозе 100 мг/кг массы; 3 - опытные животные, им после инъекции аллоксангидрата ежедневно в течение 1 месяца в/ж вводили отвар из плодов софоры японской (1:10) по 5 мл/кг массы; 4 - животные, получавшие по той же схеме аллоксангидрат и настой сбора «Арфазетин» (1:10) в дозе 5 мл/кг массы.

Антидиабетическое действие отвара из плодов софоры японской (1:10) оценивали по проценту выживаемости животных, среднему суточному объёму выпитой жидкости, динамике веса и по содержанию сахара в крови.

Клинические и биохимические показатели определяли до введения аллоксангидрата (исходный фон), а также на 7, 15 и 30 сутки от момента введения изучаемого фитопрепарата.

Результаты и их обсуждение. По результатам исследований выживаемость крыс с АД, не получивших лечения (контрольные), составила 40%, тогда как у крыс, леченных в течение 30 суток отваром из плодов софоры японской, выживаемость составила 85%. В серии животных, получавших настой «Арфазетина», процент выживаемости был равен 45%. Следовательно, отвар из плодов софоры японской наиболее активно защищает животных от гибели.

Известно, что в 1-е дни после введения аллоксангидрата происходит резкое падение массы тела животных, а в последующие сроки отмечается его стабилизация (1).

У крыс с аллоксановым диабетом, получавших в/ж отвар из плодов софоры японской, прирост веса по сравнению с исходными показателями на 7 сутки составил 14%, на 15 и 30 сутки также наблюдалось увеличение массы тела на 18,2% и на 26,7% соответственно. В

то же время у крыс, леченных настоем сбора «Арфазетин», масса тела почти не изменялась, а в начальные сроки даже отмечалась незначительная потеря веса - на 2,9 %. Снижение массы тела у этой серии животных объясняется содержанием в составе сбора «Арфазетин» ряда лекарственных растений с мочегонным эффектом (2).

Следовательно, в процессе месячной терапии животных с аллоксановым диабетом наиболее высокие показатели прироста веса наблюдаются при лечении отваром из плодов софоры японской.

Среди клинических признаков, наблюдаемых у животных с аллоксановым диабетом, одними из ярких являются выраженная жажда и реакция на её возникновение - обильный приём жидкости. Необходимо отметить, что отвар из плодов софоры японской по сравнению с настоем «Арфазетин» обладает эффективным жаждоутоляющим действием, что имеет важное значение для больных сахарным диабетом. Выраженная жажда у крыс, леченных «Арфазетином», тоже объясняется содержанием в нём мочегонных лекарственных растений (табл.1).

Таблица № 1

Суточный объём воды, выпитой белыми крысами с аллоксановым диабетом, леченных отваром плодов софоры японской (ОПСЯ) (1:10) и настоем сбора «Арфазетин» (1:10)

Серия опытов и дозы на кг массы	Объём воды, выпитой за сутки, в мл, через: М ± m P<		
	7 суток	15 суток	30 суток
1.Интактные - дистиллированная вода 5 мл/кг	13,17 ± 0,03	13,3 ± 0,02	13,0±0,03
2.Аллоксангидрат, 100 мг однократно п/к	56,4 ± 0,04 0,001	54,03 ± 0,02 0,001	52,7±0,01 0,001
3.То же + ОПСЯ 5 мл/кг	31,04 ± 0,03 0,01	32,5 ± 0,05 0,01	31,7±0,04 0,01
4.То же + настоем сбора «арфазетин» 5 мл/кг	41,0 ± 0,01 0,04	43,0 ± 0,03 0,05	51,2±0,08 0,3

Примечание: * значение P для нелеченной серии дано в сравнении с интактными животными, а для леченной серии – в сравнении с нелечённой.

Возникновение гипергликемии разной степени после инъекции аллоксангидрата является подтверждением развития сахарного диабета у контрольных и опытных животных. На 7 сутки аллоксанового диабета у нелеченных крыс концентрация сахара в крови резко увеличивается, составляя $13,6 \pm 0,03$ ммоль/л (309%) против $4,1 \pm 0,04$ ммоль/л (95,3%) у интактных крыс. В дальнейшем уровень сахара постепенно снижается и на 15 сутки составляет $12,2 \pm 0,03$ ммоль/л (277,2%), а на 30 сутки – $10,2 \pm 0,03$ ммоль/л (231,8%), т.е. остается почти на 150% выше, чем у интактных (P< 0,001).

У крыс, леченных отваром из плодов софоры японской, концентрация сахара в крови на 7 сутки составила $6,2 \pm 0,02$ ммоль/л (137,7%), на 15 сутки – $6,0 \pm 0,02$ ммоль/л (133,3%) и на 30 сутки $5,2 \pm 0,03$ ммоль/л (115,5%), приближаясь к исходным показателям.

У крыс с аллоксановым диабетом, леченных настоем сбора «Арфазетин», уровень сахара в крови на 7 сутки был равен $8,22 \pm 0,04$ ммоль/л (191,1%), на 15 сутки $7,85 \pm 0,01$ ммоль/л (182,5%) и на 30 сутки почти не снижался - $7,7 \pm 0,03$ ммоль/л (179%) (табл.2).

Таблица № 2

Сравнительное гипогликемическое действие отвара плодов софоры японской (ОПСЯ) (1:10) и настоя сбора «Арфазетин» (1:10) при аллоксановом диабете у белых крыс

Серия опытов и дозы на кг массы.	Исходный Показатель, принятый за 100%	Концентрация сахара в крови в ммоль /л и в % через:		
		M ± m P <		
		7 суток	15 суток	30 суток
1. Интактные дистиллированная вода 5 мл/кг	4,3 ± 0,03	4,1 ± 0,04 95,3 %	4,3 ± 0,02 100%	4,2 ± 0,03 97,6%
2. Аллоксангидрат, 100 мг/кг подкожно, однократно	4,4 ± 0,02	13,6 ± 0,04 0,05* 309%	12,2 ± 0,03 277,2%	10,2 ± 0,03 231,8%
3. То же + отвар плодов софоры японской 5 мл/ кг	4,5 ± 0,03	6,2 ± 0,03 0,05 137,7%	6,0 ± 0,01 133,3%	5,2 ± 0,03 115,5%
4. То же + настоем сбора «Арфазетин» 5мл/ кг	4,3 ± 0,03	8,22 ± 0,04 0,02 191,1%	7,85 ± 0,01 182,5%	7,7 ± 0,01 179%

Примечание: * значение P для нелеченной серии дано в сравнении с интактными животными, а для леченной серии - в сравнении с нелеченной.

Таким образом, в результате месячного лечения животных с аллоксановым диабетом отваром из плодов софоры японской и настоем «Арфазетина» эффективно снижается содержание сахара в крови. В то же время, отвар из плодов софоры японской значительно превосходит аналогичное действие настоя «Арфазетин».

Гипогликемическое действия отвара плодов софоры японской объясняется содержанием в нём большого количества флавоноидов (кверцетина и рутина), эфирных масел, органических кислот и витаминов, благодаря которым происходит усиленное окисление глюкозы в тканях и понижение её в крови (5). Одновременно с этим, биологически активные вещества (БАВ) плодов софоры японской способствуют регенерирующему действию островков Лангерганса.

Следовательно, отвар плодов софоры японской обладает высокой фармакологической активностью и способствует восстановлению у экспериментальных животных нарушенной функции поджелудочной железы, предотвращая прогрессирование сахарного диабета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В. Г. Экспериментальный сахарный диабет, 1983
2. Ишанкулова Б. А., Анварова Ш. С., Юлдашева У. П., Касьмова С. Д. Клиническое течение сахарного диабета 2 типа у больных, леченных сбором «Юнибет». «Вестник Авиценны», Душанбе, 2005
3. Корсун В.Ф., Николаев С.М., Корсун Е.В., Российская Г.И. Из истории фитотерапии болезней печени. Практическая фитотерапия, 2004, №2. – С.22-25
4. Каухова И.Е. Новая методика получения растительных препаратов. Фармация, №1, 2006
5. Лесиовская Е.Е., Пастушёнков Ф. Л. Фитотерапия и диетология сахарного диабета. Нетиз, 2003

6. Нуралиев Ю. Н. Вклад Абуали ибни Сино в медицину. 2000
7. Петкова В. Современная фитотерапия. 1988
8. Соколов С.Я., Замотаев И.П. Справочник по лекарственным растениям (фитотерапия). М.: «Медицина», 2003
9. Birkeland K. - Diabetic Med, 1998. p.13-15
10. Wolffenbuttel BHR, Orosaert CHC, Visser A. P.- Patient Educ Coums, 1999. p.22-117

Хулоса

ТАЪСИРИ МЕВАИ СОФОРАИ ЧОПОНӢ БА ТАҲРИКИ ЦАРАӢНИ ДИАБЕТИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛИИ ҚАНД

Б. А. Ишонкулова, Ф. М. Хочаева, У. П. Юлдошева

Растаниҳои шифобахш ба бадан бештар таъсири физиологӣ мерасонанд ва истеъмоли тӯлонии (дарозмуддати) онҳо таъсири захролудшавӣ надорад. Ҳаногоми эксперимент дар калламушон қобилияти қандпасткунии софораи чопонӣ дар муқоиса бо «Арфазетин» санчида шуд. Чӯшоба аз меваи софораи чопонӣ ташнагиро самаранок шикаст, дараҷаи қандро дар хун хеле паст кард, инчунин дигар аломатҳои ин беморию ба меъёр даровард. Ҳамин тавр, чӯшобаи софораи чопонӣ ба туфайли дар таркибаш мавҷуд будани флавоноидҳо ва дигар моддаҳои фаъоли биологӣ носомониҳои фаъолияти (кори) ғадуди зери меъдаи ҳайвонҳоро барқарор месозад ва вусъати диabetи (дӯлоби) қандро бартараф менамояд.

Summary

THE INFLUENCE OF FRUITS OF SOPHORA JAPONICA ON DINAMICS OF PROGRESS OF EXPERIMENTAL DIABETES

B.A. Ishankulova, F.M. Hojaeva, U.P. Yuldasheva

In the experiments on rats the effect of decreasing shugar by sophora japonica on compare with “arfazetin” was observed. The decoction from fruits of sophora japonica slakes more effective, decreases the level of blood shugar, and normalizes other indexes of the disease. Therefore, the decoction from fruits of sophora japonica because flavonoids and other biological substances restores alterational function of pancreas, prevents progressing of diabetes.

СОСТОЯНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЗВЕНЬЕВ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИМИ АНЕМИЯМИ

К.И. Исмаилов, Н.Н. Ходжаева

Кафедра детских болезней №2

Актуальность. Проблемы анемий сохраняют свою актуальность в развивающихся странах мира, поскольку остаётся неизменным их большой удельный вес среди заболеваний крови. В структуре анемий наследственная гемолитическая анемия (НГА) детей занимает одно из ведущих мест. Удельный вес гемолитических анемий среди других заболеваний крови составляет – 5,3%, а среди других анемических состояний – 11,5%. В структуре гемолитических анемий преобладают наследственные формы заболеваний. Частота заболеваемости по данным различных авторов варьирует. Наиболее часто встречающейся формой являются гемоглобинопатии – 73%, затем ферментопатии – 25% и мембранопатии – 2%. С этими заболеваниями в настоящее время связана существенная доля смертности детей старше года.

Наследственные гемолитические анемии приводят к замедлению роста и развития детей,

6. Нуралиев Ю. Н. Вклад Абуали ибни Сино в медицину. 2000
7. Петкова В. Современная фитотерапия. 1988
8. Соколов С.Я., Замотаев И.П. Справочник по лекарственным растениям (фитотерапия). М.: «Медицина», 2003
9. Birkeland K. - Diabetic Med, 1998. p.13-15
10. Wolffenbuttel BHR, Orosaert CHC, Visser A. P.- Patient Educ Coums, 1999. p.22-117

Хулоса

ТАЪСИРИ МЕВАИ СОФОРАИ ЧОПОНӢ БА ТАҲРИКИ ЦАРАӢНИ ДИАБЕТИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛИИ ҚАНД

Б. А. Ишонкулова, Ф. М. Хочаева, У. П. Юлдошева

Растаниҳои шифобахш ба бадан бештар таъсири физиологӣ мерасонанд ва истеъмоли тӯлонии (дарозмуддати) онҳо таъсири захролудшавӣ надорад. Ҳаногоми эксперимент дар калламушон қобилияти қандпасткунии софораи чопонӣ дар муқоиса бо «Арфазетин» санчида шуд. Чӯшоба аз меваи софораи чопонӣ ташнагиро самаранок шикаст, дараҷаи қандро дар хун хеле паст кард, инчунин дигар аломатҳои ин беморию ба меъёр даровард. Ҳамин тавр, чӯшобаи софораи чопонӣ ба туфайли дар таркибаш мавҷуд будани флавоноидҳо ва дигар моддаҳои фаъоли биологӣ носомониҳои фаъолияти (кори) ғадуди зери меъдаи ҳайвонҳоро барқарор месозад ва вусъати диabetи (дӯлоби) қандро бартараф менамояд.

Summary

THE INFLUENCE OF FRUITS OF SOPHORA JAPONICA ON DINAMICS OF PROGRESS OF EXPERIMENTAL DIABETES

B.A. Ishankulova, F.M. Hojaeva, U.P. Yuldasheva

In the experiments on rats the effect of decreasing shugar by sophora japonica on compare with “arfazetin” was observed. The decoction from fruits of sophora japonica slakes more effective, decreases the level of blood shugar, and normalizes other indexes of the disease. Therefore, the decoction from fruits of sophora japonica because flavonoids and other biological substances restores alterational function of pancreas, prevents progressing of diabetes.



СОСТОЯНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЗВЕНЬЕВ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИМИ АНЕМИЯМИ

К.И. Исмаилов, Н.Н. Ходжаева

Кафедра детских болезней №2

Актуальность. Проблемы анемий сохраняют свою актуальность в развивающихся странах мира, поскольку остаётся неизменным их большой удельный вес среди заболеваний крови. В структуре анемий наследственная гемолитическая анемия (НГА) детей занимает одно из ведущих мест. Удельный вес гемолитических анемий среди других заболеваний крови составляет – 5,3%, а среди других анемических состояний – 11,5%. В структуре гемолитических анемий преобладают наследственные формы заболеваний. Частота заболеваемости по данным различных авторов варьирует. Наиболее часто встречающейся формой являются гемоглобинопатии – 73%, затем ферментопатии – 25% и мембранопатии – 2%. С этими заболеваниями в настоящее время связана существенная доля смертности детей старше года.

Наследственные гемолитические анемии приводят к замедлению роста и развития детей,

снижают иммунобиологическую реактивность организма и повышают восприимчивость к инфекционным заболеваниям.

Следует отметить, что многие аспекты иммунного статуса у детей при наследственных гемолитических анемиях ещё не подвергались тщательному изучению.

Целью настоящей работы явилось изучение иммунного статуса у детей при НГА.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 117 больных с НГА. Из них 67 мальчиков и 50 девочек, что составляет 57,3% и 42,7% соответственно.

Больные были распределены на три группы в зависимости от степени тяжести анемии. Контрольную группу составили 30 здоровых детей.

Нами проведён многофакторный анализ причин развития анемии: наследственность, каким по счёту родился ребёнок в семье, интергенетический интервал, наличие сопутствующих заболеваний.

Исследование включало в себя общеклиническое обследование, гемограмму, миелограмму, биохимический анализ крови с определением фракций билирубина, форрез гемоглобинов, сывороточное железо, УЗИ печени и селезёнки, изучение иммунного статуса: по показателям гуморального иммунитета, IgA, M, G по Manchini и клеточного иммунитета – определение в периферической крови Т – и В- лимфоцитов по Mendes, а также изучение фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов и фагоцитарного индекса.

Результаты и их обсуждение. У основной массы обследованных больных (62 -53%) констатирована в – талассемия, у 34 больных (28%) - ферментопатия и у 21 ребёнка (19%) с микросфероцитоз. Первую группу составил 31 ребёнок с анемией лёгкой степени. Клинически отмечались бледность кожи с восковидным оттенком, вялость, умеренная гепатоспленомегалия (увеличение селезёнки до 2-3 см из-под края рёберной дуги), изменения костной системы в виде склонности к образованию «башенного черепа».

В анализах периферической крови содержание эритроцитов колебалось от 2,9 до 3,8•10¹²/л, гемоглобина от 90 до 100 г/л, цветовой показатель -0,7-0,9, количество ретикулоцитов и тромбоцитов было в пределах нормы. У 1 больного отмечена умеренная лейкопения (4,3-5,5•10⁹/л), у 2 детей выявлен сдвиг лейкоформулы влево. Анизо- и пойкилоцитоз отмечены у 3 больных и у 1 ребёнка - нормобластоз. При биохимическом исследовании крови обнаружены следующие изменения: увеличение концентрации общего билирубина до 28мкмоль/л за счёт непрямой фракции, у одной трети больных выявлена гипопропротеинемия, в основном за счёт снижения альбумина в плазме крови; уровень сывороточного железа составлял 21±1,04 мкмоль/л.

Во вторую группу входил 41 больной с анемией средней тяжести. Объективно: бледно-желтушная кожа с землистым оттенком. Отмечалась деформация черепа («башенный череп» - 35,5%), увеличение верхней челюсти и готическое нёбо (72,6%), западение переносицы (83,9%), гепатоспленомегалия (увеличение селезёнки до 4-6 см). В гемограмме выявлены следующие изменения: количество эритроцитов колебалось в пределах 1,7-3,3•10¹²/л, гемоглобин составлял 71-89 г/л, цветовой показатель 0,65-0,9. У 26 больных (63,4%) выявлен ретикулоцитоз различной степени, выраженная тромбоцитопения (46,8•10⁹/л) - у 1 ребёнка. У 13 детей была отмечена лейкопения (31,7%), у 3 - сдвиг лейкоцитарной формулы влево, вплоть до появления миелоцитов и юных форм. Значительно выраженные анизо- и пойкилоцитоз выявлены у 34 детей (82,3%) данной группы. Нормобластоз различной степени выраженности обнаружен у 8 больных. При биохимическом исследовании крови обнаружены следующие изменения: увеличение концентрации общего билирубина до 59±3,54 мкмоль/л за счёт непрямой фракции; общий белок и его фракции также были изменены; у половины больных выявлена гипопропротеинемия, в основном за счёт гипоальбуминемии; уровень сывороточного железа составлял 37,0±2,3 мкмоль/л.

Третью группу составляли 45 детей с анемией тяжёлой степени. Клинически у них отмечалась бледно-желтушная кожа с землистым оттенком и иктеричность слизистых оболочек. Характерны были деформация черепа, западение переносицы (83,9%), отдаление глазниц и монголоидный разрез глаз, выступание скул, резцов и клыков с нарушением прикуса, аномалии зубов (24,3%). Выраженная гепатоспленомегалия - увеличение селезёнки более 6 см имело место у 28 больных (62,2%). Выявлены характерные изменения гемограммы: эритроцитов- $1,0-2,5 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин-21-69 г/л, цветовой показатель 0,5-0,9. Ретикулоцитоз ($6,2 \pm 0,35\%$) имел место у 26 больных (57,7%), тромбоцитопения (менее $100 \cdot 10^9/л$) - у 8 (17,8%). Количество лейкоцитов в периферической крови было различным: у 10 детей отмечалась лейкопения (ниже $6 \cdot 10^9/л$), у 6-лейкоцитоз ($11,5-21,8 \cdot 10^9/л$). Сдвиг лейкоформулы влево с появлением палочкоядерных клеток и миелоцитов выявлен у 11 пациентов (24,4%), у 4-х детей в периферической крови обнаружено 95% микросфероцитов. При биохимическом исследовании крови обнаружены следующие изменения: увеличение концентрации общего билирубина до $59 \pm 4,01$ мкмоль/л за счёт непрямой фракции; общий белок и его фракции также подверглись изменениям; у значительного количества больных выявлена гипопропротеинемия, в основном за счёт гипоальбуминемии, а также диспротеинемия, с преобладанием в - и г - фракций глобулина; уровень сывороточного железа составлял $98 \pm 3,68$ мкмоль/л.

Анализ костномозгового пунктата у всех больных выявил резкую гиперплазию эритроидного ростка, пунктат во всех случаях оказался гиперрегенераторным. Количество эритроидных клеток достигало 40%, число митозов красной крови – 1.5-5.5%. В большинстве (71%) случаев отмечено сужение белого ростка. Обнаружены явления эритрофагоцитоза. Эти данные свидетельствуют о напряжённости гемопоэза, которая возникает в ответ на длительную гипоксию органов и тканей.

Результаты исследования гуморального иммунитета представлены в таблице №1.

Таблица №1
Показатели сывороточных иммуноглобулинов у детей с НГА

№	Показатели Группа	n	IgA (г/л)	IgM (г/л)	IgG (г/л)
1	Контрольная	30	$4,02 \pm 0,15$	$2,11 \pm 0,07$	$12,8 \pm 1,06$
2	I (лёгкой степени)	31	$3,62 \pm 0,13$	$1,73 \pm 0,42$	$12,0 \pm 0,51$
		P	>0,05	>0,05	>0,05
3	II (средней тяжести)	41	$2,84 \pm 0,02$	$1,61 \pm 0,08$	$10,5 \pm 0,22$
		P	<0,01	<0,05	<0,01
		P ¹	<0,01	>0,05	<0,05
4	III (тяжёлой степени)	45	$1,51 \pm 0,07$	$1,02 \pm 0,06$	$8,01 \pm 0,84$
		P	<0,001	<0,001	<0,001
		P ¹	<0,05	<0,05	<0,05
		P ²	<0,05	<0,05	<0,05

P- достоверность разницы показателей больных по сравнению с данными контрольной группы;

P1- достоверность разницы между показателями групп больных (второй с первой, третьей с первой);

P2- достоверность разницы между показателями третьей и второй групп больных;

У больных с лёгкой степенью анемии уровень Ig A, M, G существенно не изменился по сравнению с группой здоровых детей ($P>0,05$). Частота заболеваемости также не отличалась от групп здоровых детей (3-4 раза в год).

У больных со средней степенью тяжести анемии имело место снижение показателей Ig A, M, G. Отмечалось некоторое учащение (5-6 раз в год) простудных заболеваний.

В группе больных с тяжёлой анемией отмечено существенное снижение показателей Ig A, M, G. Частота заболеваемости также увеличена (6 раз и более в год).

Так, содержание Ig A у больных этой группы оказалось существенно ниже по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы.

Следовательно, сами патогенетические компоненты НГА (гемическая гипоксия, гиперсидеремия) приводят к снижению гуморального иммунитета, и способствует увеличению заболеваемости.

Изменения показателей клеточного иммунитета обнаружены во всех группах больных в виде снижения содержания Т- и В-лимфоцитов и их субпопуляций в периферической крови. Этот факт также свидетельствует в пользу того, что генетически детерминированный анемический процесс способствует негативному изменению популяции иммунокомпетентных клеток организма.

Таблица №2

Показатели клеточного иммунитета

Лимфоциты (%)	Контрольная группа n = 30	I (лёгкой степени) n =31	II (средней тяжести) n=41	III (тяжёлой степени) n=45
1.СД ₃ (Т-лимфоциты)	55,3±1,72	51±0,92 P<0,05	39±1,27 P<0,001 P ₁ <0,01	31±0,62 P<0,001 P ₁ <0,001 P ₂ <0,01
2.СД ₄ (Т-хелперы)	38,3±1,81	32±1,4 P< 0,01	22±1,83 P <0,001 P ₁ <0,01	17±0,28 P<0,001 P ₁ <0,001 P ₂ <0,01
3.СД ₈ (Т-супрессоры)	20,1±1,05	17±1,71 P<0,05	15±0,35 P <0,001 P ₁ >0,05	12±1,33 P< 0,001 P ₁ > 0,01 P ₂ <0,05
4.СД ₂₀ (В-лимфоциты)	27±1,13	20±1,23 P<0,001	14,2±0,71 P<0,001 P ₁ <0,01	12±1,33 P<0,001 P ₁ <0,001 P ₂ > 0,05
5.СД ₉₅ (апоптоз)	33±0,12	23±1,73 P<0,001	20±1,54 P<0,001 P ₁ <0,01	17±0,91 P>0,001 P ₁ < 0,05 P ₂ > 0,01
6.СД ₁₆ (НК-клетки)	8,01±1,43	15±1,09 P<0,001	6±1,42 P<0,001 P ₁ <0,01	16±1,05 P<0,001 P ₁ >0,05 P ₂ <0,001
7.СД ₂₅ (рецептор к IL-2)	25±1,90	18±1,59 P<0,001	13±0,37 P<0,001 P ₁ <0,01	10±1,98 P<0,001 P ₁ <0,001 P ₂ >0,05
8.СД ₇₁ (рецептор пролиферации)	28±0,29	24±1,02 P<0,001	19±1,07 P<0,001 P ₁ <0,01	12±1,15 P<0,001 P ₁ <0,01 P ₂ <0,01

У больных первой группы отмечено некоторое отличие показателей Т-клеток и их субпопуляций от показателей контрольной группы.

У больных с анемией средней степени тяжести по сравнению с группой здоровых детей имело место заметное снижение показателей Т-лимфоцитов.

В группе больных с анемией тяжёлой степени наблюдалось существенное снижение показателей Т-клеток и их субпопуляций по сравнению со здоровыми детьми.

Итак, снижение содержания как абсолютного, так и относительного числа Т-лимфоцитов и их субпопуляций свидетельствует о снижении как хелперного, так и супрессорного звена клеточного иммунитета.

Изучение неспецифического иммунитета по фагоцитозу и фагоцитарному индексу нейтрофилов у больных НГА во всех группах показало его снижение (табл. 3).

Таблица №3

Показатели неспецифического иммунитета

№	Показатели	Фагоцитарная активность (%)	Фагоцитарный индекс м/с
	Группа		
1	Контрольная n=30	75±2,83	5,8±0,79
2	I (лёгкой степени) P n=31	70,5±2,01 >0,05	4,9±0,24 <0,05
3	II (средней тяжести) P P ₁ n=41	53,8±1,04 <0,001 <0,001	3,7±0,15 <0,01 <0,01
4	III (тяжёлой степени) P P ₁ P ₂ n=45	38,1±0,63 <0,001 <0,001 <0,001	2,9±0,06 <0,001 <0,05 <0,05

У больных с лёгкой степенью анемии показатели фагоцитоза и фагоцитарного индекса нейтрофилов существенно не отличались от таких же данных контрольной группы. В то же время отмечена тенденция к их снижению.

Показатели фагоцитарной активности и фагоцитарного индекса у больных с анемией средней тяжести и тяжёлой степени были достоверны ниже по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы.

Средние значения фагоцитарной активности и фагоцитарного индекса у больных со средней и тяжёлой степенью анемии оказались значительно выше таких же показателей у детей с лёгкой степенью анемии.

Следует отметить, что также отмечалась достоверная разница между показателями фагоцитарной активности и фагоцитарного индекса между группами больных со средней и тяжёлой степенью анемического процесса.

Таким образом, результаты проведённого нами исследования показали, что у больных с лёгкой степенью течения НГА существенных изменений изучаемых показателей иммунитета не выявлено. Тогда как у больных со средней и тяжёлой степенью анемии установлено существенное снижение содержания иммуноглобулинов, субпопуляции Т- и В-лимфоцитов, фагоцитарной активности и фагоцитарного индекса нейтрофилов периферической крови. Эти иммунологические изменения нарастали по мере выраженности анемического процесса.

Выявленные изменения в иммунном статусе больных с НГА свидетельствуют о наличии недостаточности как в специфическом, так и в неспецифическом звеньях иммунитета у больных с умеренной и тяжёлой степенью анемии, что, по-видимому, обусловлено гемической гипоксией, сидеремией и гемосидерозом иммунокомпетентных органов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Н.А. «Анемии», 2005
2. Водяп Д. и соавт. Гематология детского возраста, 2002
3. Справочник лабораторных анализов. Под редакцией д. м. н., член-корр. РАЕ и РЭА Ю. Ю. Елисеева /Сборник. М.2005
4. Хаитов Р.А., Игнатъева Г. А., Сидорович И. Г. Иммунология, гл. VII Иммунный ответ, 2005г. С.169-206
5. N. G. Abroque “Respiratory failure” – Cambridge “USA”, Blackwell, 1997; p. 560

Хулоса

ҲОЛАТИ МАСУНИЯТИ МАХСУС ВА ҒАЙРИМАХСУС ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ АНЕМИЯИ ҲЕМОЛИТИКИИ ИРСӢ

К.И. Исмоилов, Н.Н. Хочаева

Дар мақола омӯзиши вазъи масунӣ дар 117 нафар беморони гирифтори анемияи ҳемолитикии ирсӣ (АҲИ) оварда шудааст.

Натиҷаҳои тадқиқоти гузаронидашуда, тағйироти дар вазъи масунии беморони гирифтори АҲИ муайян намуданд, ки аз мавҷуд будани норасоӣ ҳам дар бандҳои махсус ва номахсуси масуният гувоҳӣ медиҳад, ки ин аз ҳипоксияи ҳемикаӣ, оҳанхунӣ (сидеремия), ҳемосидерози ва узвҳои масъул ба масуният вобаста аст.

Summary

THE STATE OF SPECIFIC AND INSPECIFIC LINKS OF THE IMMUNITY IN PATIENTS WITH HEREDITARY HEMOLYTICAL ANEMIA

K.I. Ismailov, N.N. Hojaeva

In the article the study of immune status of 117 patients with hereditary hemolytical anemia (HNA) was made. The results of investigation showed the alterations of immunity in patients with HNA which indicated the insufficiency of specific and inspecific links of immunity that had connection with hemical hypoxia, sideremia and hemociderosis of immune competent organs.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТОП ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПЕРИОДА ДЕТСТВА

В.Б. Мандриков, К.В. Гавриков, С.В. Клаучек,
А.И. Перепёлкин, А.А. Воробьёв

Волгоградский государственный медицинский университет, Российская Федерация

Актуальность. Заболевания костно-мышечной системы как у детей, так и у взрослых наносят большой урон обществу, ухудшая количественные и качественные характеристики населения, негативно влияя на демографическую ситуацию [5]. В последние годы количество заболеваний опорно-двигательного аппарата неуклонно растёт.

В настоящее время активно разрабатывается проблема сохранения и укрепления физического здоровья населения РФ, исследуется роль факторов здорового образа жизни, воздействий внешней среды, морфофункциональных генетически закрепленных свойств организма, его конституции [3]. Однако среди множества подходов к решению этих проблем недостаточно изученным остаётся вопрос об особенностях анатомо-функциональных свойств стопы человека в связи с его типом телосложения, полом и уровнем физической активности [4]. Не вызывает сомнения наличие функционального единства морфологических и глубинных физиологических взаимоотношений. Однако до настоящего времени возрастные изменения анатомии и функции стопы остаются не изученными. Первичная информация о морфологическом и функциональном состоянии стопы в достаточно полной степени может быть оценена только с помощью современных программно-аппаратных средств.

Целью нашего исследования явилось изучение анатомо-функциональных показателей стопы детей первого детства в зависимости от типа их телосложения.

Методика исследования. Проведено исследование стоп у 197 детей в возрасте от 4 до 7 лет. У всех обследованных были проведены углублённые антропометрические исследования, которые в том числе содержали показатели, необходимые для определения индивидуальных особенностей телосложения по методу Пинье [2].

Оценка морфофункционального состояния стопы путём снятия отпечатков (плантограмм) подошвенной поверхности стоп, проводилась с помощью аппаратно-программного комплекса, состоящего из планшетного плантографа, специализированной программы автоматизированной обработки снимков стопы и автоматизированного блока выдачи диагностической информации о результатах проведённых исследований (патент РФ на изобретение №2253363) [1]. Определяли следующие параметры стопы: высоту свода, общую длину, длину переднего, среднего и заднего отделов, индексы Вейсфлога, Шритера и Шритера-Годунова, общую площадь подошвенной поверхности стопы, а также площади её переднего, среднего и заднего отделов.

По морфофункциональному состоянию стопы дети подразделялись на 4 группы: А – отсутствие нарушений морфофункционального состояния стоп; В – умеренно выраженные нарушения; С – выраженные нарушения; D – глубокие нарушения.

Результаты исследования. В ходе работы период первого детства был разделён на две возрастные группы: а) первая половина (4-5 лет); б) вторая половина (6-7 лет). Такое разграничение позволило выявить изменения, происходящие в морфологических и функциональных показателях стопы внутри одного возрастного периода с учётом типа

телосложения. Количество детей с астеническим телосложением в возрасте 4-5 лет было незначительным, поэтому анализ различных параметров стопы в этой возрастной группе не производился. Различия в определяемых параметрах стопы между девочками и мальчиками были недостоверны, поэтому данные обоих полов были объединены.

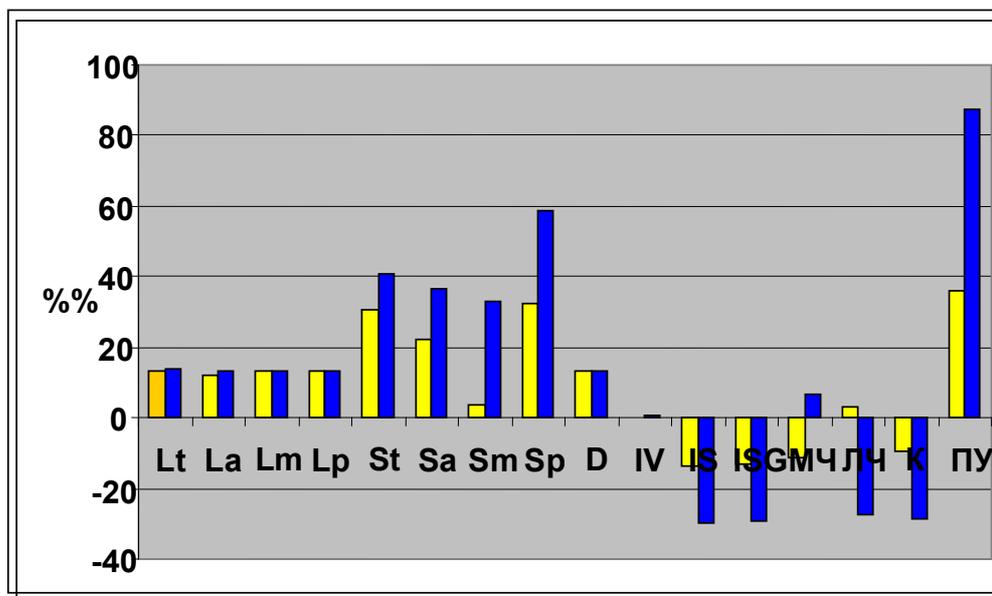


Рис.1 Возрастные изменения морфофункциональных показателей стопы у детей нормостенического и гиперстенического телосложения возраста 6-7 лет по отношению к этим показателям детей 4-5 лет (условно принятых за исходный уровень).

Обозначения: ■ - нормостеники; ■ - гиперстеники

Lt - общая длина стопы, La - длина переднего отдела стопы, Lm - длина среднего отдела стопы, Lp - длина заднего отдела стопы, St - общая площадь опорной поверхности стопы, Sa - площадь переднего отдела опорной поверхности стопы, Sm - площадь среднего отдела опорной поверхности стопы, Sp - площадь заднего отдела опорной поверхности стопы, D - ширина стопы, IV - индекс Вейсфлога, IS - индекс Шритера, ISG-индекс Шритера-Годунова, МЧ - угол отклонения 1 пальца стопы, ЛЧ-угол отклонения V пальца стопы, К - коэффициент К, ПУ- пяточный угол

Как и следовало ожидать, основные антропометрические параметры длины и площади опоры стопы больше у детей с нормостеническим телосложением второй половины рассматриваемого возраста (рис.1). Длина стопы в анализируемой группе детей больше увеличивается за счёт её среднего и заднего отделов ($p < 0,001$), а площадь опорной поверхности стопы - за счёт заднего и переднего отделов ($p < 0,001$). Хотя площадь среднего отдела стопы тоже увеличивается, но разница между двумя возрастными периодами оказалась недостоверной ($p > 0,05$). Ширина стопы у детей 6-7 лет по сравнению с предыдущим возрастом увеличилась более чем на 10% ($p < 0,001$).

Обращает на себя внимание некоторое уменьшение угла отклонения 1 пальца стопы ($p < 0,05$) и увеличение показателя отклонения 5 пальца стопы ($p > 0,05$) у детей этого телосложения в более старшем возрасте по сравнению с младшим. В старшем возрасте наблюдается уменьшение практически всех исследуемых индексов стопы ($p < 0,001$), за

исключением индекса Вейсфлога ($p > 0,05$), который остаётся на одном уровне. Отмечается и уменьшение коэффициента К ($p < 0,05$). Это свидетельствует о продолжающемся формировании продольного свода стопы у детей нормостенического телосложения периода первого детства. Необходимо отметить значительное увеличение пяточного угла у детей 6-7 лет нормостенического телосложения по сравнению с детьми 4-5 лет ($p < 0,05$).

Основные антропометрические параметры длины, ширины и площади опоры стопы у детей 6-7 лет гиперстенического телосложения больше аналогичных параметров детей 4-5 лет. Длина стопы в анализируемой группе детей увеличивается пропорционально за счёт всех трёх её отделов ($p < 0,001$). Площадь опорной поверхности стопы увеличивается у детей 6-7 лет в основном за счёт заднего её отдела ($p < 0,05$), несколько меньше - за счёт переднего отдела ($p < 0,05$), и ещё меньше - за счёт среднего отдела стопы. Хотя опорная площадь среднего отдела стопы с возрастом увеличивается, тем не менее разница между этими двумя возрастными периодами так же, как и в группе детей с нормостеническим телосложением, оказалась недостоверной ($p > 0,05$). Ширина стопы у детей 6-7 лет по сравнению с предыдущим возрастом увеличилась более чем на 10% ($p < 0,001$).

Обращает на себя внимание некоторое отличие с возрастом изменений углов I и V пальцев стопы гиперстеников от нормостеников. У гиперстеников 6-7 лет происходит увеличение угла отклонения I пальца стопы ($p > 0,05$) и уменьшение показателя отклонения 5 пальца стопы ($p > 0,05$) по сравнению с младшим возрастом. В 6-7 лет у гиперстеников наблюдается уменьшение индекса Шритера и Шритера-Годунова ($p < 0,05$), и некоторое увеличение индекса Вейсфлога ($p > 0,05$). Отмечается в этом типе телосложения уменьшение коэффициента К ($p < 0,05$). Это свидетельствует о продолжающемся формировании продольного свода стопы у детей гиперстенического телосложения периода первого детства. У детей-гиперстеников в 6-7 лет, так же как и у нормостеников, отмечается значительное увеличение пяточного угла, хотя эти изменения не достоверны ($p > 0,05$).

Нами проведена оценка анатомо-функционального состояния стоп детей с нормостеническим телосложением периода первого детства. Сравнительная характеристика представлена на рис. 2.

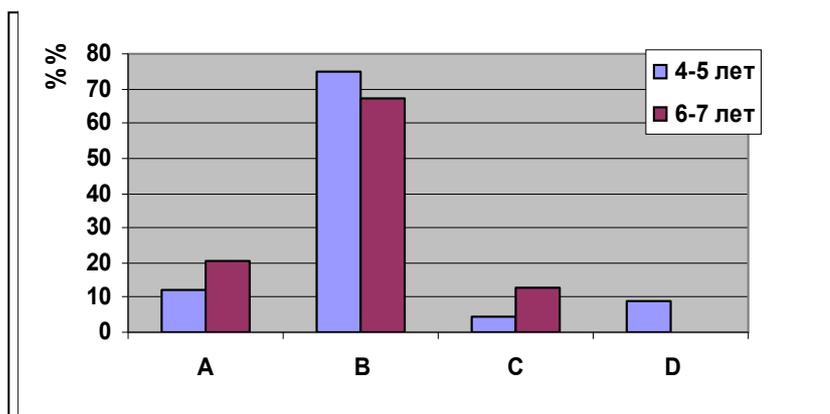


Рис.2 Сравнение встречаемости различных видов морфофункционального состояния стоп у детей с нормостеническим типом телосложения первой и второй половин первого детства

Примечание: А – отсутствие нарушений морфофункционального состояния стоп; В – незначительные нарушения; С – выраженные нарушения; D – глубокие нарушения

Как следует из приведённых данных, наиболее частой по встречаемости является группа «В», то есть состояние стопы с незначительными нарушениями. У детей 4-5 лет рассматриваемого телосложения чаще, чем у старших детей, встречаются стопы с незначительными и глубокими нарушениями их морфофункционального состояния. В группе 6-7-летних чаще, чем у младших в этом типе телосложения, встречаются дети с нормальной стопой. Среди них больше детей и с выраженными нарушениями в стопе. Эти данные указывают на то, что стопа в этой возрастной группе претерпевает выраженные изменения. Происходит её переход из функционально плоской стопы в нормальную по анатомо-функциональным параметрам.

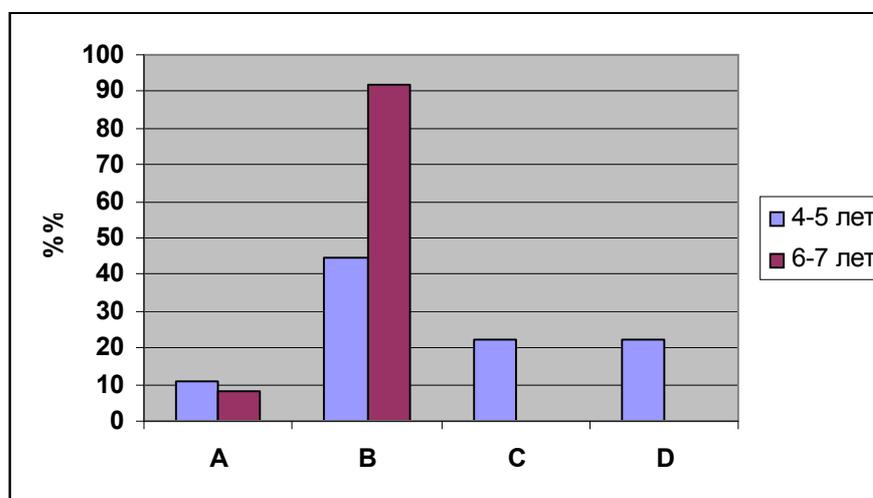


Рис.3 Сравнение встречаемости различных видов морфофункционального состояния стоп у детей с гиперстеническим типом телосложения первой и второй половин первого детства

Как следует из приведённых данных (рис.3), наиболее частым по встречаемости у детей-гиперстеников с 4 до 7 лет является группа здоровья «В», то есть состояние стопы с незначительными нарушениями. У детей 4-5 лет рассматриваемого телосложения встречаются такие изменения стоп, которые относятся к группам С и D, что не наблюдается в старшем возрасте.

Таким образом, морфологические и функциональные изменения стопы детей первого детства зависят не только от возраста, но и от типа телосложения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гавриков К.В., Перепёлкин А.И., Ефремова Г.В., Букина Е.В. Сравнительный анализ морфофункционального состояния стоп у спортсменов различных специализаций// Вестник Волг. гос. мед. ун-та.- 2007. – Т21, №1. – С. 7-9
2. Давыдов В.Ю. Схемы нормальных конституций (соматотипов)// Учебное пособие. – Волгоград: ВГАФК, 2003
3. Дубровский, В.И. Валеология. Здоровый образ жизни. - М.: Retorika-A: Флинта, 1999
4. Колпиков В.В., Бакин Е.А., Семёнов В.В., Анальин Е.Ю. Функциональная индивидуальность человека как составляющая конституции // Тезисы докладов XVIII Междун. съезда физиолог. общества им И.П. Павлова. – Казань, 2001.- С. 529
5. Миронов С.П., Андреева Т.М., Попова М.М. Актуальные вопросы детской и

подростковой травматолого-ортопедической помощи/Материалы научно-практической конференции детских травматологов-ортопедов России с межд. участием. Екатеринбург, сентябрь, 2007г. СПб., 2007. – С. 29-30

Хулоса

**ВАЗЪИ МОРФОФУНКЦИОНАЛИИ КАФИ ПОЙИ КЎДАКОНИ
ДАВРАИ АВВАЛИ ТИФЛИЯТ**

**В.Б. Мандриков, К.В. Гавриков, С.В. Клаучек,
А.И. Перепёлкин, А.А. Воробьёв**

Таджикоти 197 нафар кӯдакони аз 4 то 7 сола бо усули соязаниии планшетӣ (патенти ФР барои ихтироъ №225-3363) гузаронида шуд, ки аз тарафи олимони се макотиби олии Волгоград кор карда шудааст. Дар мақола тағйиротҳои морфофункционалӣ ва вазоифии кафи пойҳои кӯдакони давраи аввали бачагӣ нишон дода шудааст, ки на танҳо аз синну сол, балки аз қаду қомаи кӯдакон низ вобаста аст.

Summary

**MORPHOFUNCTIONAL STATE OF THE FEET IN YEARLY
CHILDHOOD PERIOD**

**V.B. Mandrikov, K.V. Gavrikov, S.V. Klauček,
A.I. Perepyolkin, A.A. Vorobyov**

197 of children in age 4-7 years by the method of flatbed foot scanner (the patent № 2253363 of RF, t. Volgograd) were investigated. In was showed that morphological and functional alterations of the feet of preschool children are dependent not only from the age, but also from the somatotype.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭКОЛОГО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ЗАВИСИМОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН ОТ УРОВНЯ
ПОКАЗАТЕЛЯ АНТРОПОТЕХНОГЕННОЙ НАГРУЗКИ**

**О.И. Борисова, О.В. Хлякина, А.В. Гулин
Липецкий государственный педагогический университет РФ**

Введение. Демографическую ситуацию в России, сложившуюся на рубеже 20-21 вв., большинство специалистов оценивают как критическую. В первую очередь это связано с отрицательным приростом населения, обусловленным низкой рождаемостью и высокой смертностью. В связи со сложившейся обстановкой Правительством РФ выдвинута концепция: «здоровье народа – это важнейший фактор национальной безопасности». Уровень реализации биологического потенциала нации отражает состояние репродуктивного здоровья женщин, которое является «зеркалом» происходящих в обществе демографических процессов [1, 7].

Репродуктивная функция является важнейшим интегральным показателем здоровья женщины, определяет качество её жизни и её потомства, а соответственно здоровье и качество жизни нации [3, 4]. Известно, что здоровье человека в значительной мере зависит от условий окружающей среды. Принято считать, что модель современной медицины прежде всего экологическая, т.к. болезнь возникает вследствие разрушительного действия окружающей среды на здоровье человека. Репродуктивная функция женского организма особо чувствительна к внешним воздействиям вредных факторов окружающей среды

подростковой травматолого-ортопедической помощи/Материалы научно-практической конференции детских травматологов-ортопедов России с межд. участием. Екатеринбург, сентябрь, 2007г. СПб., 2007. – С. 29-30

Хулоса

**ВАЗЪИ МОРФОФУНКЦИОНАЛИИ КАФИ ПОЙИ КЎДАКОНИ
ДАВРАИ АВВАЛИ ТИФЛИЯТ**

**В.Б. Мандриков, К.В. Гавриков, С.В. Клаучек,
А.И. Перепёлкин, А.А. Воробьёв**

Таджикоти 197 нафар кӯдакони аз 4 то 7 сола бо усули соязаниии планшетӣ (патенти ФР барои ихтироъ №225-3363) гузаронида шуд, ки аз тарафи олимони се макотиби олии Волгоград кор карда шудааст. Дар мақола тағйиротҳои морфофункционалӣ ва вазоифии кафи пойҳои кӯдакони давраи аввали бачагӣ нишон дода шудааст, ки на танҳо аз синну сол, балки аз қаду қомаи кӯдакон низ вобаста аст.

Summary

**MORPHOFUNCTIONAL STATE OF THE FEET IN YEARLY
CHILDHOOD PERIOD**

**V.B. Mandrikov, K.V. Gavrikov, S.V. Klauček,
A.I. Perepyolkin, A.A. Vorobyov**

197 of children in age 4-7 years by the method of flatbed foot scanner (the patent № 2253363 of RF, t. Volgograd) were investigated. It was shown that morphological and functional alterations of the feet of preschool children are dependent not only from the age, but also from the somatotype.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭКОЛОГО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ЗАВИСИМОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН ОТ УРОВНЯ
ПОКАЗАТЕЛЯ АНТРОПОТЕХНОГЕННОЙ НАГРУЗКИ**

**О.И. Борисова, О.В. Хлякина, А.В. Гулин
Липецкий государственный педагогический университет РФ**

Введение. Демографическую ситуацию в России, сложившуюся на рубеже 20-21 вв., большинство специалистов оценивают как критическую. В первую очередь это связано с отрицательным приростом населения, обусловленным низкой рождаемостью и высокой смертностью. В связи со сложившейся обстановкой Правительством РФ выдвинута концепция: «здоровье народа – это важнейший фактор национальной безопасности». Уровень реализации биологического потенциала нации отражает состояние репродуктивного здоровья женщин, которое является «зеркалом» происходящих в обществе демографических процессов [1, 7].

Репродуктивная функция является важнейшим интегральным показателем здоровья женщины, определяет качество её жизни и её потомства, а соответственно здоровье и качество жизни нации [3, 4]. Известно, что здоровье человека в значительной мере зависит от условий окружающей среды. Принято считать, что модель современной медицины прежде всего экологическая, т.к. болезнь возникает вследствие разрушительного действия окружающей среды на здоровье человека. Репродуктивная функция женского организма особо чувствительна к внешним воздействиям вредных факторов окружающей среды

любой, даже малой интенсивности, в т.ч. подпороговой [1, 5]. Независимо от их природы они вызывают сходные нарушения нормального функционирования репродуктивной системы человека. Характер реакции репродуктивной системы на присутствие в качестве загрязнителей окружающей среды различных химических и физических факторов неспецифичен. Это указывает на нарушение механизмов центральной регуляции репродуктивной функции под воздействием неблагоприятных факторов внешней среды независимо от их природы [2, 6]. Установлено, что в большинстве случаев воздействие различных факторов природной и техногенной среды на здоровье женщины практически одинаково, нарушение её репродуктивной функции носит однонаправленный характер, в них доминируют неспецифические или общепатологические процессы. Выявлено, что частота, характер и тяжесть экологически зависимой патологии зависят от продолжительности, интенсивности воздействия патогенных факторов, от эффективности процессов адаптации женского организма. Наиболее ранними признаками нарушения функций репродуктивной системы женщин под влиянием различных ксенобиотиков является рассогласование различных звеньев её регуляции, в частности, нарушение синтеза и секреции гормонов [7]. Анатомическая близость структур, продуцирующих гипоталамические факторы, и гипофизарных клеток, секретирующих тропные гормоны, однотипность характера секреции и механизмов регуляции либеринов и соответствующих тропных гормонов может предопределять взаимовлияние и взаимодействие репродуктивной системы и других компонентов эндокринной системы организма. До настоящего времени ещё недостаточно изучено влияние антропогенных факторов на эндокринную систему женщины и нейроэндокринную регуляцию репродуктивной функции. Исследования этой проблемы немногочисленны и результаты их неоднозначны.

Липецкая область относится к экологически неблагоприятному региону в связи с загрязнением атмосферного воздуха. Более 60 % выбросов вредных веществ от стационарных источников Центрального Черноземья приходится на долю области. Основными загрязнителями окружающей среды являются крупные промышленные предприятия чёрной металлургии (93,8 %) и теплоэнергетики (1,2%). Четвёртая часть крупных промышленных предприятий области сосредоточена в городе Липецке, на который приходится 95,5% выбросов в атмосферу.

В связи с вышеизложенным представляется актуальным изучение роли эндокринных факторов в развитии нарушений функции репродуктивной системы у женщин, проживающих в условиях влияния антропогенных факторов окружающей среды, с выявлением взаимосвязи функциональных показателей эндокринной системы и их значимости в своевременном обнаружении экологически зависимых эндокринопатий при сохранённой цикличности функционирования репродуктивной системы.

Цель исследования – дать сравнительную эколого-физиологическую характеристику зависимости женской репродуктивной функции от уровня антропогенной нагрузки региона проживания и специфики производственной среды и оценить роль эндокринных факторов в развитии экологически зависимых нарушений женской фертильности.

Материал и методы исследования. В ходе работы была проведена эколого-гигиеническая оценка состояния окружающей среды с последующим расчётом комплексного показателя антропогенной нагрузки (КПАТН) и относительного эпидемиологического риска с использованием методических рекомендаций, утверждённых ГКСЭН РФ в 1996 г. № 01-19/17-17 и № 01-19/12-17. Под наблюдением находилось 1388

женщин, обратившихся в 2003-2005 гг. в консультацию «Центр планирования семьи и репродукции» ГУЗ Липецкой областной клинической больницы в связи с бесплодием. Возраст обследуемых лиц от 20 до 39 лет. По месту резидентного проживания 555 человек (40%) - жители сельских районов, 834 человека (60%) – жители городов: Липецк, Елец, Данков. Комплекс клинического обследования включал анамнестическое исследование, анкетирование обследуемых, углублённое клинико-лабораторное обследование женщин с целью исключения различных вариантов соматической, иммунологической и гинекологической патологии, индуцирующих нарушение фертильности. Также проводилось обследование партнёров с целью исключения мужского фактора бесплодия. В соответствии с рангом территории проживания по комплексному показателю антропотехногенной нагрузки все наблюдавшиеся были распределены по трём группам. В группу №1 (204 чел.) вошли женщины, проживающие на территории с низким комплексным показателем антропотехногенной нагрузки (Добринский, Становлянский районы) (КПАТН = 1,024-1,9). В наших исследованиях эти районы были определены как контрольные. Из ориентировочного перечня факторов окружающей среды с их возможным влиянием на уровень распространённости некоторых классов и групп болезней, в контрольных районах не выявлено ни одного из наиболее значимых показателей болезней мочеполовой системы. Достоверной корреляционной связи изменений эндокринного профиля репродуктивной функции с показателями состава окружающей среды в данной группе выявить не удалось. Это позволяет предположить, что нарушения эндокринной функции у женщин с нарушением фертильности соответствует средней их распространённости, характерной для популяции в данной местности.

Во вторую группу (311 чел.) вошли женщины, проживающие на территории со средним комплексным показателем антропотехногенной нагрузки (Задонский, Тербунский, Добровский районы) (КПАТН = 2,0 – 3,0) в возрасте от 20 до 39 лет. Функциональное состояние репродуктивной системы оценивали на основе результатов определения концентрации в периферической крови гонадотропных (ФСГ, ПРЛ, ЛГ) гормонов и основных гормонов яичников (Е2, Прг, Т) радиоиммунологическим методом. Анализ результатов гормонального тестирования показал следующее. У женщин в зависимости от возраста, гонадотропная активность характеризуется изменениями нормальных показателей базальной секреции. При этом уровень концентрации ФСГ значительно не меняется и не зависит от возраста. Уровень концентрации ЛГ и пролактина по сравнению с фоновыми показателями возрастает более чем в 2 раза, при этом данный гормональный профиль имеет тенденцию к увеличению и статистически достоверно зависит от возраста женщины. Функциональное состояние репродуктивной функции оценивали по тестированию секреции стероидных гормонов. В ходе корреляционного анализа наблюдается изменение профиля секреции стероидных гормонов, характеризующегося более выраженными отклонениями, чем в группе наблюдения №1, подавлением овуляции в яичниках и нарастанием явлений гиперандрогении. Так, уровень концентрации прогестерона в плазме крови снижается более чем в 4,5 раза, а уровень тестостерона динамично возрастает в 2,5 - 4 раза в зависимости от возраста и достигает максимального значения в возрастной группе 30-34 года. Вместе с тем уровень концентрации эстрадиола у женщин в группе наблюдения №2 значительно не отклоняется от фонового уровня. Таким образом, на основании результатов анализа изменений эндокринного профиля репродуктивной функции во второй группе с показателями состава окружающей среды

выявлена умеренная корреляционная взаимосвязь. Это позволяет предположить, что нарушение эндокринной функции у женщин с нарушением фертильности соответствует средней их распространённости характерной для популяции в данной местности, нарастающей в течение достаточно длительного времени на территории со средними значениями комплексного показателя антропогенной нагрузки.

В третью группу вошли женщины, проживающие на территориях с высоким комплексным показателем антропогенной нагрузки (гг. Липецк, Елец, Данков, Грязинский, Воловский, Хлевенский и Долгоруковский районы) (КПАТН = 3,19-5,35). В этой группе была выделена подгруппа лиц, в количестве 82 человек, связанных по роду своей профессиональной деятельности с вредными условиями труда более трёх лет (металлургическое производство, химические цеха по производству толуола, лакокрасочной продукции, бытовой химии и производства бытовой техники). По критерию КПАТН города и районы третьей группы можно охарактеризовать как зоны высокого и повышенного риска в отношении болезней мочеполовой системы.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов гормонального тестирования показал, что у женщин в зависимости от возраста гонадотропная и стероидная активность характеризуется значительными изменениями показателей базальной секреции. Определяя уровень гонадотропинов в раннюю фолликулярную фазу цикла, обнаруживали выраженные повышения уровня ЛГ и пролактина в среднем в 2,7 раза по сравнению с фоновыми показателями.

Особенности секреции стероидных гормонов характеризуются более выраженным, чем во второй группе, подавлением овуляции в яичниках. Так, уровень концентрации прогестерона снижался в среднем в 5,4 раза, а уровень тестостерона динамично возрастал в среднем в 4,5 раза в зависимости от возраста и достигал максимальных значений в возрастной группе 30-35 лет. Вместе с тем уровень концентрации эстрадиола у женщин данной группы имел тенденцию к увеличению в среднем в 2,1 раза. Исследование подгруппы выявило изменение гормонального статуса репродуктивной системы, соответствующего установленному для третьей группы. Однако выраженность этих изменений была более яркой. При этом следует отметить нарастание выраженности изменений в абсолютных значениях в зависимости от стажа работы на вредных производствах.

Таким образом, анализ полученных данных показывает, что наблюдаются отклонения по всем показателям гонадотропных и стероидных гормонов, которые нарастают по мере увеличения стажа работы на предприятиях. При этом не удалось выявить достоверного различия между группами работающих на разных предприятиях.

В условиях сложной демографической обстановки, в свете реализации поставленных Президентом России В.В.Путиным задач в области демографии, жизненно необходима консолидация всех сопричастных структур на поприще сохранения фертильности популяции. В этом направлении лежат пути решения одной из важнейших проблем сохранения и укрепления здоровья нации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Беляева Т.В. Теория и практика общей экологической репродуктологии // Журн. акуш. и женских болезней. – 2000. – Вып. 3. – С. 8-10
2. Айламазян Э.К. Основные проблемы и прикладное значение экологической репродуктологии // Журн. акуш. и женских болезней. - 2005. – Вып. 1. – С.7-13
3. Айламазян Э.К., Виноградова Е.Г. Профилактика нарушений репродуктивного

здоровья от профессиональных и экологических факторов риска. Мат. межд. конгресса, 2004. – С.98-99

4. Айламазян Э.К., Беляева Т.В., Виноградова Е.Г., Шутова И.А. Репродуктивное здоровье женщины как критерий биоэкологической оценки окружающей среды // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. - 1997. №3. С. – 74-78

5. Артамонова В.Г., Костючек Д.Ф., Пашутин В.Н. Труд и здоровье женщин репродуктивного возраста приборостроительной промышленности. Пути профилактики. – СПб., 2001

6. Степанов М.Г. и др. Экспериментальное изучение влияния экологически неблагоприятных факторов на репродуктивную функцию женского организма // Межд. мед. обзоры. – 1995. – Т.3., №2. – С.81-83

7. Степанов М.Г. и др. Нарушения центральной регуляции репродуктивной функции под влиянием неблагоприятных факторов внешней среды // Вопр. мед. химии – 1995. – Т.41, №5. – С.33-35

Хулоса

ВОБАСТАГИИ ФУНКСИЯИ РЕПРОДУКТИВИИ ЗАНОН АЗ САТҲИ НИШОНДИҲАНДАИ САРБОРИИ АНТРОПОТЕХНОГЕНӢ - ТАВСИФИ МУҚОИСАВИИ ЭКОЛОГӢ ВА ФИЗИОЛОГӢ

О.И. Борисова, О.В. Хлякина, А.В. Гулин

1388 нафар занон бо мақсади тавсифи муқоисавии экологӣ ва физиологӣ оид ба вобастагии функсияи репродуктиви занон аз сарбории антропотехногенӣ дар маҳалли зист ва хусусияти муҳити истехсолӣ бо баҳодихии нақши омилҳои эндокринӣ дар инкишофи ихтилолоти қобилияти ҳамли (фертильность) аз экология вобастаи занон, муоина карда шуданд. Ҳамаи муонишудагон, вобаста аз сатҳи ҳудуди зист аз рӯи сарбории антропотехногенӣ, ба се гурӯҳ тақсим карда шуданд.

Таҳлили маълумотҳо нишон медиҳад, ки бо зиёдшавии сатҳи сарбории антропотехногенӣ дар ҳамаи нишондиҳандаҳои ҳормонҳои гонадотропӣ ва стероидӣ тағйироти берун аз меъёр мушоҳида мешавад, ки он бо зиёдшавии собикаи корӣ дар истехсолоти зараровар меафзояд.

Summary

COMPARATIVE ECOLOGICAL PHYSIOLOGICAL CHARACTERISTIC OF DEPENDENT OF REPRODUCTIVE FUNCTION OF WOMEN FROM THE LEVEL OF INDEX OF ANTROPOTECHNOGENIC LADING

O.I. Borisova, O.V. Hlyakina, A.V. Gulin

1388 women were examined, the purpose of the work was the study of ecological physiological study of reproductive function on compare with the level of antropotechnogenic lading at living region and the specificity of professional medium, and the estimation of the role of endocrinic factors in the development of dependent disorders of fertility of women was observed. On the index the examined women were parted on 3 groups. The analysis showed that than antropotechnogenic lading (long experience at hard works) more increases than the indexes of gonadotropic and steroid hormones more high.

**ЯДЕРНАЯ МЕДИЦИНА – ОДНО ИЗ ПЕРСПЕКТИВНЫХ
НАПРАВЛЕНИЙ РАЗВИТИЯ ФИЗИКО-ТЕХНИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА
ИМЕНИ С.У.УМАРОВА АН РТ**

**Д.А. Абдушукуров, И. Бободжанов, Н.Т. Буриев,
А.А. Джураев, Х.Х. Муминов**

Физико-технический институт им С.У.Умарова АН РТ

Ядерно-физические методы исследования в медицине довольно прочно определили своё место в современной клинко-диагностической и терапевтической практике здравоохранения, в связи с чем появилось новое направление – ядерная медицина. Актуальность клинических проблем, связанных с состоянием здоровья населения, ставит перед ядерной медициной задачи по разработке и внедрению новых методов диагностики и терапии, применению которых зачастую нет иной альтернативы. Методы ядерно-физических исследований, применяемые в ядерной медицине, являются высокоинформативными, точными и обладают способностью выявлять структурно-функциональные изменения органов и тканей практически на клеточном уровне. Они не травматичны и позволяют получать уникальную информацию о характере протекающего процесса, степени его распространённости, о наличии очаговых образований. Применение ядерно-физических методов оправдано прежде всего в диагностике, потому что получаемая информация не может быть получена другими методами и всегда отражает функции изучаемого органа или системы.



Рис. 1. Внешний вид ускорителя ИЛУ-10

Физико-технический институт им. С.У.Умарова АН РТ планировал запуск реактора «Аргус» для проведения ядерно-физических исследований во многих отраслях народного хозяйства, в том числе и в медицине. Однако в 1991 году по решению горисполкома города Душанбе работы по пуску и наладке реактора и его технологических систем были

приостановлены, хотя общестроительные и монтажные работы были завершены в 1987 году. На территорию республики ядерное топливо для реактора не завозилось, и с началом гражданской войны в Таджикистане финансирование проекта было полностью прекращено. Сам реактор с момента установки не запускался и не эксплуатировался и к настоящему времени морально устарел и пришёл в негодность. В то же время институт остро нуждается в современной установке для решения ряда научно-исследовательских и практических народно-хозяйственных задач.

Альтернативой ядерному реактору может стать ускоритель электронов, так как в ускорителях не используются делящиеся вещества, и они не представляют опасности. В связи с этим в институте рассматривается вопрос приобретения промышленного ускорителя марки ИЛУ-10 (рис. 1).

При использовании современных технологий на ускорителе можно будет получать как поток электронов, так и гамма-квантов, и нейтронов. При этом источник потока нейтронов по всем параметрам не будет уступать реактору «Аргус». В настоящее время ФТИ обладает подходящим для монтажа ускорителя зданием (здание, подготовленное под реактор «Аргус», в котором размещены общелабораторные и технологические системы, включая приточную и вытяжную вентиляцию, систему кондиционирования воздуха со сменными фильтрами, спецканализацию, санитарные пропускники, резервное электроснабжение, систему пневмотранспортных устройств (АРС-28) и др.), графит-бериллиевой сборкой, необходимой для проведения исследований экспериментальной аппаратурой и опытом работы в данной области.

Ускоритель можно будет использовать в режиме разделения времени, для проведения научных исследований и промышленного использования. Промышленное использование ускорителя было бы своевременным и весьма полезным для Республики Таджикистана.

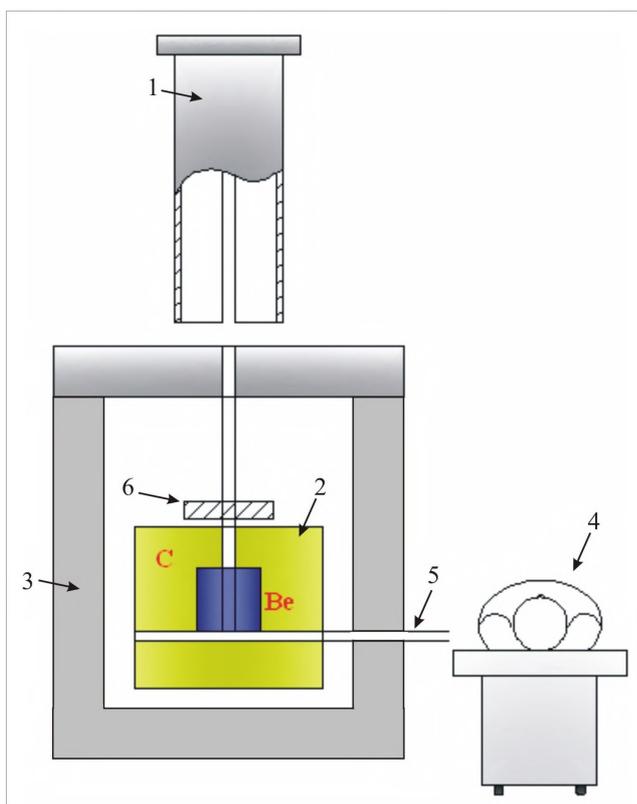
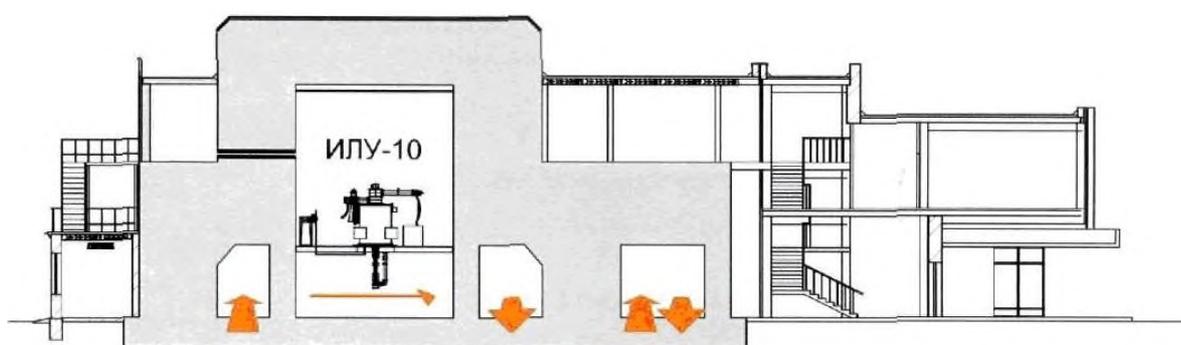


Рис. 2. Установка для нейтронно-захватной терапии

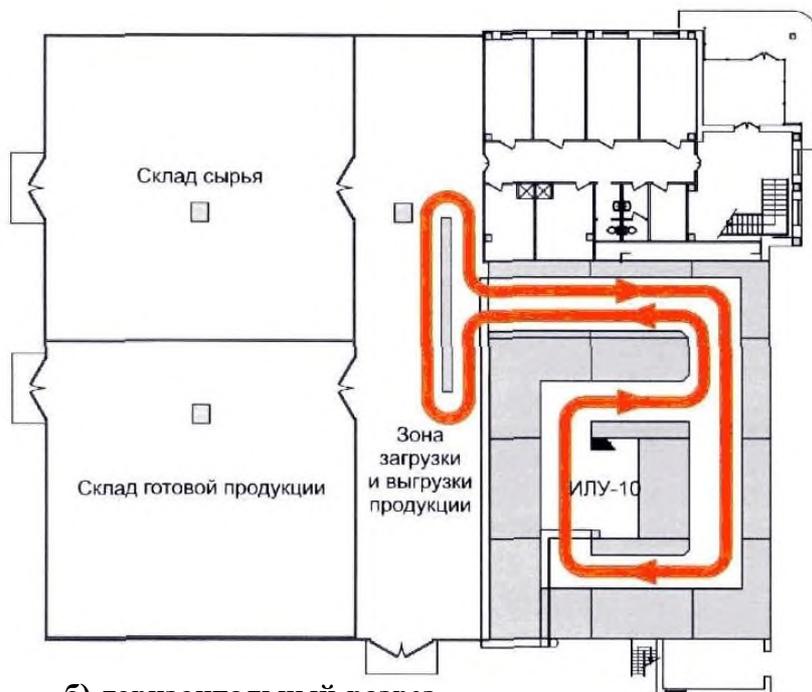
1-ускоритель ИЛУ-10; 2 – графит-бериллиевая сборка; 3-радиационная защита; 4 – пациент; 5 – канал вывода нейтронного пучка; 6 – мишень

Одним из многих направлений ядерно-физических исследований в медицине является использование источника нейтронов для бор-гадолиний-нейтронно-захватной терапии. Как известно, злокачественные опухоли, обладая повышенным метаболизмом, накапливают в себе практически все микроэлементы, буквально высасывая их из всего организма. Это позволяет концентрировать в опухолях медицинские препараты с содержанием элементов, обладающих повышенным сечением взаимодействия с нейтронами. После

накопления может производиться селективное облучение опухолей, что значительно увеличивает эффективность терапии и уменьшает пагубное воздействие излучения на здоровые клетки. Методика бор-нейтронно-захватной терапии (БНЗТ) основана на избирательном уничтожении клеток злокачественных опухолей путём накопления в них стабильного изотопа бор-10 и последующего облучения их тепловыми нейтронами. В результате поглощения нейтронов бором происходит ядерная реакция с большим выделением энергии, что приводит к гибели злокачественных клеток. Проведённые клинические испытания показали, что БНЗТ позволяет лечить даже такие заболевания, как глиобластомы мозга и метастазы меланомы [2]. Вариант установки для нейтронно-захватной терапии представлен на рис.2.



а) вертикальный разрез



б) горизонтальный разрез

Рис. 3. Центр стерилизации на базе ускорителя ИЛУ-10 с механизмом транспортирования продукции в разрезе

Главная особенность нейтронно-захватной терапии состоит в том, что она воздействует на отдельные клетки. В принципе позволяет облучать и разрушать только раковые клетки,

не повреждая при этом соседние, здоровые клетки ткани. Никакие другие разновидности лучевой терапии такой возможностью не обладают.

Применение ускорителя для терапии рака будет иметь огромное социальное значение для нашей республики и всего региона Центральной Азии и сопредельных государств.

Очень полезными могут оказаться работы по стерилизации медицинских инструментов (шприцев, одежды, белья, перчаток, имплантатов, систем переливания крови и др.). Стерилизация может производиться непосредственно внутри заводских упаковок без их разгерметизации и термического повреждения. Радиационная стерилизация является единственным методом, позволяющим проводить подобные работы. Её использование позволит в значительной мере сократить риск распространения инфекционных заболеваний, что имеет огромное социальное значение для нашего региона. Схема центра стерилизации на базе ускорителя ИЛУ-10 с механизмом транспортирования продукции представлена на рис. 3.

Таджикистан обладает уникальными ресурсами лекарственных растений, произрастающих в экологически чистых горных регионах. Заготавливается и производится значительное количество сырья для фармацевтической промышленности, однако качество его стерилизации не позволяет увеличить долю экспорта. Другими объектами стерилизации могут быть продукты питания и сухофрукты. Увеличению экспорта сухофруктов и других пищевых продуктов также препятствует отсутствие или низкое качество их стерилизации. Возможность проведения стерилизации, соответствующей международным стандартам, будет способствовать развитию отдельных отраслей народного хозяйства и внесёт свой положительный вклад в проблему сокращения бедности в Таджикистане. Это согласуется с принятой Правительством Республики Таджикистан «Программой сокращения бедности в РТ».

Огромный интерес представляет использование радиоактивных изотопов в форме радиофармацевтических препаратов (РФП), которые позволяют проводить многие исследования, диагностические и терапевтические процедуры лучше, проще и быстрее, чем любые другие традиционные методы. Эффективность этих методов основана на достижениях таких фундаментальных наук как ядерная физика, микробиология и биохимия. В настоящее время для диагностических и терапевтических целей применяют около 200 различных радиоактивных изотопов, период полураспада которых составляет несколько минут. Эти изотопы имеют преимущественно искусственное происхождение, образуясь в реакциях взаимодействия заряженных частиц или нейтронов с веществом мишени. Существующий сегодня арсенал радиоактивных фармацевтических препаратов (РФП) позволяет проводить функциональные исследования практически всех органов и систем. В потоке тепловых нейтронов можно будет получать некоторые короткоживущие изотопы для использования их в медицинской практике.

В настоящее время сотрудниками Международного центра ядерно-физических исследований Физико-технического института имени академика С.У. Умарова АН РТ ведутся активные работы по привлечению международных организаций (МАГАТЭ, МНТЦ и др.) к поиску источников инвестиций для приобретения, доставке, установке и пуску ускорителя ИЛУ-10. Надеемся, что запуск ускорителя откроет второе дыхание ядерно-физическим исследованиям в Республике Таджикистан, сформирует новые перспективные научные направления, которые будут способствовать интенсивному развитию многих отраслей народного хозяйства, в том числе и ядерной медицины в здравоохранении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Coorley T., Zamenhof R. and Nikjoo H., Calculated DNA damage from gadolinium Auger electrons and relation to dose distributions in a head phantom, *Int. Journ. Radiat. Biol.* 80 (2004) 933
2. Zhao Y., Song R., Wang X., Liu Y.. A combination of gadolinium and boron compounds for use in Gd-BNCT. In B. Larssons, J. Crawford, and R. Weinreich (eds), *Advances in Neutron Capture Therapy* (Amsterdam: Elsevier Science), 1997, pp. 451–455
3. Coorley T., Kiger W.S. III and Zamenhof R. Reference Dosimetry Calculations for Neutron Capture Therapy with Comparison of Analytical and Voxel Models. *Medical Physics*, 29, 2002, 145–156
4. Koehler P.E. The Oak Ridge Electron Linear Accelerator Pulsed Neutron Source. <http://www.phy.ornl.gov/nuclear/orela/>

Хулоса

**ТИББИ ЯДРОЙ – ЯКЕ АЗ САМТҲОИ ДУРНАМОИ РУШДИ ДОНИШКАДАИ
ФИЗИКИЮ ТЕХНИКИИ БА НОМИ С.У. УМАРОВИ АИ ЧТ
Д.А. Абдушукуров, И. Бобочонов, Н.Т. Бӯриев, А.А. Чӯраев,
Х.Х. Мӯминов**

Дар мақола самтҳои дурнамои рушди тадқиқотҳои ядрои ва физикӣ дар Донишкадаи физикию техникии ба номи С.У. Умарови АИ ЧТ шарҳ дода шудааст, ки на танҳо бо мақсадҳои илмӣ, балки барои мақсадҳои саририю ташхисӣ ва муолаҷавӣ дар тиб метавонанд ба кор бурда шаванд. Чунин имконият дар ҳолати пайдо намудани суръатфизои саноатии ИЛУ-10 амалӣ хоҳад шуд.

Summary

**NUCLEAR MEDICINE IS ONE OF PERSPECTIVE RESEARCH OF
DEVELOPMENT OF PHYSICAL TECHNICAL INSTITUTE NAMED S.U. UMAROV
OF AS RT**

**D.A. Abdushukurov, I. Bobojanov, N.T. Buriev,
A.A. Djuraev, H.H. Muminov**

Perspective directions of the development of nuclear physical research at Physical Technical Institute named S.U. Umarov of AS RT were observed. The results may be used in scientific research, diagnostics clinical and therapeutical purpose.

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, НАХОДЯЩЕГОСЯ
ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ
С.Р. Миралиев, Ф.П. Магзумова, У.И. Сафаров, М.О. Гуломова
Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины**

Введение. Показатели заболеваемости прикрепленного населения являются одним из главных клинических критериев состояния организма, которые отражают степень утраты здоровья и позволяют выявить в медико-социальной группе населения возрастно-половые приоритеты видов заболеваний, требующих наибольшего внимания со стороны медицинских работников вообще и врачей общей (семейной) практики в особенности.

Цель исследования: изучение состояние здоровья членов семей, находившихся под наблюдением участковых терапевтов и переданных врачам общей практики (семейным врачам) при организации обслуживания населения по принципу общей врачебной (семейной) практики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Coorley T., Zamenhof R. and Nikjoo H., Calculated DNA damage from gadolinium Auger electrons and relation to dose distributions in a head phantom, *Int. Journ. Radiat. Biol.* 80 (2004) 933
2. Zhao Y., Song R., Wang X., Liu Y.. A combination of gadolinium and boron compounds for use in Gd-BNCT. In B. Larssons, J. Crawford, and R. Weinreich (eds), *Advances in Neutron Capture Therapy* (Amsterdam: Elsevier Science), 1997, pp. 451–455
3. Coorley T., Kiger W.S. III and Zamenhof R. Reference Dosimetry Calculations for Neutron Capture Therapy with Comparison of Analytical and Voxel Models. *Medical Physics*, 29, 2002, 145–156
4. Koehler P.E. The Oak Ridge Electron Linear Accelerator Pulsed Neutron Source. <http://www.phy.ornl.gov/nuclear/orela/>

Хулоса

ТИББИ ЯДРОЙ – ЯКЕ АЗ САМТҲОИ ДУРНАМОИ РУШДИ ДОНИШКАДАИ ФИЗИКИЮ ТЕХНИКИИ БА НОМИ С.У. УМАРОВИ АИ ЧТ

Д.А. Абдушукуров, И. Бобочонов, Н.Т. Бӯриев, А.А. Чӯраев,
Х.Х. Мӯминов

Дар мақола самтҳои дурнамои рушди тадқиқотҳои ядрои ва физикӣ дар Донишкадаи физикию техникии ба номи С.У. Умарови АИ ЧТ шарҳ дода шудааст, ки на танҳо бо мақсадҳои илмӣ, балки барои мақсадҳои саририю ташхисӣ ва муолаҷавӣ дар тиб метавонанд ба кор бурда шаванд. Чунин имконият дар ҳолати пайдо намудани суръатфизои саноатии ИЛУ-10 амалӣ хоҳад шуд.

Summary

NUCLEAR MEDICINE IS ONE OF PERSPECTIVE RESEARCH OF DEVELOPMENT OF PHYSICAL TECHNICAL INSTITUTE NAMED S.U. UMAROV OF AS RT

D.A. Abdushukurov, I. Bobojanov, N.T. Buriev,
A.A. Djuraev, H.H. Muminov

Perspective directions of the development of nuclear physical research at Physical Technical Institute named S.U. Umarov of AS RT were observed. The results may be used in scientific research, diagnostics clinical and therapeutical purpose.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, НАХОДЯЩЕГОСЯ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

С.Р. Миралиев, Ф.П. Магзумова, У.И. Сафаров, М.О. Гуломова
Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины

Введение. Показатели заболеваемости прикрепленного населения являются одним из главных клинических критериев состояния организма, которые отражают степень утраты здоровья и позволяют выявить в медико-социальной группе населения возрастно-половые приоритеты видов заболеваний, требующих наибольшего внимания со стороны медицинских работников вообще и врачей общей (семейной) практики в особенности.

Цель исследования: изучение состояние здоровья членов семей, находившихся под наблюдением участковых терапевтов и переданных врачам общей практики (семейным врачам) при организации обслуживания населения по принципу общей врачебной (семейной) практики.

Материалы и методы исследования. Информация собрана из 400 амбулаторных карт жителей районов Варзоб, Дангара и Городского центра здоровья № 2 г. Душанбе. Среди обследуемого контингента населения 41,3% мужчин и 58,7% женщин.

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ обращаемости показал наличие тенденции к увеличению числа обращений пациентов с 1,1 в 2002 г. - к участковым терапевтам до 1,9 и 2,8 соответственно в 2002 и 2003 годах - к врачам общей практики (семейным врачам).

Обращаемость женщин за медицинской помощью на протяжении трёх лет наблюдения были выше, чем у мужчин (1,2; 1,4; 2,5; против 1,1; 1,3; 2,0 на одного обследуемого пациента). С возрастом число обращений постепенно увеличивается, достигая максимума у лиц старше 65 лет и выше.

Анализ обращаемости в связи с заболеваниями продемонстрировал рост удельного веса обращений по поводу хронических заболеваний с 39,5% в 2000 году, до 51,0% в 2002 г. и 49,5% в 2003 году. Доля обращений по поводу впервые установленных хронических заболеваний составила по годам соответственно 1,7%; 16,5% и 10,7%. Обнаружено изменение структуры обращений к врачам общей практики (семейным врачам) пациентами разного возраста. Наиболее частым поводом для обращения молодых пациентов были острые заболевания (52,05%), а среди лиц старше 50 лет - обострение известных ранее хронических (49,4%). Характер выявленных изменений структуры и частоты обращений к врачам общей практики (семейным врачам) может свидетельствовать об активизации профилактической деятельности этих врачей по сравнению с участковыми терапевтами, большей выявляемости ими хронических заболеваний у своих пациентов, а также ранней хронизацией острой и накопленной хронической патологии у наблюдаемых членов семей.

Первый год деятельности врачей общей практики (семейных врачей) характеризовался значительным увеличением показателя частоты направления на консультацию к узким специалистам, который в последующем имел тенденцию к снижению. Этот факт, на наш взгляд, объясняется стремлением врачей общей практики к получению наиболее полной информации о состоянии здоровья своих пациентов при знакомстве с ними в первые годы работы.

Сокращение числа направлений на госпитализацию с 8,6% до 6,5% на 100 обратившихся членов семей в 2003 году связано с использованием стационаров на дому и дневных стационаров в амбулатории семейных врачей и Центрах здоровья.

Изучение заболеваемости членов семей, находящихся под наблюдением врачей общей практики (семейных врачей), в динамике за 2002-2003 гг. и в сравнении с аналогичными показателями предыдущих лет (2000-2001), выявило неуклонный рост уровня распространённости заболеваний с $71,55 \pm 2,3$ обследованных пациентов участковых терапевтов в 2000 году до $110,37 \pm 2,8$ в 2002 и $160,4 \pm 3,1$ в 2003 г. ($P < 0,05$). Этот показатель увеличился как среди пациентов старше 50-летнего возраста, так и членов их семей в возрасте до 50 лет.

Анализ заболеваемости по классам МКБ десятого пересмотра показал, что в 2003 году, как и в 2000-м, три первых ранговых места занимают болезни органов дыхания (X класс) - 36,3%, системы кровообращения (IX класс) - 19,1%, костно-мышечной системы и соединительной ткани (XIII класс) - 8,4%.

Ведущими нозологическими формами болезней X класса оказались острые заболевания верхних дыхательных путей, составившие в 2000 и 2002 гг. соответственно 74,1% и 79,5% от общего числа зарегистрированных болезней органов дыхания. Эти заболевания преобладают у лиц моложе 50 лет. Преобладающей патологией органов кровообращения оказалась

гипертоническая болезнь, составившиеся 50,2% от всех зарегистрированных случаев заболеваний этого класса. Второе место занимает ишемическая болезнь сердца - 25,0% и третье - сосудистые заболевания головного мозга - 13,4%.

Гипертоническая болезнь встречается преимущественно у женщин и в основном у лиц старше 50 - летнего возраста. Ишемическая болезнь сердца в 79,9% случаев наблюдается после 45 лет.

Анализ субъективной оценки собственного здоровья и здоровья членов семей позволил дать характеристику состояния здоровья семей разного состава. Оказалось, что наибольшей долей здоровых членов семьи отличаются полные большие семьи: 48,7% по сравнению с 29,6% в неполных семьях.

Нарушение собственного здоровья и здоровья своих близких респонденты в большинстве случаев связывают с финансовыми трудностями, безработицей и неудовлетворённостью жилищно-бытовыми условиями. Такой точки зрения придерживается более трёх четвертей респондентов.

Таким образом, проведённый анализ объективной и субъективной оценки состояния здоровья семей, находящихся под наблюдением врачей общей практики (семейных врачей) даёт им основание составить целенаправленный план мероприятий по профилактике часто встречающихся заболеваний среди прикреплённого населения и решению конкретных задач по оказанию качественной и эффективной первичной медико-санитарной помощи.

Литература

1. Джузенова Б.С. с соавторами - Актуальные проблемы непрерывного медицинского образования в Кыргызстане - Бишкек, 2003г., С. 14-19

2. Кремлев С.Л. с соавт. - Медико-социальное обоснование внедрения врача общей практики (семейного врача) /Материалы Всероссийской научной конференции с международными партнёрами. Научная конференция - Пермь, Халкидики, 1998г., С.35-36

Хулоса

БАХОДИХИИ ҲОЛАТИ САЛОМАТИИ АҲОЛИЕ, КИ ТАҲТИ НАЗОРАТИ ДУХТУРОНИ АМАЛИЯИ УМУМӢ (ОИЛАВӢ) ҚАРОР ДОШТАНД

С.Р. Миралиев, Ф.П. Мағзумова, У.И. Сафаров, М.О. Ғуломова

Натиҷаҳои тадқиқоти мазкур мавҷуд будани тамоюли афзоиши микдори мурочиати аҳолиро ба духтурони амалияи умумӣ (оилавӣ) нишон доданд. Таҳлили бемориат маълум кард, ки се ҷойҳои аввали намӯёро бемориҳои узвҳои нафаскашӣ, системаҳои гардиши хун, устухонӣ-мушакӣ ва бофтаҳои пайвастанданда ишғол мекунанд.

Таҳлили субъективии арзёбии саломатии худ ва солимии аҳли хонавода имконият ба тавсифи ҳолати солимии оилаҳои ҳайати гуногундоштаро медиҳад. Маълум шуд, ки ҳиссаи зиёдтари аъзоёни хонаводаи солим дар оилаҳои калону пурра дар муқоиса бо оилаҳои нопурра вучуд дорад.

Summary

THE ESTIMATION OF HEALTH STAGE OF POPULATION UNDER THE EXAMINATION OF PHYSICIANS OF COMMON PRACTICE

S.R. Miraliev, F.P. Magzumova, U.I. Safarov, M.O. Gulomova

The results of the investigation showed on the tendency to increasing number of visits to the physicians of common practice (family physicians). The analysis of morbidity showed that three the first range places are supplanted by diseases of respiratory organs, circulation system, osteomuscular and connective tissues. Subjective estimation of own health and of members of the family at different families observed that the most number of healthy members of the family are in full families.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ Г. ДУШАНБЕ

З.Я. Максудова

Кафедра общей гигиены и экологии

Актуальность. В настоящее время существует большое число врачебных специальностей, каждая из которых имеет ряд особенностей, относящихся как к самому содержанию врачебной деятельности, так и к условиям, в которых она протекает.

Труд врача сопровождается повышенными психоэмоциональными нагрузками, обусловленными ответственностью за здоровье, а нередко – и жизнь больного, принятием решений в различных экстремальных ситуациях.

В современных условиях экономической нестабильности, низком уровне финансирования человеческий фактор остаётся главным компонентом отечественного здравоохранения.

Целью работы являлась социологическая характеристика особенностей условий труда врачей следующих специальностей: педиатров, анестезиологов – реаниматологов, семейных врачей и инфекционистов. Также был изучен психоэмоциональный климат в медицинских коллективах.

Объём и методы исследования. Данное социологическое исследование проводилось среди врачей Республиканского национального центра здоровья №3 им. Дьякова, в Республиканском центре по борьбе с туберкулёзом (РЦБТ), в детской клинической больнице №2, детской городской поликлинике №10, городских центрах здоровья №1 и №2, инфекционной больнице г. Душанбе. При этом применялись хронометражные наблюдения, анкетирование и метод включённого наблюдения. Анкета включала в себя 25 вопросов, основными среди которых были:

- Какие неблагоприятные условия существуют на Вашем рабочем месте (микrokлиматические, физические, биологические и химические факторы)?
- Получает ли врач удовлетворение от выбранной специальности?
- Каково оснащение рабочего места оборудованием и техническими средствами?
- Имеются ли места (или средства) для снятия усталости и поддержания работоспособности?
- Каковы взаимоотношения с коллегами?

Также был проведён хронометраж рабочего дня 113 врачей, в том числе: 25 анестезиологов-реаниматологов, 15 педиатров, работающих в стационарах, 40 семейных врачей, 18 инфекционистов и 15 врачей РЦБТ.

Полученные результаты оценивали с помощью программ EXCEL, достоверность различий между полученными величинами - методом χ^2 и критерия Стьюдента.

В анкетировании принимали участие 59,02% женщин и 40,98% мужчин различного возраста, всего 300 человек.

Более 90% опрошенных врачей работают по основной специальности на полную ставку. Кроме того, 65% опрошенных работают по совместительству, т.е. на 1,25 и 1,5 ставки. 12,2% опрошенных имеют трудовой стаж не менее 3 лет, 27,6% - от 3 до 10 лет, 35,5% - от 10 до 15 лет, 24,7% - имеют трудовой стаж более 15 лет.

Врач, заполнявший анкету, отмечал не только наличие того или иного фактора в своей деятельности, но и указывал степень его значимости (малая, средняя, высокая).

Результаты и их обсуждение. Анализ материалов социологического исследования

условий, содержания и специфики труда врачей показал, что неблагоприятные микроклиматические условия работы с возможным воздействием физических (температура, влажность воздуха) и химических факторов отмечают семейными врачами – 75%, участковыми педиатрами -76,7%, врачами РЦБТ – 88%, инфекционистами – 77%

Наличие контакта с патогенной инфекцией в процессе работы отметили 82% врачей. Следует отметить, что на присутствие этого фактора указали не только фтизиатры и инфекционисты, но также участковые педиатры и семейные врачи.

Исследование опросным методом показало, что среди семейных врачей и участковых педиатров 68,7% не удовлетворены своей специальностью, тогда как среди анестезиологов таковых не оказалось. Среди педиатров, работающих в стационарах, и врачей РЦБТ 70,3% удовлетворены своей специальностью. Обнаружена закономерность между удовлетворённостью специальностью и результатами работы: 90% анестезиологов удовлетворены результатами своей деятельности, а 10% - мало удовлетворены; среди семейных врачей удовлетворены только 22,6%, 30,5% - мало удовлетворены и 46,9% - не удовлетворены совсем. Среди врачей РЦБТ и педиатров процент удовлетворённых результатами своей деятельности составил 68,7%.

Удовлетворённость специальностью тесно связана с моральным климатом в коллективе. Взаимоотношения с коллегами устраивают 25,6% опрошенных врачей, которые однако не удовлетворены своей специальностью и 56,8% - удовлетворённых своей специальностью.

Основой повышения качества профессиональной деятельности врачей является правильно оборудованное рабочее место. Только 13,7% опрошенных отметили удовлетворительные условия на своих рабочих местах.

Профессия врача связана с постоянным воздействием человеческого фактора, приводящего к повышенным психоэмоциональным нагрузкам. У 35,7% опрошенных врачей к концу рабочего дня постоянно усиливается раздражительность, у 48,6% это явление проявляется иногда и только 15,7% опрошенных не отмечают за собой такой особенности. Среди причин нервозности были названы большой объём канцелярско – оформительской работы, низкая техническая оснащённость рабочего места и постоянный дефицит лекарственных средств.

Одними из главных причин недовольства специальностью опрошенные называли чрезмерную требовательность и грубость больных и их родственников, очень низкую заработную плату, неблагоприятные условия содержания пациентов (см. таблицу).

Таблица

Сравнительная оценка сложности контактов с больными и их родственниками в работе врачей (в процентах)

Специальность и место работы	Отсутствие фактора	Степень значимости фактора		
		малая	средняя	высокая
Семейный врач	13,1	13,4	25,0	48,5
Участковый педиатр	0	11,7	16,6	71,7
Врач РЦБТ	0	6,0	18,9	75,1
Инфекционист	4,0	12,0	14,0	70,0
Реаниматолог - анестезиолог	0	3,0	10,0	87,0

Проведённый хронометраж рабочего дня врачей выявил его значительную продолжительность. Самым продолжительным он был у реаниматологов-анестезиологов – 10 часов 24 минуты. Наиболее длительными рабочими днями недели оказались среда и четверг. Возможно, это связано с тем, что в эти дни во многих стационарах проводятся плановые операции больных, наряду с экстренными оперативными вмешательствами.

Хронометражными исследованиями установлено, что в стационарах большую часть рабочего времени – в среднем 92,6% занимали производственные загрузки. У участковых педиатров 38,0% времени уходило на передвижение по участку. Выполнение основных производственных операций включало лечебно-диагностическую и организационно-методическую работу.

Таким образом, низкая техническая оснащённость затрудняет производственную деятельность врачей, вынуждая высококвалифицированных специалистов тратить время на выполнение рутинной работы.

В предложениях по оптимизации трудового процесса врачи называли введение автоматизированной системы заполнения медицинской и отчётной документации, компьютеризацию медицинских учреждений, оптимизацию микроклиматических условий в палатах, процедурных и операционных кабинетах.

Оптимизация режима труда и отдыха, морально-психологического климата в коллективе, улучшение уровня жизни врачей могут способствовать повышению эффективности их труда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барбараш Н.А., Шапошникова В.И. Оцените своё здоровье. // Санкт – Петербург, 2003
2. Горблянский Ю.Ю. Актуальные вопросы профессиональной заболеваемости медицинских работников. // Медицина труда и промышленная экология, 2003, №1. С. 14-17
3. Мустафина Г.Х., Симонова Н.И., Галимова А.Р., Куйбышев В.Т. Интенсивность производственной нагрузки и напряжённость труда хирургов. // Медицина труда и промышленная экология, 2005, №7.С. 7-14
4. Нафиков Р.Г., Галимов А.Р. и др. Оценка психоэмоционального состояния хирургов. // Медицина труда и промышленная экология, 2005, №7.С.15-17

Хулоса

БАЪЗЕ ХУСУСИЯТҲОИ ФАЪОЛИЯТИ МЕҲНАТИИ ДУХТУРОНИ ШАҲРИ ДУШАНБЕ

З.Я. Максудова

Дар мақола муаллиф натиҷаи тадқиқоти сотсиологиро, ки дар байни духтурони шаҳри Душанбе гузаронидаанд, баррасӣ ва баъзе хусусиятҳои фаъолияти кории онҳоро муайян намудааст.

Натиҷаҳои ҷустуҷӯи нишон доданд, ки зиёда аз 75% духтурон зери таъсири шароитҳои номусоиди ҷои қор (микроклимат) қарор доранд, зиёда аз 68% табибони оилавӣ ва атфолӣ минтақавӣ аз ихтисоси худ қаноатманд нестанд. Яке аз сабабҳои асосии норозигии ҳудро онҳо дар аз ҳад зиёди серталабӣ, дағалии беморон ва пайвандони онҳо, дар музди меҳнати хеле паст, шароити номусоиди нигоҳдории маризон ва ҷои қори номувофиқ мебинанд. Қаноатмандӣ аз ихтисос ба фазои рӯҳии коллектив алоқаи зич дорад. Танҳо 25,6% пишиқон аз муносибати байниҳамдигарии ҳамкорон розӣ ҳастанд.

Фақат 13,7% табибон қаноатмандии худро аз шароити корӣ қайд намуданд.

Мувофиқ кардани речаи корӣ ва истироҳат, фазои рӯҳияи ахлоқӣ ва равонӣ дар коллектив, бехтар намудани сатҳи зиндагии духтурон ба баландшавии самаранокии меҳнати онҳо мусоидат мекунад.

Summary

SOME PECULIARITIES OF LABOUR ACTIVITY OF THE PHYSICIANS OF DUSHANBE

Z.Ya. Maxudova

The results of examination tests showed that more than 75% of the physicians are exposed to bad microclimatic conditions, more than 68% family physicians and district paediatrists did not satisfied their speciality because exactions and rudeness of patients and their relations; low salary; unfavourable conditions at hospitals; unreasonable labour places. The relations between collegues were convenient to 25,6% of their; 13,7% showed satisfactory conditions on their labour places. The optimization of regime of labour and rest, moral psychological climate at the association, improving of the life level of physicians may provoke the growth of work effectivity of their.



ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАБОТНИКОВ ГОРНО-ТРАНСПОРТНОГО КОМПЛЕКСА ЦЕМЕНТНОГО ПРОИЗВОДСТВА

А.Б. Бабаев, Л.Э. Одинаева, Ф.Д. Хасанов

Кафедра общей гигиены и экологии

Актуальность. Экономическая независимость предполагает увеличение строительства крупных промышленных и гражданских объектов. Крупнейшие новостройки республики потребуют увеличения производства цемента и других строительных материалов. Для этого нужно будет обеспечить рост добычи необходимого сырья - горной породы.

Горно-транспортный комплекс (ГТК) цементного комбината предназначен для добычи и транспортировки сырьевых материалов. Добыча породы на карьере производится экскаваторами ЭКГ-5а и ЭКГ-4,6, которые обслуживаются экипажем из двух человек – машинистом и его помощником. Транспортировка сырьевых материалов осуществляется автосамосвалами марки БелАЗ-540 и БелАЗ-548. При выполнении характерных производственных операций машинисты экскаваторов и водители автосамосвалов подвергаются влиянию различных неблагоприятных факторов производственной среды.

Цель исследования. Изучение условий труда и заболеваемости работников горно-транспортного комплекса цементного производства и разработка рекомендаций по снижению неблагоприятного влияния производственных факторов на их организм.

Объём и методы исследования. При изучении гигиенических условий труда нами проведены исследования микроклимата рабочих мест (2206 измерений), шума и вибрации (160 измерений), запылённости (103 пробы) и загазованности (194 пробы) воздуха рабочих зон. Физиологическими исследованиями охвачено 100 человек, в том числе 40 машинистов экскаваторов и 60 водителей автосамосвалов. Общее количество дней наблюдения составило 720. Контингент исследуемых – мужчины в возрасте 20-45 лет со стажем работы в данной профессии не менее 2-х лет. Показатели фиксировались 4 раза за смену: до начала работы (7 ч), перед обеденным перерывом (11ч), после обеденного перерыва (12ч) и в конце

Фақат 13,7% табибон қаноатмандии худро аз шароити корӣ қайд намуданд.

Мувофиқ кардани речаи корӣ ва истироҳат, фазои рӯҳияи ахлоқӣ ва равонӣ дар коллектив, бехтар намудани сатҳи зиндагии духтурон ба баландшавии самаранокии меҳнати онҳо мусоидат мекунад.

Summary

SOME PECULIARITIES OF LABOUR ACTIVITY OF THE PHYSICIANS OF DUSHANBE

Z.Ya. Maxudova

The results of examination tests showed that more than 75% of the physicians are exposed to bad microclimatic conditions, more than 68% family physicians and district paediatrists did not satisfied their speciality because exactions and rudeness of patients and their relations; low salary; unfavourable conditions at hospitals; unreasonable labour places. The relations between collegues were convenient to 25,6% of their; 13,7% showed satisfactory conditions on their labour places. The optimization of regime of labour and rest, moral psychological climate at the association, improving of the life level of physicians may provoke the growth of work effectivity of their.



ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАБОТНИКОВ ГОРНО-ТРАНСПОРТНОГО КОМПЛЕКСА ЦЕМЕНТНОГО ПРОИЗВОДСТВА

А.Б. Бабаев, Л.Э. Одинаева, Ф.Д. Хасанов

Кафедра общей гигиены и экологии

Актуальность. Экономическая независимость предполагает увеличение строительства крупных промышленных и гражданских объектов. Крупнейшие новостройки республики потребуют увеличения производства цемента и других строительных материалов. Для этого нужно будет обеспечить рост добычи необходимого сырья - горной породы.

Горно-транспортный комплекс (ГТК) цементного комбината предназначен для добычи и транспортировки сырьевых материалов. Добыча породы на карьере производится экскаваторами ЭКГ-5а и ЭКГ-4,6, которые обслуживаются экипажем из двух человек – машинистом и его помощником. Транспортировка сырьевых материалов осуществляется автосамосвалами марки БелАЗ-540 и БелАЗ-548. При выполнении характерных производственных операций машинисты экскаваторов и водители автосамосвалов подвергаются влиянию различных неблагоприятных факторов производственной среды.

Цель исследования. Изучение условий труда и заболеваемости работников горно-транспортного комплекса цементного производства и разработка рекомендаций по снижению неблагоприятного влияния производственных факторов на их организм.

Объём и методы исследования. При изучении гигиенических условий труда нами проведены исследования микроклимата рабочих мест (2206 измерений), шума и вибрации (160 измерений), запылённости (103 пробы) и загазованности (194 пробы) воздуха рабочих зон. Физиологическими исследованиями охвачено 100 человек, в том числе 40 машинистов экскаваторов и 60 водителей автосамосвалов. Общее количество дней наблюдения составило 720. Контингент исследуемых – мужчины в возрасте 20-45 лет со стажем работы в данной профессии не менее 2-х лет. Показатели фиксировались 4 раза за смену: до начала работы (7 ч), перед обеденным перерывом (11ч), после обеденного перерыва (12ч) и в конце

рабочей смены (16 ч). Выкопировано более 1300 листков нетрудоспособности круглогодичных работников.

Результаты и их обсуждение. Анализ хронометражных данных позволил установить, что машинисты экскаваторов и водители автосамосвалов затрачивают соответственно 74,5 и 78,5% рабочего времени на выполнение основных рабочих операций. Во время работы машинисты и водители осуществляют длительное сосредоточенное наблюдение за рабочим процессом, что составляет 92,4-98% их рабочего времени. За смену машинисты и водители производят в среднем до 600 различных операций. Число элементов основных операций не превышало 5-10; при этом они повторялись 78-90 раз в час, а продолжительность отдельных операций составляла до 30 сек., что свидетельствует о выраженной монотонности трудового процесса. В течение почти всей смены (до 66-70% рабочего времени) машинисты и водители работают сидя; вынужденные наклоны на 30° и более, движения головой и туловищем в разные стороны совершались 850-12540 раз, движения руками - от 11000 до 18200 и ногами - от 6000 до 14000 за рабочую смену.

Кроме того, при каждом цикле экскавации экскаватор поворачивается на 90-180° то в одну, то в другую сторону до 500 и более раз за смену. При этих поворотах тело машиниста получает угловое ускорение, раздражающее полукружные каналы. После окончания смены рабочие испытывают неприятные ощущения в виде пошатывания и тяжести в голове, а также часты головные боли, нарушение сна и др.

В процессе эксплуатации машин и механизмов возникает необходимость проведения текущего ремонта. Данный вид работ связан с перемещением различных деталей и узлов вручную, так как в условиях карьерных работ применение средств механизации невозможно. При этом масса перемещаемых вручную грузов достигает 25-50 кг.

Согласно «Критериям классификации условий труда. Руководство Р.2.2.2006-05» физические и нервно-психические нагрузки машинистов и водителей тяжёлых автосамосвалов можно оценить как тяжёлый труд III степени, напряжённый труд III степени.

Микроклимат кабины является одним из ведущих производственных факторов, действующих на организм работников, и зависит от климатических особенностей и сезона года. В условиях жаркого климата даже в утренние летние часы температура воздуха в кабинах находилась в пределах от 24 до 31 °С. При этом в кабинах экскаваторов она составляла в среднем 30,8±0,7°С, а автосамосвалов 31,4±0,6°С, что несколько превышало наружную температуру. В течение рабочей смены температура постепенно повышалась и к концу рабочего дня достигала в среднем 41,6-43,0°С, в отдельные жаркие дни она доходила до 48-51°С. При этом относительная влажность воздуха составляла 17,9-25,8%, а скорость его движения 0,08-0,3 м/сек.

Самые неблагоприятные микроклиматические условия на рабочих местах машинистов и водителей тяжёлых автосамосвалов наблюдались во второй половине рабочего дня.

При работе в зимний период года микроклиматические условия в кабинах строительных машин были относительно благоприятны, за исключением утренних часов, когда наблюдались субнормальные температурные условия. В течение рабочей смены температура воздуха постепенно повышалась и доходила до допустимых величин.

Основными источниками шума и вибрации в кабинах автосамосвалов и экскаваторов являются работающие двигатели, рычаги переключения скоростей, поворотно-наборный агрегат, лебёдка, толчкообразные колебания, возникающие при передвижении

транспортных механизмов. Кроме того, значительный шум создаётся при погрузке и выгрузке от соударения крупных кусков породы металлическими бортами и днищем транспортных средств. Уровень шума в кабинах экскаваторов превышал ПДУ на частотах от 125 до 2000 Гц на 4-10 дБ, у автосамосвалов на частотах от 63 до 8000 Гц - на 10-13 дБ. При закрытых окнах уровень шума на 2-4 дБ ниже, чем при работе с открытыми окнами кабин.

Уровень вибрации в кабинах строительных машин превышал ПДУ в отдельных случаях в 1,5-2 раза.

Основными причинами запылённости воздуха кабин автосамосвалов и экскаваторов, помимо свойств самой горной породы являются погрузка, перемещение и выгрузка породы и движение транспортных средств. Содержание пыли в воздухе кабин находилось в пределах, значительно превышающих ПДК. Оно зависело от вида дорожного покрытия, влажности почвы, времени года и уплотнённости кабин. Например, запылённость воздуха в кабинах автосамосвалов, особенно летом, при езде по бетонной дороге была ниже ($113,6 \pm 50,8$), чем по грунтовой ($139,2 \pm 4,8$). После дождя наблюдалось резкое снижение концентрации пыли в воздухе кабин, а в летнее время, когда стояла сухая жаркая погода, содержание пыли возрастало. При закрытых окнах кабин была в 2, а иногда в 4 раза ниже, но работать в тёплое время с закрытыми окнами невозможно из-за резкого повышения температуры и влажности воздуха.

Содержание кристаллической двуокиси кремния в витающей пыли находилось в пределах от 12,3 до 48,5%. Кроме этого, в воздухе рабочей зоны машинистов и водителей были и другие вредные вещества, источниками которых являются выхлопные газы дизельных двигателей автосамосвалов БелАЗ. В воздухе кабин экскаваторов содержание окиси углерода находилось в пределах от 34,0 до 145 мг/м³, а автосамосвалов - от 52 до 144 мг/м³. Средние показатели СО в воздухе кабин превышают ПДК в 4-5 раз. Содержание оксидов азота и акролеина в рабочей зоне машинистов и водителей также превышало ПДК в 1,5-2 раза.

При работе в разные сезоны года происходят значительные функциональные изменения в организме машинистов и водителей, обусловленные тяжестью выполняемых рабочих операций и влиянием вредных производственных факторов. Так, температура тела летом в начале смены у машинистов экскаваторов была равна 36,1⁰С, у водителей автосамосвалов - 36,2⁰С; в течение рабочей смены она постепенно повышалась и к концу рабочего дня достигала у машинистов 37,1⁰С, а у водителей 37,5⁰С. При этом средневзвешенная температура кожи повышалась до 34,5-34,6⁰С, что свидетельствует о значительном тепловом напряжении. Температурный градиент к концу рабочей смены уменьшался, доходя до отрицательных величин (-0,2+0,3 и -1,2+0,1). Одновременно наблюдалось повышение средней температуры тела у машинистов экскаваторов до 36,2⁰С и у водителей автосамосвалов до 36,7⁰С, и теплосодержания до 30,0-30,5 ккал/кг.

Учёт теряемой работниками ГТК жидкости в течение смены показал, что если в холодный период влагопотери составляли в среднем до 1500 мл, то в тёплый период с повышением воздействие нагревающего микроклимата они возрастали до 4800 мл.

Все вышеперечисленные показатели теплообмена свидетельствуют о значительном тепловом напряжении организма машинистов и водителей, которое отражалось на теплоощущении работников ГТК: они оценивали микроклимат кабин как «жарко» и «очень жарко».

При работе в зимний период года показатели теплообмена организма машинистов и водителей находились в пределах физиологической нормы, за исключением утренних часов, когда наблюдалось некоторое охлаждение.

Изучение гемодинамических показателей сердечно-сосудистой системы обследуемых указывает на то, что в летний период отмечалось некоторое снижение к концу смены систолического и повышение диастолического давления, что приводило к снижению пульсового давления, которое свидетельствует о напряжении сердечно-сосудистой системы при работе в условиях жаркого климата.

В зимний период года в течение рабочей смены наблюдалось повышение как систолического, так и диастолического давления, что является адекватной реакцией организма на физическую нагрузку.

Изучение показателей силы и выносливости мышц кистей и спины выявило, что у машинистов и водителей наблюдалось их постепенное снижение к концу смены. Указанные сдвиги были более выражены при работе в летний период.

Исследования концентрации и переключения внимания показывают, что количество просмотренных знаков снижалось, а количество ошибок увеличивалось в 1,5-2 раза к концу рабочего дня. В холодный период года количество просмотренных знаков и допущенных машинистами и водителями ошибок было меньше, чем летом.

Время латентного периода зрительно-моторной реакции на световой и звуковой раздражители в ходе рабочей смены имело тенденцию к увеличению при работе как в тёплый, так и в холодный периоды года. Однако летом больше чем зимой, что является показателем развития процессов торможения в коре головного мозга и свидетельствует о развитии утомления и снижении работоспособности.

Работа в неблагоприятных производственных условиях при добыче и перевозке горной породы для производства цемента, негативно воздействует на организм машинистов и водителей и может служить причиной их заболеваемости.

Общая заболеваемость за 3 года водителей автосамосвалов как по числу случаев заболеваний (87,1), так и по числу дней временной нетрудоспособности (887,4) на 100 круглогодичных рабочих выше, чем у машинистов экскаваторов (76,3 и 768,0 соответственно). Длительность одного случая болезни у машинистов экскаваторов в среднем составляла 16,5 дней, а у водителей автосамосвалов - 9,9 дней. Анализ структуры заболеваемости показывает, что чаще других встречаются так называемые простудные заболевания (ОРВИ, назофарингиты, бронхиты, пневмонии), число которых на 100 круглогодичных водителей составляло 28,4, а у машинистов экскаваторов - 23,7 случаев заболеваний.

Ведущее место в структуре заболеваемости данной категории рабочих занимают заболевания органов дыхания, периферической нервной системы и органов чувств и костно-мышечной системы.

По данным корреляционного анализа причиной наибольшего удельного веса заболеваний органов дыхания является воздействие неблагоприятного микроклимата и запылённости. Существенный удельный вес заболеваний периферической нервной системы и органов чувств связан со значительными нервно-психическими нагрузками в сочетании с вибрацией. Большой удельный вес заболеваний костно-мышечной системы объясняется необходимостью длительного пребывания в неудобной рабочей позе, тяжёлыми физическими нагрузками и неблагоприятным микроклиматом.

Таким образом, исследования условий труда работников ГТК цементного производства свидетельствуют о том, что на машинистов экскаваторов и водителей автосамосвалов влияет ряд вредных производственных факторов, которые в сочетании с неблагоприятными метеорологическими условиями могут служить причиной развития различных заболеваний с временной утратой трудоспособности. На основании полученных результатов нами разработаны методические рекомендации «Оздоровление условий труда работников горно-транспортного комплекса ПО «Таджикцемент», утверждённые министерством здравоохранения Республики Таджикистан 22.02. 2000 года, которые направлены на оптимизацию условий труда и снижение заболеваемости среди машинистов экскаваторов и водителей тяжёлых автосамосвалов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаев А.Б., Параева И.И. Теплообмен у машинистов экскаваторов и водителей автосамосвалов при разработке гравийно-песчаных месторождений в Средней Азии. Гигиена и санитария. 1989. №7.С. 20-22
2. Одинаева Л.Э., Бабаев А.Б. Некоторые особенности условий труда машинистов экскаваторов и водителей автосамосвалов горно-транспортного комплекса. Здравоохранение Таджикистана. 2000. №3.С.67-70
3. Одинаева Л.Э. Гигиеническая оценка условий труда водителей автосамосвалов горно-транспортного комплекса Душанбинского цементного завода. Вестник Авиценны. 2000.С.55-58

Хулоса

ТАЪСИРИ ОМИЛҶОИ МУҲИТИ ИСТЕҲСОЛӢ БА ВАЗЪИ ФУНКЦИОНАЛИИ ОРГАНИЗМ ВА БЕМОРШАВИИ КОРКУНОНИ МАҶМӢАИ НАҚЛИЁТИ КӢҲИИ ИСТЕҲСОЛОТИ СЕМЕНТ

А.Б. Бобоев, Л.Э. Одинаева, Ф.Д. Ҳасанов

Коркунони маҷмӯаи нақлиёти кӯҳии корхонаи семент дар ҷараёни фаъолияти меҳнати худ ба таъсири омилҳои зиёновари истеҳсолӣ дучор мегарданд, ки талаботи зиёдро ба имкониятҳои компенсатории организм барангезида сатҳи баландшавии беморшавиро бо корношоямии муваққатӣ ба вучуд меоранд. Дар асоси маводҳои ба дастамада тавсияҳои усулӣ тайёр карда шудаанд, ки ба солимгардонии шароити меҳнатӣ ва пастшавии беморӣ дар байни коркунони истеҳсолоти семент равона шудаанд.

Summary

THE INFLUENCE OF FACTORS OF PROFESSIONAL MEDIUM ON FUNCTIONAL STATE OF THE ORGANISM AND THE MORBIDITY OF THE WORKERS OF MINING TRANSPORT COMPLEX OF CEMENT WORKS

A.B. Babaev, L.E. Odinaeva, F.D. Hasanov

The workers of mining transport complex of cement works in the process of labour activity are influenced by harm professional factors wich demand very hardly to compensatory possibilities of organism, therefore the level of morbidity with temporarily disablement is increased. On the base of the date methodical recommendations were working out. These indicated to improve sanitary conditions and decreasing of morbidity in workers of cement works.

РОЛЬ УЯЗВИМЫХ ГРУПП ЖЕНЩИН В ПЕРЕДАЧЕ ВИЧ/СПИДА В ОБЩУЮ ПОПУЛЯЦИЮ

Х.К. Рафиев, М.М. Рузиев, З.А. Абдуллоева, Н.К. Касимова, Д.М. Аббасова
Кафедра эпидемиологии

Среди многих проблем современного здравоохранения ВИЧ-инфекция/СПИД занимает особое место. Причинами этого являются пандемическое распространение инфекции, тяжелейшие социально-экономические последствия эпидемии, дорогостоящее лечение, отсутствие до настоящего времени средств специфической профилактики.

За 20 лет с момента возникновения заболевания ВИЧ/СПИДа в мире произошли значительные изменения как в характере эпидемии, так и в её масштабах.

Сложившуюся на сегодняшний день обстановку по ВИЧ/СПИДу в Таджикистане нельзя рассматривать изолированно от ситуации в мире. Таджикистан, как и все страны бывшего СССР, в конце 90-х годов прошлого века вступил в новую фазу эпидемии ВИЧ-инфекции, для которой наиболее характерным явилось распространение ВИЧ через кровь при инъекционном употреблении наркотиков. В последнее время в Таджикистане увеличивается число случаев заражения в результате «незащищённых» половых контактов и случаев передачи ВИЧ от ВИЧ-инфицированной матери к ребёнку. Это свидетельствует о том, что эпидемия ВИЧ/СПИДа в Таджикистане начинает затрагивать не только группы высокого риска, но и широкие слои населения.

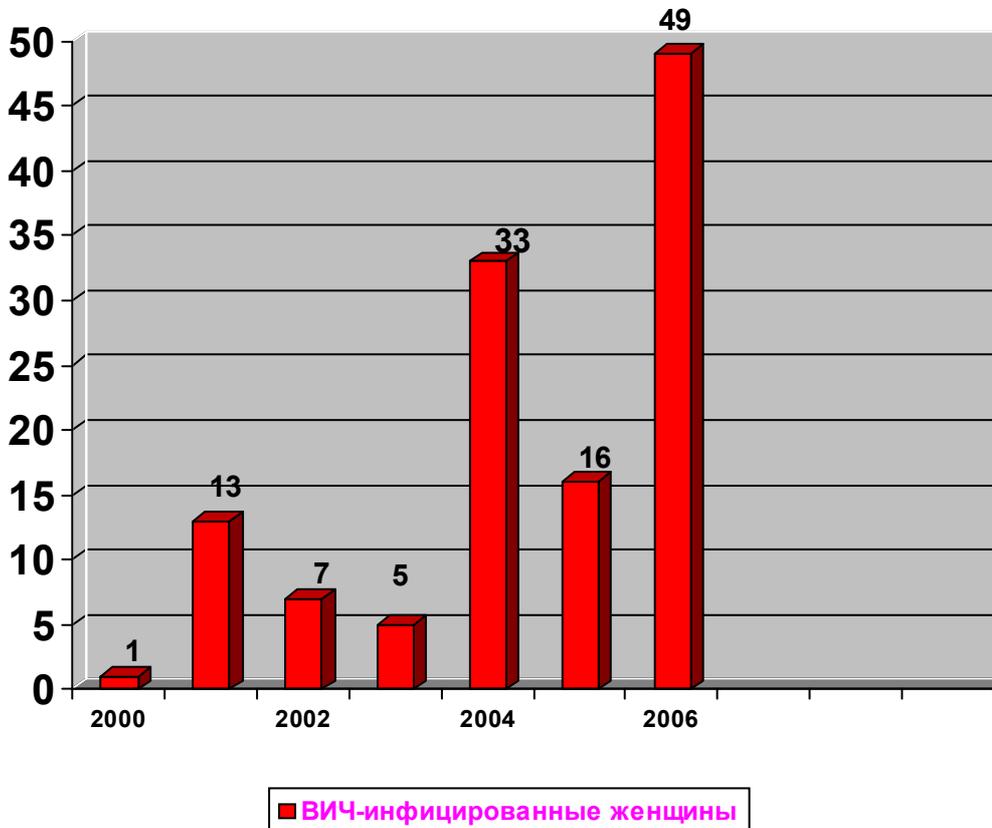


Рис.1 Распределение ВИЧ-инфицированных женщин по годам в РТ

С начала 2001 года на территории республики отмечена резкая активизация эпидемического процесса среди женщин; зарегистрирована тенденция роста числа случаев ВИЧ-инфекции среди женщин - с 11% до 18% в 2006г. (рис.1). Все случаи заражения произошли при гетеросексуальных контактах, при соотношении женщины/мужчины 1:2,5. С 2002 года количество ВИЧ-инфицированных стало возрастать, и к 2006 году ВИЧ-эпидемия в Таджикистане приняла концентрированный характер, а названное соотношение снизилось до 1:4,7. В этот период большинство ВИЧ-инфицированных людей составили мужчины – потребители инъекционных наркотиков, отмечался одновременный рост числа заболеваний, имеющих с ВИЧ/СПИДом общие механизмы и пути передачи, что свидетельствовало об активности парентерального и полового путей распространения ВИЧ-инфекции.

Наиболее неблагоприятную в эпидемиологическом аспекте группу представляют женщины, ведущие беспорядочный образ жизни с множеством половых партнёров и жёны, заразившиеся ВИЧ от мужей-мигрантов, которые находились на заработках в СНГ.

Число женщин, имеющих половые контакты с ВИЧ-инфицированными мужьями или постоянными половыми партнёрами, увеличилось в 1,7 раза в 2001-2003 годы, при беспорядочных половых связях за последние три года - в 3,9 раз.

С 2003г. особую тревогу вызывает гетеросексуальное распространение ВИЧ-инфекции среди беременных (табл.1).

Таблица 1

Распределение ВИЧ-инфицированных беременных по регионам республики на 01.01.2007г.

Регион	Всего	Исход беременности	Дети
Душанбе	6	5-роды, 1 - выкидыш	3 – наблюдаются. 2 – умерли
Согдийская обл.	4	3 – роды 1 – выкидыш	3 – наблюдаются. из них 2 – серопозитив.
Хатлонская обл.	5	5 – роды	4 – наблюдаются. 1 – отрицатель.
РРП	1	1 – роды	1 – наблюдаются.
ГБАО	1	Аборт	-
По республике	17	14- роды 3 - выкидыш	11 – наблюдаются. 5 – получили АРВТ

В этой связи количество детей, рождённых от ВИЧ-инфицированных матерей, также увеличивается. К настоящему времени на учёте состоят 11 таких детей, 2 из которых серопозитивные.

Необходимо отметить рост числа инфицированных женщин за счёт полового пути передачи ВИЧ в сельской местности - 16,1%.

Среди женщин, проживающих в различных городах, наибольшее количество случаев ВИЧ-инфекции зарегистрировано в городах Душанбе – 38 и Худжанде – 22.

Обращает на себя внимание тот факт, что почти во всех населённых пунктах республики, где регистрировались ВИЧ-инфицированные женщины, отмечалось следующее: чем дальше

они находились от административного центра, тем чаще их заболевание зависело от полового пути передачи, что ещё раз свидетельствует о переходе эпидемии ВИЧ в общую популяцию.

Из 150 обследованных нами РКС своим местом жительства около 75% назвали г.Душанбе, где ВИЧ-инфекцию начали регистрировать на несколько лет раньше, чем в других районах РТ. Таким образом, приезжие мужчины из других городов и районов республики могли, после соответствующих сексуальных контактов с инфекцией, осуществлять завоз её из столицы в провинцию.

Возраст обследованных женщин колебался в пределах 15 – 39 лет, более половины их численности (53,3%) были в возрасте 20-25 лет, остальные (46,7%) - от 30 до 39 лет.

145 женщин (96,6%) на момент анкетирования назвали себя безработными, студентками, многодетными вдовами или покинутыми жёнами мигрантов, девушками из многодетных семей и своё занятие секс-бизнесом все они объясняли плохим материальным положением.

Сравнительный анализ поведенческих особенностей, показал, что чем моложе женщина, тем реже она практикует безопасное половое поведение.

Таблица 2

Распределение женщин РКС по основным факторам риска заражения ВИЧ, %

Факторы риска заражения ВИЧ		Абсолютное количество	%
1.	Наличие венерических заболеваний	66	44,1
2.	Наличие воспалительных заболеваний мочеполовой системы	124	83,0
3.	Безопасное половое поведение	27	18,6
4.	Опасное половое поведение	123	81,4

Как видно из табл. 2, к КО-факторам, способствующим передаче ВИЧ, относятся венерические и воспалительные заболевания мочеполовой системы - 44,1 и 83,0% случаев соответственно. Опасное половое поведение (половые сношения без презерватива) РКС практиковали в 81,4% случаев.

В результате специально проведённого анкетирования удалось выяснить, что уровень информированности секс-работниц о проблемах ИППП достаточно низкий, вследствие чего безопасное половое поведение (применяют презервативы) практиковали лишь 18,6% женщин, а в последующем, после получения определённых знаний о ВИЧ/СПИДе их удельный вес увеличился до 30%.

Таким образом, результаты анализа эпидемического процесса ВИЧ/СПИД свидетельствуют о несомненной роли уязвимых групп в передаче ВИЧ/СПИД в общую популяцию половым путём.

Выводы

1. За последние годы (2004-2006 г.) ВИЧ-инфицированность женщин отмечена в 17 (22,7%) населённых пунктах сельской местности.

2. Выявлена тенденция роста числа ВИЧ-инфицированных женщин среди беременных и роста рождаемости детей от ВИЧ-инфицированных матерей.

3. Произошло географическое расширение ВИЧ - эпидемии среди женщин по всем административным территориям республики, включая и сёла.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева В.В., Суворова З.К., Соколова Е.В., Голиусов А.Т. Покровский В.В.. Особенности профилактической работы по вопросам ВИЧ-инфекции на основе опыта центров СПИДа России. //ЖЭИБ, 2004, №4
2. Брико Н.И., Лытника И.Н., Абоймова О.А. Принципы эпидемиологического надзора за болезнями, передающимися половым путём. //ЖЭИБ, 2004, - 2, - С. 11
3. Ваисов А.Ш., Саипов С.С., Бикбова Е.А., Джалилов Ш.А. с соавт. Характеристика и роль женщин, занимающихся коммерческим сексом, в распространении ИППП в новых эпидемиологических условиях// Ж. Новости дерматологии и венерологии. Ташкент., 2003, - 1, - С.57-62
4. Микки Н., Дмитриева Е.В. Исследование по проблеме ВИЧ/СПИД, рискованного поведения, сексуального репродуктивного здоровья. / «СПИД Фонд Восток - Запад», М., 2006, - С. 216
5. Онищенко Г.Г. Государственная стратегия и основные задачи по противодействию эпидемии ВИЧ - инфекции на современном этапе// Матер. II Российской научно-практической конференции по вопросам ВИЧ - инфекции и парентеральных вирусных гепатитов. Суздаль, - 2002, - С. 3-5
6. Соколова Е.В. Покровский В.В., Деткова Н.В. Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции в России. //ЖЭИБ 2004, - №2

Хулоса

НАҚШИ ЗАНҶОИ ГУРҶҲОИ ОСЕБПАЗИР ДАР ГУЗАРИШИ ВИРУСИ МАСУНИЯТНОҚИСИИ ИНСОН (ВМИ) БА ПОПУЛЯТСИЯИ УМУМӢ

Ҳ.К. Рофиев, М.М. Рӯзиев, З.Я. Абдуллоева, Н.К. Қосимова, Д.М. Аббосова

Тамоюли афзоиши ВМИ, шумораи умумии беморон, аз он ҷумла дар байни занҳои ҳомила ва ҳамчунин сатҳи таваллуди кӯдакон аз модарони ВМИ сироятёфта, муайян карда шуд.

Васеъшавии ҷуғрофии вогирии сирояти ВМИ тавассути гузариш бо алоқаи ҷинсӣ дар ҳамаи вилоятҳои ҷумҳурӣ, дар байни занҳои шаҳру деҳаҳо мушоҳида мешавад.

Нақши асосиро дар паҳншавии сирояти ВМИ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон гурӯҳҳои осебпазир мебозанд.

Summary

THE ROLE OF RISK GROUPS OF WOMEN IN CONTAMINATING OF AIM DISEASE INTO GENERAL POPULATION

H.K. Rafiev, M.M. Ruziev, Z.A. Abdulloeva, N.K. Kasymova, D.M. Abbasova

The tendency to growth of AIM, increasing of the amount of AIM patients, including pregnant women, and newborns from infecting mothers were observed. Geographical spreading of the epidemic because sex way of contaminataion at all regions of the Republic. Basic role in this belong to high risk group of women.

ВЛИЯНИЕ ИХ-70А НА ОБМЕННЫЕ ПРОЦЕССЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

И.Ф. Рахимов, Д.К. Холов, К.Х. Хайдаров, А.А. Саидов

Кафедра военной медицины ТГМУ;

Институт химии им. В.И. Никитина АН РТ

Актуальность. Экспериментальное изучение биохимических и фармакологических свойств производных ксантогеновой кислоты с целью расширения ассортимента лекарственных препаратов, используемых в медицине, остаётся в настоящее время актуальной задачей.

Целью наших исследований явилось изучение влияния натриевой соли S-карбоксиметилового эфира –1-оксидо-2,2,6,6-тетраметилпиперидин–4-ксантогеновой кислоты (условный шифр ИХ – 70А) на обмен веществ и основные функции организма экспериментальных животных (рис.1.)

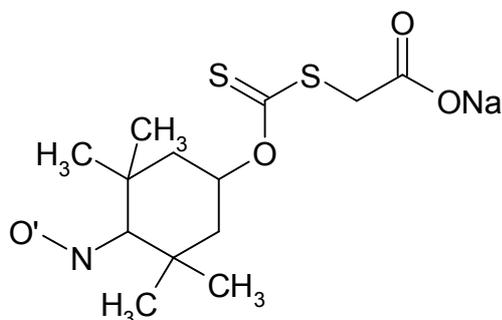


Рис.1. Натриевая соль S – карбоксиметилового эфира –1-оксидо- 2,2,6,6,-тетраметилпиперидин –4-ксантогеновой кислоты (ИХ-70А)

Материалы и методы исследования. Нами было проведено изучение влияния препарата ИХ-70А на белковый и жиролипоидный обмены, а также на активность ферментов, специфических для ткани печени и поджелудочной железы экспериментальных животных.

Результаты и их обсуждение. В ходе экспериментов было установлено, что внутривенное введение соединения ИХ-70А в дозе 10 мг/кг массы животного усиливает синтез тканевых белков, повышая концентрацию общего и водо-растворимого белков в печени, количество общего белка и альбумина в сыворотке крови, активизирует ферменты поджелудочной железы, увеличивая содержание липоидного фосфора, в то же время не оказывая влияния на основные функции организма (таблица 1,2)

Таблица 1

Содержание тканевых и сывороточных белков в ткани печени и сыворотке крови экспериментальных животных

Группы животных N=6	Ткань печени в гр.		Общий белок в сыворотке	Альбумины А	Глобулины				Коэффициент АГ
	Общий белок	Водо-растворимый белок Мг			фракции сывороточных белков				
					α	β	γ	δ	
Контроль М±м	153,33 ± 1,2	38,2 ± 0,01	6,25 ± 0,03	39,89 ± 0,013	5,71 ±0,17	11,59 ±0,13	7,42 ±0,1	35,37 ±0,31	0,61 ± 0,04
I опытная гр.	163,2 ± 1,13	50,08 ± 0,02	7,43 ± 0,01	43,72 ± 0,027	5,62 +0,2	8,44 +0,16	8,73 +0,13	34,64 +0,2	0,805 ± 0,02
II опытная гр.	158,4 ± 1,72	48,8 ± 0,01	7,13 ± 0,01	38,22 ± 0,03	4,84 +0,13	10,99 +0,25	10,63 +0,17	34,84 +0,3	0,61 ± 0,03

Таблица 2

Содержание липоидного фосфора и его фракций в ткани печени и сыворотке крови экспериментальных животных

Группы животных n = 6	Липоидный фосфор		Лизолецитин		Фракции фосфолипидов					
	Р-сыворотки мг%	Р-печени мг%	%	мг/%	Сфингомиелин		Лецитин		Кефалин	
					%	мг%	%	мг%	%	мг%
Контроль M ± m	1,4! + 0,2	2,8 + 0,3	14,4+0,1	0,72+0,04	18,2+0,23	0,52+0,02	43,8+0,37	1,36+0,02	14,5+0,1	0,53+ 0,01
I опыт. группа	1,2 + 0,1	4,9+0,25	14,0+0,2	0,75+0,02	25,9+0,13	1,3+0,013	45,2+0,36	2,3+0,01	14,9+0,2	0,64+0,01
II опыт. группа	0,86+0,2	4,68+0,17	14,6+0,2	0,79+0,01	24,9+0,16	1,15+0,01	46,9+0,41	2,2+0,02	14,4+0,1	0,54+0,02

Увеличение концентрации печёночных и сывороточных белков у экспериментальных животных, получавших изучаемое соединение ИХ – 70А, было подтверждено также при поляриграфических исследованиях сыворотки крови и ткани печени (2).

Если у интактных животных, высота 2 ступени каталитической волны гомогената печени составила в среднем 86 мм, то у животных I-й опытной группы высота указанной ступени равнялась 122,8 мм,

II-й опытной группы - 98,5 мм 15-минутное воздействие препарата повышало также высоту II-й ступени поляриграмм сыворотки крови животных в среднем до 36,5 мм, в то время как в контроле она равняется 30 мм.

Печень участвует во всех этапах обмена липоидов, начиная от их переваривания и всасывания, заканчивая промежуточным обменом. Переваривание и всасывание жиров осуществляется при непосредственном участии жёлчи, вырабатываемой исключительно печенью. В печени же осуществляется этерификация холестерина, а с жёлчью из неё выделяется свободный холестерин и ряд других веществ. Об участии печени в жировом обмене принято судить по содержанию общего и этерифицированного холестерина, липоидов в сыворотке крови и паренхиме печени (1). Проведённые исследования показали, что содержание общего холестерина и жира в сыворотке крови и ткани печени контрольных животных было несколько меньше, чем у животных опытных групп. Полученные результаты экспериментов представлены в таблице № 3.

Введение экспериментальным животным препарата ИХ-70А увеличивало также содержание в их организме липоидного фосфора. Его концентрация в жёлчи животных через 15 минут после введения исследуемого препарата возрастала в среднем на 60,8%, а спустя 30 минут – на 36%, что указывало на усиление экскреции фосфолипидов с жёлчью.

Таблица 3

Содержание холестерина и жира в сыворотке крови и ткани печени экспериментальных животных (P < 0,01)

Группа животных (n 6)	Холестерин		Общий жир	
	сыворотка	печень	сыворотка	печень
Контроль M±m	176,25±17,49 47,6±0,3		221,31±9,23 111,6±1,48	
I опытная гр. (15 минут)	178,25±14,14 48,6±0,1		225,12±13,21 122,1±1,2	
II опытная гр. (30 минут)	172,17±16,21 48,1±0,2		222,6 ± 10,17	120,6±1,1

Фракционирование фосфолипидов желчи показало, что введение экспериментальным животным препарата ИХ-70А вызывало увеличение количественного содержания всех его фракций. Наибольшее увеличение отмечено во фракции лецитина - на 79,7% по сравнению с контролем. Представленные в таблице №2 данные показывают, что исследуемый препарат ИХ-70А после введения животным, увеличивал содержание липоидного фосфора в ткани печени, уменьшая его концентрацию в сыворотке крови (3). Фосфолипидные фракции жёлчи представлены на рис.1.

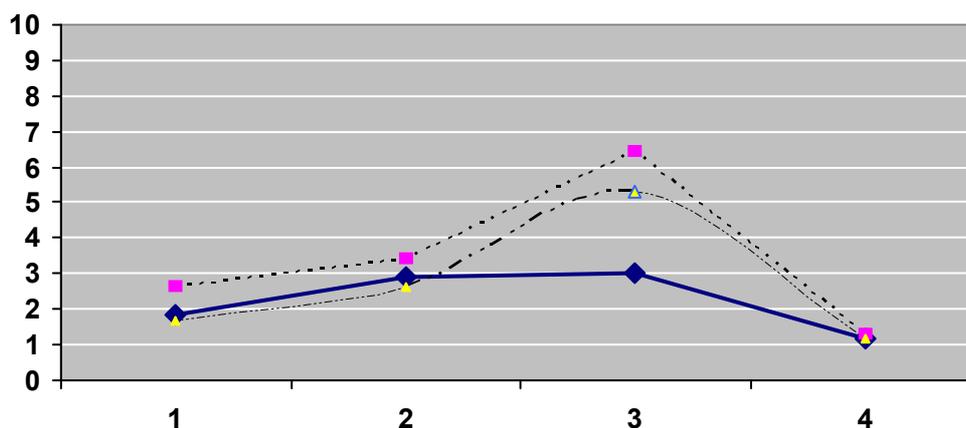


Рис.1. Фосфолипидные фракции жёлчи

1-лизолецитин, 2-сфингомиелин, 3- лецитин, 4- кефалин сплошная – контроль; пунктир – через 15 мин; штрих-пунктир – через 30 минут

Выводы. Изучение влияния соединения ИХ-70А на белковый, жиролипоидный обмен, и на активность специфических для ткани печени и поджелудочной железы ферментов показало, что оно усиливает синтез тканевых белков в печени, увеличивая количество общего белка и альбумина в сыворотке крови. Активирует энзимы поджелудочной железы, увеличивает содержание липоидного фосфора, в то же время не оказывая влияния на основные функции организма (4).

Дальнейшие исследования соединения ИХ-70А позволят определить его практическую перспективность.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Беюл Е.А., Яцимина Т.А., Шаховская А.К. Особенности нарушения печеночно-кишечной циркуляции веществ желчи при хронических гепатитах, холециститах и алиментарной недостаточности. (Успехи гепатологии), Рига,1975, вып. V, С. 362-376
2. Мансурова И.Д., Руднева Н.Д. – Полярографическое исследование крови при заболевании печени. Лабораторное дело №2. 1966, С. 84-85
3. Смирнова Л.Г., Кост Е.А. – Руководство по клиническим лабораторным исследованиям, обоснованное В.Е.Предтеченским. М. Медгиз, 1960, С. 21-22
4. Степаненко В.В. – Влияние внутривенного введения сорбитона на жёлчевыделение в эксперименте. Фармакология и токсикология. 1985, №5, С. 79-80

Хулоса

ТАЪСИРИ ИХ-70А ДАР РАВАНДҶОИ МУБОДИЛАВӢ ДАР ҲАЙВОНҶОИ ТАҶРИБАВӢ

И.Ф. Рахимов, Д.К. Холов, К.Х. Ҳайдаров, А.А. Саидов

Омӯзиши таъсири пайвастаи ИХ-70А ба мубодилаи сафедагӣ, чарбумонанд ва ба фаъолнокии ферментҳои махсус барои бофтаҳои чигар ва ғадуди зери меъда нишон дод, ки он синтези бофтаҳои сафедагиро дар чигар пурқувват гардонида, микдори умумии сафедаҳо ва албуминро дар зардоби хун зиёд мегардонад. Энзимҳои ғадуди зери меъдаро фаъол гардонида, микдори таркиби фосфори чарбумонандро зиёд карда, ҳамзамон ба фаъолияти асосии организм таъсири манфӣ намерасонад.

Summary

THE INFLUENCE OF ИХ-70А ON THE METABOLISM OF EXPERIMENTAL ANIMALS

I.F. Rahimov, D.K. Holov, K.Kh. Khaidarov, A.A. Saidov

The study of preparation ИХ-70А on proteine and lipid metabolism, scitivity of the enzymes specificated for liver and pancreas tissues showed that the preparation stimulates the proteine synthesis in liver, increasing the amount of proteine, albumin and lipoid phosphorus in the serum, activied the enzymes of pancreas, and have no influence on body functions.

РАЗНЫЕ

ТЕРМОДИНАМИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ РЕАКЦИЙ ОБРАЗОВАНИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СОЕДИНЕНИЙ ЖЕЛЕЗА (III) И ЖЕЛЕЗА (II) В ВОДНЫХ РАСТВОРАХ БЕНЗИМИДАЗОЛА

У.Р. Раджабов, З.Н. Юсупов, Х.Д. Назарова

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии

Актуальность. Исследование реакций комплексообразования биометаллов с биолигандами является важным как с практической, так и с теоретической точки зрения. К последним относятся реакции взаимодействия железа с бензимидазолом. В современном мире день за днём увеличивается число болезней, связанных с понижением функции иммунной системы организма человека. Для расширения сферы применения, улучшения и эффективности лекарственных веществ надо создавать препараты с меньшей токсичностью и высокой активностью, т.е. обеспечить стойкое эпидемическое благополучие населения, которое является приоритетной задачей здравоохранения. Одним из путей её решения является разработка и внедрение иммуностимуляторов, повышающих резистентность организма. Производные азолов и особенно бензимидазол и другие, наряду с сосудорасширяющими, спазмолитическими и гипотензивными свойствами, проявляют также антимикробную, антигрибковую и антигельментную активность.

Цель исследования: установление состава и определение термодинамических характеристик соединений, образующихся в водно-перхлоратных растворах бензимидазола.

Методы исследования. Работа выполнена методом окислительного потенциала [1,2,5,6,] в интервале температур 288 ч 318К и ионных силах 0,1 – 1,0моль/л. Данный метод позволил нам при совместном анализе экспериментально полученных

Хулоса

ТАЪСИРИ ИХ-70А ДАР РАВАНДҶОИ МУБОДИЛАВӢ ДАР ҲАЙВОНҶОИ ТАҶРИБАВӢ

И.Ф. Рахимов, Д.К. Холов, К.Х. Ҳайдаров, А.А. Саидов

Омӯзиши таъсири пайвастаи ИХ-70А ба мубодилаи сафедагӣ, чарбумонанд ва ба фаъолнокии ферментҳои махсус барои бофтаҳои чигар ва ғадуди зери меъда нишон дод, ки он синтези бофтаҳои сафедагиро дар чигар пурқувват гардонида, микдори умумии сафедаҳо ва албуминро дар зардоби хун зиёд мегардонад. Энзимҳои ғадуди зери меъдаро фаъол гардонида, микдори таркиби фосфори чарбумонандро зиёд карда, ҳамзамон ба фаъолияти асосии организм таъсири манфӣ намерасонад.

Summary

THE INFLUENCE OF ИХ-70А ON THE METABOLISM OF EXPERIMENTAL ANIMALS

I.F. Rahimov, D.K. Holov, K.Kh. Khaidarov, A.A. Saidov

The study of preparation ИХ-70А on proteine and lipid metabolism, scitivity of the enzymes specificated for liver and pancreas tissues showed that the preparation stimulates the proteine synthesis in liver, increasing the amount of proteine, albumin and lipoid phosphorus in the serum, activied the enzymes of pancreas, and have no influence on body functions.

РАЗНЫЕ

ТЕРМОДИНАМИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ РЕАКЦИЙ ОБРАЗОВАНИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СОЕДИНЕНИЙ ЖЕЛЕЗА (III) И ЖЕЛЕЗА (II) В ВОДНЫХ РАСТВОРАХ БЕНЗИМИДАЗОЛА

У.Р. Раджабов, З.Н. Юсупов, Х.Д. Назарова

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии

Актуальность. Исследование реакций комплексообразования биометаллов с биолигандами является важным как с практической, так и с теоретической точки зрения. К последним относятся реакции взаимодействия железа с бензимидазолом. В современном мире день за днём увеличивается число болезней, связанных с понижением функции иммунной системы организма человека. Для расширения сферы применения, улучшения и эффективности лекарственных веществ надо создавать препараты с меньшей токсичностью и высокой активностью, т.е. обеспечить стойкое эпидемическое благополучие населения, которое является приоритетной задачей здравоохранения. Одним из путей её решения является разработка и внедрение иммуностимуляторов, повышающих резистентность организма. Производные азолов и особенно бензимидазол и другие, наряду с сосудорасширяющими, спазмолитическими и гипотензивными свойствами, проявляют также антимикробную, антигрибковую и антигельментную активность.

Цель исследования: установление состава и определение термодинамических характеристик соединений, образующихся в водно-перхлоратных растворах бензимидазола.

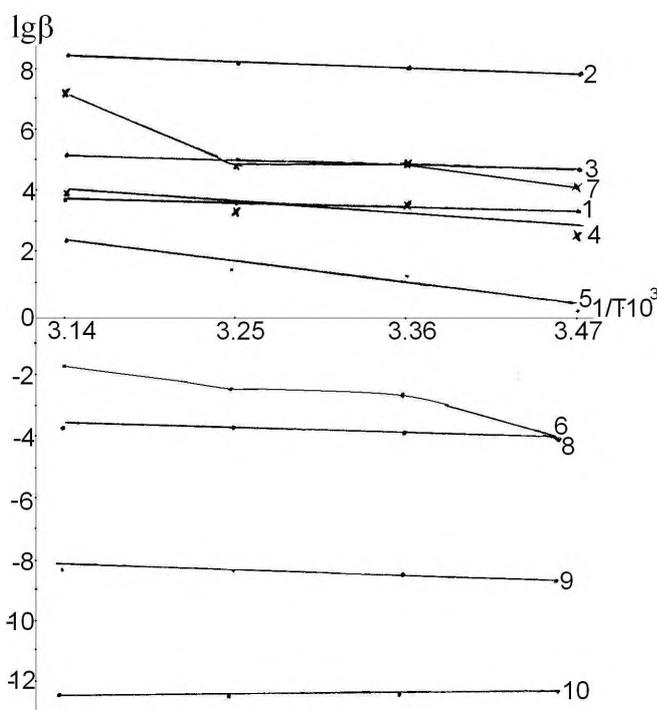
Методы исследования. Работа выполнена методом окислительного потенциала [1,2,5,6,] в интервале температур 288 ч 318К и ионных силах 0,1 – 1,0моль/л. Данный метод позволил нам при совместном анализе экспериментально полученных

зависимостей от активности ионов водорода, концентрации бензимидазола и ионов железа установить число и тип соединений, образующихся в системе, содержащей одновременно окисленную и восстановленную формы иона комплексообразователя. Состав и константы устойчивости уточнены также с помощью окислительной функции [3-6]. По рассчитанным значениям констант образования комплексов методом температурного коэффициента при ионных силах 0,1 моль/л. были определены значения изменения стандартной энтальпии (ΔH^0).

Результаты и их обсуждение. Исследования процессов комплексообразования ионов железа(III) и железа(II) в водных растворах бензимидазола в интервале температур 288-318 К позволили получить достоверные сведения о составе и устойчивости следующих координационных соединений: FeHbM^{3+} ; $\text{FeHbM}(\text{OH})^{2+}$; $\text{FeHbM}(\text{OH})_2^+$; $\text{Fe}_2(\text{HbM})_2(\text{OH})_4^{2+}$; FeHbM^{2+} ; FeHbM_2^{2+} ; $\text{Fe}^{\text{III}}\text{Fe}^{\text{II}}(\text{HbM})_2(\text{OH})_4^{2+}$.

После определения угловых коэффициентов приведённых зависимостей (по зависимостям $\lg \beta_{\text{qpslk}} - 1/T \cdot 10^3$) (рис.1-4) для установленных соединений были вычислены изменения энтальпии и свободной энергии (изобарного потенциала). По известным значениям изменений энтальпии и свободной энергии были рассчитаны изменения энтропии. Вычисленные значения термодинамических функций реакций образования координационных соединений (ТФРОКС) приведены в таблицах 1-4.

Эндотермический эффект образования координационных соединений Fe (III) и Fe (II) свидетельствует о том, что для разрушения старых связей тратится больше энергии, чем выделяется при образовании новых. Поскольку бензимидазол выступает в качестве



монодентатного лиганда, но значительно крупнее молекул воды, то в процессе комплексообразования в гидратных оболочках он может вызывать перемещение более одной молекулы воды.

Рис.1. Зависимость констант образования комплексных соединений ($\lg \beta$) от температуры ($1/T \cdot 10^3$) в системе: Fe(III)-Fe(II)-HbM-Na(H)ClO₄-H₂O, J=0,1 моль/л

Кривые относятся к: 1 - FeHbM^{2+} ; 2 - $\text{Fe}(\text{HbM})_2^{2+}$;

3 - $\text{Fe}^{\text{III}}\text{Fe}^{\text{II}}(\text{HbM})_2(\text{OH})_4^+$; 4 - FeHbM^{3+} ;

5 - $\text{FeHbM}(\text{OH})^{2+}$; 6 - $\text{FeHbM}(\text{OH})_2^+$;

7 - $\text{Fe}_2(\text{HbM})_2(\text{OH})_4^{2+}$; 8 - $\text{Fe}(\text{OH})^{2+}$; 9 - $\text{Fe}(\text{OH})_2^+$; 10 - $\text{Fe}(\text{OH})_3$

На основании изложенного выше факта можно сказать, что в реализациях реакции образования координационных соединений положительные изменения

энтропии связаны как со смещением молекулы воды из внутренней координационной сферы, так и с освобождением нескольких молекул воды из гидратных оболочек металлов комплексообразователей и лиганда.

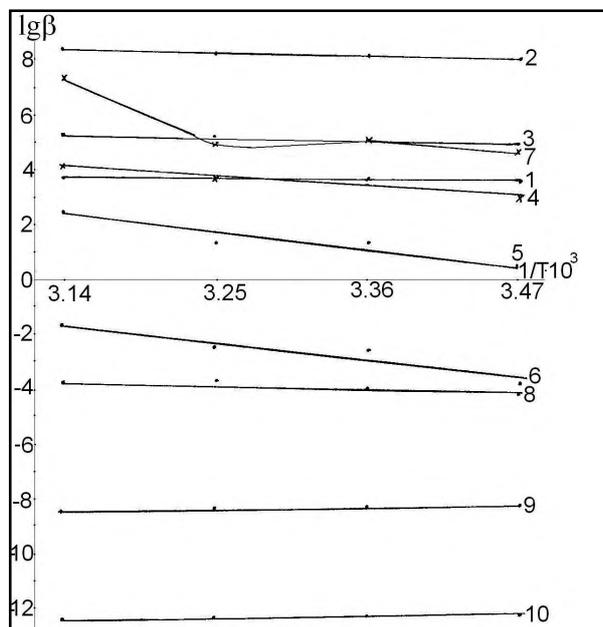


Рис.2. Зависимость констант образования комплексных соединений ($\lg\beta$) от температуры ($1/T \cdot 10^3$) в системе: Fe(III)-Fe(II)-HBm-Na(H)ClO₄-H₂O, J=0,25 моль/л

Кривые относятся к: 1 - FeHBm²⁺; 2 - Fe(HBm)₂²⁺; 3 - Fe^{III}Fe^{II}(HBm)₂(OH)₄⁺; 4 - FeHBm³⁺; 5 - FeHBmOH²⁺; 6 - FeHBm(OH)₂⁺; 7 - Fe₂(HBm)₂(OH)₄²⁺; 8 - FeOH²⁺; 9 - Fe(OH)₂⁺; 10 - Fe(OH)₃.

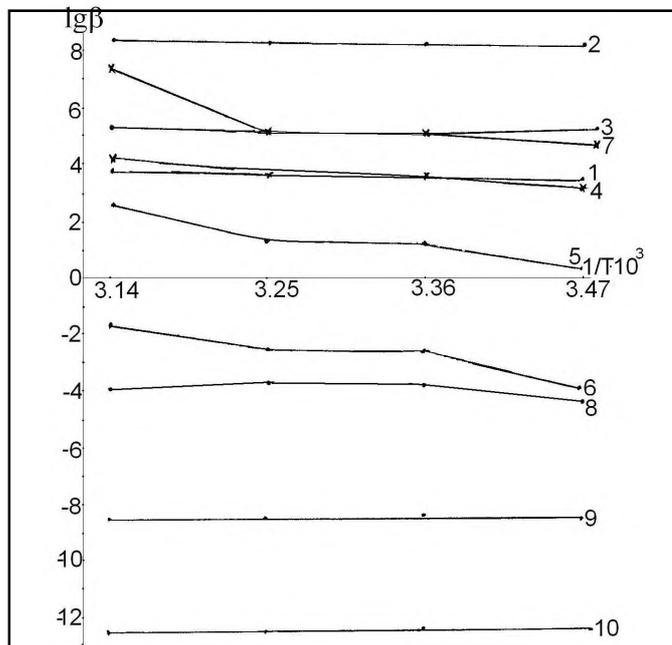


Рис.3. Зависимость констант образования комплексных соединений ($\lg\beta$) от температуры ($1/T \cdot 10^3$) в системе: Fe(III)-Fe(II)-HBm-Na(H)ClO₄-H₂O. J=0,5 моль/л

Кривые относятся к: 1 - FeHBm²⁺; 2 - Fe(HBm)₂²⁺; 3 - Fe^{III}Fe^{II}(HBm)₂(OH)₄⁺; 4 - FeHBm³⁺; 5 - FeHBmOH²⁺; 6 - FeHBm(OH)₂⁺; 7 - Fe₂(HBm)₂(OH)₄²⁺; 8 - FeOH²⁺; 9 - Fe(OH)₂⁺; 10 - Fe(OH)₃.

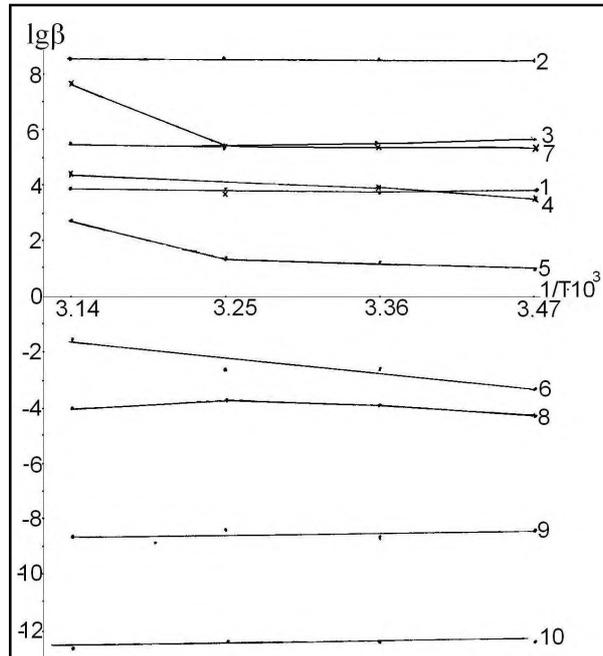


Рис.4. Зависимость констант образования комплексных соединений ($\lg\beta$) от температуры ($1/T \cdot 10^3$) в системе: Fe(III)-Fe(II)-HBm-Na(H)ClO₄-H₂O. J=1,0 моль/л

Кривые относятся к: 1 - FeHBm²⁺; 2 - Fe(HBm)₂²⁺; 3 - Fe^{III}Fe^{II}(HBm)₂(OH)₄⁺; 4 - FeHBm³⁺; 5 - FeHBmOH²⁺; 6 - FeHBm(OH)₂⁺; 7 - Fe₂(HBm)₂(OH)₄²⁺; 8 - FeOH²⁺; 9 - Fe(OH)₂⁺; 10 - Fe(OH)₃.

Таблица 1

ТФРОКС в системе: при различных температурах и ионной силе 0,1 моль/л

КОМПЛЕКС	Т.Ф	288К	298К	308К	318К
FeHBm ³⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	60,9	60,9	60,9	60,9
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	271,8	269,5	269,5	268,2
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-17,37	-19,4	-22,11	-24,35
FeOH ²⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	-3,481	-3,481	-3,481	-3,481
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	64,5	58,2	58,2	56,06
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-22,06	-20,83	-21,41	-21,31
FeHBmOH ²⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	112,6	112,6	112,6	112,6
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	400,6	400,9	400,1	401,1
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-2,757	-6,847	-10,61	-14,92
FeHBm(OH) ₂ ⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	-287,19	-123,1	-59,83	-59,83
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	-922,5	-366,1	-151	-157,1
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-21,5	-13,98	-13,33	-9,863
Fe ₂ (HBm) ₂ (OH) ₄ ²⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	12,76	47,86	263,2	382,9
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	128,8	265,9	948,5	1342
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-24,32	-28,69	-28,90	-43,89
FeHBm ²⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	1,044	1,044	1,044	1,044
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	71,59	71,66	72,7	73,93
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-19,58	-20,31	-21,35	-22,47
FeHBm ₂ ²⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	1,044	1,044	1,044	1,044
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	158,7	160,1	161,2	163,3
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-44,66	-46,67	-48,59	-50,89
Fe ^{III} Fe ^{II} (HBm) ₂ (OH) ₄ ⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	8,703	8,703	8,703	8,703
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	124,6	125,5	125,5	126,2
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-27,18	-28,69	-29,96	-31,42

Таблица 2

ТФРОКС в системе: при различных температурах и ионной силе 0,25 моль/л

КОМПЛЕКС	Т.Ф	288К	298К	308К	318К
FeHBm ³⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	45,59	45,59	45,59	45,59
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	219,6	219,9	220,8	221,8
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-17,64	-19,97	-22,41	-24,96
FeOH ²⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	-17,41	-17,41	-17,41	-17,41
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	16,15	17,22	17,20	18,78
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-22,06	-22,54	-22,7	-23,38
FeHBmOH ²⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	112,6	112,6	112,6	112,6
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	400,6	399,9	400	402
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-2,757	-6,561	-10,61	-15,22
FeHBm(OH) ₂ ⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	-95,73	-95,73	-95,73	-95,73
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	-266,3	-266,7	-268,7	-270,4
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-21,5	-13,98	-13,33	-9,863
Fe ₂ (HBm) ₂ (OH) ₄ ²⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	47,86	47,86	175,5	414,8
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	257,9	285,3	664,8	1445
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-26,41	-29,10	-29,25	-44,57
FeHBm ²⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	15,66	15,66	15,66	15,66
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	124,1	121,3	121,3	120,9
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-20,07	-20,48	-21,70	-22,77
FeHBm ₂ ²⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	17,41	17,41	17,41	17,41
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	218,9	215,9	216	216
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-45,66	-46,96	-49,12	-51,20
Fe ^{III} Fe ^{II} (HBm) ₂ (OH) ₄ ⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	3,481	3,481	3,481	3,481
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	111,1	109,9	109,9	111,7
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-28,51	-29,27	-30,37	-32,03

Таблица 3

ТФРОКС в системе: при различных температурах и ионной силе 0,5 моль/л

КОМПЛЕКС	Т.Ф	288К	298К	308К	318К
FeHBm ³⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	44,67	44,67	44,67	44,67
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	218,3	218,8	217,8	218,9
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-18,20	-20,54	-22,41	-24,96
FeOH ²⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	-191,5	-38,29	-47,86	-47,86
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	-583,6	-55,36	-84,56	255,5
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-23,38	-21,79	-21,82	-23,87
FeHBmOH ²⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	134	47,86	109,4	191,5
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	474,9	185,7	382	651,5
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-2,757	-7,474	-8,256	-15,71
FeHBm(OH) ₂ ⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	-1,9	-119,7	-114,9	-143,6
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	-64,38	-353,7	-325,3	-421,7
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-20,46	-14,26	-14,68	-9,498
Fe ₂ (HBm) ₂ (OH) ₄ ²⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	47,86	47,86	159,5	382,9
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	259,1	260,2	618	1347
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-26,74	-29,67	-30,78	-44,57
FeHBm ²⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	12,18	12,18	12,18	12,18
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	113,5	110,6	110,6	111,5
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-20,51	-20,77	-21,88	-23,26
FeHBm ₂ ²⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	5,22	5,22	5,22	5,22
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	178	177,9	177,9	178,8
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-46,04	-47,81	-49,59	-51,63
Fe ^{III} Fe ^{II} (HBm) ₂ (OH) ₄ ⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	6,962	6,962	6,962	6,962
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	126	122,9	122,9	124,9
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-29,61	-29,67	-30,9	-32,3

Таблица 4

ТФРОКС в системе: при различных температурах и ионной силе 1,0 моль/л

КОМПЛЕКС	Т.Ф	288К	298К	308К	318К
FeHBm ³⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	53,18	53,18	53,18	53,18
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	251,7	250,3	249,3	251,5
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-19,30	-21,40	-23,59	-26,79
FeOH ²⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	-59,8	-59,8	13,6	47,8
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	-124,7	-126,1	115,8	226,7
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-23,9	-22,2	-21,9	-24,2
FeHBmOH ²⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	23,9	23,9	27,6	23,9
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	97,6	23,7	438,5	804,1
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-4,2	-7,1	-7,4	-16,4
FeHBm(OH) ₂ ⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	-95,7	-95,7	-95,7	-95,7
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	-267,3	-266,7	-268,7	-270,4
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-18,7	-16,2	-12,9	-9,74
Fe ₂ (HBm) ₂ (OH) ₄ ²⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	13,6	13,6	234	382,9
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	148,9	148,9	860,7	1349
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-29,2	-30,6	-31,1	-46,1
FeHBm ²⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	22,6	22,6	22,6	22,6
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	150,4	146,6	146,6	146,2
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-20,6	-21,1	-22,5	-23,8
FeHBm ₂ ²⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	13,9	13,9	13,9	13,9
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	209,4	209,1	209	207,3
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-46,4	-48,4	-50,5	-51,9
Fe ^{III} Fe ^{II} (HBm) ₂ (OH) ₄ ⁺	ΔH^0 (кДж/моль)	8,7	8,7	8,7	8,7
	ΔS^0 (Дж/моль·К)	136,7	130,5	130,5	132,5
	$-\Delta G^0$ (кДж/моль)	-30,6	-30,1	-31,4	-33,4

Заключение. Результаты расчёта термодинамических функций показали, что температура не оказывает заметного влияния на изменение величины ΔH^0 для монобензимидазолных комплексов железа (III) и железа (II), дибензимидазолного комплекса железа (II), а также гетеровалентного комплекса при всех ионных силах, что можно связать с близостью значений теплоёмкостей компонентов реакций комплексообразования. Кроме того, это по-видимому, связано с тем, что бензимидазол является нейтральным лигандом и при образовании координационных соединений заряд комплексов не меняется.

Отрицательные значения ΔG^0 с повышением температуры увеличиваются в случае образования комплексных соединений железа (III) и железа (II). Это говорит о том, что с ростом температуры вероятность самопроизвольного образования координационных соединений железа (II) и железа (III) с бензимидазолом увеличивается. Положительное значение ΔS^0 при образовании координационных соединений как железа (II), так и железа (III) связано с тем, что в ходе реакции комплексообразования вытесняется большое количество молекул воды.

ЛИТЕРАТУРА

1. Захарьевский М.С. Оксредметрия. - Л: Химия. 1967
2. Никольский Б.П., Пальчевский В.В., Пендин А.А., Якубов Х.М. Оксредметрия. - Л: Химия. 1975
3. Раджабов У.Р., Назарова Х.Д., Юсупов З.Н. Оксредметрическое исследование системы Fe(III)-Fe(II)-бензимидазол-вода//Материалы научно-теоретической конференции профессорского-преподавательского состава и студентов «День науки» Душанбе, 2001 – С.57
4. Раджабов У.Р., Назарова Х.Д., Юсупов З.Н. Гомо- и гетеровалентные координационные соединения, образующиеся в системе железо (II) и железо (III)-бензимидазол-вода//Сб. научных статей 51-ой годичной научно-практической конференции с международным участием «Вода и здоровье человека» - Душанбе, 2003. – С. 267
5. Юсупов З.Н. Применение оксредметрии в изучении гетеровалентного и гетероядерного комплексообразования.// Координационные соединения и аспекты их применения. – Душанбе: ТГНУ. 1999. -С.65
6. Якубов.Х.М. Применение оксредметрии к изучению комплексообразования. – Душанбе, Дониш, 1966

Хулоса

ФУНКЦИЯҲОИ ТЕРМОДИНАМИКИИ РЕАКСИЯҲОИ ҲОСИЛШАВИИ ПАЙВАСТАГИҲОИ КООРДИНАЦИОНИИ ОҲАН (III) ВА ОҲАН (II) ДАР МАҲЛУЛҲОИ ОБИИ БЕНЗИМИДАЗОЛ У.Р. Раджабов, З.Н. Юсупов, Х.Д. Назарова

Бо усули потенциали оксидкунанда ва функцияи оксидкунанда алокаи устувор ва функцияҳои термодинамикии реаксияи ҳосилшавии пайвастагиҳои маҷмӯии оҳан бо бензимидазол муайян карда шудааст.

Summary

TERMODINAMIC FUNCTIONS OF FORM REACTIONS OF COORDINATIONAL COMBINATIONS OF FERRUM (III) AND FERRUM (II) IN WATER SOLUTIONS OF BENZIMIDAZOL U.R. Rajabov, Z.N. Yusupov, H.D. Nazarova

By the method of oxydating potential and oxydating function the constants of stedity were calculated, and termodinamic functions of form reactions of complex ferrum and benzimidazol were determined.

ЭЛЕМЕНТЫ СОПОСТАВЛЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В ТАДЖИКОЯЗЫЧНОЙ АУДИТОРИИ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

З.К. Махмудова

Кафедра латинского языка

Актуальность. Для большинства студентов I-го курса Таджикского госмедуниверситета имени Абуали ибни Сино таджикский язык является родным, а русским языком некоторые из них владеют ещё не в достаточной мере. В этих условиях в ходе преподавания латинского языка следует максимально применять сопоставление таджикского языка с русским. Учитывая это обстоятельство актуальность выбранной темы несомненна.

Цель работы: способствовать лучшему усвоению студентами учебной программы латинского языка. В связи с этим на основе сопоставления таджикского языка с русским были поставлены следующие задачи:

1. обучить студентов правильному произношению фонем в латинском языке;
2. обучить делать правильный перевод с таджикского на латинский язык;
3. уметь составлять предложения на латинском языке.

Метод исследования. Для решения названных задач свой материал мы разделили на несколько частей.

I. ФОНЕТИКА И ГРАФИКА

В латинском языке существуют такие же фонемы, как и в таджикском. Мало того, единственная фонема латинского языка, отсутствующая в русском – [h], соответствует таджикской [x]. Поскольку на первом занятии мы даём латинские слова (2,5) в русской транскрипции

[хомо] – человек,

[хэрба] – трава и т.д.,

то введение в русскую транскрипцию знака [x] значительно облегчает освоение звука [h].

В современном литературном таджикском языке с принятием в Республике Таджикистан в 1991 году Закона о государственном языке буква «ц» отсутствует. Фонема [ц] заменена на [с] и потому представляет некоторую трудность для восприятия студентов-таджиков. Ранее фонему [ц] в таджикском языке могли использовать только в заимствованных русских словах, которые в большинстве своём вошли в русский из латинского языка. Примером могут служить слова «центнер, цирк» и др. По этой причине в качестве примеров произношения, т.е. чтения вслух буквы «С, с», следует давать именно такие слова, которые уже знакомы студентам из истории. То же относится к чтению произношению сочетания [ti] перед гласной (revolutio – революция).

При объяснении чтения сочетания «qu» следует учесть, что у некоторых студентов местной национальности есть тенденция читать латинское «q», как таджикское

заднеязычное [к], так, как эти буквы похожи по звучанию. К тому же здесь действует и такая психологическая установка: звук [к] графически обозначается и через «С, с» и через «Қ, қ». Ещё одна графема – «q» – слишком много для одного звука. Легче запомнить, если «привязать» к этой букве другую фонему – [к].

Следовательно, студентов надо предостеречь от этой ошибки, указав, что звук [к] в латыни отсутствует, и увеличить количество примеров сочетания букв «qu».

II. ГРАММАТИКА

Значительные трудности представляет освоение латинской падежной системы. Таджикский язык – язык аналитического строя, не имеющий падежей, кроме показателя прямого дополнения – «ро». Поэтому освоение латинской падежной системы осуществляется в основном через русский язык. Важнейший падеж – Genetivus – в целом усваивается студентами без больших трудностей, т.к. он почти всегда отличается по окончанию от Nominativus, смысл его студентам ясен. Винительный – Accusativus – представляет большие трудности – в среднем роде он не отличается формально от именительного (1,3,4). В этом случае рекомендуется перевести мысленно предложение с латинского языка на таджикский, и если данное слово в таджикском варианте получит окончание «ро», то, следовательно, в латинском предложении оно стоит в винительном падеже.

В таджикском языке отсутствует грамматический род, поэтому согласование прилагательных является более сложным действием для студентов местной национальности, чем для русских студентов. Следовательно, на этот вопрос надо обратить особое внимание, увеличив количество упражнений на данную тему.

При объяснении степеней сравнения прилагательных уместно указать на их образование в таджикском языке, где эти формы образуются регулярно (сравнительная степень оканчивается на – тар, превосходная на - тарин):

longus, a, um – **longior, ius** – **longissimus, a, um**
дароз – **дарозтар** – **дарозтарин**

и т.п.

Следует дать разные варианты перевода прилагательного превосходной степени на русский язык (длиннейший, самый длинный, наиболее длинный), указав на их равнозначность.

Изучение латинской глагольной системы в том объёме, который даётся в медицинском университете, не вызывает особых трудностей для студентов-таджиков. Поскольку таджикский язык входит в индоевропейскую семью, личные окончания глагола в таджикском и латинском языках имеют ряд параллелей, что облегчает их усвоение студентами:

латинские		таджикские	
-o	-mus	-ам	-ем
-s	-tis	-ӣ	-ед
-t	-nt	-ад	-анд

Парадигмы латинские и таджикские выписываются рядом, глаголы спрягаются

параллельно, и студенты сами находят соответствия таджикского “д” и латинского “t”. Особенно важны формы единственного и множественного числа 3-го лица, например,

habet – дорад,
habent – доранд,

поскольку в текстах они встречаются постоянно.

При объяснении страдательного залога, к сожалению, нельзя провести параллель между парадигмами латинского и таджикского глаголов, поскольку в таджикском языке страдательный залог строится аналитически, с помощью пассивного причастия и глагола “шудан” – “становиться”, “делаться”. В латинском языке, как известно, страдательный залог образуется синтетически и имеет свою систему окончаний (3,4). В этом случае, объясняя страдательный залог, нужно приводить различные способы его перевода на русский и таджикский языки. Например:

Curo – ман табобат мекунам
Curog – маро табобат мекунанд, ман табобат мегирам

и т.д.

Усвоив соответствие таджикского «нд» латинскому «nt» в окончаниях глаголов, студенты быстрее и легче понимают образование причастий настоящего времени. Например:

Studens, entis – хонанда
Audiens, audientis – шунаванда

и т.д.

Сведения о наречиях требуют несколько более подробного освещения в таджикоязычной аудитории, нежели в русской. Дело в том, что морфологически в таджикском языке наречие не отличается от прилагательного (сравните, “вай талабаи нағз аст” – “он хороший ученик” и “вай нағз мехонад” – “он хорошо учится”). Поэтому нужно обратиться к русскому языку, напомнив о формальном отличии наречий от прилагательных и подчеркнуть синтаксическую связь прилагательного с существительным, а наречия – с глаголом. Следует указать на параллелизм окончаний латинских наречий -e, -o, «bene, cito» и русских «быстрее, крайне».

III. ЧИСЛИТЕЛЬНЫЕ

Как известно, составные числительные, оканчивающиеся на 8 и 9 (18, 19, 28, 29 и т.д.) в латинском языке строятся по иному принципу, нежели в русском: берётся следующий круглый десяток и из него вычитается 2 или 1:

18 – duodeviginti, 19 – undeviginti и т.д.

В таджикском языке существуют оба способа образования составных числительных:

18 – ҳаждаҳ или ду кам бист,

19 – нуздаҳ или як кам бист.

Таким образом, приведение таких таджикских параллелей достаточно для того, чтобы этот материал был бы сразу и прочно усвоен студентами.

Лексических параллелей между латинским и таджикским языками, которые были бы ясны без сравнительно-исторического анализа, немного. Тем не менее, на студентов производит яркое впечатление ряд случаев совпадения корней:

ду – duo
ту – tu
модар – mater и т.д.

Полезным в освоении лексики является перечисление в аудитории всех дериватов данного латинского слова в русском языке (5), например:

aqua – аквариум, акварель, акваланг

Есть тексты, где студенты с удовольствием обнаруживают почти у половины слов русские параллели, и лексику этих текстов они запоминают сразу, достаточно обратить их внимание на эти параллели.

И, наконец, о синтаксисе. Порядок слов в латинском языке в большинстве предложений точно соответствует порядку слов в предложениях на таджикском языке, где, как известно, прилагательное стоит после существительного, а глагол - в конце предложения (1,4). И на этот факт следует обратить внимание студентов-таджиков.

Вывод. В заключение хочу подчеркнуть, что элементы сопоставления трёх языков – латинского, таджикского и русского с эпизодическим привлечением английского, немецкого (которые изучались некоторой частью студентов в школе), являются ценным методическим приёмом, безусловно повышающим усвоение студентами медицинского университета учебного материала по латинскому языку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева Л.И., Окатова Л.М. Пособие по клинической терминологии, – Минск, «Вышэйшая школа», 1989
2. Мирзоев Х.Х. Латино – русско – таджикский анатомический словарь, – 1989
3. Чернявский М.Н. Латинский язык на основы медицинской терминологии, – Москва, «Медицина», 2000
4. Шульц Ю.Ф. Латинский язык и основы терминологии, – Москва. «Медицина», 1982
5. Энциклопедический словарь медицинских терминов, – Москва, «Советская энциклопедия», т. 1-14, 1982

Хулоса

УНСУРҲОИ МУҚОИСАВӢ ДАР ТАЪЛИМИ ЗАБОНИ ЛОТИНӢ БА ШУНАВАНДАГОНИ ТОЧИКЗАБОНИ ДОНИШГОҲИ ТИББӢ

З.К. Маҳмудова

Дар Донишгоҳи тиббӣ истифодаи унсурҳои муқоисавии забонҳои хангоми таълими забони лотинӣ ба шунавандагони тоҷикзабон пешниҳод шудааст. Хусусан, муқоисаи забонҳои тоҷикӣ ва русиро зиёдтар бояд истифода кард. Чунин усул дар фонетика ва графика, грамматика ва шумораи истифода мешавад, ки барои азхудкунии маводи таълимии забони лотинӣ ба донишҷӯён аҳамияти калон дорад.

Summary

THE ELEMENTS OF COMPARISON IN THE TEACHING OF LATIN LANGUAGE AT TAJIK AUDIENCE OF THE MEDICAL UNIVERSITY

Z.K. Mahmudova

There is offered to use some elements of comparison languages for teaching of Latin language in the Tajik Medical University. The comparison of Tajik and Russian languages is the most method which help the students to adopt phonetical, grammatical and lexical materials.