

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Сардабир

У.А. ҚУРБОНОВ

узви вобастаи АИТ ВТҲИА ҶТ

д.и.т., профессор, ректори ТГМУ

Муовинони сардабир

М. Қ. ГУЛОВ - д.и.т., проф.

Ш. Ш. ПОЧОҶОНОВА - д.и.т.

Муҳаррири масъул

Р.А. ТУРСУНОВ

А.Б. Бобоев - д.и.т., проф. (беҳдошт)

М.Ф. Додхоева - академик АИТ ВТҲИА ҶТ,

д.и.т., проф. (момопизишкӣ)

П.Т. Зоиров - узви вобастаи АИ ҶТ,

д.и.т., проф. (бемориҳои пӯст)

К.И. Исмоилов - д.и.т., проф. (кӯдакпизишкӣ)

Э.Р. Раҳмонов - д.и.т., проф. (сироятшиносӣ)

Ҳ.Қ. Рофиев - д.и.т., проф. (вогиршиносӣ)

С.С. Субҳонов - н.и.т., дотсент

(дандонпизишкӣ)

Н.Ҳ. Ҳамидов - узви вобастаи АИ ҶТ,

д.и.т., проф. (илоҷия)

ШҶРОИ ТАҲРИРИЯ

Л.А. Бокерия - академики АИР ва АИТ ФР
(Москва, Россия)

М.И. Давидов – академики АИР ва АИТ ФР
(Москва, Россия)

В.И. Покровский – академики АИТ ФР
(Москва, Россия)

Ю.И. Пиголкин – узви вобастаи АИТ ФР
(Москва, Россия)

И.Е. Чазова – узви вобастаи АИТ ФР
(Москва, Россия)

С.Х. Ал-Шукри – д.и.т., профессор
(Санкт-Петербург, Россия)

М. Миршохӣ – профессор (Париж, Франция)

А.В. Гейнитс - д.и.т., профессор
(Москва, Россия)

А.В. Гулин - д.и.т., профессор (Москва, Россия)

П. Урсу – д.и.т. (Молдавия)

А.Т. Амирасланов – академики АИТ РФ
ва АМИА (Боку, Озарбойҷон)

К.М. Қурбонов – академики АИТ ВТҲИА ҶТ
(Душанбе)

Н.Ф. Файзуллоев – академики АИТ ВТҲИА ҶТ
(Душанбе)

Д.З. Зиқиряхочаев – д.и.т., профессор
(Душанбе)

Н.М. Шаропова – д.и.т., профессор
(Душанбе)

МУАССИС:

Донишгоҳи давлатии тиббии
Тоҷикистон ба номи
Абӯалӣ ибни Сино



ПАЁМИ СИНО

Нашрияи

Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон
ба номи Абӯалӣ ибни Сино

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

№4(61)/2014

Мувофиқи қарори Раёсати Комиссияи олиии аттестатсионии (КОА) Вазорати маориф ва илми Федератсияи Россия маҷаллаи “Паёми Сино” (“Вестник Авиценны”) ба Феҳристи маҷаллаву нашрияҳои илмии тақризи, ки КОА барои интишори натиҷаҳои асосии илмии рисолаҳои номзадӣ ва докторӣ тавсияи медиҳад, дохил карда шудааст (аз 23 майи с.2003 таҳти рақами 22/17 ва такроран аз 25 феввали с.2011)

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

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор
У. А. КУРБАНОВ
чл.-корр. АМН МЗСЗН РТ,
д.м.н., профессор, ректор ТГМУ

Зам. главного редактора
М. К. ГУЛОВ - д.м.н., проф.
Ш.Ш. ПАЧАДЖАНОВА - д.м.н.

Ответственный редактор
Р. А. ТУРСУНОВ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

УЧРЕДИТЕЛЬ:

Таджикский государственный
медицинский университет
им. Абуали ибни Сино



ВЕСТНИК АВИЦЕННЫ

Издание
Таджикского государственного
медицинского университета
имени Абуали ибни Сино

Научно-медицинский журнал
Ежеквартальное издание
Основан в 1999 г.

№4(61)/2014

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

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

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

Все права защищены.

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



СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕДОВАЯ

Курбанов У.А., Турсунов Р.А.

Роль журнала «Вестник Авиценны» в популяризации таджикской медицинской науки 7

ХИРУРГИЯ

Курбанов У.А., Юнусова З.И., Давлатов А.А., Джанобилова С.М.

Реконструктивно-пластические операции при врождённых дефектах и деформациях периорбитальной области 13

Гаибов А.Д., Джуракулов Э.С.

Острый варикотромбофлебит: диагностическая и лечебная тактика 22

Курбанов К.М., Давлатов Дж.Ё., Рамазан М.И., Саидов У.Х., Саъдуллоев Д.С.

Резекция печени и перицистэктомия после нерадикальных операций по поводу эхинококкоза 28

Джаборов А.И.

Влияние перигидроля на остаточную полость у больных с эхинококкозом печени 32

Гаюров У.Х., Курбанов К.М., Махмадов Ф.И., Назирбоев К.Р.

Патогенез и лечение дисфункции эндотелия при гнойном холангите 38

Назаров Х.Н., Гаибов А.Д., Садриев О.Н.

Хирургическая тактика при сочетанных костно-сосудистых повреждениях нижних конечностей 45

Гулов М.К., Иброхимов Ю.Х.

Диагностика неполных внутренних свищей прямой кишки 50

Щербакова Ю.В., Обухова С.В., Макарова С.Ю., Зубеев П.С.

Микробный пейзаж отделяемого ран после хирургического лечения геморроя с применением латексного лигирования и закрытой стандартной геморроидэктомии 56

Даминова Н.М., Нурматова М.А.

Оптимизация тактики диагностики и лечения больных с инородными телами прямой кишки 60

Базаров Н.И., Мухсин-заде С.Н., Рахимов Н.М., Рахматов М.Т.

К вопросу о классификации и формулировке диагноза в онкологии 65

Ахмад Шафик Фарид, Мухаммад Хасан Фарид

Клинические особенности и факторы риска развития преэклампсии и эклампсии у женщин в условиях Афганистана 73

ТЕРАПИЯ

Файзуллаев Х.Т., Бобоалиев С.М., Раджабов М.Э., Одинаев Ш.Ф.

Оценка эффективности применения дезагрегантной терапии после коронарного стентирования 78

Мироненко Т.В., Яковлева Л.В.

Диагностическое значение гомоцистеина и показателей липидного метаболизма у пациентов в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта 84

Ахунова М.Ф., Шукурова С.М., Шодиев Б.Р.

Клинико-эпидемиологическая характеристика суставного синдрома у взрослого населения Республики Таджикистан 90

Вахобзода П., Дустов А., Азимова С.М., Шарипов В.Ш.

Дисбактериоз при синдроме хронической дуоденальной непроходимости 96



Везирова З.Ш. Развитие вторичной нозокомиальной бактериемии среди пациентов с вентилятор-ассоциированной пневмонией в отделениях интенсивной терапии	100
Исмоилова М.Э., Курбанов Ш.М., Атаджанов Т.В., Оймахмадова Ш.Г., Курбанова М.А. Особенности клинического течения пролапса митрального клапана у беременных	105
Рахманов Э.Р., Хабибуллоев Ш.Б., Матинов Ш.К. Клинико-эпидемиологические особенности Крымско-Конго геморрагической лихорадки в Республике Таджикистан	110
Дмитренко С.В., Вернигородский С.В. Патогистологическая оценка эффективности использования ступенчатой схемы лечения ихтиоза с применением ретиноидов	114
Сабуров С.К. Потребность больных с общесоматической патологией в ортопедической стоматологической помощи	121
Сокольская Т.И., Гулин А.В. Психологический статус лиц юношеского возраста в условиях экологического неблагополучия среды обитания	126
Шарипов Т. Клинико-психопатологические и социодемографические аспекты суицидального поведения психически больных	133
Исмоилов К.И., Давлатов С.Т., Исмоилова М.А. Состояние гемостаза при пневмонии у детей первого года жизни	138
МЕТОДИКА ПРЕПОДАВАНИЯ	
Мусина Н.З., Тарасов В.В., Чубарев В.Н. Роль курса «Фармацевтическая информация» в профессиональной подготовке провизоров	141
ОБЗОР	
Ахундова Н.Н. Современные представления об этиологии и патогенезе хронического эндометрита	147
ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ	
С.Х. Хакимова – основатель таджикской научной школы акушеров-гинекологов, одарённая личность, талантливый учёный (К 90-летию со дня рождения)	153
Академику Р.И. Сепиашвили – 60 лет	156
ПАМЯТЬ	
Памяти профессора Г.Л.Медника	160
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ	
Правила приёма статей	162



CONTENTS

FRONTLINE

Kurbanov U.A., Tursunov R.A.

The role of «Bulletin of Avicenna» in the popularization of tajik medical science 7

SURGERY

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

Reconstructive plastic surgery in congenital defects and deformities of periorbital area 13

Gaibov A.D., Jurakulov E.S.

Acute varicothrombophlebitis: diagnostic and treatment tactics 22

Kurbonov K.M., Davlatov J.Y., Ramazan M.I., Saidov U.H., Sadulloev D.S.

Liver resection and pericystectomy after non-radical surgery for echinococcosis 28

Jaborov A.I.

Perhydrol influences on residual cavity in patients with liver echinococcosis 32

Gayurov U.Kh., Kurbonov K.M., Makhmadov F.I., Nazirboev K.R.

Pathogenesis and treatment of endothelial dysfunction in suppurative cholangitis 38

Nazarov H.N., Gaibov A.D., Sadriev O.N.

Surgical tactics in combined bone and vascular lesions of lower limb 45

Gulov M.K., Ibrohimov Yu.Kh.

Diagnostics of partial inner anal fistula 50

Sherbakova Yu.V., Obukhova S.V., Makarova S.Y., Zubeyev P.S.

Microbial landscape discharge wounds after surgical treatment of hemorrhoids using latex ligation and closing standard hemorrhoidectomy 56

Daminova N.M., Nurmatova M.A.

Optimization of diagnostic tactics and treatment patients with foreign bodies of the rectum 60

Bazarov N.I., Muhsin-zade S.N., Rakhimov N.M., Rahmatov M.T.

Towards classification and formulation of diagnosis in oncology 65

Farid Shafik Ahmad, Muhammad Hassan Farid

Clinical features and risk factors for preeclampsia and eclampsia in women in Afghanistan 73

THERAPY

Faizullaev H.T., Boboaliev S.M., Rajabov M.E., Odinaev Sh.F.

Evaluating the effectiveness of antiplatelet therapy after coronary stenting 78

Mironenko T.V., Yakovleva L.V.

Diagnostic value of homocysteine and lipid metabolism indices in patients at early recovery period of ischemic stroke 84

Akhunova M.F., Shukurova S.M., Shodiev B.R.

Clinical and epidemiological characteristics of articular syndrome in adults district of the Republic of Tajikistan 90

Vahobzoda P., Dustov A., Asimova S.M., Sharipov V.Sh.

Dysbacteriosis in chronic duodenal obstruction syndrome 96



Vezirova Z.Sh. Development of secondary nosocomial bacteremia in patients with ventilator-associated pneumonia in intensive care units	100
Ismoilova M.E., Kurbanov Sh.M., Atadjanov T.V., Oymahmadova Sh., Kurbanova M.A. Clinical features of mitral valve prolapse in pregnant women	105
Rakhmanov E.R., Habibulloev Sh.B., Matinov Sh.K. Clinical and epidemiological features of Crimean-Congo haemorrhagic fever in the Republic of Tajikistan	110
Dimitrenko S.V., Vernigorodsky S.V. Histopathological evaluation of the effectiveness of by step-by-step scheme of ichthyosis treatment using retinoids	114
Saburov S.K. Need for patients with somatic pathology in orthopedic dental care	121
Sokolskaya T.I., Gulin A.V. Psychological status of persons of youthful age in the environment of ecologic trouble	126
Sharipov T. Clinical psychopathological and sociodemographic aspects of suicidal behavior of the mental patients	133
Ismoilov K.I., Davlatov S.T., Ismoilova M.A. Condition of hemostasis in infants with pneumonia	138
METHODOLOGY OF TEACHING	
Musina N.Z., Tarasov V.V., Chubarev V.N. Role of course «Pharmaceutical information» in training pharmacists	141
REVIEW	
Akhundova N.N. Current concepts of etiology and pathogenesis of chronic endometritis	147
ANNIVERSARIES	
S.H. Hakimova – founder of the tajik scientific school of obstetrician-gynecologist, gifted person, talented scientists (to 90 th anniversary of birth)	153
To academician R.I. Sepiashvili – 60 years	156
MEMORY	
To the memory of professor G.L.Mednik	160
INFORMATION FOR AUTHORS	
Rules of articles admission	162

Роль журнала “Вестник Авиценны” в популяризации таджикской медицинской науки

У.А. Курбанов, Р.А. Турсунов

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино; научно-медицинский журнал «Паёми Сино» («Вестник Авиценны»)

В течение 15 лет редакция научно-медицинского рецензируемого журнала “Вестник Авиценны” (“Паёми Сино”) руководствуется тем, чтобы качественно изменить содержание научных статей и поднять планку таджикской медицинской науки до уровня мировых стандартов.

Особенно велика роль журнала “Вестник Авиценны” в публикации основных научных результатов диссертаций на соискание учёных степеней кандидата и доктора наук.

Информационная открытость изданий, создание сайта журнала (www.vestnik-avicenna.tj) и размещение электронных версий номеров журнала во Всемирной сети Интернета (НЭБ, РИНЦ), несомненно, способствовали продвижению и узнаваемости отечественного научного журнала в мировом масштабе, увеличению максимального доступа читателей к нашим электронным источникам.

За 15 лет на страницах ежеквартального журнала «Паёми Сино» было напечатано около 1500 научных статей отечественных и зарубежных учёных, представляющих такие страны, как: Россия, Украина, Казахстан, Саудовская Аравия, Монголия, Азербайджан, Армения, Иран, Афганистан, Кыргызстан и др.

Доля публикаций зарубежных авторов выросла в 16 раз: от 12 статей за период 1999 – 2006 гг. до 200 статей – за 2007 – 2014 гг., что свидетельствует о возрастающем престиже и международном признании журнала «Вестник Авиценны» в научном пространстве стран ближнего и дальнего зарубежья.

Ключевые слова: научно-медицинский журнал “Вестник Авиценны” (“Паёми Сино”)

Впервые специализированное научное издание – научно-медицинский журнал «Паёми Сино» («Вестник Авиценны») – в стенах Таджикского государственного медицинского университета (ТГМУ) имени Абуали ибни Сино начало издаваться в 1999 году, и что было приурочено к 60-летию образования университета.

Редакция научно-медицинского журнала «Паёми Сино» осуществляет свою деятельность в строгом соответствии с заявленной миссией при государственной регистрации в Министерстве культуры Республики Таджикистан, руководствуется законами РТ «О средствах массовой информации», «Об издательской деятельности в РТ».

В современном мире научный журнал, как тип периодического издания (печатное или электронное), считается основным носителем научной информации. Драгоценным украшением, сокровищницей мировой науки является статья, опубликованная в научном журнале, как показатель эффективности научной работы.

Кроме того, публикация материалов в специализированных научных изданиях является не только способом научной коммуникации, но и даёт значительный импульс развитию соответствующей области научного знания.

Первый номер журнала «Паёми Сино» вышел в свет по инициативе бывшего ректора ТГМУ, доктора медицинских наук, профессора Хамдама Кутбидиновича Рофиева и его единомышленников. Создание периодического научного издания – дело серьёзное и ответственное, так как оно основывается на исторических научных материалах, в нём отражаются достижения таджикской медицинской науки. И, вместе с тем, это издание позволяет видеть этапы восхождения учёных на научный Олимп.

Особая честь в зарождении данного издания принадлежит профессорам А.К. Анварову и М.Я. Расули (мир с ними).



Редакцию журнала «Паёми Сино» и редакционную коллегию в разные годы возглавляли: доктор медицинских наук, профессор Н.Ф. Файзуллоев [2000-2002гг.], член-корреспондент АН РТ, доктор медицинских наук, профессор К.М. Курбонов [2003-2005гг.]. Каждый ректор вуза старался вносить высокий уровень науки, соответствующий духу своего времени.

С августа 2005 года и по настоящее время главным редактором журнала «Паёми Сино» является ректор ТГМУ им. Абуали ибни Сино, член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, доктор медицинских наук, профессор У.А. Курбанов.

Свой посильный вклад в дело улучшения качества научных статей и своевременного выпуска журнала, наряду с другими членами редакционной коллегии и редсовета, внесли и ответственные секретари: Б.У. Зоиров (1999), У.Р. Юлдашев (2000-2002, 2005-2007), М.А. Марченко (2003), Т.В. Лапина (2004) и Р.А. Турсунов (с 2007 г. по н.в.).

В 2003 году журнал «Паёми Сино» был включён в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендуемых Высшей аттестационной комиссией (ВАК) Министерства образования и науки Российской Федерации для публикации основных научных результатов диссертаций на соискание учёных степеней кандидата и доктора наук. Этот факт способствовал повышению популярности журнала и интереса со стороны авторов статей, так как впервые у них появилась возможность напечатать свои публикации в университетском журнале, рецензируемом ВАК РФ.

Журнал со дня основания и до 2006 г. включительно издавался два раза в год. Начиная с 2007 года, по инициативе ректора ТГМУ, журнал «Паёми Сино» стал издаваться ежеквартально, т.е. четыре раза в год, что отвечало духу времени и реальной возросшей востребованности в публикациях со стороны учёных-медиков ТГМУ и практикующих врачей здравоохранения республики.

На протяжении 15 лет функционирования журнала «Паёми Сино» было выпущено 64 номера с общей численностью более 16 000 экземпляров.

Впервые за годы существования, в 2009 году научно-медицинский журнал «Паёми Сино» получил Международный стандартный серийный номер (ISSN).

В последующие годы деятельности ведущее издание ТГМУ «Паёми Сино» претерпело значительные изменения. Редакцией разработана новая концепция развития журнала. Дизайн журнала улучшен кардинально, что соответствует уровню современного научного издания.

Внесены изменения в состав редакционного совета, в основном за счёт привлечения авторитетных зарубежных учёных, таких как: академик РАН и РАМН Л.А. Бокерия – директор Института сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева МЗ РФ (Россия); академик РАН и РАМН М.И. Давыдов – директор Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина МЗ РФ (Россия); академик РАН и РАМН В.И. Покровский – директор ЦНИИ эпидемиологии Минздрава РФ (Россия); академик РАМН и НАНА А.Т. Амирасланов – ректор Азербайджанского медицинского университета им. Н.Нариманова (Азербайджан); член-корр. РАМН И.Е. Чазова – директор Института клинической кардиологии им. Минздрава РФ (Россия); член-корр. РАМН Ю.И. Пиголкин – заведующий кафедрой судебной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Россия); доктор медицинских наук, профессор С.Х. Аль-Шукри – проректор по международным связям, заведующий кафедрой урологии с клиникой Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П.Павлова (Россия); профессор университета «Париж-6» М. Миршохи (Франция) и др.

На страницах журнала отражаются новейшие достижения современной таджикской медицинской науки и здравоохранения. Особенно велика роль журнала «Паёми Сино» в публикации основных научных результатов диссертаций на соискание учёных степеней кандидата и доктора наук (рис.1 и 2).

За 15 лет на страницах ежеквартального журнала «Паёми Сино» было напечатано около 1500 научных статей отечественных и зарубежных учёных, представляющих такие страны, как: Россия, Украина, Казахстан, Саудовская Аравия, Монголия, Азербайджан, Армения, Иран, Афганистан, Кыргызстан и др.

Доля публикаций зарубежных авторов выросла в 16 раз: от 12 статей за период 1999 – 2006 гг. до 200 статей – за 2007 – 2014 гг., что свидетельствует о возрастающем престиже и международном признании журнала «Вестник Авиценны» в научном пространстве стран ближнего и дальнего зарубежья.

Необходимо также отметить, что, кроме внешнего оформления, кардинально изменено внутреннее содержание журнала: усилиями редакции значительно повышен научный уровень публикуемых статей. Все рукописи проходят 3-4 уровня рецензирования. Редакция провела огромную работу по установлению стандартов этического поведения всех привлечённых к публикации сторон: авторов и рецензентов. Наличие института рецензирования для экспертной оценки научных статей и его порядок проведения в журнале «Паёми Сино» тоже имеет свою специфику, изюминкой которой является карта рецензии рукописи. Рецензент оценивает рукопись согласно данной карте рецензии (на одной странице).

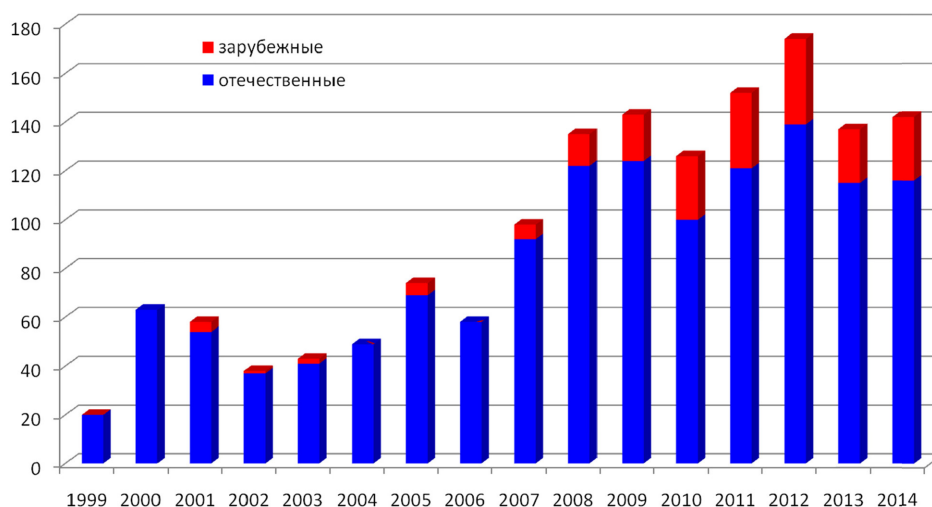


РИС.1. КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПУБЛИКАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ АВТОРОВ ЗА ПЕРИОД 1999-2014 гг.



РИС.2. ДИНАМИКА ПУБЛИКАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ АВТОРОВ ЗА ПЕРИОД 1999-2014 гг.

Требования карты рецензии рукописи составлены на основании «Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы», разработанных Международным комитетом редакторов медицинских журналов (ICMJE), в который входят редакторы таких всемирно признанных журналов, как «Журнал Американской медицинской ассоциации» (Journal of the American Medical Association, JAMA), «Ланцет» (The Lancet), «Медицинский журнал Новой Англии» (New England Journal of Medicine, NEJM), а также «Журнал Норвежской медицинской ассоциации» (Tidsskrift for Den Norske Legeforening), «Хорватский медицинский журнал» (Croatian Medical Journal, CMJ) и др.

Аннотации большинства статей ранее не давали чёткую информацию о целях, методах и результатах

исследований. Часто авторы в аннотации повторяли название статьи, общими словами описывали свою работу. Ключевые слова не отражали характерные особенности работы и не позволяли использовать их в поисковых Интернет-ресурсах. Такие аннотации не отвечали требованиям, которые предъявляются международными наукометрическими базами данных к научным публикациям и, начиная с 2011 года, были заменены более содержательными аннотациями.

Вместо неинформативных коротких аннотаций введено объёмное (от 100 до 150 слов) чётко структурированное реферирование статей, которое привлекает надлежащее внимание читателей, особенно иностранных, к публикациям. Аннотация имеет следующую структуру: цель – методы – результаты – научная новизна – практическая значимость.



Редакцией журнала также проведена огромная работа по стандартизации согласно ГОСТу библиографического списка. Другая проблема – это количество представленных литературных источников. К сожалению, следует отметить, что наши авторы уделяют значительно меньшее внимание этой части при подготовке своих публикаций, чем их зарубежные коллеги. Хотелось бы отметить, что статья с представительным списком литературы демонстрирует профессиональный кругозор и качественный уровень исследований её авторов. Среднее число ссылок на статью составляет 10 публикаций, тогда как англоязычные статьи включают в среднем 30 ссылок на одну статью. Правильное описание используемых источников в списках литературы является залогом того, что цитируемая публикация будет учтена при оценке научной деятельности её авторов, следовательно (по цепочке) – организации, региона, страны.

Редакция журнала «Паёми Сино» мотивирует авторов к работе с современными источниками информации, поскольку ссылка на устаревшие литературные источники вызывает замечание международных экспертов и сомнение относительно актуальности материала, изложенного в статье.

Работы, которые не отвечают требованиям ВАК РФ и редакционной коллегии, редакцией отклоняются. В таких ситуациях авторы получают письменный мо-


тивированный отказ. Жёсткие требования к форме и, главное, к содержанию статей, вызывают иногда недовольство авторов. Редакционная коллегия журнала считает данную требовательность оправданной, поскольку она, прежде всего, вызвана необходимостью в повышении качества научных статей и соответствия критериям международных наукометрических баз данных.

Главное для научного журнала – его содержание, а оно, в первую очередь, зависит от компетентности и профессионализма авторов. Высокие требования редакции журнала к публикуемым материалам улучшают качество их подачи, работают на повышение престижа как самих авторов, так и Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино и его рейтинга в научных сферах. Нашему журналу присущи научность, стремление объективно освещать результаты исследований, содействовать широкому внедрению в практику передового опыта.

Информационная открытость изданий, создание сайта журнала – www.vestnik-avicenna.tj – и размещение электронных версий номеров журнала во Всемирной сети Интернета, несомненно, будут способствовать продвижению и узнаваемости отечественных научных журналов в мировом масштабе, увеличению максимального доступа читателей к этим электронным источникам.

The screenshot displays the website for the journal "Vestnik Avicenna". At the top, it features the journal's title in Russian and Tajik, along with the ISSN number 2074-0581. The main content area includes a description of the journal's scope, which covers fundamental and applied research from various institutions in Tajikistan and neighboring countries. Below this, there are three circular logos representing official certificates or accreditations from the Ministry of Culture, the National Patent Center, and the National Committee for Standardization. The footer contains the journal's website URL (www.tajmedun.tj), a link to the electronic library (www.elibrary.ru), and the library's website (www.sinolib.tj).





ПОИСК

Найти

Расширенный поиск

ВХОД

IP-адрес компьютера:
109.68.233.14

Название организации:
не определена

Имя пользователя:

Пароль:

Вход


Заполнить меня
 Правила доступа
 Регистрация

НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА
eLIBRARY.RU


ЧИТАТЕЛЯМ | ОРГАНИЗАЦИЯМ | ИЗДАТЕЛЬСТВАМ | АВТОРАМ | БИБЛИОТЕКАМ

ИНФОРМАЦИЯ О ЖУРНАЛЕ


Полное название				ВЕСТНИК АВИЦЕННЫ			
Издательство				Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали Ибни Сино			
Год основания	1999	Рецензируемый	да				
Выпусков в год	4	Импакт-фактор JCR	нет				
Статей в выпуске	35	Импакт-фактор РИНЦ 2013	0,022				
Сокращение			Страна	Таджикистан			
Город	Душанбе		Регион				
Печатная версия журнала							
ISSN печатной версии	2074-0581		Подлинной индекс			Тираж	1200
Электронная онлайн-версия журнала							
ISSN онлайн-версии			Вариант представления				
WWW-адрес				http://www.vestnik-avicenna.tj			
ISI	нет	Всего статей	820	В настоящее время	Выходит		
SCOPUS	нет	Всего выпусков	28	Доступный архив	01.2008 - 01.2014		
РИНЦ	да	Полных текстов	819	Реферативный	нет		
Перечень ВАК	включен	Цитирований	94	Мультидисциплинарный	нет		
Тематические рубрики	Код	Раздел рубрикатора ГРНТИ		Журналов			
	76.00.00	Медицина и здравоохранение		7081			



Дорогие друзья! Поздравляем Вас с Новым годом и Рождеством!!!



XIX Международная конференция
SCIENCE ONLINE:
электронные информационные ресурсы для науки и образования
Андорра, 17-24 января 2015 г.



Начиная с 2008 г. полнотекстовые электронные версии журнала «Вестник Авиценны», согласно двустороннему договору, размещаются бесплатно (с эмбарго-доступом на один год для текущих номеров) на сайте Научной электронной библиотеки (НЭБ) Российской Федерации, а также на платформе Российского института научного цитирования (РИНЦ).

Включение журнала в Международные наукометрические базы данных позволяет расширить возможности ознакомления зарубежных специалистов с тематикой работ и достижениями учёных ТГМУ, увеличивают индекс цитирования авторов. В свою очередь, по цитированию журнала определяется его научный уровень, авторитетность, эффективность деятельности его редакционной коллегии и совета и т.д.

Привлечение журнала «Паёми Сино» к наибольшему числу международных онлайн баз научной периодики является приоритетным направлением развития и продвижения нашего научного журнала.

Популяризация медицинских знаний является чрезвычайно трудной задачей. Сегодня журнал «Вестник Авиценны» успешно выполняет свою основную функцию – публикации результатов кандидатских и докторских диссертаций.

Мы высоко ценим наше с Вами сотрудничество! Думаем, что выпуск каждого номера журнала «Паёми Сино» станет ещё одной неразрывной нитью, связывающей с Вами, уважаемые коллеги!

Хочется надеяться, что прошедшие 15 лет станут залогом будущего, ещё более впечатляющего, роста и процветания журнала «Паёми Сино» («Вестник Авиценны») на благо отечественной медицины и науки.

Дорогие коллеги и читатели журнала! Желаем Вам благополучия, всех жизненных благ и дальнейших успехов как в научной работе, так и в Вашей благородной и гуманной деятельности.



Summary

The role of «Bulletin of Avicenna» in the popularization of tajik medical science

U.A. Kurbanov, R.A. Tursunov

Avicenna Tajik State Medical University; Medical and Scientific Journal «Payomi Sino» («Bulletin of Avicenna»)

Over 15 years editorial staff of scientific and medical peer-reviewed journal «Bulletin of Avicenna» («Payomi Sino») is guided so as to qualitatively change the content of scientific articles and raise the level of Tajik medical science to international standards.

Especially large role of journal «Bulletin of Avicenna» in the publication of basic scientific results of theses for the candidate and doctoral degrees.

Informational openness of publications, website creation log (www.vestnik-avicenna.tj) and placement of electronic versions of journal in World Wide Web (NEB, RISC), undoubtedly contributed to advancement and recognition of domestic scientific journal on a global scale, the maximum increase access to readers our electronic sources.

Over 15 years in the pages of the quarterly journal «Payomi Sino» was published about 1500 scientific articles of domestic and foreign scientists, representing countries such as Russia, Ukraine, Kazakhstan, Saudi Arabia, Mongolia, Armenia, Azerbaijan, Iran, Afghanistan, Kyrgyzstan, etc.

The share of foreign authors of publications increased 16 times from 12 articles for the period 1999 - 2006, 200 articles – for 2007 - 2014, that demonstrates the growing prestige and international recognition of the «Bulletin of Avicenna» in the scientific space of near and far abroad.

Key words: scientific and medical journal «Bulletin of Avicenna» («Payomi Sino»)

Реконструктивно-пластические операции при врождённых дефектах и деформациях периорбитальной области

У.А. Курбанов, З.И. Юнусова, А.А. Давлатов, С.М. Джанобилова
Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино;
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Работа посвящена изучению эффективности реконструктивно-пластических операций при врождённых дефектах и деформациях периорбитальной области у 52 больных. У больных имели место колобома (7) и птоз (13) верхнего века, эпикантус (18) и врождённые образования (14) век. В зависимости от вида патологии и выраженности патологических изменений мягких тканей выполнены различные реконструктивно-пластические операции.

Предложены новые способы и усовершенствованы ряд существующих операций. Среди 44 прослеженных прооперированных пациентов хорошие отдалённые результаты составили 86,4% (38 наблюдений), удовлетворительные – 13,6% (6 наблюдений). Неудовлетворительных отдалённых результатов не было. Тщательное изучение существующей у больного патологии периорбитальной области, правильное определение показаний к различным способам реконструктивно-пластических операций, усовершенствование тактики лечения и техники оперативных вмешательств, использование оптического увеличения и прецизионной техники, а также аккуратное техническое выполнение операций позволили авторам во всех случаях добиться положительных (хороших и удовлетворительных) отдалённых результатов.

Ключевые слова: окологлазничная область, птоз век, эпикантус, колобома

Актуальность. Врождённые дефекты и деформации периорбитальной области могут приводить к выраженным вторичным функциональным нарушениям со стороны как самого глазного яблока, так и других анатомо-функциональных структур глазницы и окологлазничной области. На глазном яблоке, на фоне вышеуказанных дефектов и деформаций, встречаются такие вторичные изменения как кератит, конъюнктивит, бельмо, перфорация роговицы и многие другие, вплоть до потери зрения. В ряде случаев врождённые дефекты и деформации периорбитальной области приводят к эстетическим недостаткам, вызывающих психоэмоциональные расстройства и, вследствие этого, социальную дезадаптацию пациентов [1,2]. Врождённые дефекты и деформации периорбитальной области, в основном, лечатся хирургическим путём, и на сегодняшний день предложены многочисленные способы их устранения. Однако нет системного подхода к объёму и тактике хирургического лечения в зависимости от различных вариантов врождённой хирургической патологии периорбитальной области. При определённых патологиях периорбитальной области существуют многочисленные способы оперативных вмешательств, что указывает на отсутствие среди них оптимального способа. Всё вышеизложенное свидетельствует об актуальности данной проблемы

и необходимости проведения дальнейших исследований, направленных на улучшение результатов хирургического лечения врождённых дефектов и деформаций периорбитальной области.

Цель. Изучить возможности реконструктивно-пластических операций при врождённых дефектах и деформациях периорбитальной области.

Материал и методы. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой и грудной хирургии за период с 1998 по 2014 гг. 52 больным выполнены реконструктивно-пластические операции на мягкие ткани периорбитальной области. Мужчины и женщины (25:27) составили почти равное количество больных. Большинство больных (61,5%; n=17) составили дети и подростки, в возрасте старше 18 лет было 20 (38,5%) больных. В зависимости от вида патологии больных распределили на 4 группы (табл. 1). Так, с птозом верхнего века было 13 больных, в 18 случаях – имел место эпикантус медиальных углов глаз, врождённая колобома верхнего века отмечалась у 7 и различные врождённые образования в околоорбитальной области – у 14 (гемангиома – 6, невус – 5, дермоидная киста – 2, нейрофиброма – 1).



ТАБЛИЦА 1. ВИДЫ ВРОЖДЁННЫХ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Генез	Сторона			Кол-во
	Справа	Слева	Двусторонний	
Птоз верхнего века	4	7	2	13
Эпикантусы	-	1	17	18
Колобомы век	4	3	-	7
Образования	4	10	-	14
Итого:	12	21	19	52

ТАБЛИЦА 2. СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ ВРОЖДЁННЫХ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Виды дефектов и деформации периорбитальной области	Способ оперативного вмешательства	Число больных
Колобома - менее 20% от общей площади века - 25% и более	Первичное ушивание	3
	Скользкий лоскут из латеральной части верхнего века	4
Птоз верхнего века	1) Транспозиция мышц века и глазного яблока	11
	2) Подтягивание П-образными швами к лобной мышце	2
Эпикантус	Jumping man	1
	Jumping man + верхняя блефаропластика	2
	Hirshowitz	5
	Hirshowitz + верхняя блефаропластика с формированием переходной складки века	3
	Root-Z-plasty	2
	Root-Z-plasty + верхняя блефаропластика	3
	Root-Z-plasty + верхняя блефаропластика с формированием переходной складки века	1
	Buterfly	1
Образования: - гемангиома - пигментный невус - дермоидная киста - нейрофиброма	Склеротизация	6
	Кожная пластика	5
	Иссечение и вылушивание	2
	Иссечение с резекцией изменённой кожи	1

При устранении врождённых дефектов и деформаций периорбитальной области использовали оптическое увеличение, прецизионную технику, тонкий шовный материал, предпочитали общий наркоз. Несмотря на единую технику, тактика оперативных вмешательств зависела от локализации, глубины и распространённости дефектов и деформаций, применялись различные способы оперативных вмешательств (табл. 2).

Дугообразный дефект (колобома) в средней части верхнего века врождённого генеза, доходящий до верхней горизонтальной складки, наблюдали у 7 детей. В 4 случаях дефект имел место в правом глазу, и в 3 – в левом. Размеры дефектов варьировали от 3 до 15 мм.

При размерах колобомы менее 20% от общей площади верхнего века вполне удавалось ушить дефект

первично. Оперативное вмешательство заключалось в освежении краёв колобомы, идентификации структур верхнего века и первичном ушивании краёв образовавшегося дефекта.

Технику операции рассмотрим на примере следующего клинического случая. Больной М., 14 лет, поступил 17.11.2008 г. с жалобами на наличие дефекта верхнего века, вызывающего эстетический дискомфорт. По органам и системам – без особенностей. При осмотре глаз отмечается асимметрия за счёт дефекта верхнего века слева. Дефект располагается в средней части века, размерами 1,0 x 0,4 см, с тонкими краями, ресницы на этом участке отсутствуют.

Под эндотрахеальным наркозом (ЭТН) и с инфильтрацией тканей раствором 0,8% раствором лидокаина с адреналином (1:200000) края дефекта экономно резецированы, дефект переобразован в форму

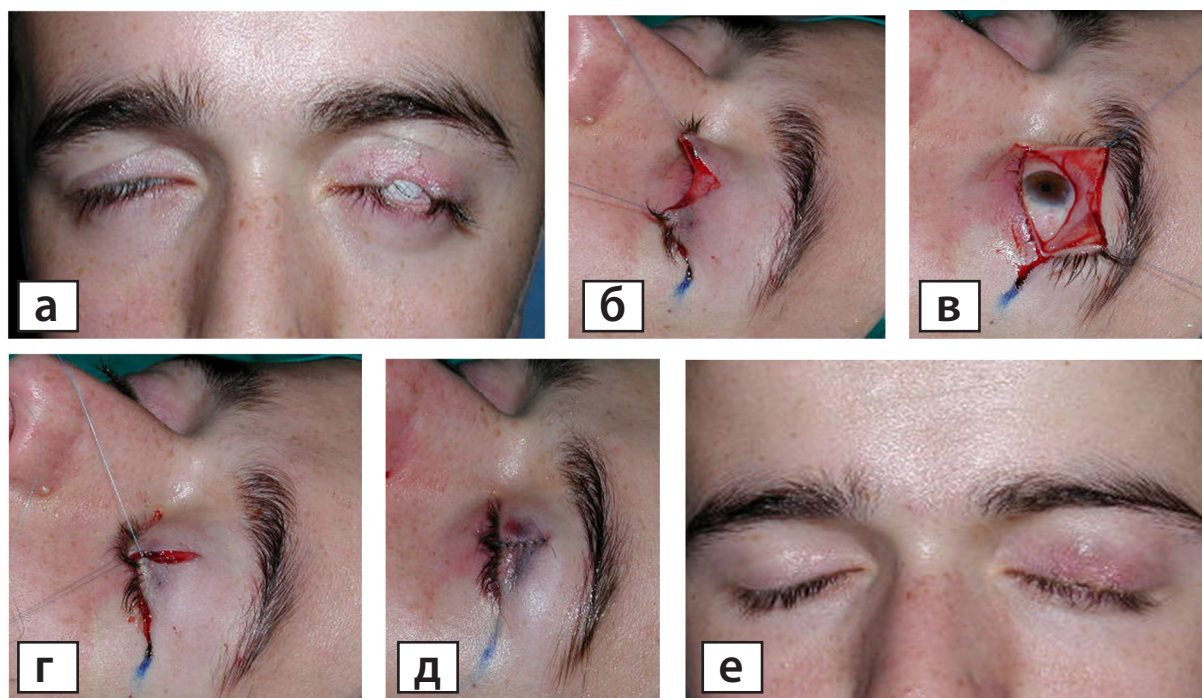


РИС. 1. БОЛЬНОЙ М., С КОЛОБОМОЙ ЛЕВОГО ВЕРХНЕГО ВЕКА: А – ВИД ВЕРХНЕГО ВЕКА ДО ОПЕРАЦИИ; Б-Д – ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ; Е – РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАЦИИ ЧЕРЕЗ 6 МЕС.

перевёрнутой буквы V. Края раны приближены друг к другу. Края тарзальной пластинки сведены и ушиты узловыми швами нерассасывающейся нитью пролен 6/0. Наложены кожные узловые швы нитью нейлон 6/0. Послеоперационное течение гладкое. Заживление раны первичным натяжением. Швы сняты на 6-е сутки. Через 6 месяцев функциональные и эстетические результаты хорошие (рис.1).

При наличии дефекта верхнего века размером в 25% и более от общей площади века потребовалось выкраивание скользящего лоскута из латеральной части верхнего века.

Приведём клинический пример. Больной Х., 2005 г.р., поступил с диагнозом: врождённый дефект и деформация периорбитальной области. Колобома верхнего века справа. Отсутствие части правой брови. Больной жалуется на деформацию правой брови и дефект верхнего века. При осмотре лица отмечается выраженная деформация правой периорбитальной области с дефектом верхнего века. При закрытии глаз веки справа не смыкаются полностью из-за дефекта верхнего века размерами 1,5x1,0 см (1,5 см² – 33,3% от общей площади верхнего века) при общих размерах верхнего века 3,0x1,5 см (4,5 см²). Отмечается выраженная деформация правой брови. После обследования и подготовки в плановом по-

рядке, под ЭТН больному произведено устранение колобомы верхнего века способом выкраивания скользящего лоскута из латеральной части верхнего века. Послеоперационный период протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением, швы сняты на 12-й день после операции (рис.2).

Всего с птозом верхнего века прооперированы 13 больных. Первая степень птоза, согласно классификации Коротких С.А. с соавт. [3], отмечалась у 2 больных, вторая степень – у 7 и третья степень – у 14. Двусторонний птоз верхнего века наблюдался в 2 случаях, слева – в 7 и справа – в 4. В одном случае больная поступила повторно с рецидивом птоза.

Выбор способа коррекции птоза век зависел от результатов проведения соответствующих обследований для оценки состоятельности функции мышц глазного яблока и век. На основе этих результатов нами разработан и внедрён новый способ устранения птоза верхнего века (Удостоверение на рацпредложение № 3175 – Р - 477, выданное ТГМУ от 21.05.2008г.). Сущность способа заключается в подключении сухожилия парализованной мышцы, поднимающей верхнее веко к функционирующей верхней прямой мышце глазного яблока (рис. 3).

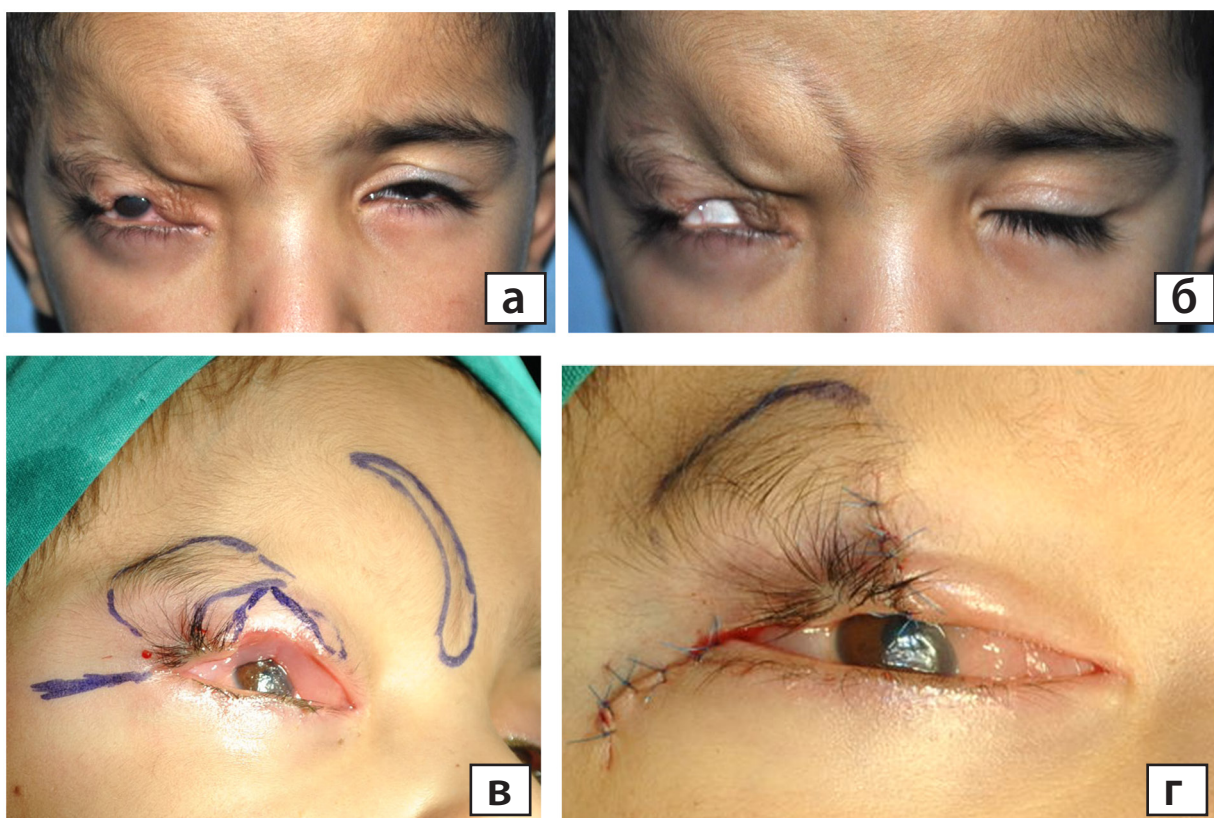


РИС. 2. БОЛЬНОЙ Х., С КОЛОБОМОЙ ПРАВОГО ВЕРХНЕГО ВЕКА: А,Б – ФОТО БОЛЬНОГО ДО ОПЕРАЦИИ; В – СХЕМА ОПЕРАЦИИ; Г – ВИД ВЕРХНЕГО ВЕКА ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ

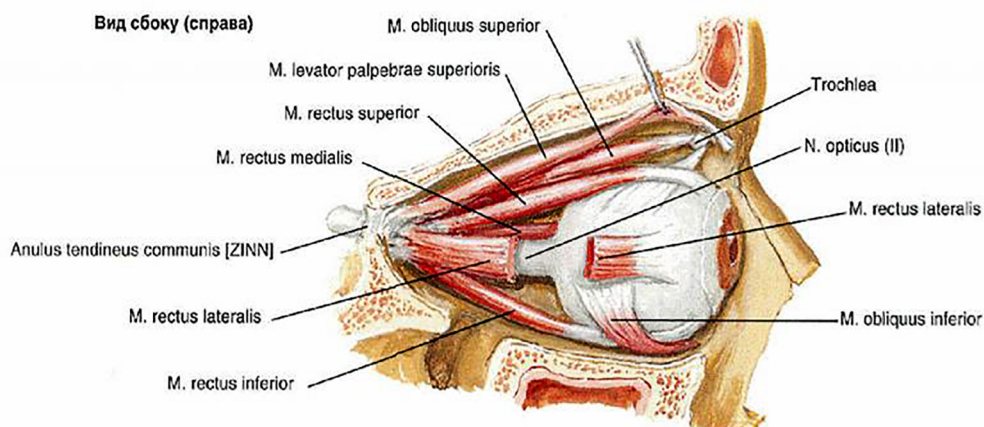


РИС. 3. АНАТОМИЯ ГЛАЗНИЦЫ НА САГИТАЛЬНОМ СРЕЗЕ (ПО Ф. НЕТТЕР, 2003)

Под общим обезболиванием, после чертёжа линии разреза по ходу складок на переходной линии верхнего века длиной 1,5-2 см, производится инфильтрация 1-2 мл 0,8% раствором лидокаина с адреналином (1:200000). Под оптическим увеличением разрезом кожи и подкожной клетчатки обнажается сухожильная часть мышцы, поднимающей верхнее веко. У места прикрепления верхней прямой мышцы к глазному яблоку накладывается шов-держалка.

Лёгким подтягиванием держалки вниз выводится средняя часть верхней прямой мышцы. Подтягиваются верхняя прямая мышца кпереди и мышца, поднимающая верхнее веко, назад до тех пор, пока нижний край верхнего века не достигнет уровня на 1-2 мм выше радужки. В этом состоянии производится ушивание мышцы, поднимающей верхнее веко к верхней прямой мышце, 2-3 П-образными швами нерассасывающейся нитью 7/0-8/0 USP.

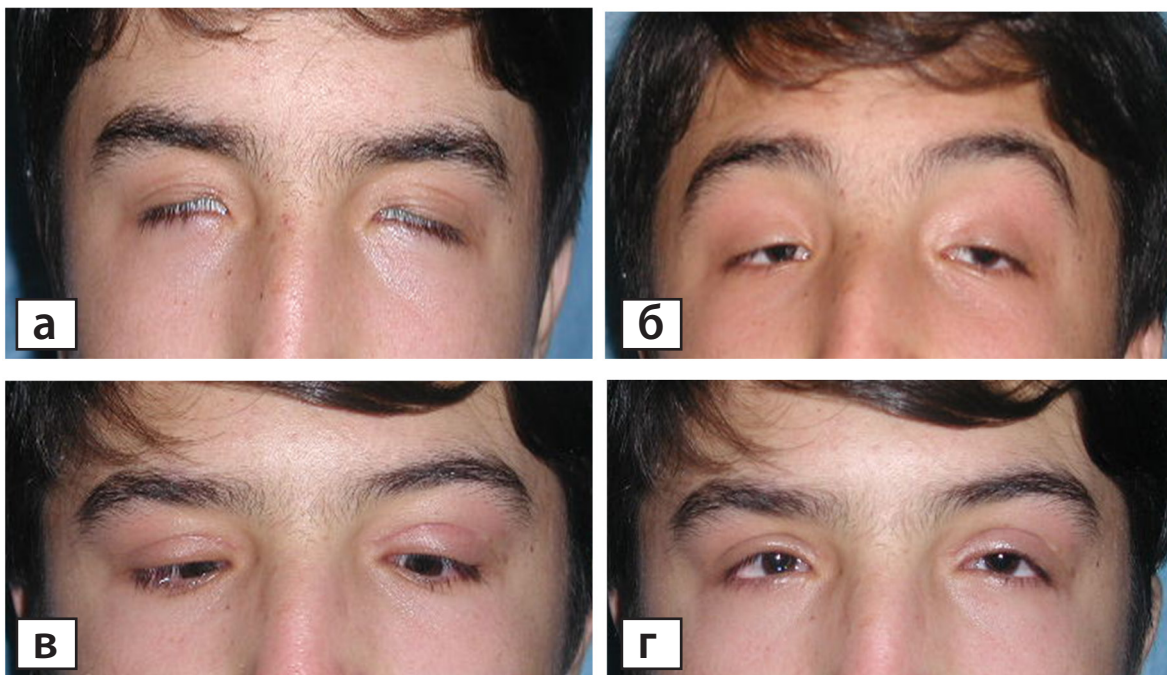


РИС. 4. УСТРАНЕНИЕ ВРОЖДЁННОГО ПТОЗА ВЕРХНИХ ВЕК ПРЕДЛОЖЕННЫМ НАМИ СПОСОБОМ СУХОЖИЛЬНО-МЫШЕЧНОЙ ТРАНСПОЗИЦИИ ДО (А, Б) И ПОСЛЕ (В, Г) ОПЕРАЦИИ

Данный способ устранения птоза верхнего века применён в 11 случаях.

Приведём клиническое наблюдение. Больной Д., 1992 г.р., поступил с диагнозом: врождённый двусторонний птоз верхних век.

Пациент жаловался на ограничение поля зрения в связи с невозможностью активного размыкания век. При осмотре обращает на себя внимание птоз верхних век. Самостоятельное открытие верхних век невозможно, при этом пациент принимает позу “звездочёта”. На просьбу отвести взгляд в стороны, вверх и вниз, больной выполняет задание, что свидетельствует о сохранности мышц глазных яблок. Больному в плановом порядке под общим наркозом выполнена операция на верхних веках по вышеописанной методике. Течение послеоперационного периода гладкое, после регресса отёков больной вполне доволен результатами операции (рис.4).

В 2 случаях верхняя прямая мышца глазного яблока была тоже недоразвита, вследствие чего верхнее веко подтягивали к лобной мышце с помощью погружных П-образных швов.

При эпикантусах медиальных углов глаза с широкой переносицей основной операцией является устранение существующей складки путём медиального смещения кожи, что, в свою очередь, сближает медиальные углы глаз. Для достижения этой цели мы, в основном, пользовались схемами Jumping man (3), Hirshowitz (8), Root-Z-Plasty (6), “butterfly” (1).

Приведём пример. Больной С., 15 лет, поступил 11.01.2012г. с жалобами на опущение верхних век обоих глаз, наличие широкой переносицы и снижение зрения. Со слов больного и его отца широкая переносица имеет врождённый характер, опущение век отмечается также с рождения, по поводу чего обращались к педиатру и офтальмологу, однако радикальное лечение не было предложено. В последующем у ребёнка появился комплекс неполноценности и трудности в учёбе и общении со сверстниками во дворе и в школе. С вышеуказанными жалобами больной обратился в ОРПМХ, после осмотра и проведения необходимых клинических, лабораторных и дополнительных методов исследования госпитализирован на оперативное лечение. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Физическое и умственное развитие соответствует возрасту. Со стороны внутренних органов и систем (при дополнительных методах исследований) отклонений от нормы не отмечается. При местном осмотре отмечается двусторонний невыраженный птоз верхних век и широкая переносица. Кожа опущенных век обычного цвета, пальпаторно безболезненная, к окружающим тканям не припаяна. При закрывании глаз веки полностью смыкаются. Отмечаются медиальные эпикантальные складки в виде занавеса. Расстояние между медиальными углами глаз 4,5 см, из-за чего при открывании глазные щели открываются не полностью, что ограничивает зрение больного. Установлен диагноз: врождённый двусторонний птоз верхних век и широкая переносица. Было решено первым этапом устранить эпикантальные складки, чтобы увеличить подвижность верхних век.



РИС. 5. БОЛЬНОЙ С ШИРОКОЙ ПЕРЕНОСИЦЕЙ И ЭПИКАНТУСОМ:
 А – ДО ОПЕРАЦИИ; Б, В – МАРКИРОВКА СХЕМЫ ХИРЦОВИЦА; Г – ВИД ГЛАЗ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ

Под ЭТН, после маркировки линии разреза кожи способом Хирщовица, состоящего из 5 лоскутов, в области медиального угла правого глаза произведён разрез кожи. Острым и тупым путём освобождены подкожные фиброзные тяжи, треугольники мобилизованы и перемещены. При ревизии на дне раны обнаружен *ligamentum palpebrale mediale contale*. С целью фиксации связка подшита ко дну раны нитью пролен 6/0. После мобилизации треугольников образовались 5 лоскутов, которые ушиты в предназначенные места узловыми кожными швами этилон 6/0. Аналогичная операция выполнена на левом глазу. Таким образом, эпикантальные складки медиальных углов глаз устранены. Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление ран первичным натяжением. Швы сняты на 8-е сутки (рис.5).

Наряду с монгольской складкой (эпикантус), у 9 пациентов отмечался также избыток кожи верхнего

века, поэтому эпикантопластику у них сочетали с пластикой верхних век. Следует отметить, что в 4 случаях одновременно сформирована переходящая складка верхнего века путём подшивания круговой мышцы глаза к надлежащим мягким тканям.

Результаты и их обсуждение. Ближайший послеоперационный период во всех случаях протекал гладко, операционные раны зажили первичным натяжением, перемещённые лоскуты и пересаженные трансплантаты прижились полностью. Ближайшие функциональные результаты у всех больных были хорошими. Осложнений местного или общего характера у больных не отмечалось.

Отдалённые результаты реконструктивно-пластических операций на мягких тканях периорбитальной области в сроках от одного года до 5 лет изучены нами у 44 из 52 больных, что составило 84,6% (табл. 3).

ТАБЛИЦА 3. ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
НА МЯГКИХ ТКАНЯХ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Вид деформации	Число наблюдений	Отдалённые результаты лечения		
		Хорошие	Удовл.	Неудовл.
Колобома века	6	6	-	-
Птоз	11	8	3	-
Эпикантус	16	15	1	-
Образования	11	9	2	-
Итого	44 (100%)	38 (86,4%)	6 (13,6%)	-

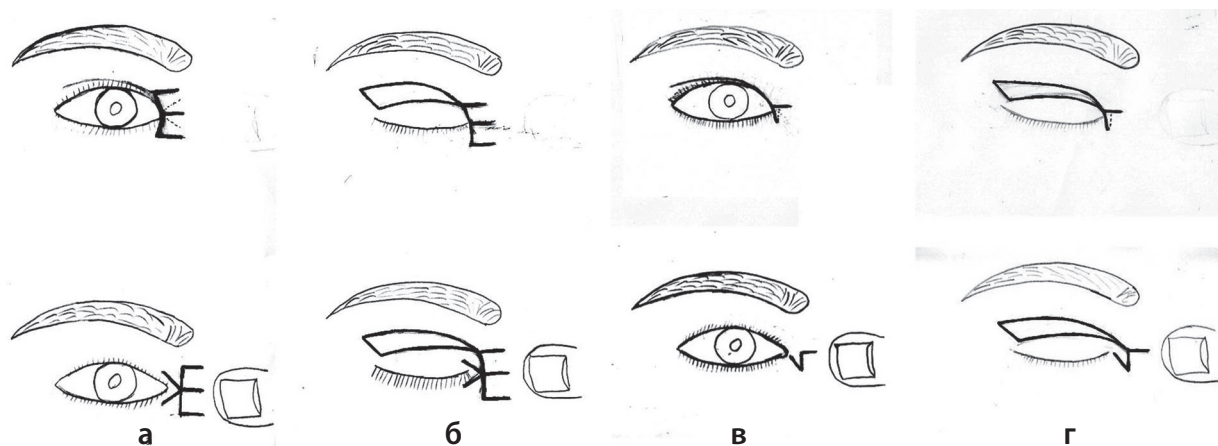


РИС. 6. СХЕМЫ СПОСОБОВ ХИРЦОВИЦА И "ROOT-Z-PLASTY": А – СХЕМА ХИРЦОВИЦА ИЗОЛИРОВАННО;
Б – СХЕМА ХИРЦОВИЦА С ВЕРХНЕЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКОЙ; В – СХЕМА "ROOT-Z-PLASTY" ИЗОЛИРОВАННО;
Г – "ROOT-Z-PLASTY" В СОЧЕТАНИИ С ВЕРХНЕЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКОЙ

Среди 44 прослеженных отдалённых результатов хирургического лечения врождённых дефектов и деформаций периорбитальной области хорошие исходы составили 86,4% (38 наблюдений) и удовлетворительные – 13,6% (6 наблюдений). Неудовлетворительных результатов среди наблюдавшихся больных не отмечено ни в одном случае.

В отдалённом послеоперационном периоде наблюдали 6 больных после устранения колобомы верхнего века. У всех наблюдавшихся пациентов отдалённые результаты были хорошими.

Отдалённые результаты хирургического лечения птоза верхнего века прослежены у 11 оперированных больных. Предлагаемый нами способ устранения птоза верхнего века путём подключения сухожилия парализованной мышцы, поднимающей

верхнее веко к функционирующей верхней прямой мышце глазного яблока, оказался высокоэффективным и перспективным способом. В литературе постоянно подчёркивается сложность устранения врождённого птоза верхнего века, отсутствие оптимального способа оперативного вмешательства и, в связи с этим, существование многочисленных способов операций [3,4].

Отдалённые результаты эпикантусов с выраженным диастазом углов глаз врождённого генеза прослежены в 16 наблюдениях. Хорошие результаты получены в 15 случаях. При этом достигнуто полное восстановление анатомической формы углов глаз с хорошим отдалённым результатом. Следует отметить, что наиболее эффективными способами устранения медиальных кантусов оказались способы "root-Z-plasty" и Хирцовица (рис. 6).



В тех случаях, когда способы "jumping man" и "root-Z-plasty" применены нами по эстетическим показаниям, отдалённые результаты были лучшими, чем при других способах устранения эпикантуса [5].

Результаты устранения врождённых образований периорбитальной области у 9 из 11 наблюдавшихся хороши и у 2 – удовлетворительными. Для устранения образований периорбитальной области наиболее удобным является применение техники нижней блефаропластики, что рекомендуется в специальной литературе [6]. Следует отметить, что в предыдущей нашей работе подробно приведены особенности устранения различных образований периорбитальной области, при котором эффективным является использование техники нижней блефаропластики [7].

Таким образом, тщательное изучение существующей у больного патологии периорбитальной области, правильное определение показаний к различным способам реконструктивно-пластических операций, усовершенствование тактики лечения и техники оперативных вмешательств, использование оптического увеличения и прецизионной техники, а также аккуратное техническое выполнение операций позволили добиться положительных (хороших и удовлетворительных) отдалённых результатов у 98,8% больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курбанова Н.Ф. Клинические особенности больных с травмой глаза в условиях специализированного отделения / Н.Ф.Курбанова // Вестник офтальмологии. – 2003. – № 3. – С. 41-43.
2. Филатова И.А. Компьютерная томография в диагностике и определении тактики лечения у пациентов с посттравматической патологией глаза и орбиты / И.А.Филатова [и др.] // Вестник офтальмологии. – 2005. – № 6. – С. 9-14.
3. Коротких С.А. Способ модифицированной резекции леватора в хирургии блефароптоза / С.А.Коротких, Е.А.Андреев, А.А.Андреев // Офтальмохирургия. – 2009. – № 3. – С. 35-39.
4. Акманова А.А. Хирургическое лечение блефароптозов (обзор литературы) / А.А.Акманова, А.Ж.Жуманиязов, А.А.Гайсина // Сб. науч. трудов научно-практической конференции по офтальмохирургии с международным участием «Восток-Запад». – Уфа, 2011. – С.456-458.
5. Хирургическое лечение блефарохалазии и эпикантуса / У.А.Курбанов, А.А.Давлатов, З.И.Юнусова, С.М.Джанобилова // Вестник Авиценны. – 2009. – № 2. – С.9-18.
6. Азнабаев М.Т. Первичная блефаропластика при опухолях век у детей / М.Т.Азнабаев, В.К.Суркова, А.Ж.Жуманиязов // Офтальмохирургия. – 2002. – № 3. – С. 33-36.
7. Хирургическое лечение дефектов и деформаций тканей периорбитальной области / У.А.Курбанов, А.А.Давлатов, З.И.Юнусова, С.М.Джанобилова // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2009. – №4. – С. 22-33.



Summary

Reconstructive plastic surgery in congenital defects and deformities of periorbital area

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

Chair of Surgical Diseases № 2 Avicenna TSMU;

Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery

The research devoted to study the efficiency of reconstructive plastic surgery in congenital defects and deformities of the periorbital area in 52 patients. Patients had coloboma (7) and ptosis (13) of the upper eyelid, epicanthus (18) and congenital eyelid formations (14). Depending on the type of pathology and severity of pathological changes in the soft tissues different reconstructive plastic surgery are performed.

New methods proposed and several of existing operations improved. Among the 44 observed patients long-term good results were in 86,4% (38 cases), satisfactory – in 13,6% (6 cases). Unsatisfactory remote results were not. A careful study of patient's pathology of periorbital area, the correct indications for different methods of reconstructive plastic surgery, improvement of treatment strategies and techniques of surgical interventions, use of the optical magnification and precision technique, as well as careful technical performance of operations allowed the authors to achieve positive (good and satisfactory) long-term results in all cases.

Key words: periorbital area, blepharoptosis, epicanthus, coloboma

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

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



Острый варикотромбофлебит: диагностическая и лечебная тактика

А.Д. Гаибов^{1,2}, Э.С. Джуракулов²

¹ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино;

² Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

В работе проанализированы результаты диагностики и лечения 75 больных с острым варикотромбофлебитом (ОВТФ) нижних конечностей. Диагностическая ошибка в распознавании ОВТФ в других лечебных учреждениях достигала 30,7%. Проведение комплексного клинично-инструментального обследования позволило во всех случаях окончательно установить диагноз и выбрать оптимальный метод лечения.

Авторы предпочитают двухэтапное лечение ОВТФ, при этом на первом этапе проводится только профилактическая кроссэктомия с консервативной терапией, и в последующем, после стихания воспалительных процессов, на втором этапе выполняется радикальная флебэктомия.

При сочетании тромбофлебита подкожных и глубоких вен (n=4) пациентам проводился полный курс стандартной консервативной терапии в стационарных условиях в течение 7 – 12 дней. Выбранная тактика лечения позволила в отдалённом периоде достичь хороших результатов у 94,7% больных.

Ключевые слова: варикотромбофлебит, тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия лёгочной артерии, кроссэктомия, флебэктомия

Актуальность. Варикозная болезнь (ВБ) является самым распространённым сосудистым заболеванием во всём мире [1,2], в том числе и в Республике Таджикистан [3].

Различные осложнения ВБ, составляя от 0,3% до 8% [1,2], чаще всего встречаются у пациентов трудоспособного возраста, что делает эту проблему ещё более актуальной в плане социальной и трудовой реабилитации.

Самым грозным и жизнеугрожающим осложнением ВБ является острый варикотромбофлебит (ОВТФ), частота встречаемости которого составляет до 13,1% [4,5].

Прогрессирование тромботического процесса с переходом в глубокую венозную систему приводит к развитию тромбоза глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА). Частота развития ТГВ при ОВТФ, по разным данным, составляет от 6% до 44% [4,6,7], при этом вследствие развития тяжёлой формы ХВН, до 40% случаев пациенты становятся глубокими инвалидами [8].

Массивная тромбоэмболия лёгочной артерии на почве варикотромбофлебита, развиваясь в 2%-31,5% случаев, до 98% заканчивается смертельным исходом [6,8,9].

Клинические наблюдения показывают, что больные с ОВТФ в связи с ошибочной или поздней диагностикой не всегда получают адекватное лечение, что ведёт к снижению качества жизни пациентов, лишению их трудоспособности и даже смерти [6,11].

Несмотря на возросший интерес к этой проблеме, до сих пор нет единого мнения относительно показаний к выбору метода и объёма лечения.

Некоторые авторы являются сторонниками консервативной терапии [10], другие же [4,5,11] подтверждают, что только хирургические операции, приводят к профилактике и минимизации риска развития ТЭЛА. Всё вышесказанное послужило поводом для выполнения данного исследования.

Цель работы: выбор диагностической и лечебной тактики при остром варикотромбофлебите нижних конечностей.

Материал и методы. Работа основана на результатах диагностики и лечения 75 больных с ОВТФ нижних конечностей, находившихся в отделениях хирургии сосудов РНЦССХ в период с 2012 по 2013 гг. Мужчин было 23 (30,7%), женщин – 52 (69,3%). Возраст больных колебался от 20 до 80 лет, в среднем составляя $35,1 \pm 3,5$ года.

Основной причиной заболевания явилось наличие долго существующих варикозно-расширенных подкожных вен нижних конечностей. Из общего числа больных правосторонняя локализация варикотромбофлебита наблюдалась у 28 (37,4%) пациентов, левосторонняя – у 43 (57,3%), ещё у 1 (1,3%) – наблюдался двусторонний процесс.

В соответствии с классификацией F. Verrel et al. (1998), все пациенты были, распределены следующим образом:

I тип (n=22) – тромботический процесс не достигал остиальных клапанов большой или малой подкожных вен, при этом распространение тромба на глубокие вены отсутствовало;

II тип (n=49) – проксимальная часть тромбоза находилась на уровне остиальных клапанов;

III тип (n=3) – распространение тромбоза на глубокую венозную систему через сафено-фemorальное и сафено-поплитеальное соустья;

IV тип (n=1) – распространение тромботического процесса на глубокую венозную систему через недостаточные перфорантные вены.

Диагноз устанавливали на основании клинических проявлений заболевания и результатов ультразвуковой доплерографии и дуплексного сканирования.

При обследовании больных обратили внимание на анамнез и сроки заболевания, тяжесть его течения, распространённость воспалительного процесса, возраст больного, наличие сопутствующих заболеваний, от которых зависели длительность пребывания больных в стационаре и исход лечения.

Для оценки состояния кровотока по магистральным венам нижних конечностей, определения уровня тромботического процесса, характера тромба, его локализации и протяжённости в просвете подкожных вен и состояния глубокой венозной системы, всем пациентам было проведено ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДАС).

УЗДАС выполнялось с применением стационарного аппарата «Mindray» (Китай), с преобразователями ультразвуковых колебаний с частотой 5-10 МГц.

С целью выявления признаков ТЭЛА всем пациентам была выполнена рентгенография грудной клетки.

Все полученные данные в ходе исследования подвергали обработке на ПК в программе MS Excel 2007 с применением методов вариационной статистики. Рассчитывались показатели параметрической описательной статистики (M - среднее, m - стандартная ошибка, σ - отклонение).

Результаты и их обсуждение. Длительность заболевания ВВ варьировала от 3 до 25 лет, в среднем составляя $9,7 \pm 2,3$ года. В связи с низкой интенсивностью болевых ощущений и менее выраженными клиническими проявлениями ВВ, пациенты долгое время не обращались за медицинской помощью, или же не выполняли рекомендации данные врачами.

При изучении анамнеза жизни пациентов выяснилось, что 62 (82,7%) из них живут в сельской местности и выполняют тяжёлые физические работы, которые способствовали развитию ВВ и ОВТФ.

Сроки поступления пациентов от начала клинических признаков варикотромбофлебита варьировались от 1 до 17 суток, в среднем составляя $4,1 \pm 0,9$ суток (диаграмма).

Как видно из данных представленной диаграммы, большинство больных (60%) поступали в стационар на 4 сутки и более от начала заболевания, и лишь 24% из них – были госпитализированы в сроки до 3-х суток.

23 пациента первоначально обратились и лечились в непрофильных лечебных учреждениях с таким же диагнозом, т.е. диагностическая и тактическая ошибка в распознавании и лечения ОВТФ составила 30,7%.

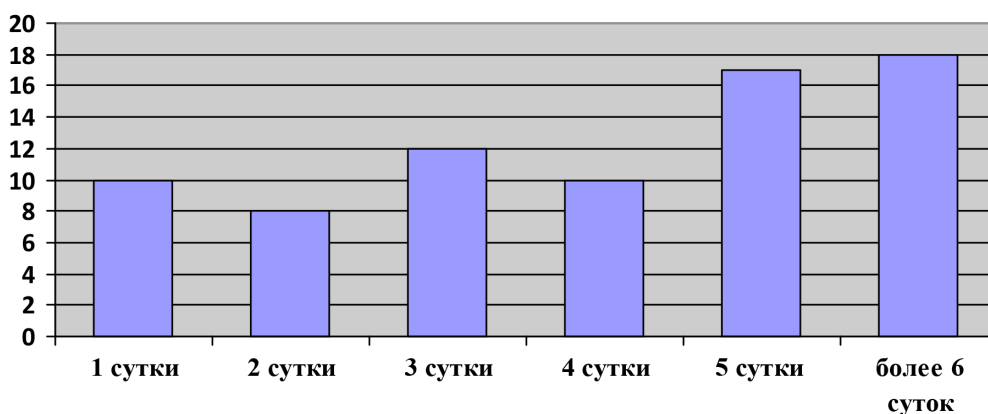


ДИАГРАММА. СРОКИ ПОСТУПЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ОТ НАЧАЛА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ



РИС. 1. ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ И ТРОМБИРОВАННЫЕ РАСШИРЕННЫЕ ПОДКОЖНЫЕ ВЕНЫ МЕДИАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНИ (НА 3 СУТКИ ОТ НАЧАЛА ПРОЦЕССА)



РИС. 2. ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ С ТРОМБИРОВАННЫМИ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫМИ ВЕНАМИ МЕДИАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНИ (НА 17 СУТКИ ОТ НАЧАЛА ПРОЦЕССА)

Диагностика варикотромбофлебита особых затруднений не вызывала и базировалась на клинических признаках.

При осмотре поражённой конечности, обратили внимание на локализацию, распространение и выраженность местных воспалительных симптомов в зоне тромбированных варикозно-расширенных вен. Наиболее значимыми признаками заболевания явились уплотнения и инфильтрация по ходу большой или малой подкожных вен, гиперемия и повышение температуры кожи над поражёнными участками, болезненность при пальпации тромбированных вен (рис. 1, 2).

Как показали результаты УЗДАС, уровень гиперемии кожи и пальпаторно определяемого тяжа обычно не соответствовали уровню тромбоза. Верхушка тромба, при дуплексном сканировании, располагалась выше, на расстоянии от 7 до 10 см от места пальпируемого плотного инфильтрата (тромботического процесса).

Так, УЗДАС показало распространение тромботического процесса до сафено-бедренного соустья с переходом в общую бедренную вену – у 19 (25,3%) больных (рис. 3). Одновременный тромбоз поверхностных и глубоких вен на УЗДАС был выявлен у 4 (5,3%) пациентов, при этом тромб в глубоких венах имел окклюзионную форму и не угрожал восходящим течением. Вертикальный рефлюкс по большой или малой подкожным венам, при локализации тромботического процесса в голени, отмечался у 22

(29,3%) больных, а горизонтальный рефлюкс через систему несостоятельных перфорантных вен при варикотромбофлебите большой подкожной вены на бедре – у 5 (6,7%) пациентов.

Необходимо отметить, что у 9 (12%) больных отмечался тотальный тромбоз всех расширенных подкожных вен, включая задние и латеральные венозные узлы (рис. 4).

УЗДАС позволило во всех случаях, уточнить локализацию и протяжённость тромботического процесса, что явилось главным в выборе метода лечения и объёма хирургического вмешательства.

Большинство пациентов (94,7%) были прооперированы в экстренном порядке с использованием местной анестезии (n=65) и спинального обезболивания (n=6).

Пациентам, у которых проксимальная граница тромботического процесса находилась на уровне верхней трети бедра (n=38), была выполнена профилактическая кроссэктомия в области сафено-бедренного соустья, с последующей консервативной терапией. В 5 (6,7%) случаях при наличии гнойного парафлебита им одновременно было произведено вскрытие гнойника.

Кроссэктомия и аспирационная тромбэктомия из общей бедренной вены были выполнены 19 (25,3%) пациентам при распространении тромба в общую бедренную вену.

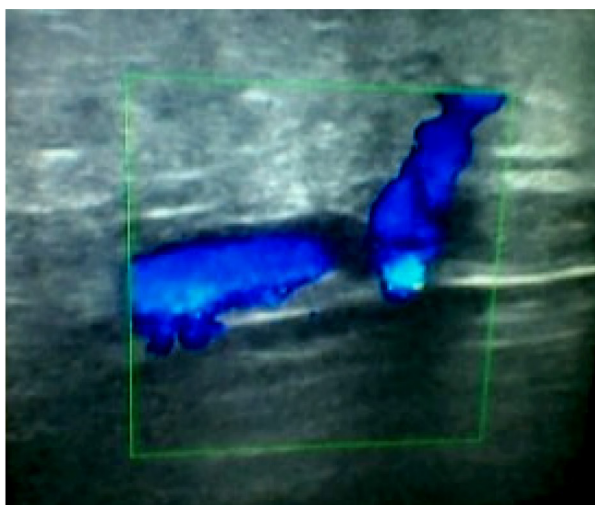


РИС. 3. УЗДАС. РАСПРОСТРАНЕНИЕ ТРОМБА
ДО САФЕНО-БЕДРЕННОГО СОУСТЬЯ



РИС. 4. ТОТАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ
ВЕН МЕДИАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНИ

У пациентов с ОВТФ системы малой подкожной вены (n=6) в экстренном порядке произвели перевязку устья малой подкожной вены, с последующей консервативной терапией.

У 8 (9,41%) пациентов со стихшим воспалительным процессом, поздно обратившихся в стационар, кроссэктомию сочетали с радикальным иссечением тромбированных венозных стволов и конгломератов (радикальная флебэктомия).

При сочетании тромбофлебита подкожных и глубоких вен (n=4), пациентам проводился полный курс стандартной консервативной терапии в стационарных условиях в течение 7 – 12 дней.

Всем пациентам, независимо от места локализации процесса и объема операции, проводились курсы стандартной консервативной терапии с применением антикоагулянтов («Гепарин», «Клексан»), антиагрегантов («Трентал», «Плавикс»), антибиотиков («Цефтриаксон», «Ципрофлоксацин») и нестероидных противовоспалительных препаратов («Диклофенак натрия», «Кетопрофен»).

Для купирования воспалительных явлений в стенках вен и окружающих тканях, всем пациентам местно назначались мазевые повязки, содержащие гепарин («Гепариновая мазь», «Лиотон 1000») и нестероидные противовоспалительные мази («Индометацин»).

Обязательным компонентом послеоперационной терапии явилась компрессионная терапия, которая продолжалась в течение 10 -15 дней круглосуточно, эластичным бинтом, с последующей его заменой на компрессионный трикотаж 2 класса.

Для профилактики развития тромбоза глубоких вен все пациенты в послеоперационном периоде были рано активированы.

После кроссэктомии больные на 2-3 сутки выписывались на амбулаторное лечение. Следующий этап операции выполнили в плановом порядке после стихания воспалительного процесса, как правило, спустя 1-3 месяца.

В послеоперационном периоде раневые осложнения (лимфорейя, нагноение) отмечались у 8 (10,7%) пациентов, что не влияло на результаты госпитализации. Тромбоэмболических осложнений и летальных исходов среди оперированных больных не отмечали.

Отдаленные результаты изучены у всех больных в сроках от 3 до 36 месяцев. Хороший результат с полным регрессом симптоматики заболеваний отмечен у 71 (94,7%) пациента; удовлетворительный (при сочетании тромбофлебита поверхностных и глубоких вен) – у 3 (4%); и неудовлетворительный результат с развитием варикозного расширения малой подкожной вены до 36 месяцев после удаления большой подкожной вены и её притоков – у 1 (1,3%) пациента.

Несмотря на достигнутые успехи в области сосудистой хирургии, некоторые вопросы диагностики и лечения пациентов с ОВТФ остаются дискуссионными.

Во-первых, частота развития ОВТФ остаётся на высоком уровне, и по некоторым данным встречается в 13,1% случаев [4,5]. Такие жизнеугрожающие состояния, как ТЭЛА (симптомная и бессимптомная) и ТГВ на фоне ОВТФ, встречаются довольно часто, при этом инвалидность и смертность вследствие их развития остаются достаточно на высоком уровне [4,6-8].



Во-вторых, диагностическая ошибка при распознавании ОВТФ нижних конечностей, по разным данным, составляет до 9,6% [6,11,12]. Причиной диагностических ошибок являются: низкая информативность врачей некоторых профессий и самих пациентов об осложнениях ВБ, ограниченная доступность к современной диагностической аппаратуре для диагностики сосудистых заболеваний в лечебных учреждениях. В наших же исследованиях частота диагностических и тактических ошибок в распознавании и лечения ОВТФ составила 30,7%.

Так, по мнению О.Б. Нузовой и соавт. (2012), для своевременного выявления распространения тромботического процесса необходимо проведение контрольного ультразвукового исследования поражённой тромбозом вены при поступлении, на 2-й, 7-й день лечения, независимо от клинических проявлений заболевания [13].

В-третьих, в литературе не однозначно обсуждается вопрос о выборе метода лечения больных с ОВТФ. Некоторые авторы являются сторонниками активной хирургической тактики, считая такой подход наилучшим, так как при этом снижается частота ТЭЛА и ТГВ [4,5,9,11].

Вместе с тем, при низкой локализации тромботического процесса, некоторые авторы являются сторонниками выжидательной тактики, рекомендуя сначала провести консервативную терапию, потом радикальную хирургическую операцию, при которой частота осложнений составляет от 0,57% до 1,3% [8,12].

Так, Пешков А.С. и соавт. (2006), анализируя результаты лечения пациентов с ОВТФ, наименьшую частоту осложнений с лучшими косметическими результатами достигали благодаря двухэтапному хирургическому лечению [12].

Такое же мнение поддерживают и Макарова Н.П. с соавт. (2009), которые на основании изучения морфологических изменений в стенках тромбированных вен рекомендуют необходимость выполнения радикального оперативного вмешательства в отсроченном порядке, после стихания воспалительных процессов [14].

Анализ литературы и результаты наших работ доказывают, что в остром периоде ОВТФ необходимо произвести только профилактическую кроссэктомии с консервативной терапией. Радикальную коррекцию варикотромбофлебита следует производить после полного стихания воспалительных процессов, спустя 1-2 месяца от начала заболевания, о чём свидетельствуют также данные других авторов [12,14].

В литературе очень часто обсуждаются непосредственные результаты лечения ОВТФ, а вопросы, касающиеся отдалённого периода лечения, являются малоизученными.

По данным некоторых авторов, в отдалённом периоде, вследствие развития ХВН на фоне ТГВ, до 40% больных становятся инвалидами [7,8]. Такая высокая частота инвалидности диктует поиск новых путей решения этой проблемы. В наших же исследованиях, несмотря на позднее поступления пациентов, частота развития тяжёлой формы ХВН составила всего лишь 4%.

Таким образом, проблема своевременной диагностики и выбор методов лечения ОВТФ на сегодняшний день остаются нерешёнными, что требует продолжения исследования в этом направлении.

Преимуществом двухэтапного лечения ОВТФ, является то, что при проведении профилактической кроссэктомии с консервативной терапией уменьшаются продолжительность пребывания больных в стационаре и связанные с ней материальные расходы. Проведение радикальной флебэктомии после стихания воспалительных процессов позволяет в отдалённом периоде достичь хороших результатов в большинстве случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hamdan A. Management of varicose veins and venous insufficiency / A.Hamdan // JAMA. – 2012. – V. 308. – P. 2612-2621.
2. Покровский А.В. Клиническая ангиология. Руководство для врачей / А.В.Покровский. – М.: Медицина. – 2004. – Т. 2. – С. 788-809.
3. Факторы риска развития варикозной болезни у сельских жителей южного региона Таджикистана / Д.Д.Султанов [и др.] // Новости хирургии. – 2012. – Т. 20, № 4. – С. 23-28.
4. Гемодинамический механизм развития острого варикотромбофлебита голени в бассейне большой подкожной вены / А.В.Шаталов [и др.] // Флебология. – 2010. – № 3. – С. 34-38.
5. Пустовойт А.А. Тактика лечения острого восходящего тромбофлебита / А.А.Пустовойт, С.Г.Гаврилов, И.А.Золотухин // Флебология. – 2011. – № 3. – С. 46-52.
6. Treatment of superficial vein thrombosis to prevent deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a systematic review / I.M.Wichers [et al.] // Haematologica. – 2005. – V. 90, N 5. – P. 672-677.
7. The incidence of deep venous thrombosis in patients with superficial thrombophlebitis of the lower limbs / G.O.Jorgensen [et al.] // J. Vasc. Surg. – 1993. – V. 18. – P. 70-73.



8. Vernato F. An unexpectedly high rate of pulmonary embolism in patients with superficial thrombophlebitis of the thigh / F.Vernato, P.Zucchenato, P.Prandoni // *Vasc.* – 1999. – V. 30, N 6. – P. 113-115.
9. Surgical management of ascending saphenous thrombophlebitis / A.P.Murgia [et al.] // *Int. Angiol.* – 1999. – V. 18, N 4. – P. 343-47.
10. Titon J.P. Therapeutic management of superficial venous thrombosis with calcium nadroparin / J.P.Titon, D.Auger // *Ann. Cardiol.* – 1994. – V. 32. – P. 397-401.
11. Булдышкин В.В. Проблемы варикотромбофлебита нижних конечностей / В.В.Булдышкин, В.В.Ганжий, А.В.Капшитарь // *Таврический медико-биологический вестник.* – 2012. – Т. 15, № 2. Ч. 3 (58). – С. 47-49.
12. Пешков А.С. Результаты хирургического лечения восходящего поверхностного тромбофлебита нижних конечностей / А.В.Пешков, С.А.Чукин, С.В.Корелин // *УРМЖ.* – 2006. – № 9. – С. 64 – 66.
13. Пути оптимизации диагностики и лечения острого варикотромбофлебита / О.Б.Нузова [и др.] // *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН.* – 2012. – № 4 (86), Часть 2. – С. 89-91.
14. Макарова Н.П. Оценка морфофункционального состояния стенки вены при поверхностном тромбофлебите в динамике / Н.П.Макарова, А.В.Пешков, Н.Б.Крохина // *Вестник Уральской медицинской академической науки.* – 2009. – № 3. – С. 29-33.
15. Швальб П.Г. Флебоцентез – миниинвазивный способ лечения острого тромбофлебита подкожных вен / П.Г.Швальб, А.Е.Качинский, М.В.Нарижный // *Флебология.* – 2009. – № 3. – С. 23-25.
16. Шаталов А.В. Отдалённые результаты хирургического лечения острого варикотромбофлебита в бассейне большой подкожной вены (количественный и качественный анализы) / А.В.Шаталов // *Вестник ВолГМУ.* – 2006. – № 1 (17). – С. 32-38.

Summary

Acute varicothrombophlebitis: diagnostic and treatment tactics

A.D. Gaibov^{1,2}, E.S. Jurakulov²

¹ *Avicenna Tajik State Medical University;*

² *Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery*

The results of the diagnosis and treatment 75 patients with acute varicothrombophlebitis (AVTF) of lower extremities were analyzed in article. Diagnostic mistake in AVTF recognizing in other hospitals reached 30,7%. Conducting a comprehensive clinical and instrumental examination allowed finally establish the diagnosis in all cases and choose the best method of treatment.

Authors prefer a two-stage treatment of AVTF, in first stage- the only preventive crosssectomy with conservative therapy, and subsequently, after inflammatory processes decreasing, in second stage - radical phlebectomy is performed.

For patients with combined subcutaneous and deep vein thrombophlebitis (n=4) a full course of standard conservative treatment in hospital for 7 - 12 days was conducted. The chosen treatment strategy enabled to achieve good results in 94,7% of patients in a remote period.

Key words: varicothrombophlebitis, deep vein thrombosis, pulmonary embolism, crosssectomy, phlebectomy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Гаиров Алиджон Джураевич – профессор кафедры хирургических болезней № 2 ТГМУ; Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139. E-mail: gaibov_a.d@mail.ru



Резекция печени и перицистэктомия после нерадикальных операций по поводу эхинококкоза

К.М. Курбонов, Дж.Ё. Давлатов, М.И. Рамазан, У.Х. Саидов, Д.С. Саъдуллоев
Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье проанализированы результаты комплексной диагностики и хирургического лечения 60 пациентов с рецидивным эхинококкозом печени (ЭП) и его осложнениями.

Оценку эффективности включения ремаксоло в составе комплексного предоперационного лечения проводили 12 пациентам: в значительной степени возросла мощность энергообразования, значительно улучшилась утилизация гепатоцитами кислорода, о чём свидетельствует снижение уровня МДА с $5,08 \pm 0,06$ мкмоль/л до $3,1 \pm 0,01$ мкмоль/л, повышение СОД – с $6,34 \pm 0,28$ усл.ед. до $15,28 \pm 0,01$ усл.ед. и аскорбиновой кислоты – с $0,58 \pm 0,26$ мг% до $1,32 \pm 0,05$ мг%.

При рецидивном ЭП, а также при наличии гнойных остаточных полостей в 30 (50%) случаях выполняли атипичные резекции печени, в 12 (20%) – анатомические резекции. Центральная локализация рецидивной ЭП (IV-V сегмент) была показанием к выполнению субтотальной перицистэктомии в 18 (30%) наблюдениях.

Послеоперационные осложнения наблюдались в 11 наблюдениях: в 4 случаях отмечали послеоперационные жёлчеистечения, в 3 – послеоперационные внутрибрюшные кровотечения из культи печени, в 4 – послеоперационные подпечёночные гнойники. Летальный исход имел место в 2 случаях, причиной смерти больных явились печёночная недостаточность и острый инфаркт миокарда.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, рецидив, резекция печени, перицистэктомия

Введение. Эхинококкоз печени (ЭП) в настоящее время является весьма распространённым паразитарным заболеванием населения в Среднеазиатском регионе [1,2]. Основным методом лечения ЭП является хирургическое вмешательство [3,4]. При выполнении оперативных вмешательств по поводу ЭП многие хирурги используют паллиативные методы – различные варианты эхинококкэктомии, марсупализацию остаточной полости, после которых частота рецидивов заболевания достигает 23-40% [5,6]. Причинами возникновения рецидивов ЭП являются несоблюдение принципов антипаразитарности и апаразитарности, а также проблемы, связанные с фиброзной капсулой и остаточной полостью [7]. Отказ от выполнения радикальных и условно-радикальных операций (резекция и перицистэктомия) заключается не только в сложности выполнения самой операции, но и в трудностях ранней диагностики труднодоступных локализаций ЭП. Кроме этого, резекция печени (РП) и перицистэктомия сопровождаются нередко тяжёлыми интра- и послеоперационными осложнениями в виде кровотечения, жёлчеистечения и печёночной недостаточности [8,9]. Необходимо отметить, что повторные

оперативные вмешательства на печени выполняются в тяжёлых и сложных топографо-анатомических условиях, что требует специального оборудования и специалистов.

Цель исследования – обоснование и анализ повторных радикальных и условно-радикальных хирургических вмешательств у больных с рецидивным эхинококкозом печени и их осложнениями.

Материал и методы. Располагаем опытом диагностики и лечения 54 (90%) пациентов с рецидивным и резидуальным ЭП, а также 6 (10%) пациентов – со свищами и нагноением остаточной полости. Всего под наблюдением находились 60 (100%) больных. Мужчин было 22 (36%), женщин – 38 (64%). Возраст пациентов составил от 24 лет до 71 года. Всем пациентам в различных лечебных учреждениях Республики Таджикистан были выполнены нерадикальные паллиативные вмешательства. Для диагностики рецидивов ЭП и послеоперационных осложнений проведены клинично-инструментальные методы исследования.

Для решения вопроса о возможности выполнения повторной радикальной операции считали целесообразным определить локализацию, размеры поражения, а также резервные возможности печени. Комплексное УЗИ выполнено 53 (88%) пациентам, КТ – 7 (12%). КТ позволило (по сравнению с УЗИ) более эффективно визуализировать патологический процесс, его размеры и локализацию.

У больных с рецидивными ЭП наблюдаются значительные нарушения процессов ПОЛ, обусловленные ишемией печени вследствие снижения массы печёночных клеток и ретикулоэндотелиальной системы. В этой связи, 12 пациентам с рецидивным ЭП (основная группа) в предоперационном периоде, для профилактики послеоперационной печёночной недостаточности и коррекции нарушения процессов ПОЛ, назначали препарат «Антигипоксанта» и антиоксидант «Ремаксол» по 400,0 – 800,0 мл, в зависимости от функционального состояния печени, в течение 2-3 дней. В контрольную группу были включены 10 пациентов с рецидивным ЭП, которым в комплекс предоперационной терапии ремаксол не был включён.

Для оценки послеоперационных билиарных осложнений РП ориентировались на рекомендации Чардарова Н.К. и соавт. (2011), и её критериями были следующие:

1. Выделение любого количества жёлчи ≥ 10 суток по дренажу, установленному во время операции, или при чрескожном дренировании (жёлчный свищ);
2. Ограниченное скопление жёлчи, либо гематомы, подтверждённые при чрескожной пункции или дренировании – биллома, гематома;

3. Неограниченное скопление жёлчи или крови, потребовавшее релапаротомии – жёлчный перитонит, внутрибрюшные абсцессы;
4. Стриктуры жёлчных протоков, подтверждённые любым методом визуализации (ЭРХПГ, МР-холангиография и т.п.) [6].

Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием стандартного пакета прикладных программ «Statistica for Windows v.6.0» в соответствии с общепринятыми методами вариационной статистики и представленных в виде $M \pm m$.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что при назначении ремаксол, мощность энергообразования значительно возрастает, в значительной степени улучшается утилизация гепатоцитами кислорода, о чём свидетельствует снижение уровня МДА с $5,08 \pm 0,06$ мкмоль/л до $3,1 \pm 0,01$ мкмоль/л, повышение СОД – с $6,34 \pm 0,28$ усл.ед. до $15,28 \pm 0,01$ усл.ед. и аскорбиновой кислоты – с $0,58 \pm 0,26$ мг% до $1,32 \pm 0,05$ мг%. Эти же показатели у пациентов контрольной группы были значительно хуже (табл. 1).

Также после проведения курса терапии ремаксолом у пациентов основной группы уровни аланинаминотрансферазы (АлАт) и аспаргатаминотрансферазы (АсАт) остались выше физиологической нормы, однако были достоверно ниже уровня у пациентов контрольной группы.

Характер повторных радикальных и условно-радикальных оперативных вмешательств приведён в таблице 2.

ТАБЛИЦА 1. ПОКАЗАТЕЛИ ПОЛ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ДО- И ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ РЕМАКСОЛА

Исследуемые группы / Показатели	Контрольная группа (n=10)	Основная группа (n=12)	
		До лечения	После лечения
МДА, мкмоль/л	$5,07 \pm 0,07$	$5,08 \pm 0,06$	$3,1 \pm 0,01$
СОД, усл.ед.	$6,64 \pm 0,23$	$6,34 \pm 0,28$	$15,28 \pm 0,01$
Аскорбиновая кислота, мг%	$0,60 \pm 0,22$	$0,58 \pm 0,26$	$1,32 \pm 0,05$
АлАт, ед./л	$1,14 \pm 0,12$	$1,12 \pm 0,12$	$0,72 \pm 0,10$
АсАт, ед./л	$1,08 \pm 0,11$	$1,10 \pm 0,10$	$0,60 \pm 0,09$

ТАБЛИЦА 2. ХАРАКТЕР ПОВТОРНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Название операции	Кол-во	%
Атипичная резекция печени	30	50
Анатомическая резекция печени	12	20
Субтотальная перицистэктомия	18	30
Всего	60	100



При выполнении повторной операции на печени особое значение придавали операционным доступам, которые зависели от размеров и локализации патологического процесса. Так, в 38 случаях производили двухподрёберный доступ, в 17 – разрез по Рио-Бранко, в 3 – по Куинно и у 2 – верхне-срединную лапаротомию. При рецидивном ЭП, а также при наличии гнойных остаточных полостей в 30 (50%) случаях выполняли атипичные резекции печени, в 12 (20%) – анатомические резекции. Центральная локализация рецидивной ЭП (IV-V сегмент) была показанием к выполнению субтотальной перицистэктомии в 18 (30%) наблюдениях.

Следует отметить, что повторные операции на печени при рецидивном ЭП представляют значительные трудности не только вследствие обширного поражения печени, но и выраженности процесса. При наличии больших остаточных полостей мобилизация подлежащего резекции отдела печени должна проводиться только при твёрдой уверенности и возможности радикального её удаления. В противном случае преждевременное пересечение связочного аппарата печени и прядей большого сальника, спаянного с печенью и богато васкуляризованного, может привести к нарушению кровоснабжения стенок остаточной полости с их последующим некрозом.

Целесообразно проведение тотальной сосудистой изоляции печени путём проведения провизорных турникетов печёчно-двенадцатиперстной связки, нижней полой вены. Этот приём является эффективной мерой профилактики профузного кровотечения, которое может возникнуть при манипуляциях в области порталных и кавальных ворот печени. При выполнении резекции печени производили предварительное выделение и перевязки афферентных (ветви воротной вены и печёчной артерии) и эфферентных (печёчные вены) сосудов, так называемые «in flow» и «out flow control». Долевой жёлчный проток пересекали в воротах печени в ходе препарирования гепатодуоденальной связки или интрапаренхиматозно на завершающем этапе диссекции паренхимы. Маневр Прингла был использован в 42 (70%) наблюдениях. Для диссекции паренхимы печени использовали методику раздавливания зажимом с коагуляцией, перевязкой протоков.

Контроль билиостаза осуществляли прикладыванием марлевой салфетки к срезу печени. Выявленные участки подтекания жёлчи дополнительно прошивали. Пробы на герметичность в 10 наблюдениях проводили путём введения 20-30 мл окрашенной фуксином жидкости через культю пузырного протока или долевых протоков, предварительно пережав общий жёлчный проток мягким зажимом. Жёлчеистечение в послеоперационном периоде возможно после любой типичной резекции печени, если линия деления ткани печени будет проходить не по междолевой щели, а несколько отклоняясь от

неё (0,5-1 см) в сторону остающейся части печени. При этом целостность большого количества мелких жёлчных протоков нарушается, что ведёт к жёлчеистечению.

Послеоперационные осложнения наблюдались в 11 наблюдениях. В 4 случаях отмечали послеоперационные жёлчеистечения, которые были скорректированы методом повторного дренирования жёлчных протоков и назначением сандостатина. В 3 случаях возникли послеоперационные внутрибрюшные кровотечения из культи печени, при этом выполняли релапаротомию, повторное ушивание культи печени с нанесением на поверхность культи геля «Гемостапа». В 4 случаях отмечали послеоперационные подпечёчные гнойники, которые были вскрыты и дренированы под УЗ – контролем. Летальный исход имел место в 2 случаях, причиной смерти больных явились печёчная недостаточность (n=1) и острый инфаркт миокарда (n=1).

ВЫВОДЫ:

1. После перенесённых повторных паллиативных вмешательств по поводу ЭП (при рецидивах заболевания и наличии хронической гнойной остаточной полости) возникает необходимость в выполнении повторных радикальных и условно-радикальных вмешательств.
2. Повторные оперативные вмешательства целесообразно выполнять в специализированных гепатологических учреждениях, оснащённых современными технологиями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильхамов Ф.А. Уменьшение операционной кровопотери при использовании новых технологий в хирургии эхинококкоза печени / Ф.А.Ильхамов, А.И.Икрамов, М.М.Акбаров // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2008. - Т.13, №3. - С.54.
2. Острая печёчная недостаточность после обширных резекций печени / Н.А.Назаренко [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2008. - Т.13, №3. - С.96-97.
3. Радикальное лечение эхинококкоза печени. Современное состояние проблемы / В.А.Вишневский [и др.] // *Бюллетень сибирской медицины*. - 2007. - №3. - С. 22-26.
4. Резекция печени: ближайшие результаты 132 операций / О.Г.Скипенко [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2006. - № 4. - С. 28-37.
5. Способ воротного доступа к сосудисто-секреторным элементам при анатомических сегментарных резекциях печени / В.А.Вишневский [и др.] // *Хирургия*. - 2008. - № 9. - С. 9-11.



6. Чардаров Н.К. Билиарные осложнения после резекции печени / Н.К.Чардаров, Н.Н.Багтеч, О.Г.Скипенко // Хирургия. Журнал им. Н.Н. Пирогова. - 2010. - №8. - С.61-68.
7. Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза печени / Б.И.Альперович [и др.] // Анналы хирург. гепатологии. - 2006. - Т.11, №1. - С.7-10.
8. Conservative versus radical surgery for treatment of uncomplicated hepatic hydatid cysts / M.Abbas [et al.]// J. Egypt. Soc. Parasitol. - 2006. - V.36, №2. - P. 559-576.
9. Results of surgical, laparoscopic, and percutaneous treatment for hydatid disease of the liver: 10 years experience with 355 patients / G.Yagci [et al.] // World J. Surg. - 2005. - V.29, №12. - P. 1670-1679.

Summary

Liver resection and pericystectomy after non-radical surgery for echinococcosis

K.M. Kurbonov, J.Y. Davlatov, M.I. Ramazan, U.H. Saidov, D.S. Sadulloev

Chair of Surgical Diseases №1 Avicenna TSMU

The results of a comprehensive diagnostic and surgical treatment of 60 patients with recurrent hepatic echinococcosis (HE) and its complications were analysed in article.

Evaluate the effectiveness of Remaxol using as a part of complex preoperative treatment was done to 12 patients: largely increased energy production capacity, greatly improved utilization of oxygen by hepatocytes, as evidenced by the reduction of MDA with $5,08 \pm 0,06$ mmol / l to $3,1 \pm 0,01$ mmol / l, increased SOD - from $6,34 \pm 0,28$ standard units up to $15,28 \pm 0,01$ cond. units and ascorbic acid - from $0,58 \pm 0,26$ mg% and $1,32 \pm 0,05$ mg%. With recurrent HE, as well as the presence of purulent residual cavities the atypical liver resection was performed in 30 (50%) cases and anatomical resection in 12 (20%). The central localization of recurrent HE (IV-V segment) was an indication to subtotal pericystectomy in 18 (30%) cases. Postoperative complications were observed in 11 cases: in 4 patients was bile-leak, in 3 – intra-abdominal bleeding from the liver stump, in 4 – underhepatic abscess. Lethal outcome occurred in 2 cases, the cause of death of patients were liver failure and acute myocardial infarction.

Key words: liver echinococcosis, recurrence, liver resection, pericystectomy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

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



Влияние пергидроля на остаточную полость у больных с эхинококкозом печени

А.И. Джаборов

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

В статье представлены результаты хирургического лечения 75 больных с эхинококкозом печени (ЭП). 38 больным основной группы была выполнена обработка остаточной полости (ООП) раствором пергидроля (33% перекись водорода). В контрольную группу вошли 37 больных с ЭП, у которых хирургическая ООП проводилась традиционными методами.

Установлено снижение послеоперационных осложнений (на 5,2%) и уменьшение ОП с последующей их ликвидацией у пациентов основной группы по сравнению с контрольной группой, где рецидив болезни составил 5,4% и послеоперационные осложнения – 37,8%, что в 7,2 раза больше, чем в основной группе. Также наблюдается снижение сроков госпитализации пациентов – 12,1 против 17,2 суток ($t=5,1$).

Ключевые слова: эхинококкоз печени, пергидроль, нагноение остаточной полости

Актуальность. Эхинококкоз печени (ЭП) является тяжёлым хроническим паразитарным заболеванием, вызываемым личиночной стадией ленточного гельминта *Echinococcus granulosus*, которое носит эндемичный характер, имеет международное значение и представляет собой медицинские, ветеринарные и экономические проблемы во многих странах мира [1,2].

Территория Таджикистана также представляет собой очаг напряжённости эпизоотических процессов, к которым относится и эхинококкоз, частота которого имеет устойчивую тенденцию к увеличению. При этом количество больных эхинококкозом в 2011 г. составило 12,8 на 100 тыс. населения, в то время как этот показатель в 2000 г. составлял 8,3 [3,4].

Среди поражений эхинококкозом различных органов и тканей, частота поражения печени составляет 44-84% [5]. Более половины всех осложнений после эхинококкэктомии печени (ЭЭП) являются специфическими, наблюдающимися в 14,1% – 35,5% случаев, это возникновение остаточной полости (ОП) (20,6%), непаразитарные кисты (22,4%) и нагноение ОП (30-60%) [6,7]. Высокая частота рецидивов заболевания (2,4-54%), послеоперационных осложнений (7,3-37,7%), длительный послеоперационный койко-день (21,9-62 дня) указывают на недостаточную эффективность существующих методов лечения [8,9].

Радикализм оперативного вмешательства при эхинококкозе печени зависит не только от полного

удаления зародышевых элементов паразита, но и от качества антипаразитарной обработки эхинококковых кист и остаточной полости фиброзной капсулы. С этой целью используют различные методы, в том числе и химические агенты. Недостаток химических средств обусловлен снижением концентрации агента до неэффективной, вследствие разведения тканевой жидкостью, или высокой токсичностью для больного [10]. Токсичность и недостаточная активность применяемых химических агентов диктует необходимость изыскания более эффективных и безопасных химических соединений для обработки ОП.

Цель исследования. Изучить влияние пергидроля на остаточную полость после эхинококкэктомии печени.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 75 больных с эхинококкозом печени, оперированных в Лечебно-диагностическом центре на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино в период с 2010 по 2014 г. Возраст больных колебался от 14 до 60 лет, что соответствовало молодому трудоспособному возрасту. Мужчин было 31 (41,3%), женщин – 44 (58,7%).

Всех пациентов с эхинококкозом печени, в зависимости от выполненных оперативных вмешательств, разделили на 2 группы. В основную группу были включены 38 (50,7%) больных с ЭП и в контрольную – 37 (49,3%).

Первичный эхинококкоз был диагностирован у 30 (40%) пациентов основной группы и у 32 (42,7%) – контрольной, рецидивный ЭП – у 8 (10,6%) и 5 (6,7%), соответственно. Из 13 больных рецидивным эхинококкозом ранее однократно были оперированы 7 пациентов, двукратно – 3 и 3-5 раз – 3 пациента.

Всем 75 пациентам для диагностики ЭП проводили клиничко-лабораторные, биохимические и инструментальные методы исследования, включая УЗИ, КТ и МРТ. При интерпретации полученных данных установлено, что у 46 (61,3%) пациентов эхинококковые кисты располагались в правой доле печени, у 27 (36%) – в левой, а у 2 (2,7%) – в обеих долях печени.

В основной группе, ЭП в стадии “живого” паразита был диагностирован у 23 (60,5%) больных, в стадии “мёртвого” паразита – у 9 (23,7%) и в стадии осложнённый – у 6 (15,8%) пациентов. В контрольной группе, эхинококкоз в стадии “живого” паразита диагностирован у 21 (56,8%) пациента, в стадии “мёртвого” паразита – у 11 (29,7%), в стадии осложнений – у 5 (13,5%) пациентов.

Всем пациентам основной и контрольной групп вмешательство было выполнено из широкой лапаротомии. При выборе способа хирургического вмешательства при ЭП учитывали локальную характеристику расположения паразита.

С целью стерилизации и ликвидации ОП, для основной группы применили пергидроль (33% перекись водорода) и динамику изменений, происходящих в ОП, обследовали УЗИ и методом контрастной R-графии. Способ осуществлялся следующим образом: после удаления хитиновой оболочки, по мере возможности, было проведено иссечение свободной части фиброзной капсулы (рис. 1).

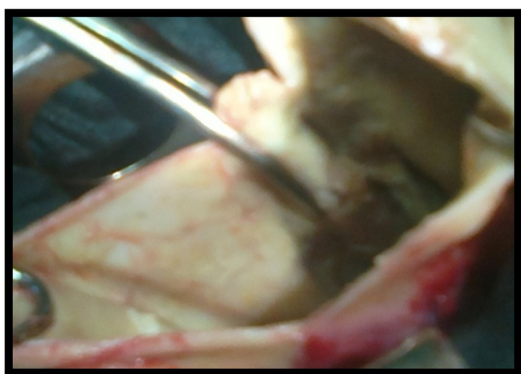


РИС. 1. ИССЕЧЕНИЕ СВОБОДНОЙ ЧАСТИ
ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛЫ

Примечание: свободная часть фиброзной капсулы
иссекается до видимой паренхимы печени

Остаточную полость троекратно обрабатывали пергидролем, смоченной марлевой салфеткой (без капли) (рис. 2).

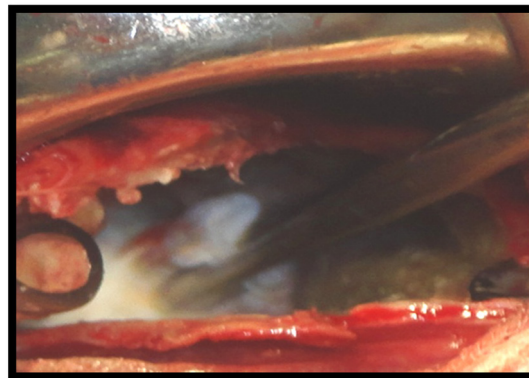


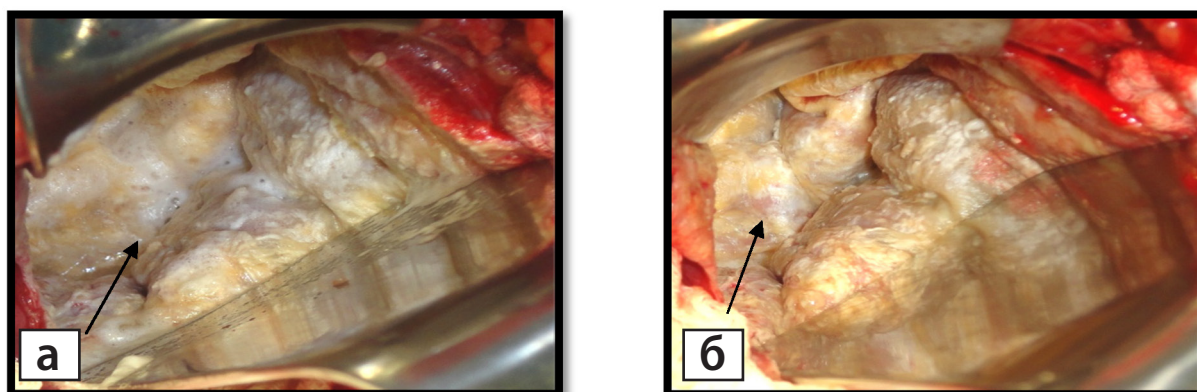
РИС. 2. ОБРАБОТКА ОП 33% РАСТВОРОМ ПЕРГИДРОЛЯ

Проводили дренирование с низковакуумной аспирацией. При краевом расположении ОП с податливыми стенками после обработки пергидролем поставили тонкую дренажную трубку (d=3,5-4,5см) с низковакуумной аспирацией и сопоставили противоположные стенки ОП.

Разработанная тактика хирургического лечения ЭП была использована для лечения пациентов основной группы. Тотальная перицистэктомия произведена 2 пациентам, 5 пациентам выполнена субтотальная перицистэктомия. Открытая эхинококкэктомия с обеззараживанием зародышевых элементов и обработкой ОП пергидролем выполнена 31 пациенту. В контрольной группе 2 пациентам выполнена краевая резекция печени. Перицистэктомия выполнена 8 пациентам. Открытая эхинококкэктомия с использованием различных антипаразитарных растворов для уничтожения и обеззараживания ОП с последующим дренированием была выполнена 27 пациентам.

Результаты и их обсуждение. При контакте с фиброзной оболочкой перекись водорода под влиянием фермента каталазы распадается на O₂ и H₂O, при этом полость становится белой, с участками розового цвета (рис. 3).

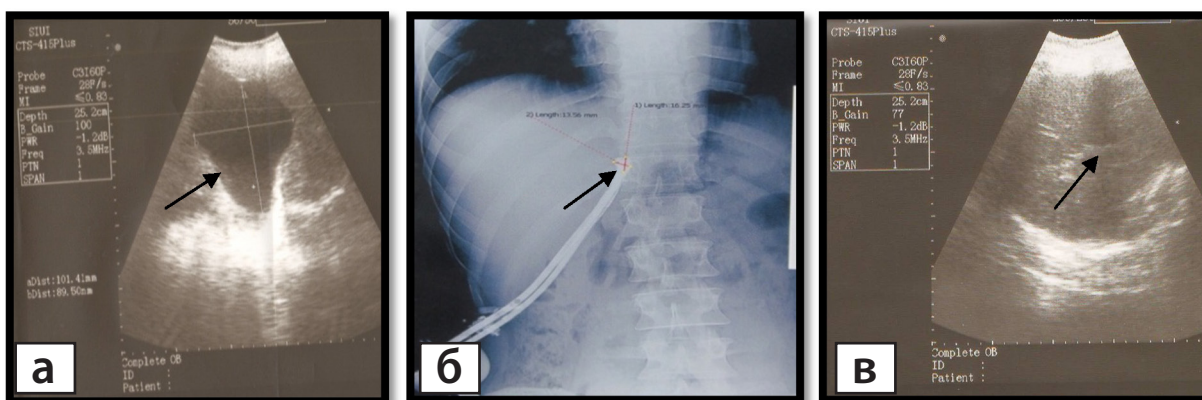
Динамические изменения, происходящие в ОП печени, в основной группе нами были обследованы перед и в послеоперационном периоде методом УЗИ и контрастной R-графии. Контраст был введён через дренажную трубку непосредственно на ОП (рис. 4).



А. Образование пены (O_2 и H_2O); Б. Состояние после дезпителизации ОП

РИС. 3. ОБРАБОТКА ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПЕРГИДРОЛЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ХИТИНОВОЙ ОБОЛОЧКИ И ИССЕЧЕНИЯ СВОБОДНОЙ ЧАСТИ ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛЫ

Примечание: при наличии жёлчного свища видны мельчайшие участки жёлтого цвета, его можно интраоперационно ликвидировать



А. До операции; Б. После операции (5-6 суток); В. Через 12 суток киста d = 6,2см x 5,3см ОП d=1,6см x 1,3см. Следы рубцовых изменений в виде тонкой полоски.

РИС. 4. УЗИ И Контрастная R-ГРАФИЯ ОП ПАЦИЕНТА ПЕРЕД И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ (В ОСНОВНОЙ ГРУППЕ)

Согласно проведённому исследованию, уменьшение объёма ОП по сравнению с первоначальным диаметром составило 26%, и при УЗИ через 12 суток отмечалась полная ликвидация ОП.

Ближайшие и отдалённые результаты послеоперационного периода свидетельствуют о преимуществах применения пергидроля. Прежде всего, это выражается в достоверном уменьшении числа осложнений после эхинококкозотомии печени, таких как отсутствие нагноений ОП, гнойно-жёлчных свищей и рецидивов болезни. Послеоперационные осложнения больных основной и контрольной групп приведены в таблице 1.

В контрольной группе срок ликвидации ОП варьировал от 9 дней до 1-2 месяцев, и в 6 случаях

образовалась послеоперационная непаразитарная киста печени, однако уменьшение объёма ОП было на 30- 45% (рис.5).

Сравнительный анализ результатов лечения больных эхинококкозом печени основной и контрольной групп выявил следующие особенности (табл. 2).

Частота послеоперационных осложнений в основной группе составила 5,2%, что в 7,2 раза ниже, чем в контрольной группе (37,8%). В основной группе в течение 4 лет наблюдения не было выявлено рецидивов болезни, в то время как в контрольной группе было зафиксировано 2 случая. Срок госпитализации больных в основной группе был меньше, чем в контрольной группе (12,1 и 17,2, соответственно; t=5,1 суток).

ТАБЛИЦА 1. ОСЛОЖНЕНИЯ БЛИЖАЙШЕГО И ОТДАЛЁННОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Осложнение	Основная группа (n=38)	Контрольная группа (n=37)
В ближайшем послеоперационном периоде (от 1 до 30 суток)		
Нагноение остаточной полости	-	1 (2,7%)
Жёлчеистечение	1 (2,6%)	1 (2,7%)
Кровотечение	1 (2,6%)	1 (2,7%)
Скопление жидкости в остаточной полости		2 (5,4%)
В отдалённом послеоперационном периоде (от 1 месяца до 4 лет)		
Формирование гнойного или жёлчного свища	-	1 (2,7%)
Непаразитарная ОП	-	6 (16,2%)
Рецидив болезни	-	2 (5,4%)
Всего	2 (5,2%)	14 (37,8%)



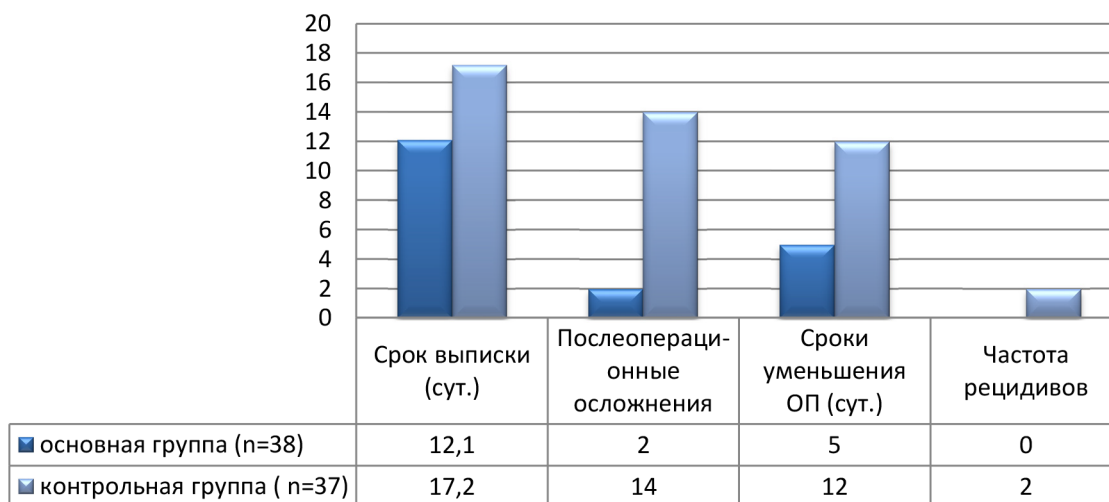
А. До операции
ЭК d = 6,8x6,0см



Б. После операции
НКП d = 2,7x1,5 см

РИС. 5. СОСТОЯНИЕ ОП У ПАЦИЕНТОВ КОНТРОЛЬНОЙ ГРУППЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ (48 СУТОК)

ТАБЛИЦА 2. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭП





Эхинококковая киста (ЭК) печени находится в напряжённом состоянии и сдавливает окружающую ткань печени. После опорожнения содержимого ЭК снимается напряжённость и, тем самым, ОП уменьшается от 10% до 85%. Прижигающий и дезэпителизирующий эффект пергидроля был изучен у больных с простыми и эхинококковыми кистами печени [11], согласно которому глубина деструктивного действия пергидроля составляет от 1,3 до 1,7 мм. Снижение напряжения и, тем самым, уменьшение объёма ОП после эхинококкэктомии печени и прижигающие свойства пергидроля вместе с созданием отрицательного давления в полости приводят к прилипанию стенок фиброзной капсулы, что имеет важное значение для последующей ликвидации ОП. Пергидроль не является гепатотоксичным в отличие от других химических агентов, так как некоторые ферменты организма, например глюкозооксидаза, образуют в ходе окислительно-восстановительной реакции пероксид водорода, который может играть защитную роль в качестве бактерицидного агента. Однако наличие жёлчных свищей и расположение стенки ОП вблизи портального тракта, служит противопоказанием для использования пергидроля, в связи с прижигающим и деструктивным действием.

Таким образом, сравнение ближайших и отдалённых результатов лечения больных эхинококкозом печени, показало значительную эффективность применения пергидроля с дренированием ОП низковакуумной аспирацией. Создание отрицательного давления, которое приводит к уменьшению ОП, вместе с прижигающим свойством пергидроля способствует ликвидации ОП и снижению сроков госпитализации пациентов. Глубина действия пергидроля на стенке фиброзной капсулы способствует тщательной обработке ОП без проблемы дозирования, а также отсутствием гепатотоксического эффекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sciume C. Treatment of complications of hepatic hydatid disease by ERCP our experience / C.Sciume [et al.] // Ann. Ital. Chir. - 2004. - № 5. - P. 531-535.
2. Saritas U. Effectiveness of endoscopic treatment modalities in complicated hepatic hydatid disease after surgical intervention / U.Saritas, E.Parlak, M.Akoglu, B.Sahin // Endoscopy. - 2001. - № 10. - P. 858-863.
3. Кахаров М.А. Эхинококкоз печени. Новые аспекты диагностики и хирургического лечения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.А.Кахаров. - М., 2003. - 50с.
4. Джаборов А.И. Распространённость эхинококкоза в Республике Таджикистан / А.И.Джаборов // Здравоохранение Таджикистана. - 2013. - №3. - С. 29-33.
5. Лечение эхинококкоза печени / Р.М.Ахмедов, У.Б.Очилов, И.А.Мирходжаев, В.Ю.Маклиев // Анналы хирургической гепатологии. - 2002. - Т.7, №1. - С. 35-38.
6. Каримов Ш.И. Проблемы и перспективы хирургического лечения больных эхинококкозом печени и лёгких / Ш.И.Каримов, Н.Ф.Коротков, В.Л.Ким // Анналы хирургической гепатологии. - 2008. - № 1. - С. 56-60.
7. Yagci G. Results of surgical, laparoscopic, and percutaneous treatment for hydatid disease of the liver: 10 years experience with 355 patients / G.Yagci // World J. Surg. - 2005. - № 12 (29). - P. 1670-1679.
8. Альперович Б.И. Хирургические вмешательства при эхинококкозе печени и пути профилактики рецидивов / Б.И.Альперович, Н.В.Мерзликин, В.Н.Сало // Анналы хирургической гепатологии. - 2005. - Т.10, № 2. - С. 98.
9. Вафин А.З. Наш опыт эхинококкэктомии из печени / А.З.Вафин, А.Н.Айдемиров, А.В.Попов, М.Д.Байрамкулов // Анналы хирургической гепатологии. - 2005. - Т.10, № 2. - С. 106.
10. Назаров Ш.К. Диагностика и профилактика резидуального эхинококкоза печени / Ш.К.Назаров, Х.Д.Зухуров // 49-я научно-практическая конференция. - Душанбе. - 2006. - С. 468-473.
11. Амонов Ш.Ш. Результаты применения пергидроля для дезэпителизации эхинококковых кист печени / М.И.Прудков, О.Г.Орлов // Материалы III Межд. науч.-практ. конф. «Высокие технологии в медицине» СТМ. - 2010. - № 1 (2). - С. 38.



Summary

Perhydrol influences on residual cavity in patients with liver echinococcosis

A.I. Jaborov

Chair of operative surgery and topographic anatomy Avicenna TSMU

The article presents the results of surgical treatment 75 patients with hepatic echinococcosis (HE). To 38 patients from main group cleaning of the residual cavity (RC) by perhydrol solution (33% hydrogen peroxide) was done. The control group included 37 patients with HE, in whom surgical debridement of RC carried out by traditional methods.

Established a reduction of postoperative complications (5,2%) and a decreasing of RC with their subsequent elimination in patients of the main group compared with the control group, where relapse was 5,4% and postoperative complications – 37,8%, which is 7,2 times greater than in the main group. Also, decreasing of patient's hospital stay – 12,1 vs. 17,2 days ($t=5,1$) is observed.

Key words: liver echinococcosis, perhydrol, suppuration of the residual cavity

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Джабаров Абдугаффор Ибрагимджонович –
аспирант кафедры оперативной хирургии
и топографической анатомии ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: jaborov_1987@mail.ru



Патогенез и лечение дисфункции эндотелия при гнойном холангите

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

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Авторами проанализированы результаты комплексной диагностики и хирургического лечения 120 больных с гнойным холангитом.

Изучение показателей маркёров дисфункции эндотелия при тяжёлом остром гнойном холангите (n=32) и билиарном сепсисе (n=24) показало их значительное повышение, вследствие эндотоксиновой агрессии, обусловленной холангиогенной инфекцией и оксидантным стрессом.

В зависимости от общего состояния больных, выраженности эндотоксиновой агрессии и гипербилирубинемии производили одно- и двухэтапные методы лечения с применением современных технологий и традиционных оперативных вмешательств. Из-за тяжести эндотоксикоза и общего состояния больных в 61 наблюдении выполняли двухэтапные оперативные вмешательства.

Наряду с декомпрессией жёлчных протоков, ликвидацией причин обструкции, патогенетически обоснованным методом лечения дисфункции эндотелия при гнойном холангите является внутриворотное и транскоledoхеальное введение антигипоксантов и антиоксидантов (n=24). В послеоперационном периоде, после проведения комплексного патогенетического лечения, в 11 (9%) наблюдениях отмечали летальные исходы, причиной которых в 8 случаях явилась прогрессирующая печёночная недостаточность и в 3-х – острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Ключевые слова: гнойный холангит, эндотоксиновая агрессия, декомпрессия жёлчных протоков, оксидантный стресс, дисфункция эндотелия

Введение. На современном этапе развития гепатобилиарной хирургии гнойный холангит (ГХ) остаётся актуальной проблемой и занимает существенную долю в структуре патологии вне- и внутриворотных жёлчных путей [1,2]. Этому способствуют широкое распространение жёлчнокаменной болезни, увеличение больных с ятрогенными повреждениями жёлчных протоков, внедрение реконструктивных операций на внепечёночных жёлчных путях, использование методик прямого контрастирования последних и эволюция возбудителей [3,4]. Следует отметить, что воспалительный процесс в жёлчных протоках характеризуется не только местным гнойно-деструктивным процессом, но и системными расстройствами, быстро приводящими к тяжёлой эндотоксической агрессии и выраженной органной дисфункции и сопровождающимися высокой частотой послеоперационной летальности, достигающей 12 – 60% [5].

Лечение больных с острым гнойным холангитом (ОГХ), несмотря на стремительный прогресс в совершенствовании методик декомпрессии жёлчных про-

токов и внедрение в клиническую практику современных средств интенсивной терапии, по-прежнему остаётся одной из самых трудных и актуальных проблем современной гепатобилиарной хирургии [6]. Это обусловлено высокой летальностью пациентов с прогрессирующей эндогенной интоксикацией, связанных с ней печёночными или полиорганными нарушениями, в борьбе с которыми до сих пор не в состоянии справиться ни адекватная хирургическая санация патологического очага, ни самая современная антибактериальная и инфузионно-трансфузионная терапия. Нерешённость этих вопросов побуждает искать новые способы и средства воздействия на все патогенетические механизмы ГХ.

Цель исследования – оценка комплексной диагностики и хирургического лечения дисфункции эндотелия при гнойном холангите.

Материал и методы. Исследование основано на анализе результатов клинического обследования 120 больных с ГХ, среди которых в 32 (26,5%) случаях имел место ОГХ и в 24 (20%) – ОГХ с билиарным

ТАБЛИЦА 1. ПРИЧИНЫ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА (n=120)

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

ТАБЛИЦА 2. ПРИЧИНЫ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА (N=120)

Общий билирубин (мкмоль/л)	Кол-во	%
Общий билирубин до 100	40	42
101-200	27	28,5
201-300	16	17
Более 300	12	12,5
Всего	95	100

сепсисом (БС). Женщин было 102 (85%), мужчин – 18 (15%). Возраст пациентов составил от 28 до 72 лет. Главной причиной ГХ являлась желчнокаменная болезнь и её осложнения, наблюдавшиеся в 69% случаев (табл. 1). В качестве сравнения показателей были приняты данные 20 доноров.

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

Для диагностики ГХ и изучения патогенетических механизмов эндотоксемии больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования – УЗИ, МРТ, эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРПХГ) и чрескожную чреспечёночную холангиографию (ЧЧХ). Характер эндотоксемии изучали в портальной и кавальной крови путём, катетеризации пупочной вены и ветвей брыжеечных вен, по уровню гематологических показателей эндотоксемии (МСМ, ЛИИ, лейкоцитоз, билирубин, АлАт и АсАт) и определению продуктов ПОЛ, в частности МДА. Для определения эндотелиальной дисфункции изучали содержание эндотоксина (ЭТ) в плазме крови с помощью стандартов – LAL теста. Концентрацию С-реактивного белка (СРБ) оценивали методом кинетической турбометрии с латексным усилением на автоматическом иммунохимическом анализаторе специфических белков (фирмы «Westan Couter», США), количество циркулирующих десквамированных эндотелиоцитов (ЦДЭ) определяли методом J. Hiadovec (1975). Показатели уровня окси-

да азота и его метаболитов определили по методу Метельской В.А. (2005). Для определения уровня содержания цитокинов – интерлейкина (ИЛ-6) и фактора некроза опухолей (ФНО α) в периферической крови – использовался набор реагентов ProCon. Бактериологическим методом изучали микрофлору протоковой жёлчи, фрагментов стенки общего жёлчного протока, ткани печени, перихоледохеальных лимфоузлов, полученных в ходе операции.

Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью персонального компьютера с использованием программы Excel 2002, SP-1 и Statistica pro Windows. Для сравнения показателей рассчитывали средние значения и стандартное отклонение. Для определения статистической значимости различий показателей использовали критерии Стьюдента ($P < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Исследование показало, что при ОГХ практически во всех случаях наблюдались схожие клинические признаки: желтушность кожных покровов и склер – в 95 (79%) наблюдениях, субфебрильная температура – в 87 (72,5%) случаях, боли в правом подреберье – в 110 (91,5%) и явления гипербилирубинемии различной степени выраженности – в 95 (79%) (табл. 2).

Так, в 40 (42%) наблюдениях отмечали билирубинемия до 100 мкмоль/л и в 12 (12,5%) – более 300 мкмоль/л. Результаты посевов жёлчи и биоптатов стенок общего жёлчного протока у 64 пациентов показали, что в 56 (87,5%) наблюдениях высевались различные виды бактериемий (табл. 3).



ТАБЛИЦА 3. БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЁЛЧИ У БОЛЬНЫХ С ГХ

Группа больных	Параметры наблюдения	Значение параметров
ОГХ (n=32)	БХ, %	82,4±11,2
	Степень БХ, LgКОЭ/мл	6,1±0,4
	Моно-флора, %	78,3±12,1
	Микст-флора, %	4,2±3,1
ОГХ с билиарным сепсисом (n=24)	БХ, %	91,2±8,1
	Степень БХ, LgКОЭ/мл	6,3±0,3
	Моно-флора, %	45,6±15,2
	Микст-флора, %	46,1±12,1

ТАБЛИЦА 4. ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТОКСЕМИИ В ПОРТАЛЬНОЙ И КАВАЛЬНОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ГХ (n=56)

Показатели	Доноры (n=20)	Портальная кровь	Кавальная кровь
Общий билирубин, мкмоль/л	16,3±2,1	165,2±23,7*	224,6±28,8*/**
АлАт, мкмоль/л	0,32±0,09	1,21±0,14*	1,42±0,22*
АсАт, мкмоль/л	1,34±0,04	1,20±0,12*	1,37±0,18*
АсАт/АлАт, ед.	1,35±0,2	0,61±0,04*	0,45±0,09*/**
Лейкоциты x10 ⁹ /л	6,48±0,55	12,8±1,47*	14,3±1,8*/**
ЛИИ, ед.	1,01±0,2	6,25±1,8*	8,61±2,53*/**
МСМ, ед.	0,24±0,03	0,54±0,07*	0,73±0,06*/**
МДА, мкмоль/л	2,6±0,14	6,28±1,27*	7,1±0,10*/**
СОД, усл.ед.	17,58±0,13	8,47±0,28*	7,2±0,12*

Примечание: * – $p < 0,05$ различия статистически значимы по сравнению с нормой;
 ** – $p < 0,05$ – по сравнению с показателями портальной крови

При наличии бактериохолии (БХ) из протоковой жёлчи у больных с ОГХ в 82,4±11,2% случаев высеивались энтеробактерии разных видов, а у больных с БС – 91,2±8,1%. В 5,3±2,6% и 7,1±1,8% грамотрицательные кокки были представлены микроорганизмами родов *Staphylococcus*, *Streptococcus* и *Enterococcus*, в 1,3% и 2,1%, соответственно, – прочие бактерии. Это свидетельствовало о доминирующем положении энтеробактерий (с приоритетом эшерихий и клебсиеллы) в видовом спектре билиарной микрофлоры при ГХ и БС, на что указывают многие авторы [7].

При возникновении ГХ уже в первые часы заболевания наблюдается проникновение холангиогенной инфекции – токсинов и микроорганизмов трансхоледохеально и через портальное русло в кровоток, подтверждением которого являются результаты исследования показателей эндотоксемии у больных с ГХ (табл. 4). Возникшая при ГХ острая эндотоксинная агрессия, обусловленная холангиогенной инфекцией и портальной эндотоксемией, сопрово-

ждается повреждением гепатоцитов и депрессией ретикулоэндотелиальной системы (РЭС) печени. Так, показатели эндотоксемии в портальной крови были следующими: МСМ – 0,54±0,07 ед., ЛИИ – 6,25±1,8 ед., лейкоцитоз – 12,8±1,47x10⁹/л, общий билирубин – 165,2±23,7 мкмоль/л. При этом показатели уровня цитолитических ферментов (АлАт – 1,21±0,14 мкмоль/л, АсАт – 1,20±0,12 мкмоль/л) и коэффициент де Ритиса (0,61±0,04 ед.) были умеренно повышены. Выраженная эндотоксемия приводит к ишемии и нарушению кровообращения в печени с образованием значительного количества продуктов перекисного окисления липидов (МДА – 6,28±1,27 мкмоль/л). Активация процессов свободнорадикального окисления сопровождается поступлением активных оксидантов и продуктов перекисного окисления липидов в системный кровоток.

Из-за нарушения функции Купферовских клеток и РЭС, которые в последующем усугубляют проявление эндогенной интоксикации, подтверждением

ТАБЛИЦА 5. ПОКАЗАТЕЛИ МАРКЁРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ЦИТОКИНОВ
У БОЛЬНЫХ С ОГХ (n=56)

Показатели	Доноры (n=20)	ОГХ (n=32)	ОГХ с БС (n=24)
СРБ, мг/мл	0,9±3,0	162,1±7,1*	178,4±6,4**
ЦДЭ, кл/100 мкл	4,7±0,1	14,7±2,3*	16,8±2,1**
Концентрация эндотоксинов (ЭТ), ед/мл	0,2±0,1	324,0±7,4*	415,5±8,2**
Оксид азота (NO), мкмоль/л	29,7±1,3	48,1±3,8*	54,7±3,4**
ИЛ-6, пг/мл	25,0±1,1	161,1±10,2*	182,3±9,8**
ФНОα пг/мл	32,0±1,5	106,5±2,7*	126,2±2,1**

Примечание: * – $p < 0,05$ различия статистически значимы по сравнению с нормой;

** – $p < 0,05$ – по сравнению с показателями портальной крови

которой являются высокие показатели уровня цитолитических ферментов (АлАт – $1,42 \pm 0,22$ мкмоль/л, АсАт – $1,37 \pm 0,18$ мкмоль/л) в кавальной крови. Кроме этого, наблюдалось значительное повышение показателей маркёров эндотоксемии (МСМ – $0,73 \pm 0,06$ ед., МДА – $7,1 \pm 0,10$ мкмоль/л, ЛИИ – $8,61 \pm 2,53$ ед., лейкоцитоз – $14,3 \pm 1,8 \times 10^9$ /л), указывающее на вовлечение в патологический процесс эндотелия печёночных синусоидов.

При тяжёлом остром гнойном холангите (n=32) и билиарном сепсисе (n=24), когда имеются выраженные проявления эндотоксиновой агрессии, отмечали повышение уровня маркёров эндотелиальной дисфункции (табл. 5).

Так, содержание высокочувствительного СРБ в плазме крови составило $162,1 \pm 7,1$ мг/мл и $178,4 \pm 6,4$ мг/мл, соответственно. У пациентов обеих групп количество ЦДЭ в 6-7 раз превышало нормальное значение и составило $14,7 \pm 2,3$ кл/мкл и $16,8 \pm 2,1$ кл/мкл, соответственно. Содержание ведущего триггера патологического состояния эндотелиального монослоя – эндотоксина (ЭТ) грамотрицательных микроорганизмов у пациентов ОГХ и ОГХ с БС превышало показатели нормы на 220-332%, и достоверных различий между группами не выявлено. Уровень оксида азота (NO) у пациентов обеих групп был значительно повышен и составил $48,1 \pm 3,8$ мкмоль/л и $54,7 \pm 3,4$ мкмоль/л. Следует отметить, что образование NO катализируется ферментом синтазой (NOS). Известны 3 типа NOS: нейрональная (nNOS), эндотелиальная (eNOS) и индуцибиальная (iNOS). В физиологических условиях синтез NO обеспечивают nNOS и eNOS синтазы, а синтез iNOS увеличивается только в ответ на действие патогенных стимулов: экспрессия типа iNOS индуцирует ИЛ-1, интерферон γ , ФНО α – и ЭТ грамотрицательные бактерии. При повышенной продукции iNOS нарушается энергетический обмен и синтез ДНК в эндотелиальных клетках, что способствует резкому подавлению синтеза eNOS. С другой

стороны при остром ГХ и БС макрофаги, вследствие мощного эндотоксина, стимулируют активность iNOS, вырабатывают избыточное количество NO, который негативно влияет на функции эндотелия. Дисфункциональный эндотелий не образует достаточных количеств eNOS, а активно продуцирует цитокины и молекулы клеточной адгезии, которые способствуют развитию нарушения кровообращения. Доказательством этого является значительное повышение уровня провоспалительных цитокинов (ИЛ-6 – $161,1 \pm 10,2$ пг/мл и $182,3 \pm 9,8$ пг/мл, ФНО α – $106,5 \pm 2,7$ пг/мл и $126,2 \pm 2,1$ пг/мл, соответственно) и показателей портального кровообращения.

Прогрессирование холангиогенной и портальной эндотоксемии с развитием эндотелиальной дисфункции характеризовалось увеличением диаметра воротной вены до $1,152 \pm 0,006$ см и $1,921 \pm 0,002$ см, линейной скорости кровотока – до $20,3 \pm 0,8$ см/сек. и $25,1 \pm 1,1$ см/сек. и объёмной скорости кровотока – до 1234 ± 110 мл/мин. и 1645 ± 140 мл/мин.

Увеличение диаметра воротной вены, скоростей линейного и объёмного кровотока у больных с ОГХ и БС обусловлено, с одной стороны, повреждающим действием этанола, отёком паренхимы печени и сдавлением внутрипечёночных сосудов, которое создаёт сопротивление поступающему току крови в печени и приводит к застою в воротной вене, с другой стороны – из обширной сети жёлчных протоков в кровь поступает большое количество эндотоксинов, воспалительных маркёров, метаболитов.

Лечение эндотелиальной дисфункции при ГХ заключалось, прежде всего, в декомпрессии жёлчных протоков и устранении причин обструкции жёлчных протоков. При этом, в зависимости от общего состояния больных, выраженности эндотоксиновой агрессии и гипербилирубинемии производили одно- и двухэтапные методы лечения с применением современных технологий и традиционных оператив-



ных вмешательств (табл. 6). Из-за тяжести эндотоксикоза и общего состояния больных, в 61 наблюдении выполняли двухэтапные оперативные вмешательства. На первом этапе производили декомпрессию жёлчных протоков с наружным отведением токсичной жёлчи миниинвазивными методами – эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) (n=41) и ЧЧХ (n=20).

По мере снижения эндотоксемии, гипербилирубинемии и улучшения общего состояния больных, через 3-7 суток после первичных оперативных вмешательств выполняли холецистэктомию с формированием наружного дренажа холедоха (n=9) холедоходуоденоанастомоза (n=29) и Y-образного гепатикоеюноанастомоза (n=8). При этом, в 29 наблюдениях второй этап операции выполняли из минидоступа. Одноэтапные оперативные вмешательства при ОГХ выполнили 40 (34%) больным. При этом, в 14 случаях операции производили из традиционного открытого доступа, в 32 – из минилапаротомного доступа. В 19 наблюдениях ЭПСТ с назобилиарным дренированием жёлчных протоков являлась первым и окончательным методом радикального лечения ОГХ.

Дальнейшее повышение эффективности лечения ГХ зависит не только от успешной диагностики,

предоперационной декомпрессии и оперативного вмешательства, но и от полноты восстановления функциональной активности эндотелия и печени. При этом возникает необходимость коррекции нескольких звеньев патогенеза ГХ: эндогенной интоксикации, оксидантного стресса и дисфункции эндотелия. В связи с этим, весьма перспективными являются препараты, обладающие антигипероксидантной, антиоксидантной и метаболической активностью, путём непосредственного введения в печень через портальное русло и трансхоледохеально. В этом плане хорошо себя зарекомендовал препарат «Ремаксол».

Ремаксол применяли в комбинированном виде, т.е. его вводили внутривенно через канюлированную пупочную вену и трансхоледохеально при помощи наружных дренажей. Для изучения эффективности предложенного метода, в послеоперационном периоде 24 больным с ОГХ (основная группа) проводили внутривенное и интрахоледохеальное капельное введение ремаксолола по 800-1200 мл. Контрольную группу составили 15 пациентов с ОГХ, которым в послеоперационном периоде ремаксол не назначали. Результаты исследования после проведения курса терапии ремаксололом у основной группы показало, что уровень АлАт остаётся выше физиологической нормы, однако был досто-

ТАБЛИЦА 6. ХАРАКТЕР ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ГХ

Вид операции	Кол-во	%
Одноэтапные из традиционного доступа:	16	13
- ХЭ+ХЛТ+НД	5	4
- ХЭ+ХДА	11	9
Одноэтапные из минидоступа:	14	11,5
- ХЭ+ХЛТ+НД	10	8,5
- ХЭ+ХДА	4	3
Двухэтапные: ЭПСТ+минилапаротомия	20	16,5
- ХЭ+ИОХГ+НД	7	5,5
- ХЭ+ХДА	13	11
Одноэтапные: ЭПСТ с НД	19	16
Одноэтапная: традиционный открытый Y-образный гепатикоеюноанастомоз	10	8,5
Двухэтапная: ЧЧХ+ традиционная, открытая лапаротомия с Y-образным гепатикоеюноанастомозом	8	6,5
Двухэтапная: ЭПСТ+ традиционная	6	5
- ХЭ+ИОХГ+НД	2	1,5
- ХЭ+ХДА	4	3,5
Двухэтапная: ЧЧХ+минилапаротомия	12	10
- ХЭ+ХДА		
Двухэтапная: ЭПСТ+ЛХЭ	15	12,5
Всего	120	100

верно ниже уровня в группе сравнения. Аналогичная тенденция сохранялась и для показателей АсАт. Уровень общего билирубина статистически достоверно снизился как в основной группе, так и в группе сравнения, однако общий билирубин у пациентов основной группы ниже. Для понимания сущности патогенетического механизма влияния ремаксола на функцию эндотелия синусоидов и гепатоцитов изучали некоторые показатели маркёров оксидантного стресса, эндотелиальной дисфункции и цитокинов в крови до и после назначения ремаксола.

Результаты исследования показали, что при назначении ремаксола у больных основной группы мощность энергообразования значительно возрастает, в значительной степени улучшается утилизация эндотелиями синусоидов и гепатоцитов кислорода на 3 и 4 сутки послеоперационного периода, о чём свидетельствует снижение уровня МДА с $5,08 \pm 0,06$ мкмоль/л до $3,1 \pm 0,01$ мкмоль/л и повышение СОД с $6,34 \pm 0,28$ усл.ед. до $15,28 \pm 0,01$ усл.ед. За эти же сроки наблюдали значительное снижение показателей уровня провоспалительных цитокинов (ИЛ-6 – $32,2 \pm 4,1$ пг/мл, ФНО – $40,4 \pm 2,3$ пг/мл), которые в свою очередь способствовали подавлению синтеза СРБ в печени ($12,2 \pm 5,2$ мг/мл) и приближению показателей эндотелиальной дисфункции к допустимым нормальным значениям (ЦДЭ – $7,1 \pm 0,2$ кл/100мкл, ЭТ – $118,4 \pm 4,1$ ед/мл и NO – $34,3 \pm 3,1$ мкмоль/л). Эти же показатели у пациентов контрольной группы были значительно хуже. В послеоперационном периоде, после проведения комплексного патогенетического лечения, в 11 (9%) наблюдениях отмечали летальные исходы, причиной которых в 8 наблюдениях явилась прогрессирующая печёночная недостаточность и в 3-х случаях – острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Таким образом, эндотоксиновая агрессия и оксидантный стресс являются ведущими патогенетическими механизмами возникновения эндотелиальной дисфункции при ГХ. Использование комплексной интенсивной терапии, внутрипортальных и интрахолеальных инфузий антигипоксанта и антиоксиданта ремаксола способствовало восстановлению основных показателей эндотоксемии, оксидантного стресса и дисфункции эндотелия на фоне декомпрессии жёлчевыводящих путей.

ВЫВОДЫ:

- 1 При гнойном холангите, вследствие холангиогенной инфекции и портальной эндотоксемии, происходит выраженная эндотоксиновая агрессия с интенсификацией свободнорадикального окисления, являющаяся главной причиной дисфункции эндотелия и печени.
- 2 Декомпрессия общего жёлчного протока в сочетании с внутриворотальным и интрахолеальным введением антигипоксанта и антиоксидантов позволяет эффективно корректировать дисфункцию эндотелия при гнойном холангите за счёт снижения процессов липопероксидации и эндогенной интоксикации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антибактериальная терапия при гнойном холангите /В.В.Паршиков [и др.]// *Анналы хирургической гепатологии*. - 2009. - №2. - С. 33-37.
2. Патогенез и лечение острого гнойного холангита /Э.И.Гальперин [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2009. - №4. - С. 13-21.
3. Коломоец Н.М. Эндотелиальная дисфункция и её клиническое значение / Н.М.Коломоец // *Военно-мед. журнал*. - 2001. - № 5. - С. 29-35.
4. Курбонов К.М. Эндотелиальная недостаточность при послеоперационном жёлчном перитоните / К.М.Курбонов, Н.М.Даминова, Х.Ю.Шарипов // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2008. - №3. - С. 66-69.
5. Савельев В.С. Дисфункция эндотелия при липидном дистресс-синдроме и дисметаболических последствиях перитонита / В.С.Савельев, В.Т.Петухов, Е.С.Ан // *Русский медицинский журнал*. - 2009. - Т.17, №14. - С1-11.
6. Lopes-Garcia E. Consumption of trans fatty acids is related to plasma biomarkers of inflammation and endothelial dysfunction / E.Lopes-Garcia, M.B.Schulze, L.B.Meigs // *Journal of Nutrition*. - 2005. - № 135 (3). - P. 562-566.
7. Багненко С.Ф. Современные подходы к этиологии, патогенезу и лечению холангита и билиарного сепсиса / С.Ф.Багненко, С.А.Шляпников, А.Ю.Корольков // *Бюллетень сибирской медицины*. - 2007. - № 3. - С.27-32.



Summary

Pathogenesis and treatment of endothelial dysfunction in suppurative cholangitis

U.Kh. Gayurov, K.M. Kurbonov, F.I. Makhmadov, K.R. Nazirboev

Chair of Surgical Diseases №1 Avicenna TSMU

The authors analyzed the results of a comprehensive diagnosis and surgical treatment of 120 patients with suppurative cholangitis. A study of markers of endothelial dysfunction in severe acute suppurative cholangitis (n=32) and biliary sepsis (n=24) showed a significant their increase due endotoxin aggression caused by cholangiogenic infection and oxidative stress. Depending on the general condition of patients, the severity of endotoxin aggression and bilirubinemia one- and two-stage treatment with using of modern technology and traditional surgical procedures were performed. Due to severity of endotoxemia and the general condition 61 of patients underwent two-stage surgery.

Along with biliary decompression, eliminating the causes of obstruction, pathogenetically substantiated treatment of endothelial dysfunction in suppurative cholangitis is intraportal and transcholedoheal introduction of antihypoxants and antioxidants (n=24). In the postoperative period, after the complex pathogenetic treatment in 11 (9%) cases observed deaths, the cause of which was progressive liver failure in 8 cases and – acute cardiovascular failure – in 3.

Key words: suppurative cholangitis, endotoxin aggression, decompression of the bile duct, oxidative stress, endothelial dysfunction

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

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

Хирургическая тактика при сочетанных костно-сосудистых повреждениях нижних конечностей

Х.Н. Назаров¹, А.Д. Гаиров², О.Н. Садриев²

¹ Хатлонская областная клиническая больница им. Б. Вахидова;

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

В статье проанализированы результаты диагностики и лечения 46 больных с сочетанными костно-сосудистыми повреждениями нижних конечностей.

Диагностические ошибки в распознавании повреждений сосудов при переломах костей нижних конечностей достигли 17,4%, в связи с чем авторами определён необходимый объём диагностических мероприятий при таких ситуациях.

Правильно выбранная тактика ведения пациентов с сочетанными костно-сосудистыми повреждениями позволила в 84,8% случаев добиться хороших результатов.

Неудовлетворительные результаты, частота которых достигает 15,2%, указывают на необходимость продолжения исследования в этом направлении.

Ключевые слова: перелом костей, костно-сосудистые повреждения

Актуальность. Сочетанные костно-сосудистые повреждения нижних конечностей являются одной из основных причин ампутаций, среди лиц наиболее трудоспособного возраста.

Среди всех травматических повреждений в ежедневной жизни частота повреждения сосудов составляет до 3,2% [1].

По некоторым данным, в 37,6% случаев встречаются сочетанные костно-сосудистые повреждения, основными причинами которых являются дорожно-транспортные происшествия и ранения огнестрельным оружием [1,2]. При этом, у 19% пострадавших с сочетанными травмами, вследствие развития острой ишемии конечности, обусловленной обширным повреждением сосудов и переломом костей, проводится ампутация конечности на разных уровнях [3].

Несмотря на заметные достижения в ургентной сосудистой хирургии, лечение сочетанных травматических повреждений костей и сосудов нижних конечностей до настоящего времени остаётся сложной и окончательно не решённой проблемой [1,4].

Одним из главных вопросов этой проблемы остаётся своевременное и правильное оказание помощи при сочетанных костно-сосудистых повреждениях в условиях районных и городских больниц.

Вместе с тем, появление и внедрение таких видов современного диагностического оборудования, как ультразвуковое дуплексное сканирование, цифровая рентгенография скелета и ангиография, особенно в условиях районных и городских больниц, привело к значительному улучшению результатов лечения таких категорий больных [3,5].

Несмотря на это, диагностические ошибки в распознавании повреждений сосудов при переломах костей нижних конечностей допускаются в 28% случаев, что в последующем заканчивается высоким процентом неудовлетворительных результатов, в частности ампутацией конечности [2,3].

Цель работы: определение хирургической тактики при переломах костей конечности, сочетающихся с повреждением магистральных сосудов.

Материал и методы. Работа основана на результатах диагностики и лечения 46 больных с сочетанными костно-сосудистыми повреждениями нижних конечностей, находившихся в отделениях хирургии сосудов Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии и травматологии Хатлонской областной клинической больницы им. Б. Вахидова г. Курган-Тюбе в период 2010-2014 гг. Мужчин было 42 (87,5%), женщин – 6 (12,5%). Средний возраст пострадавших составил $31,5 \pm 2,1$ года.



Длительность получения травмы до госпитализации в стационар колебалась от 17 минут до 13 часов.

Чаще всего пострадавшие получали травму при дорожно-транспортном происшествии (n=38), реже – в производственных (n=5) и бытовых (n=3) условиях.

Перелом бедренной кости отмечался у 30 пациентов, при этом у 9 из них перелом был открытым, у 7 – поперечным, у 8 – поперечным зубчатым у 2 – многооскольчатый и у 4 – косым. Перелом костей голени встречался в 18 случаях, из них открытый у 12 пациентов и закрытый – у 6. Оскольчатый и многооскольчатый переломы костей голени наблюдались в 8 случаях. У одного больного имел место двухэтажный перелом костей правой нижней конечности – поперечный перелом бедренной кости и многооскольчатый перелом костей голени.

У большинства пациентов (n=41) имело места острая ишемия нижних конечностей II степени, а у 5 пациентов – III степени, согласно классификации В.С. Савельева (1987).

Алгоритм обследования больных включал в себя: осмотр повреждённой конечности, оценку степени нарушения кровообращения, проведение ультразвукового дуплексного ангиосканирования (УЗДАС), рентгенографию костей нижних конечностей, а также консультацию смежных специалистов при развившихся осложнениях. При сложных ситуациях, для оценки степени повреждения сосудов при множественных переломах костей голени, 5 пациентам проводилась рентгеноконтрастная ангиография.

Рентгенологическое исследование костей голени и бедра проводили на аппарате DUO Diagnost Philips

(Германия), снабжённом электронно-оптическим преобразователем и телевизионным устройством.

Дуплексное сканирование в В-режиме проводилось на аппарате SD-800 фирмы "Philips" (Япония) с использованием линейного датчика, с частотой излучения 5 и 7 МГц.

Ангиографическое исследование сосудов нижних конечностей проводилось на ангиографической системе «Infunix CC» фирмы Toshiba (Япония). Введение контрастного вещества («Триомбраст», «Визипак») осуществлялось посредством автоматического инъектора в количестве 1 мл/кг веса, с применением гепарина из расчёта 80 Ед. на 1 кг веса больного.

Полученные данные подвергали обработке на ПК в программе MS Excel 2007 с применением методов вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. Клинически сочетанные костно-сосудистые повреждения проявились в виде деформации и патологической подвижности конечности в зоне перелома, кровотечением, если имелся открытый перелом (n=19) (рис. 1) или припухлостью при закрытом переломе (n=17), ограничением движения в повреждённой конечности и признаками острой артериальной недостаточности.

Рентгенологическая диагностика включала обязательное исследование костей таза и тех сегментов конечностей, в которых было выявлено повреждение в процессе травматологического осмотра. Исследование всегда проводили в 2-х проекциях. При рентгенографии во всех случаях был выявлен перелом бедренной кости или костей голени (рис. 2).



РИС. 1. ВНЕШНИЙ ВИД ПРАВОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОМ КОСТНО-СОСУДИСТОМ ПОВРЕЖДЕНИИ



РИС. 2. РЕНТГЕНОГРАФИЯ БОЛЬНОГО С МНОГООСКОЛЬЧАТЫМ ПЕРЕЛОМОМ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ СОСУДОВ ГОЛЕНИ

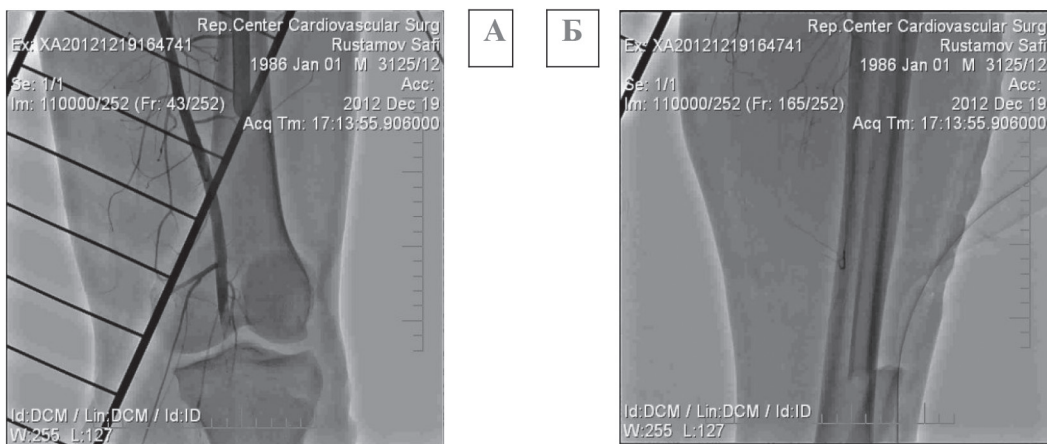


РИС. 3. ДВУХСЕГМЕНТНЫЙ ПЕРЕЛОМ СРЕДНЕЙ ЧАСТИ БЕДРЕННОЙ И ДИСТАЛЬНОЙ ЧАСТИ МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТЕЙ ПРАВОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ. ОТСУТСТВУЕТ КОНТРАСТИРОВАНИЕ АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ, ВСЛЕДСТВИЕ ИХ ПОВРЕЖДЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ВОСХОДЯЩЕГО ТРОМБОЗА ДО ПОДКОЛЕННОЙ АРТЕРИИ

Диагностические ошибки при распознавании повреждений сосудов при переломах костей нижних конечностей достигли 17,4%, большинство из которых были допущены в районных больницах.

Трудности диагностики были связаны с отсутствием таких классических признаков повреждения сосудов, как наружное кровотечение и большая гематома, причиной которых явилось прикрытие дефекта на стенке сосуда кровяным сгустком.

В последующем, при нарастании симптомов ишемии, путём УЗДАС выявлен тромбоз артерии в зоне перелома. При УЗДАС были исследованы такие показатели, как характер кровотока, линейная скорость крови, наличие тромбов в просвете артерии, наличие и размеры паравазальной гематомы.

При анализе данных ангиографии (n=5) обращали внимание на уровень поражения артерий (рис. 3А), его протяжённость, а также на состояние дистального артериального русла (рис. 3Б). При тромбозе артерий нижней конечностей, сопровождающемся острой ишемией, ангиографическая картина характеризовалась отсутствием контрастирования сосудов в виде обрыва контраста и недостаточным развитием коллатеральных сосудов или их полным отсутствием.

Лечение пострадавших с костно-сосудистыми повреждениями нижних конечностей было направлено, главным образом, на сохранение жизни и конечности больного, так как вероятность развития тяжёлого шока и жировой эмболии в подобных случаях невероятно высока.

На первом этапе объём помощи пострадавшим включал временную остановку кровотечения, иммобилизацию конечности, инъекцию обезболивающих препаратов и организацию правильной транспортировки пострадавших. Неотъемлемой частью

первой помощи являлась терапия, направленная на предупреждение развития восходящего тромбоза в повреждённом сосуде, которая достигалась путём системной гепаринизации пострадавших.

Хирургическая тактика заключалась в восстановлении магистрального кровотока и устранении сдавливающих факторов в первые часы поступления пострадавших.

Оптимальным вариантом при этом считалось восстановление всех повреждённых структур.

При наличии травматического, постгеморрагического или комбинированного шока (n=12) до выведения больных из тяжёлого состояния, кровотоки по магистральным артериям временно восстанавливали путём временного внутрисосудистого протезирования артерии силиконовой трубкой. Восстановление повреждённых костей и сосудов производилось с участием травматолога и ангиохирурга.

Остеосинтез перелома всегда предшествовал восстановлению целостности сосудов. Это позволяло создать полноценную неподвижность в зоне перелома и обеспечивало благоприятные условия для выполнения следующих этапов операции. Лишь предварительная стабильная фиксация костных отломков дала возможность определить истинный диастаз между концами сосудов и выбрать оптимальный вариант восстановительной операции на сосудах.

Все 46 больных оперированы по экстренным показаниям. Учитывая масштаб травмы, размоложения тканей в пределах раны и высокую вероятность развития раневой инфекции, предпочтение отдавали аутовенозной пластике, которая выполнена у 31 (67,4%) пациента (рис. 4), и экстраанатомическому шунтированию аутовеной – у 15 (32,6%) больных.



РИС. 4. ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ФОТО. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОВРЕЖДЕННОЙ ЗАДНЕТИБИАЛЬНОЙ АРТЕРИИ ПУТЁМ НАЛОЖЕНИЯ АНАСТОМОЗА ПО ТИПУ «КОНЕЦ В КОНЕЦ»

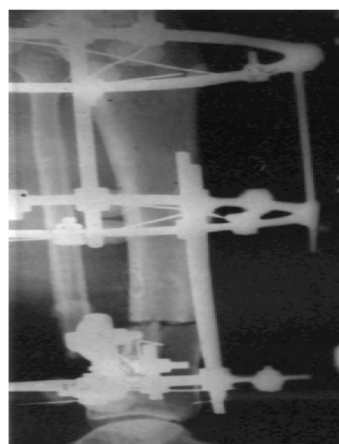


РИС. 5. РЕНТГЕНОГРАФИЯ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ПОСЛЕ ВНЕОЧАГОВОГО ОСТЕОСИНТЕЗА АППАРАТОМ ИЛИЗАРОВА

По тем же обстоятельствам, с целью фиксации костных отломков, наиболее часто применяли внеочаговый остеосинтез компрессионно-дистракционными аппаратами – 28 (60,9%) случаев (рис. 5).

В остальных случаях (n=18) переломы лечились наложением скелетного вытяжения и гипсовой повязки. Больные в послеоперационном периоде получали антибиотики широкого спектра действия, антикоагулянты и антиагреганты.

Несмотря на усиленную патогенетически обоснованную послеоперационную терапию, у 22 (47,8%) оперированных больных в послеоперационном периоде возникли осложнения, которые выражались в виде нагноения раны (n=14; 30,4%), тромбоза оперированного сосуда (n=4; 8,7%) и кровотечения (n=4; 8,7%).

Ампутации после операции выполнены 5 (10,9%) больным, умерло – 2 (4,3%) пациента. Причиной ампутации конечности явился тромбоз оперированного сосуда, прогрессирование ишемии конечности с развитием некробиотических изменений в тканях. Летальный исход у 2 пациентов был обусловлен шоком и несовместимой с жизнью тяжёлой кровопотерей.

Таким образом, из всех 46 больных с сочетанным костно-сосудистым повреждением нижних конечностей, у 39 (84,8%) пострадавших удалось достичь положительного результата, что указывает на правильно выбранную хирургическую тактику.

Благодаря прогрессу технологий XXI века, автоматизации и механизации производства и увеличению

количества средств передвижения, частота сочетанных костно-сосудистых повреждений увеличивается с каждым годом [1,3].

Несмотря на достижения современной ангиохирургии, частота диагностических ошибок и связанные с ними последствия остаются одним из основных факторов снижающих качество жизни пострадавших.

Стандартные методы обследования пострадавших без применения УЗДАС и рентгеноконтрастной ангиографии в подобных ситуациях, как правило, не всегда позволяют добиться хороших результатов, из-за диагностических ошибок.

Большинство авторов приводят убедительные данные о высокой частоте погрешностей и ошибок при оказании первой помощи пострадавшим с сочетанными костно-сосудистыми повреждениями [1,3,5,6].

Единственным методом снижения уровня диагностических и тактических ошибок при оказании специализированной помощи этим категориям больным, по мнению ряда авторов, является повышение уровня знаний врачей относительно травм кровеносных сосудов и их последствий, и широкое применение дополнительных инвазивных методов исследования [5,7].

Таким образом, восстановление магистрального кровотока при сочетанных костно-сосудистых повреждениях является основным приоритетом экстренной ангиохирургической помощи. Только оказание специализированной помощи с использованием сложнейших оперативных вмешательств таким категориям больным гарантирует хорошие результаты лечения.



На сегодняшний день радикальным методом лечения подобных травм является обходное аутовенозное шунтирование кровотока с внеочаговой фиксацией перелома.

На наш взгляд, во всех случаях при сочетанных костно-сосудистых повреждениях помощь должна оказывать бригада сосудистых хирургов и травматологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дуданов И.П. Диагностика и лечение повреждений магистральных сосудов / И.П.Дуданов, Ю.А.Ижиков. – Петрозаводск: Унта. – 2002. – 224 с.
2. Абышов Н.С. Ближайшие и отдалённые результаты аутовенозных реконструкций артерий конечностей при травматических повреждениях / Н.С.Абышов // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2002. – Т. 8, № 4. – С. 103-109.
3. Arthurs Z.M. Vascular trauma: endovascular management and techniques / Z.M.Arthurs, V.Y.Sohn, B.W.Starnes // Surg. Clin. North Am. – 2007. – V. 87, № 5. – P. 1179-1192.
4. Fox C.J. Contemporary management of wartime vascular trauma / C.J.Fox, D.L.Gillesie, O'Donnel // J. Vasc. Surg. – 2005. – V.41, № 4. – P. 638-644.
5. Беляева А.А. Ангиохирургия в клинике травматологии и ортопедии / А.А.Беляева. – М.: Медицина. – 1993. – 240 с.
6. Возможности комбинированного хирургического и рентгенхирургического лечения травматических повреждений магистральных артерий / И.В.Альтман [и др.] // Сердце и сосуды. – 2006. – № 4. – С. 28-30.
7. Endovascular repair of post-traumatic, concomitant popliteal artery pseudoaneurysm and arteriovenous fistula / R.W.Franz [et al.] // Int. J. Angiol. – 2009. – V. 18, № 1. – P. 41-44.

Summary

Surgical tactics in combined bone and vascular lesions of lower limb

H.N. Nazarov¹, A.D. Gaibov², O.N. Sadriev²

¹ Hatlon Regional Clinical Hospital by B. Vahidov;

² Chair of Surgical Diseases №2 Avicenna TSMU

The paper analyzes the results of the diagnosis and treatment 46 patients with combined bone and vascular lesions of the lower extremities.

Diagnostic errors in the recognition of vascular injury with bone fractures of the lower limbs reached 17,4%, for which reason authors defined the necessary volume of diagnostic measures in such situations.

Correctly chosen tactics of patients with combined bone and vascular lesions allowed in 84,8% of cases to achieve good results. Unsatisfactory results, the frequency of which reaches 15,2%, indicate the need for continued research in this direction.

Key words: bone fracture, bone and vascular lesions

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Назаров Хасан Насруллоевич – заведующий отделением травматологии и ортопедии Хатлонской областной клинической больницы им. Б. Вахидова; Республика Таджикистан, г. Курган-Тюбе, ул. Вахдат, 2
E-mail: sino2004@mail.ru



Диагностика неполных внутренних свищей прямой кишки

М.К. Гулов*, Ю.Х. Иброхимов

*Кафедра общей хирургии №1; оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ;
Городской центр колопроктологии г.Душанбе

У 103 (72%) из 143 обследованных нами пациентов с неполными внутренними прямокишечными свищами, свищевое отверстие было в диаметре менее 3 мм, а у остальных 40 (28%) – от 3 мм до 25 мм. В 30 (21%) случаях выявлены выраженные воспалительные изменения в области свищевого отверстия, у 6 (4,2%) пациентов имелось разрастание грануляционной ткани, и у 3 (2,1%) – рубцовые изменения анального канала в области свищевого отверстия.

Самыми эффективными методами обследования больных с неполными внутренними прямокишечными свищами являются интаректальная фистулография и трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) прямой кишки, которые зачастую позволяют получить достоверную информацию о строении свища. Разработанное нами устройство для фистулографии при неполных внутренних прямокишечных свищах было апробировано у 37 больных. Фистулография, при разработанном нами методе, была информативной в 91,9% случаев, напротив, при общеизвестном методе фистулографии – в 16,4%.

С помощью ТРУЗИ нами была также разработана классификация неполных внутренних свищей прямой кишки по степени сложности, которая предоставляет достаточную информацию о характере и строении свища.

Ключевые слова: неполный внутренний свищ, фистулография, трансректальное ультразвуковое исследование

Введение. Ведущее место среди проктологических заболеваний занимают хронические парапроктиты, одной из разновидностей которых являются неполные внутренние свищи (НВС) прямой кишки [1-3]. Хронический парапроктит или прямокишечные свищи – это имеющийся хронический воспалительный процесс в одной из морганиевых крипт, в межсфинктерной области и в параректальной клетчатке, с наличием уже образовавшегося свищевого хода. Внутренним отверстием свища при этом является поражённая крипта. НВС диагностируются у 1,2-11,8% больных с хроническим парапроктитом. НВС, скорее всего, являются криптитом или инфицированной раной анального синуса, возникшей вследствие травмы или воспалительного процесса выводных протоков анальных желёз [4].

Диагностика пациентов с неполными внутренними прямокишечными свищами является довольно непростой задачей. По этому вопросу мало сообщений в различных научных публикациях, что по сей день требует своего решения [5-7]. Существующие методы диагностики не дают полной информации о характере свища, наличии разветвлённости, гнойных полостей, затёков, и нередко мало соответствуют тому, что находит проктолог во время операции. Это

связано, в первую очередь, с анатомическими особенностями НВС: рубцовые изменения с деформацией анального канала, а также различные степени недостаточности анального сфинктера. Достижение удовлетворительных исходов лечения у пациентов с НВС требует совершенствования методов диагностики [1,8,9].

Выяснение этих вопросов даёт возможность более дифференцированно подойти к выбору метода операции и послеоперационного ведения, а также позволит снизить количество неудовлетворительных результатов оперативного лечения.

Цель исследования: оптимизация методов диагностики, выбора тактики хирургического вмешательства и послеоперационного ведения больных с неполными внутренними свищами прямой кишки.

Материал и методы. Располагаем опытом наблюдения 143 пациентов с НВС, которые составляют 9,8% от всех больных с прямокишечными свищами. В исследуемую группу больных вошли только пациенты с банальными (неспецифическими) неполными внутренними прямокишечными фистулами криптогландулярного происхождения.

Мужчин было 116 (81,1%), женщин – 27 (18,9%). Возраст пациентов варьировал от 14 до 80 лет и в среднем составил 47 лет. Большинство (n=116; 81,1%) составили лица трудоспособного возраста – от 20 до 49 лет. Почти половина больных (n=69; 48,2%) страдали НВС прямой кишки до поступления в клинику – сроком от 2 месяцев до 2 лет.

Обследование каждого больного включало: сбор анамнеза жизни и заболевания, наружный осмотр, пальпацию околоанальной области, пальцевое исследование; проведение зондирования, ректороманоскопии, фистулографии; сфинктерометрию, трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ).

Подготовка к интаректальной фистулографии проводилась следующим образом: за сутки до фистулографии, с целью очищения свищевых гнойных ходов, полостей и затёков, вводится 10% бензойная мазь на водорастворимой основе. Затем свищевой ход промывается раствором декасана. Кишечник накануне и за 30-60 минут до исследования очищали клизмой или препаратом «Микронема». Для повышения информативности фистулографии, мы подходили дифференцированно к выбору контрастного вещества. С этой целью чаще использовали триомбрат, обладающий высокой информативностью. В случае, если во время предварительного определения проходимости свищевых ходов отмечались затруднения, то заполнение свищевых ходов производилось водорастворимым контрастным веществом с добавлением 3% раствора H₂O₂. Существующие методы фистулографии, в связи с анатомическими особенностями НВС, часто невозможно выполнить. Недостаточность анального жома, наличие рубцов и деформация анального канала в большинстве случаев препятствуют выполнению фистулографии. С целью улучшения дооперационной диагностики нами было разработано новое устройство для фистулографии при неполных внутренних свищах прямой кишки [10], которое было апробировано у 37 больных (рис.1).



РИС. 1. УСТРОЙСТВО ДЛЯ ИНТРЕКТАЛЬНОЙ ФИСТУЛОГРАФИИ НВС ПРЯМОЙ КИШКИ

Трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) – это ультразвуковой метод исследования прямой кишки с использованием ректального ультразвукового датчика. ТРУЗИ считается одним из современных методов исследования больных с неполными внутренними прямокишечными свищами. Для определения степени сложности неполных внутренних прямокишечных свищей мы использовали классификацию неполных внутренних свищей, с помощью разработанного нами трансректального ультразвукового метода [11] на аппарате фирмы «HITACHI EUB – 5500».

Нами была разработана классификация неполных внутренних свищей прямой кишки по степени сложности ТРУЗИ (по отношению свищевого хода к волокнам наружного анального сфинктера):

1. Интрасфинктерные или подкожно-подслизистые свищи;
2. Трансфинктерные свищи:
 - а) I степень сложности (n=23; 44,2%) – свищ имеет узкий, прямой ход и проходит через небольшую порцию сфинктера. Межмышечных гнойных полостей и воспалительных инфильтратов не наблюдается.
 - б) II степень сложности (n=18; 34,6%) – свищ имел не прямой, а извилистый ход и проходил через средние порции сфинктера. Отмечались небольшие межмышечные гнойники, а также наблюдались воспалительные изменения вокруг свищевого отверстия (рис.2).
 - в) У 7 (13,5%) пациентов обнаружены свищи III степени сложности. Свищевой ход у этих больных проходил через верхние порции сфинктера, при этом наблюдались гнойные полости, затёки и инфильтраты, свищевое отверстие – широкое (рис.3).
 - г) Свищи IV степени сложности наблюдались у 4 (7,7%) больных. Независимо от уровня прохождения порции волокон сфинктера свищевой хода. У этой категории больных имелось широкое или узкое свищевое отверстие с рубцовыми изменениями и инфильтратами, гнойными полостями, затёками в межмышечном пространстве или в околопрямокишечной клетчатке.
3. Экстрасфинктерные свищи:
 - а) I степень сложности отмечалась у 8 (31,8%) больных. Свищевое отверстие у этих пациентов было узкое, с прямым ходом, без гнойников и воспалительных инфильтратов.
 - б) У 2 (8,7%) больных имелись НВС II степени сложности. В области свищевого отверстия наблюдалось рубцово-воспалительное изменение, но без гнойников и инфильтратов в околопрямокишечной области.



РИС. 2. ТРАНСРЕКТАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ТРУЗИ) НВС ПРЯМОЙ КИШКИ С ТРАНССФИНКТЕРНЫМ ХОДОМ II СТЕПЕНИ СЛОЖНОСТИ

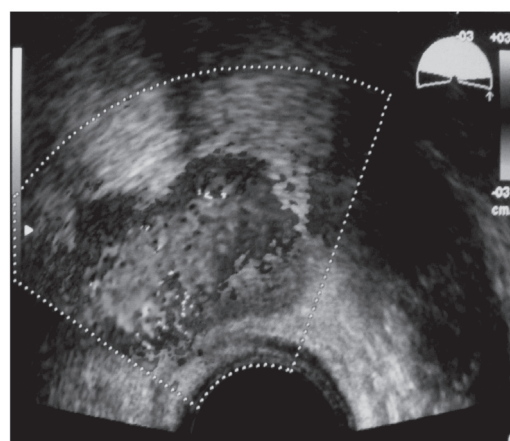


РИС. 3. ТРАНСРЕКТАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. НЕПОЛНЫЙ ВНУТРЕННИЙ ТРАНССФИНКТЕРНЫЙ СВИЩ III СТЕПЕНИ СЛОЖНОСТИ

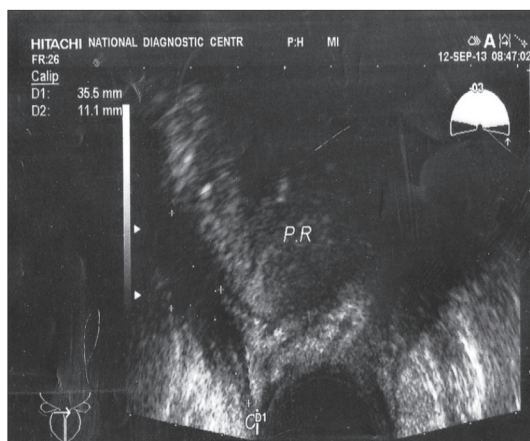


РИС. 4. ТРУЗИ НВС ПРЯМОЙ КИШКИ С ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫМ ХОДОМ III СТЕПЕНИ И СЛОЖНОСТИ



РИС. 5. ТРУЗИ НВС ПРЯМОЙ КИШКИ С ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫМ ХОДОМ IV СТЕПЕНИ СЛОЖНОСТИ

- в) III степень была отмечена у 6 (26,1%) больных. Свищевое отверстие узкое, но имеются гнойники и воспалительное изменение в клетчаточном пространстве (рис.4).
- г) Свищи IV степени сложности характеризовались широким свищевым отверстием с изменениями вокруг него, а также с инфильтратами, гнойными полостями, затёками в клетчаточных пространствах. Причём, гнойные полости могут быть подковообразными. Эту группу составили 7 (30,4%) пациентов (рис.5).

Полученные данные обрабатывались методами вариационной статистики и представлены в виде $M \pm m$. Оценка статистической значимости различий средних величин и относительных показателей проводилась с использованием t-критерия. Нулевую гипотезу отвергали при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. При осмотре больных с НВС прямой кишки, наличие рубцовых изменений разной степени выраженности в перианальной области выявлено у 53 (37,1%) пациентов. Такие рубцовые процессы могут привести к нарушению функции анального держания дистального отдела прямой кишки. Послеоперационная рубцовая деформация анального канала послужила не полному закрытию анального отверстия у 13 (9,1%) пациентов. Эти пациенты были ранее оперированы, что привело не только к возникновению рецидива неполного внутреннего свища прямой кишки, но и к возникновению анальной инконтиненции.

Покраснение кожи анальной области выявлено у 5 (3,5%) пациентов, что само по себе говорит о наличии активного воспалительного процесса, который локализован в параректальной клетчатке. Болезненным пальцевое исследование было у 115 (80,4%)

пациентов, безболезненным – у 28 (19,6%). Спазм анального сфинктера выявлен у 8 (5,6%) больных, а недостаточность анального жома – у 13 (9,1%). В 80 (55,9%) случаях пальцевое исследование прямой кишки дополнялось аноскопией.

При измерении расстояния от кожно-слизистого края ануса до свищевого отверстия результаты были разные. Следуя из этого, можно сделать вывод, что у большинства пациентов (78,3%) свищевое отверстие располагалось на уровне одной из крипт анального канала. По отношению к стенкам анального канала, чаще всего свищевое отверстие локализовалось по заднему сегменту – у 118 (82,5%) человек, у 20 пациентов (14%) – по переднему и у 5 (3,5%) – по боковому сегменту анального канала.

Свищевое отверстие пальпируется в виде рубцовой деформации стенки анального канала на небольшом участке или воронкообразного втяжения. Имеющиеся рубцовые изменения в области свищевого отверстия и рубцово-воспалительные изменения в тканях параректальной клетчатки, в свою очередь, дают максимальную информацию о степени сложности неполного внутреннего свища.

У 103 (72%) из 143 обследованных нами пациентов с неполными внутренними прямокишечными свищами, свищевое отверстие было в диаметре менее 3 мм, а у остальных 40 (28%) – от 3 мм до 25 мм. В 30 (21%) случаях выявлены выраженные воспалительные изменения в области свищевого отверстия, у 6 (4,2%) пациентов имелось разрастание грануляционной ткани, и у 3 (2,1%) – рубцовые изменения анального канала в области свищевого отверстия.

При зондировании свища в 40 (28%) случаях получена удовлетворительная информация о характере свища, а 103 (72%) случая были малоинформативными. У 21 (52,5%) из 40 пациентов глубина свищевого хода была до 5 мм, у 19 (47,5%) – более 5 мм. Наличие гнойных полостей обнаружили у 15 (37,5%) больных, следующих локализаций: подкожные – 3, подслизи-

стые – 4, ишеоректальные – 3, ретроректальные – 2, пелвиоректальные – 2, ректовагинальной перегородки – 1. Отношение свищевого хода к волокнам сфинктера было таким: интрасфинктерный – у 24 (60%), трансфинктерный – у 13 (32,5%) и экстрасфинктерный – у 3 (7,5%).

При ректороманоскопии нами выявлены такие сопутствующие заболевания как: проктиты – у 3 (4,3%), проктосигмоидиты – у 8 (4,3%), полипы – у 3 (4,3%) больных.

При фистулографии у 37 пациентов, с помощью разработанного нами устройства у 34 (91,9%) из них удалось получить ценную информацию об особенностях свищей. Лишь у 3 (8,1%) больных фистулографию не удалось выполнить, из-за имевшегося гнойно-воспалительного процесса в фазе инфильтрации. Данный метод фистулографии улучшает возможности предоперационной диагностики пациентов с НВС прямой кишки. При общеизвестном методе фистулографии, в 16,4% случаев он был информативным, а при разработанном нами методе – в 91,9%.

При проведении ТРУЗИ наибольшую группу (n=68; 47,5%) составили больные с интрасфинктерными свищами, вторыми по частоте были трансфинктерные неполные внутренние прямокишечные свищи (n=52; 36,4%), и наконец, третью группу составили пациенты с экстрасфинктерными свищами прямой кишки (n=23; 16,1%).

Таким образом, при ТРУЗИ НВС во всех случаях нам удалось установить свищевое отверстие. Кроме того, при этом получить дополнительную информацию о распространённости и выраженности рубцовых изменений в стенке кишки и гнойных полостей в тканях параректальной области. Во всех случаях выявлен неполный внутренний прямокишечный свищ.

При проведении сфинктерометрии, полученные нами данные дают возможность установить, что у пациентов с неполными внутренними свищами прямой кишки чаще всего имеет место снижение волевых сокращений сфинктера (табл.).

ТАБЛИЦА. ПОКАЗАТЕЛИ СФИНКТРОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПОЛНЫМИ ВНУТРЕННИМИ СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ

Исследуемые параметры	Показатели сфинктерометрии по двум направлениям branшей сфинктерометра в граммах							
	Мужчины				Женщины			
	3-9 часов		6-12 часов		3-9 часов		6-12 часов	
	В норме	При обслед.	В норме	При обслед.	В норме	При обслед.	В норме	При обслед.
Тонус сфинктера в покое	427,0±11,3	295,0±11,7	367,0±10,9	255,0±15,4	387,7±6,4	260,7±6,5	297,0±6,9	225,5±25,2
Максимальное усилие	667,7±12,7	495,5±18,5	541,0±4,1	420,5±24,9	603,4±12,6	420,7±27,8	441,0±13,8	355,5±43,5
Волевое сокращение	240,7±9,1	200,5±10,9	174,0±7,5	165,5±13,5	215,7±8,2	160,0±19,7	144,0±10,0	130,0±19,1



Показатели сократительной способности анального сфинктера у женщин по сравнению с нормой достоверно ниже ($p \leq 0,05$). У мужчин также отмечалось снижение показателей сфинктерометрии, но показатели волевого сокращения по боковым направлениям достоверного ($p \geq 0,05$) отличия от нормы не имели.

Полученные нами данные, по сравнению с аналогичными работами других авторов, свидетельствуют о том, что в ходе исследования нам удалось во всех случаях (100%) установить свищевое отверстие при ТРУЗИ НВС прямой кишки, между тем, по данным Орловой Л.П. с соавт. (2007), этот показатель составляет всего 55% [1].

Таким образом, в связи с особенностями локализации НВС и отсутствием наружного свищевого отверстия, часто возникает затруднение при обследовании пациентов. Самыми эффективными методами обследования больных с неполными внутренними прямокишечными свищами являются следующие: пальцевое исследование, аноскопия, методика интаректальной фистулографии и трансректальное ультразвуковое исследование прямой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ультразвуковая семиотика хронического парапроктита / Л.П.Орлова, А.М.Кузьминов, Н.А.Полякова, Ш.Т.Минбаев // Колопроктология. - 2007. - №1. - С.4-6.
2. Рентгенологический метод в обследовании больных со свищами промежности / А.А.Тихонов А.М.Кузьминов, Н.Н.Полётов, Ш.Т.Минбаев // Вестник рентгенологии и радиологии. - 2001. - № 4. - С. 43-47.
3. Pomerri F. Anal endosonography and fistulography for fistula-in-ano/ F. Pomerri, G. Dodi, G. Pintacuda, L. Amadio, P.C. Muzzio // Radiol Med. 2010 Aug;115(5):771-83.
4. Аминев А.М. Руководство по проктологии / А.М.Аминев.- Куйбышев. - 1973. - Т.3.- С. 90-345.
5. Halligan S. Imaging of Fistula in Ano/ S, Halligan, J.Stocer /Radiology// - 2006. - Vol. 239, № 1. -P. 18-33.
6. Pinsk I. Anography: a technique for determining the location of the internal opening in perianal fistula// I.Pinsk , R.Seppala, M.S.Friedlich /Colorectal Dis. - 2010;12(9):896-900.
7. Buchanan G.N. Clinical Examination, Endosonography, and MR Imaging in Preoperative Assessment of Fistula in Ano: Comparison with Outcome-based Reference Standard// G.N.Buchanan, S.Halligan, C.I.Bartram, A.B.Williams, D.Tarroni, C.Cohen, G.Richard./ Radiology. - 2004. - Vol. 233, №3. - P. 674-681.
8. Perez M.M. Usefulness of anal ultrasonography in anal fistula// M.M. Perez, E. Garcia-Granero. /Rev Esp Enferm Dig (Madrid). -2006. - Vol. 98, №8. - P. 563-572.
9. Sudół-Szopińska I. The Accuracy of a Postprocessing Technique-Volume Render Mode-in Three-Dimensional Endoanal Ultrasonography of Anal Abscesses and Fistulas/ I. SudółSzopińska, M.Kołodziejczak , T.R.Szopiński . // Dis Colon Rectum. - 2011;54(2):238-44.
10. Иброхимов Ю.Х., Кахаров А.Н. Устройство для фистулографии при неполных внутренних прямокишечных свищах (Рацпредложение №3286/R-502, выданное ТГМУ от 15.05.2012г.).
11. Гулов М.К., Иброхимов Ю.Х. Способ ультразвуковой диагностики внутренних неполных свищей прямой кишки в зависимости от степени сложности (Рацпредложение №3375/R-590, выданное ТГМУ от 10.11.2013г.).



Summary

Diagnostics of partial inner anal fistula

M.K. Gulov*, Yu.Kh. Ibrohimov

* Chair of General Surgery №1; Operative surgery and topographic anatomy of TSMU;
Municipal Coloproctology center, Dushanbe city

In 103 (72%) of 143 investigated patients had incomplete internal rectal fistula the fistulous holes with diameter less than 3 mm, and in the remaining 40 (28%) – from 3 mm to 25 mm. In 30 (21%) cases revealed inflammatory changes in the fistula hole, in 6 (4,2%) observed overgrowth of granulation tissue, and in 3 (2,1%) – scarring in anal canal fistula around hole area.

The most effective methods of examination patients with incomplete internal rectal fistulas are intrarectal fistulography and transrectal ultrasound (TRUS), which is often possible to obtain reliable information about the fistula structure. We have developed a device for fistulography with incomplete internal rectal fistula that was tested in 37 patients. Proposed fistulography was informative in 91,9% of cases, on the contrary, when the well-known method fistulography – 16,4%.

Using TRUS a classification of incomplete internal fistula rectum by its complexity is developed, which provides sufficient information about the nature and structure of the fistula.

Key words: incomplete internal fistula, fistulography, transrectal ultrasonography

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Гулов Махмадшоҳ Курбоналиевич –
профессор кафедры общей хирургии №1 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр.Рудаки,139
E-mail: gulov_m@mail.ru



Микробный пейзаж отделяемого ран после хирургического лечения геморроя с применением латексного лигирования и закрытой стандартной геморроидэктомии

Ю.В. Щербакова, С.В. Обухова, С.Ю. Макарова, П.С. Зубеев

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области
«Городская больница №33», Россия

Проведено динамическое микробиологическое исследование отделяемого ран 114 пациентов, перенёвших латексное лигирование геморроидальных узлов и стандартную закрытую геморроидэктомию (ГЭ).

Основную группу составили 46 пациентов, которым было выполнено латексное лигирование (ЛЛ), контрольную – 68 больных, которым была произведена стандартная закрытая ГЭ по Миллигану-Моргану.

После оперативного вмешательства и проводимого лечения характер микрофлоры изменился. На 3 день в основной группе кишечная палочка обнаруживалась у 14 (30,4%), фекальный стрептококк – у 3 (6,5%), а гемолитический стрептококк – у 9 (19,6%) пациентов.

На 7 день после операции в основной группе кишечная палочка определялась у 11 (23,9%), гемолитический стрептококк – у 6 (13,0%) пациентов, фекальный стрептококк не был высеян. Причём, кишечная палочка на 3 и 7 день в контрольной группе определялась чаще на 17,6% и 25%, соответственно, чем до операции, тогда как в основной группе – к 7 дню сокращалась на 6,5%.

Следовательно, выполнение ЛЛ, по сравнению с геморроидэктомией, позволяет снизить обсеменённость раны.

Ключевые слова: латексное лигирование, закрытая стандартная геморроидэктомию, микрофлора отделяемого ран

Актуальность. На современном этапе развития медицины разработано огромное количество вариантов лечения геморроя, включая радикальные и малоинвазивные операции (склеротерапия, инфракрасная фотокоагуляция, лигирование и др.) [1]. Поэтому перед хирургом, а иногда и пациентом, стоит непростая проблема выбора того или иного способа. В связи с этим, исследование преимуществ и недостатков различных вариантов на сегодняшний день остаётся крайне актуальным.

Среди методов малоинвазивного лечения геморроя наиболее распространённым и радикальным считается метод лигирования геморроидальных узлов латексными кольцами (ЛЛ) [2,3]. В настоящее время лигирование заменило 80% геморроидэктомий [4].

С другой стороны, гнойно-воспалительные осложнения широко распространены при хирургическом лечении геморроя [5,6].

Цель исследования – сравнение микробного пейзажа отделяемого ран после хирургического лечения геморроя с применением латексного лигирования и закрытой стандартной геморроидэктомии (ГЭ).

Материал и методы. Исследования проводились на базе ГБУЗ НО «Городская больница №33» и Амбулаторного проктологического центра г. Н. Новгорода.

Было проведено динамическое наблюдение 114 пациентов, оперированных в ГБУЗ НО «Городская больница № 33» в 2006-2008 гг. Из них основную группу составили 46 пациентов, которым было выполнено латексное лигирование (ЛЛ). Контрольная группа представлена 68 пациентами, которым была произведена стандартная закрытая ГЭ по Миллигану-Моргану.

ТАБЛИЦА 1. ЧАСТОТА ВЫСЕВАЕМОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ ИЗ РАНЕВОГО ОТДЕЛЯЕМОГО ПАЦИЕНТОВ (в %)

Виды микроорганизмов	Основная группа			Контрольная группа		
	До операции	3 день	7 день	До операции	3 день	7 день
Escherichia coli	30,4	30,4	23,9	32,4	50,0*	57,4*
Enterococcus faecalis	40,5	6,5	0	35,3	17,6	10,3*
Streptococcus pyogenes	19,6	19,6	13	22,0	10,3*	10,3
Staphylococcus aureus	6,5	0	0	5,8	0	0

Примечание: * - статистически значимые различия ($p < 0,05$) основной группы по отношению к контрольной

Группы статистически не отличались по половому ($p=0,25$) и возрастному распределению ($p=0,40$).

Критериями включения пациентов в проводимое исследование были: наличие геморроя III стадии, длительность заболевания от 1 года и более, возраст пациентов 20-70 лет.

Критериями исключения пациентов из проводимого исследования служили: сильные кровотечения или тромбоз геморроидальных узлов, наличие ранее перенесённых оперативных вмешательств на анальном канале, сопутствующие патологии анального канала, тяжёлые сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации.

При определении стадии заболевания использовали классификацию ГНЦ колопроктологии (Россия, 2001 г.).

Длительность заболевания в контрольной группе составила $4,44 \pm 0,34$ года, в основной – $3,95 \pm 0,14$ года ($p=0,06$).

Все исследования соответствуют этическим стандартам пересмотренного варианта Хельсинской декларации 1983 г.

Микробиологические исследования отделяемого ран проводились в микробиологической лаборатории ГБУЗ НО «Городская больница № 33».

Забор биоматериала осуществляли до операции, на 3 и 7 день после операции. Взятие биоматериала производили при соблюдении правил асептики. Забор осуществляли тремя стерильными тампонами и помещали в транспортную среду AmiesMediumW (HIMEDIA, Индия). Материал, взятый одним из тампонов, также «размазывался» по стерильному предметному стеклу. Не более чем через 1 час после взятия весь биоматериал доставлялся в микробиологическую лабораторию вместе с полученными мазками.

Окрашивание мазков проводили по Граму. В лабораторных отчётах указывалось, какие виды микроорганизмов выделены. При выделении ассоциации микроорганизмов, в лабораторных отчётах перечислялись все виды микроорганизмов, входящих в ассоциацию.

Уровень статистической значимости в исследовании принят равным 0,05. Для сравнения групп между собой использован критерий Манна-Уитни. Данные обрабатывались с помощью программ Statistica, Statgraphics.

Результаты и их обсуждение. При микробиологических исследованиях в предоперационном периоде у пациентов основной и контрольной групп преобладали кишечная палочка – 36 (31,6% всех обследованных) и фекальный стрептококк – 47 (41,2%). Гемолитический стрептококк выделен у 24 (21,0%) пациентов, золотистый стафилококк – у 7 (6,1%). Группы между собой по микробному «пейзажу» статистически не отличались (табл. 1). Все выделенные организмы относились к группе эпизодически встречающихся или случайных, транзиторных для микрофлоры операционной раны [7]. Поскольку микробной флорой, вызывающей инфекции в области хирургического вмешательства, по данным литературы, являются стафилококки и кишечные бактерии [8,9], были проведены исследования микрофлоры раневой поверхности спустя 3 и 7 суток на аэробные микроорганизмы.

После оперативного вмешательства и проводимого лечения характер микрофлоры изменился. На 3 день в основной группе кишечная палочка обнаруживалась у 14 (30,4%), фекальный стрептококк – у 3 (6,5%), а гемолитический стрептококк – у 9 (19,6%) пациентов. В контрольной группе кишечная палочка была определена у 34 (50,0%), фекальный стрептококк – у 12 (17,6%), а гемолитический стрептококк – у 7 (10,3%) пациентов. Золотистый стафилококк не был высеян ни в одном случае. Из литературных источни-



ков известно, что даже при идеальном соблюдении принципов асептики полностью избежать контаминации хирургических ран во время операции не удаётся [10]. Поэтому может развиваться нагноение в области хирургического вмешательства.

На 7 день после операции в основной группе кишечная палочка определялась у 11 (23,9%), гемолитический стрептококк – у 6 (13,0%) пациентов, фекальный стрептококк не был высеян. В контрольной группе кишечная палочка была зафиксирована у 39 (57,4%), фекальный и гемолитический стрептококк – у 7 (10,3%) пациентов. Золотистый стафилококк не был высеян ни в одном случае.

Гнойно-воспалительный процесс ни в одном из 114 случаев нами зафиксирован не был.

Стоит отметить, что гемолитический стрептококк на 3 день исследования в основной группе встречался достоверно чаще, чем в контрольной. Однако к 7 дню количество его высеваний уменьшилось, статистически значимых различий между группами выявлено не было. Кишечная палочка и фекальный стрептококк после операции обнаруживались в основной группе достоверно реже, чем в контрольной. Потенциально эти микроорганизмы могут являться причиной гнойно-септических состояний. Причём, кишечная палочка на 3 и 7 день в контрольной группе определялась чаще на 17,6% и 25%, соответственно, чем до операции. Тогда как в основной – к 7 дню сокращалась частота высеваний на 6,5%.

Подобная картина указывает на меньшее микробное загрязнение ран у пациентов основной группы. Это может быть связано с отсутствием крупных послеоперационных ран и швов в прямой кишке, а также с меньшим количеством кровотечений, которые создают благоприятную среду для развития микроорганизмов. Кроме того, при ЛЛ снижается вероятность контаминации раны от хирургических инструментов, так как в области геморроидального узла перед отмиранием находится только латексное кольцо. С другой стороны, при ЛЛ геморроидальных узлов контаминация эндогенной микрофлорой объектов внешней среды и хирургического инструментария снижена, что значительно затрудняет образование резервуаров госпитальных штаммов во внешней среде стационара, обуславливая низкий уровень послеоперационных госпитальных гнойно-септических инфекций.

Таким образом, учитывая меньший риск развития гнойно-септических осложнений при малоинвазивном способе лечения, снижение частоты высеваемости эндогенной условно-патогенной микрофлоры с послеоперационных ран, ЛЛ позволяет снизить обсеменённость раны, что является преимуществом перед стандартной ГЭ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Титов А.Ю. Использование препаратов фармакологического ряда «Релиф» в лечении больных проктологического профиля / А.Ю.Титов, А.А.Мудров // Хирургия. Урология. – 2007. – №12. – С. 988-994.
2. Загрядский Е.А. Трансанальная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под доплер-контролем с мукопексией и лифтингом слизистой в лечении геморроя III-IV стадии / Е.А.Загрядский // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2009. – №2. – С. 52-56.
3. Попов Р.В. Результаты применения метода одномоментного лигирования трёх внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами / Р.В.Попов, Р.В.Коротких, К.А.Сомов // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2008. – №30. – С. 35-44.
4. Палиенко Р.К. Вакуумное лигирование геморроидальных узлов / Р.К.Палиенко, В.С.Андриец [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medi.ru/doc/a240940.htm>
5. Демин Н.В. Геморрой – клиника, диагностика, лечение / Н.В.Демин // Русский медицинский журнал. Хирургия. Урология. – 2007. – №29. – С. 2217-2224.
6. Жерлов Г.К. Хирургическое лечение геморроя / Г.К.Жерлов, Д.В.Зыков, А.В.Карпович // Хирургия. – 2008. – №9. – С. 19-25.
7. Шаркова В.А. Микробиоценоз операционной раны и его зависимость от класса / В.А.Шаркова, Е.Ф.Лайман, Н.А.Баранова // Фундаментальные исследования. – 2012. – №5. – С. 379-384.
8. Авертисян Л.Р. Генотипические особенности штаммов *Pseudomonasaeruginosa*, циркулирующих в хирургическом стационаре / Л.Р.Авертисян, М.Ю.Чернуха, Н.И.Габриелян // Журнал микробиологии. – 2009. – №5. – С. 33-35.
9. Зуев Л.П. Эпидемиология / Л.П.Зуев, Л.П.Яфаев. – СПб.: Фолиант. – 2006. – 752с.
10. Pessaux P. Risk Factors for Postoperative Infectious Complications in Noncolorectal Abdominal Surgery / P.Pessaux, S.Msika, D.Atalla // ArchSurg. – 2003. – №138. – С. 314-320.



Summary

Microbial landscape discharge wounds after surgical treatment of hemorrhoids using latex ligation and closing standard hemorrhoidectomy

Yu.V. Sherbakova, S.V. Obukhova, S.Y. Makarova, P.S. Zubeyev

State Budget Institution of Healthcare of Nizhny Novgorod region «City Hospital №33», Russia

A microbiological study of dynamic discharge wounds 114 patients who underwent latex ligation of hemorrhoids and standard closed hemorrhoidectomy (HE) was performed.

A study group comprised 46 patients who underwent latex ligation (LL) and control - 68 patients who underwent standard closed HE by Milligan-Morgan.

After surgery and treatment the nature of the microflora has changed. On day 3 in the main group E. coli was detected in 14 (30,4%), fecal streptococcus – in 3 (6,5%), and hemolytic streptococcus – in 9 (19,6%) patients.

On day 7 after surgery in the main study group E. coli was determined in 11 (23,9%), hemolytic streptococcus – in 6 (13,0%) patients, fecal streptococcus was not sown. Moreover, E. coli at days 3 and 7 in the control group was determined more by 17,6% and 25% respectively, than before the surgery, while the main group – day 7 was reduced to 6,5%. Consequently, the performance LL, compared to hemorrhoidectomy reduces wound contamination.

Key words: latex ligation, closed standard hemorrhoidectomy, wound discharge microflora

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Щербакова Юлия Викторовна –
заведующая отделением гнойной хирургии
Государственного бюджетного учреждения
здравоохранения Нижегородской области
«Городская больница №33»;
Россия, г.Нижний Новгород,
пл. Минина и Пожарского, д. 10/1
E-mail: shcherbakovau@mail.ru



Оптимизация тактики диагностики и лечения больных с инородными телами прямой кишки

Н.М. Даминова*, М.А. Нурматова

*Кафедра общая хирургия №1; оперативной хирургии и топографической анатомии
ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье представлены результаты комплексной диагностики и лечения 54 больных с инородными телами прямой кишки (ИТПК) и повреждениями её стенки.

ИТ в анальном канале имели место у 21 (26,2%) больного, в ампулярной части прямой кишки – у 14 (33,2%), в среднеампулярной части – у 6 (14,1%), в верхнеампулярной части – у 10 (19,1%) и у 5 (7,4%) – ИТПК мигрировали в сигмовидноободочную кишку.

Размеры ИТ были самыми разнообразными, от нескольких миллиметров до больших размеров (от 5 см до 35 см и более).

У 26 (48,1%) из 54 пациентов с ИТПК отметили осложнения, при этом в 10 (38,4%) случаях для извлечения ИТ выполняли оперативные вмешательства. В остальных 28 (51,8%) наблюдениях ИТПК протекали без осложнений со стороны кишечника и промежности, и при их удалении эффективно были использованы: трансанальное бескровное вмешательство – в 16 (57,1%) случаях, эндоскопическое – в 5 (17,8%) и трансанальное вмешательство со сфинктеротомией – в 7 (25%).

Согласно разработанным нами объективным критериям выбора методов извлечения ИТПК удалось значительно улучшить результаты лечения, при этом послеоперационные осложнения снизились до 7,5% и летальность – до 2%.

Ключевые слова: инородные тела, прямая кишка, трансанальное удаление

Введение. Инородные тела прямой кишки (ИТПК) представляют сложную проблему в плане диагностики и лечения [1,2]. Около 8-10% причин травм прямой кишки является наличие ИТПК, введенных через анус [3,4]. Несмотря на малочисленность наблюдений, кажущуюся простоту диагностики, до настоящего времени всё ещё не выработана рациональная хирургическая тактика, позволяющая объективизировать методы лечения ИТПК [5-7]. До настоящего времени нет единой клинической классификации ИТПК, поэтому ряд вопросов, касающихся диагностики и лечения больных с ИТПК, остаются нерешёнными. Поздняя диагностика, отсутствие срочной эндоскопической и специализированной колопроктологической службы в ряде стационаров, по-прежнему, ставит перед практическим хирургом непростые вопросы выбора хирургической тактики. Разнообразие инородных тел, недоступность выше лежащих отделов прямой кишки для исследования создают трудности в диагностике ИТПК. Сложности трансректального удаления создают в большинстве случаев нестандартные ситуации, что вызывает определённые затруднения в выборе оптимальной

хирургической тактики, решение о которой приходится принимать на фоне небольшого личного опыта лечения таких больных и немногочисленных рекомендаций, порой противоречивых друг другу [8].

Целью исследования является оптимизация тактики диагностики и обобщение опыта хирургического лечения больных с ИТПК.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 54 пациента с ИТПК, находящихся на лечении в ГКБ №5 г.Душанбе, а также в хирургическом стационаре специализированных колоний РТ за период с 2000 по 2013гг.. Среди наблюдавшихся больных 36 (73,8%) были мужчины, 18 (26,2%) – женщины. Возраст пациентов с ИТПК составил от 17 до 73 лет.

Среди больных с ИТПК в наиболее трудоспособном возрасте были 40 (57,1%), остальные больные были зрелого и пожилого возрастов (n=16). Пациенты поступали в различные сроки от момента попадания ИТ в прямую кишку.



В первые 2 часа после попадания инородных тел в прямую кишку за медицинской помощью обратились 20 (23,9%) больных. В сроки от 2 до 12 часов – 12 (28,5%) и от 12 до 24 часов – 10 (19,1%) пациентов. Следует отметить, что ещё 12 (28,5%) пациентов с ИТПК по различным причинам поступили поздно, в сроки более 24 часов с момента попадания инородных тел.

Локализация ИТ была также различной. ИТ анального канала имели место у 21 (26,2%) больного, ампулярной части прямой кишки – у 14 (33,2%), среднеампулярной части – у 6 (14,1%), верхнеампулярной части – у 10 (19,1%) и у 5 (7,4%) – ИТПК мигрировали в сигмовидноободочную кишку.

Размеры ИТ были самими разнообразными, от нескольких миллиметров до больших размеров. У 10 (23,8%) пациентов ИТ были малых размеров – до 5 см, у 12 (33,3%) – средних размеров (до 18 см), у 9 (21,4%) – крупных (от 20 до 35 см), ещё у 9 (21,4%) – внушительных размеров (более 35 см). Следует отметить, что во всех 14 случаях при крупных и внушительных ИТПК причиной их попадания являлось насильственное их введение и анальная мастурбация. Всем больным были проведены пальцевое исследование прямой кишки, anosкопия, ректороманоскопия, рентгенологическое и ультразвуковое исследование, видеолaparоскопия по показаниям.

Результаты и их обсуждение. Для построения лечебной тактики при ИТПК важное и определяющее значение имеет не только количество и величина инородных тел, но и их структура, и физическая характеристика тела, а также развившиеся осложнения.

Среди осложнений в 7 случаях наблюдали явления острой кишечной непроходимости, в 2 – вклинение инородного тела в полость малого таза, кровотечение, вследствие разрыва стенок прямой кишки, имело место лишь у 3 больных. Миграция ИТПК в проксимальные отделы отмечалась у 3 больных, в 2 наблюдениях у пациентов с ИТ развился перитонит при перфорации верхнеампулярного отдела прямой кишки, флегмона промежности и острый парапроктит имели место – у 2 пациентов, недостаточность анального жома – у 3, и у 2 больных наблюдалось кишечно-маточные свищи.

Наиболее частой жалобой пациентов с ИТПК являлось наличие болевых ощущений в заднем проходе, наблюдавшееся у 92% пациентов. При крупных и внушительных ИТ, сопровождающихся надрывом прианальной зоны, пациенты с ИТПК ощущали боль не только в анальном канале, но и в промежности (n=18). У этих же больных и у пациентов с множественными ИТПК в 18 (42,9%) случаях наблюдали вздутие живота с отсутствием отхождения газов и стула.

Наряду с зиянием и пролабированием части инородного тела, в 18 случаях во время осмотра диа-

гностировали кровоподтёки и надрывы слизистой. Пальцевое исследование прямой кишки является ведущим методом диагностики ИТПК. Пальцевое исследование позволило в 31 случае диагностировать ИТПК, т.е. доступные для пальцевого исследования. ИТ, находившиеся в анальном канале и ампулярной части прямой кишки, были легко доступны для диагностики этим методом.

Насильственное (криминальное) введение ИТ крупных и внушительных размеров из стекла, металла и дерева сопровождалось ректальным кровотечением в 14 (33,3%) наблюдениях и сильными болями по всей поверхности брюшной полости в 11 (26,1%) случаях.

Выбор сроков и методов извлечения ИТПК зависит от многих факторов. Среди факторов, влияющих на тактику лечения ИТ, следует прежде всего отметить: количество и структуру инородных тел (стеклянные, деревянные, пластиковые, металлические и т.д.), их размеры. Существенное значение для диагностики и выбора методов лечения имеют физиологические характеристики ИТ (гладкие, шероховатые, остроконечные и т.д.), а также наличие осложнений.

На основании комплексного обследования и лечения 54 пациентов с ИТПК и данных литературы нами в клинике разработаны объективные критерии выбора методов извлечения ИТПК (табл. 1).

Как видно из представленных в таблице данных, при низком расположении ИТПК и малых его размерах, эффективным методом их удаления являются пальцевое извлечение и эндоскопические методы. При крупных и внушительных размерах ИТПК, высокорасположенных, а также сопровождающихся осложнениями, целесообразно выполнение более сложных методик извлечения инородных тел.

Таким образом, разработанные объективные критерии показаний выбора способов и сроков извлечения ИТПК позволяют индивидуализировать хирургическую тактику и выбрать наиболее оптимальный метод удаления ИТ.

На основании данных обследования и лечения 54 больных с ИТ прямой кишки по срокам выполнения оперативных вмешательств и других методик извлечения (бескровного) были разделены на 2 группы. В неотложном порядке – инородные тела были извлечены у 34 (80,9%) пациентов и в плановом порядке у 8 (19,1%). Неотложные вмешательства, с целью удаления ИТ прямой кишки, выполняли при высокорасположенных ИТ, сопровождающихся различными осложнениями. Плановые удаления ИТ прямой кишки осуществляли у больных с малосимптомным или бессимптомным нахождением ИТ в прямой кишке. Для извлечения ИТ прямой кишки использовали самые различные методики (табл. 2).



ТАБЛИЦА 1. КРИТЕРИИ ВЫБОРА МЕТОДОВ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПРЯМОЙ КИШКИ

Критерии	Пальцевое извлечение ИТ прямой кишки	Эндоскопическое удаление ИТ	Инструментальное удаление ИТ	Лапаротомия низведения ИТ	Транс-анальное удаление ИТ со сфинктеротомией	Лапаротомия с удалением ИТ
По количеству:						
одиночные	+	+	+	+	+	+
множественные	+	+				
По величине:						
маленькие	+	+				
средних размеров	+	+	+			
крупных размеров			+	+	+	+
внушительных размеров			+	+	+	+
По структуре инородных тел:						
стеклянные			+	+	+	+
металлические			+	+	+	+
деревянные		+	+	+	+	+
пластмассовые						
По физической характеристике:						
гладкие				+	+	+
шероховатые				+	+	+
остроконечные				+	+	+
тупоконечные				+	+	+
По локализации:						
анальный канал	+	+	+			
нижне- и средне-ампулярный отделы	+	+	+	+	+	+
верхнеампулярный отдел				+	+	+
сигмовидная кишка				+	+	+
Осложнение:						
перфорация						+
кровотечение						+
миграция и вклинение					+	+
в полость малого таза					+	+

ТАБЛИЦА 2. МЕТОДЫ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПРЯМОЙ КИШКИ

Методы извлечения	Кол-во	%
Бескровное трансанальное	26	48,1
Эндоскопическое	5	11,9
Трансанальное со сфинктеротомией	11	26,2
Хирургическое	12	22,3



При ИТ прямой кишки у 26 (48,1%) из 54 пациентов отметили осложнения, при этом в 10 (38,4%) случаях для их извлечения выполняли оперативные вмешательства. Показанием к операции является: перитонит (n=1;10%), флегмона промежности (n=1;10%), острый парапроктит (n=4;40%), внутрибрюшное кровотечение (n=4;40%). Также отмечали такие осложнения, как вклинение инородного тела в полость малого таза – 7 (77,8%), кишечная непроходимость – 2 (22,2%), которые традиционными методами не удалось извлечь в течение 30 минут, что дало основание выполнить оперативные вмешательства. Плановые оперативные вмешательства при осложнениях ИТПК выполняли ещё 6 (23,7 %) больным при наличии кишечно-маточных свищей.

В остальных 28 (51,8%) наблюдениях ИТПК протекали без осложнений со стороны кишечника и промежности, и при их удалении эффективно были использованы трансанальное бескровное вмешательство – 16 (57,1%), эндоскопическое – 5 (17,8) и трансанальное вмешательство со сфинктеротомией – 7 (25%).

Непосредственные результаты трансанальных бескровных вмешательств у 16 пациентов показали, что в раннем послеоперационном периоде каких-либо осложнений со стороны прямой кишки и органов полости малого таза не наблюдалось. Изучение непосредственных результатов трансанального удаления инородных тел в сочетании с задней сфинктеротомией у 11 пациентов показало, что в 5 наблюдениях в послеоперационном периоде пациенты жаловались на боли в заднем проходе, особенно при акте дефекации. В 4 наблюдениях пациенты жаловались на недержание газов. Нагноение сфинктеротомной раны отмечали лишь у 2 больных. Все пациенты в сроки от 4 до 7 дней были выписаны на амбулаторное лечение. После трансабдоминальных оперативных вмешательств в 2 наблюдениях отмечали осложнения, в виде продолжающегося перитонита и расхождения швов колостомной раны. Во всех этих случаях выполняли релапаротомию, санацию и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде умер 1 больной, от полирганной недостаточности.

Таким образом, после извлечения ИТ прямой кишки различными способами в послеоперационном периоде гнойно-септические осложнения наблюдались у 4 (7,5%) больных с 1 (2%) летальным исходом. Хирургическая тактика при инородных телах прямой кишки должна быть индивидуально-активной и

определяться их локализацией, формой, размерами, структурой и характером развития осложнений. При неосложнённых смещаемых инородных телах прямой кишки, независимо от локализации, величины и структуры, эффективным методом их извлечения является бескровное трансанальное и в сочетании со сфинктеротомией. При инородных телах прямой кишки, сопровождающихся осложнениями, оптимальными являются хирургические методы извлечения инородных тел.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ким С.Д. Неотложная помощь при инородных телах прямой кишки / С.Д.Ким, А.М.Коптадзе, В.А.Шмаков // Колопроктология. - 2008. - №1. - С.25-26.
2. Малашенко А.А. Трансанальное удаление инородного тела прямой кишки /А.А. Малашенко, О.А.Краснов, С.И.Минин // Сборник тезисов VII научно-практической конференции. - Кемерово. - 2011. - С.121-122.
3. Немчинов Ю.М. Тактика обследования и хирургического лечения больных с инородными телами желудочно-кишечного тракта: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю.М.Немчинов. - Уфа. - 2010. - 22с.
4. Овсейчик М.Ю. Дифференцированный подход в лечении инородных тел желудочно-кишечного тракта: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Ю.Овсейчик. - Волгоград. - 2010. - 26с.
5. Попова И.С. Инородные тела и вызванные ими травмы прямой кишки в экстренной колопроктологии / И.С.Попова, А.И.Старовченко // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2007. - №5. - С.57.
6. Субботин В.М. Инородные тела прямой кишки / М.И.Давыдов, А.В.Файнштейн // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2000. - №1. - С. 91-95
7. Clair St.W.S. Lead intoxication from ingestion of fishing sinkers: a case study and review of the literature /W.S. St.Clair, J.Benjamin // Clin. Pediatr. - 2008. -Vol. 47, N 1. - P.66-70.
8. Zinc toxicity from massive and prolonged coin ingestion in an adult / S.Pawa, A.J.Khalifa, M.N.Ehrinpreis [et al.] // Amer. J. Med. Sei. - 2008. - Vol. 336, N5. - P. 430-433.



Summary

Optimization of diagnostic tactics and treatment patients with foreign bodies of the rectum

N.M. Daminova*, M.A. Nurmatova

*Chair of General Surgery №1; operative surgery and topographic anatomy Avicenna TSMU

The article presents the results of a comprehensive diagnosis and treatment of 54 patients with foreign bodies of the rectum (FBR) and damage its wall.

FB in the anal canal were in 21 (26,2%) patients, at ampullar part – in 14 (33,2%), at middle part – in 6 (14,1%), in upper ampullar part – in 10 (19,1%) and 5 (7,4%) – FB migrated to sigmoid intestine.

FB sizes varied from a few millimeters to a large size (from 5 cm to 35 cm and more).

Complications was noted in 26 (48,1%) of 54 patients with FB and in 10 (38,4%) cases for FB removing surgery was performed. In the remaining 28 (51,8%) cases were no complications from the intestine and perineum, and when removed FB were effectively used: transanal bloodless intervention – in 16 (57,1%) cases, endoscopic – 5 (17,8%) and transanal intervention sphincterotomy – 7 (25%).

According to our objective selection criteria FB extraction methods managed to significantly improve the results of treatment, and the postoperative complications decreased to 7,5% and mortality – up to 2%.

Key words: foreign body, rectum, transanal excision

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Нурматова Махбуба Абдулмаджидовна –
аспирант кафедры оперативной хирургии
и топографической анатомии ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: nurmatova.makhbuba@mail.ru



К вопросу о классификации и формулировке диагноза в онкологии

Н. И. Базаров, С.Н.Мухсин-заде, Н.М. Рахимов, М.Т. Рахматов
Кафедра онкологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Статья посвящена классификации, правильной формулировке диагноза с указанием стадии, распространённости по международной системе TNM, клинической группы, эффективности терапии онкологического больного.

До настоящего времени большинство направлений, выписок из амбулаторных карт, историй болезни больных с опухолями, направляемых в специализированные онкологические клиники, имеют ряд недостатков, а именно – формулировка диагноза носит не конкретный и малоинформативный характер, например: обследование, опухоль головы, мозга, шеи, грудной полости, лёгкого, брюшной полости, желудка, кишечника, конечностей и так далее. То есть в этих направлениях и выписках не отражены клиническая топографо-анатомическая локализация, результаты рентгенологических, эндоскопических, морфологических и других исследований, стадии распространённости по международной системе TNM, клинические группы, эффективность лечения онкологического пациента.

Вышеприведённые факты неправильной формулировки диагноза могут негативно отразиться на психике пациента, когда дублируются обследования, проведённые ранее в других клиниках, тем самым подрывается доверие к врачам первичного звена. А в случае проведения неадекватной терапии без учёта морфологического строения, стадии, распространённости злокачественного новообразования (ЗН), можно наблюдать продолжение роста, рецидивирование, метастазирование и генерализацию этих образований, тем самым упускается драгоценное время для рационального лечения, и этим ухудшается прогноз излечения онкологического больного.

Ключевые слова: опухоли, классификация доброкачественных опухолей и злокачественных новообразований по международной системе TNM, правильная интерпретация онкологического диагноза

Онкологические заболевания поражают не только людей пожилого возраста, но также население активного трудоспособного возраста и детей. Это не только наносит большой экономический ущерб государству, но ставит перед здравоохранением ряд сложных организационных проблем. Для их решения необходимы два основных условия: научно-обоснованная система организации специализированной службы; материально-техническая база и её полноценное обслуживание.

Вышеупомянутое включает в себя своевременное и широкое внедрение в практику здравоохранения современных достижений медицинской науки и техники в области профилактики, ранней диагностики и лечения заболевших [1-4].

Появление и развитие опухоли в организме сопровождается рядом характерных клинических проявлений, что носит черты болезни. В связи с этим, правильнее говорить о классификации онкологиче-

ских заболеваний. Для определения прогноза все опухоли условно делят на 2 большие группы – доброкачественные (имеют капсулу, экспансивный рост, высокодифференцированную структуру, мало митозов, медленный рост, не метастазируют) и злокачественные (капсула отсутствует, инфильтрирующий рост, недифференцированные, анаплазированные структуры, много митозов, быстрый рост, метастазируют). Некоторые новообразования нельзя утвердительно отнести ни к доброкачественным, ни к злокачественным, так как они обладают признаками обоих типов (примером может служить базалиома, десмоид – морфологически близкие к доброкачественным поражениям, но способны к инфильтрирующему росту, не имеют капсулы и склонны к рецидивам после удаления). Вместе с тем, отдалённые метастазы при некоторых новообразованиях растут очень медленно – десятилетиями (карциноиды). В настоящее время активно разрабатываются классификации, учитывающие генетические и молекулярно-биологические параметры опухолей.



Комплексный анализ статистически обработанных данных о состоянии онкологической помощи населению даёт возможность обоснованного планирования противораковых мероприятий, а также решения практических, научных и других задач, кроме того, для большей конкретизации учёта все пациенты с новообразованиями распределены на 4 клинические группы. К первой клинической группе относятся пациенты с неясной клинической картиной заболевания, которые подразделяются с подозрением на злокачественную опухоль (Ia группа), а также больные с доброкачественными опухолями и предопухолевыми заболеваниями (Iб группа). После тщательного клинико-рентгено-морфологического исследования и установления диагноза, больных Ia группы снимают с онкологического учёта или переводят в другие группы. Больных Iб клинической группы берут на диспансерный учёт и в отношении их осуществляют адекватное лечение и наблюдение. Когда больные Iб группы с облигатным предраком или злокачественными опухолями поступают на лечение в специализированные онкологические учреждения, их учёт осуществляется по "Контрольной карте диспансерного наблюдения (онко)" (Ф. № 030/6/у). Углублённое обследование больных Ia клинической группы должно быть организовано не позднее, чем через 10 дней с момента взятия на диспансерный учёт (госпитализация с целью обследования и/или специального лечения при подтверждении диагноза). В это время роль онколога в поликлинике становится ведущей, в первую очередь, как консультанта лечащего врача, поскольку не так редко вопрос о подозрении на опухолевое заболевание может быть снят сразу же после консультации квалифицированного онколога. В случае необходимости онколог поликлиники имеет возможность провести направленное дополнительное обследование. Онкологическая грамотность и настороженность врача общей сети позволяет выделить из потока больных тех, кто действительно нуждается в консультации онколога.

Больных со злокачественными опухолями, подлежащих специальному и радикальному лечению, относят ко II группе. Для больных этой группы заполняется «Извещение больному впервые в жизни пациенту установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» (Ф. № 090/у). Извещение должно высылаться в трёхдневный срок после его заполнения, в онкологическое учреждение, обслуживающее население данной территории. Оно составляется всеми клиницистами общей и специальной лечебной сети. Ко II клинической группе следует относить больных со ЗН, которые могут быть полностью излечены, а также тех, у которых может быть достигнута длительная ремиссия. В составе II клинической группы выделяют подгруппу IIa – больные, подлежащие радикальному лечению. Работа с больными II клинической группы, подлежащими специальному лечению, находится, как правило, в

компетенции онкологов. После проведения лечения онкологического больного, заполняется «Выписка из медицинской карты стационарного больного» (Ф. № 027 – 1/у).

В III группу включают пациентов, которым проведено лучевое, хирургическое, комбинированное, комплексное лечение и которые практически здоровы (взрослые – более пяти лет, а дети – более 3 лет). Лица этой группы, в случае возникновения у них рецидивов заболевания, переводятся в группу II или в группу IV, если специальное лечение не показано в связи с распространённостью ЗН.

К IV клинической группе относятся все больные с запущенными злокачественными опухолями, подлежащие лишь паллиативному и симптоматическому лечению. В случае, когда выявлена запущенная опухоль, заполняется «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования» (Ф. № 027-2/у). При ведении больных IV клинической группы, первично выявленных или переведённых в связи с генерализацией опухолевого процесса и бесперспективностью дальнейшей противоопухолевой терапии, ведущая роль принадлежит отделениям паллиативной помощи, врачам поликлиник и стационаров общей лечебной сети.

Международная классификация болезней (МКБ) – система рубрик с конкретными нозологическими единицами. МКБ основывается на трёхзначном коде для каждого заболевания. Онкология занимает 2 раздела – C (злокачественные опухоли) и D (рак на месте и доброкачественные опухоли). В 1990г. было опубликовано 2-е издание международной классификации онкологических болезней (МКБ-О), для использования в базах данных, онкологических реестрах и в патологоанатомических отделениях больниц. МКБ-О позволяет более подробно указывать локализацию первичного очага. Патоморфологический код имеет 5 знаков: первые четыре обозначают гистологический тип, пятый – биологические свойства опухоли [0 – доброкачественная опухоль; /1 – неясно доброкачественная или злокачественная опухоль; /2 – неинвазивный рак (insitu, внутриэпителиальный, неинфильтративный); /3 – ЗН, первичный очаг; /6 – ЗН, метастаз; /9 – ЗН, неясно, первичный или метастатический очаг]. Примером может служить плоскоклеточный, умеренно дифференцированный рак, который имеет код M-8070/32. Этот код при формулировании диагноза не указывают, но он необходим в научных исследованиях и при подготовке международных публикаций.



Общие сведения о международной системе TNM классификации злокачественных опухолей

1. Введение

Система TNM для классификации злокачественных опухолей была разработана французом P.Denoix в 1943-1952 гг. В 1953г. Комитет по номенклатуре опухолей и статистике, организованный UICC, и Международная комиссия по стадированию рака достигли соглашения по классификации анатомической распространённости опухолей на основе системы TNM. В 1954г. Международный противораковый союз (UICC) создаёт Комитет по клинической классификации и прикладной статистике, который в 1958г. публикует первые рекомендации по клинической классификации рака молочной железы и гортани.

В результате многолетней деятельности Комитета в 1968г. издаётся первая редакция TNM классификации злокачественных опухолей. По мере разработки классификации для новых локализаций опухолей и уточнения более ранних рекомендаций в 1974, 1978, 1987 и 1997 гг. публикуются 2-я, 3-я, 4-я и 5-я редакции.

Настоящая (6-я) редакция правил классификации и стадирования полностью соответствует 6-й редакции руководства по стадированию рака и одобрена всеми национальными TNM комитетами в 2002 году.

UICC признаёт необходимость постоянства TNM классификации в течение определённого периода времени, необходимого для накопления данных. Поэтому классификация не должна изменяться до тех пор, пока не будут сделаны крупные достижения в диагностике и лечении злокачественных опухолей, требующих пересмотра настоящей классификации.

2. Общие правила системы TNM

TNM – система для описания анатомической распространённости болезни основывается на оценке 3 компонентов:

T – распространение первичной опухоли;
N – отсутствие или наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах и степень их поражения;
M – наличие или отсутствие отдалённых метастазов.

К этим трём компонентам добавляются цифры, указывающие на распространённость злокачественного процесса: T0, T1, T2, T3, T4; N0, N1, N2, N3; M0, M1.

В действительности система является «стенографическим» описанием распространённости злокачественной опухоли.

Общие правила классификации, применяемые для опухолей всех локализаций, следующие:

2.1. Все случаи должны иметь морфологическое подтверждение. Неподтверждённые случаи должны рассматриваться отдельно.

2.2. Для каждой локализации имеются две классификации:

2.2.1. Клиническая классификация, обозначаемая TNM (или cTNM). Она основывается на результатах обследования до лечения. Эти данные получают при врачебном осмотре, лучевой диагностике, эндоскопии, биопсии, хирургическом диагностическом вмешательстве и других методах обследования.

2.2.2. Патологическая классификация, обозначаемая pTNM. Она основана на данных обследования до лечения, дополненных или изменённых в результате хирургического вмешательства и морфологического исследования. Гистологическая оценка первичной опухоли включает резецированную опухоль или биопсию, позволяющую оценить наивысшую T категорию. Гистологическая оценка регионарных лимфатических узлов включает исследование удалённых узлов в количестве, адекватном для установления отсутствия метастазов в регионарных лимфатических узлах (pN0) и достаточном для оценки наиболее высокой pN категории. Отдалённые метастазы должны быть подтверждены при микроскопическом исследовании (pM).

2.2.3. После обозначения T, N, M и/или pT, pN и pM категорий они могут группироваться по стадиям. TNM классификация и стадии, установленные однажды, должны оставаться неизменными в медицинских документах. Клиническая стадия служит основой для выбора лечения, тогда как патологическая стадия обеспечивает наиболее точные данные для оценки прогноза и расчёта конечных результатов.

2.2.4. При сомнении в правильности оценки T, N или M категории должно быть выбрано меньшее значение категории (т.е. меньшее распространение опухоли).

2.2.5. В случае множественных опухолевых очагов в органе, должна классифицироваться опухоль с более высокой T категорией, а в скобках указываться множественность (m) или количество опухолей, например: T2(m) или T1(5). При одновременном поражении парных органов каждая опухоль должна классифицироваться отдельно. При опухолях печени, яичников и фаллопиевой трубы множественные очаги поражения являются критерием T классификации.

Целесообразно отметить, что согласно критерию программы SEER, выявление второй опухоли в одном органе в течение 2 месяцев с момента выявления первой нужно расценивать как синхронное поражение.



2.2.6. TNM категории и стадия могут подразделяться или объединяться для клинических и научных целей (например, любые T, N или M могут быть разбиты на подгруппы). Однако рекомендованные основные обозначения не должны изменяться.

3. Анатомические области и локализации

Локализации в этой классификации обозначаются кодовым номером Международной классификации онкологических болезней.

4. TNM/pTNM классификация

Используются следующие общие определения:

4.1. T/pT – первичная опухоль:

T_x/pT_x – первичная опухоль не может быть оценена;

T_0/pT_0 – нет доказательств первичной опухоли;

T_{is}/pT_{is} – рак «in situ»;

T_1/pT_1 , T_2/pT_2 , T_3/pT_3 , T_4/pT_4 – размер или местное распространение опухоли в порядке увеличения.

4.2. N/pN – регионарные лимфатические узлы:

N_x/pN_x – регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены;

N_0/pN_0 – отсутствуют метастазы в регионарных лимфоузлах;

N_1/pN_1 , N_2/pN_2 , N_3/pN_3 – возрастающее поражение регионарных лимфатических узлов.

Непосредственное распространение первичной опухоли на лимфатические узлы классифицируется как метастазы в лимфатических узлах. Метастаз в любом лимфоузле, не относящемся к регионарному, расценивается как отдалённый метастаз.

Опухолевый узел в области регионарных лимфатических узлов, не имеющий гистологических признаков лимфоузла, классифицируется как метастаз в регионарном лимфатическом узле, если имеет форму и ровный контур лимфатического узла. Опухолевый узел с неровным контуром классифицируется в pT категории.

Когда размер является критерием pN классификации, производится измерение метастатического очага, а не всего лимфатического узла.

Случаи с микрометастазами, когда размеры метастазов не превышают 0,2 см, могут обозначаться добавлением «(mi)», например: $pN_{1(mi)}$ или $pN_{2(mi)}$.

4.3. M/pM – отдалённые метастазы:

M_x/pM_x – отдалённые метастазы не могут быть оценены;

M_0/pM_0 – нет отдалённых метастазов;

M_1/pM_1 – имеются отдалённые метастазы;

Категория M может быть в дальнейшем специфицирована в соответствии со следующими обозначениями:

Лёгкие	PUL	Костный мозг	MAR
Кости	OSS	Плевра	PLE
Печень	HEP	Брюшина	PER
Головной мозг	BRA	Надпочечники	ADR
Лимфоузлы	LYM	Кожа	SKI
Другие	OTH		

4.4. Подразделения TNM.

Главные категории в классификации могут иметь подразделения, придающие критерию большую специфичность (например; $T_{1a,1b}$ или $N_{2a,2b}$).

4.5. Сигнальный лимфоузел.

Это первый лимфоузел, получающий лимфу из первичной опухоли. Если в нём имеется метастаз, то и другие лимфоузлы могут быть поражены. Если этот лимфоузел не поражён, то и наличие метастазов в других узлах маловероятно. Иногда встречается несколько сигнальных лимфоузлов.

При оценке сигнального лимфоузла применяются следующие определения:

$pN_{x(sn)}$ – сигнальный узел не может быть оценен;

$pN_{0(sn)}$ – нет поражения сигнального узла;

$pN_{1(sn)}$ – есть поражение сигнального узла.

4.6. Отдельные опухолевые клетки.

Отдельные опухолевые клетки (ИТС) представляют собой единичные опухолевые клетки или маленькие кластеры клеток не более 0,2 мм в наибольшем измерении, которые обычно выявляются иммуногистохимическими или молекулярными методами (при окраске гематоксилин-эозинном). ИТС обычно не демонстрируют метастатической активности (пролиферацию или реакцию стромы) или инвазии стенок сосудистого или лимфатического синуса. Случаи с ИТС в лимфатических узлах или отдалённых органах и тканях должны классифицироваться как N_0 или M_0 , соответственно.

Это же применимо и к случаям, когда наличие опухолевых клеток или их компонентов подтверждается неморфологическими исследованиями, такими как проточная морфометрия или анализ ДНК.

Случаи с ИТС должны анализироваться отдельно.

Классификация ИТС:

pN_0 – гистологически не выявляются метастазы в регионарных лимфатических узлах, не проводились исследования по выявлению ИТС;

$pN_{0(i)}$ – гистологически нет метастазов в регионарных лимфатических узлах, негативные морфологические данные по выявлению ИТС;



$pN_{0(i+)}$ – гистологически нет метастазов в регионарных лимфатических узлах, позитивные морфологические данные по выявлению ИТС;
 $pN_{0(mol-)}$ – гистологически нет метастазов в регионарных лимфатических узлах, негативные неморфологические данные по выявлению ИТС;
 $pN_{0(mol+)}$ – гистологически нет метастазов в регионарных лимфатических узлах, неморфологическими методами выявляются ИТС.

При исследовании ИТС в сигнальном лимфоузле, к обозначениям вышеприведённой классификации в скобках указывается «(sn)», например: $pN_{0(i+)}(sn)$.

Отдельные опухолевые клетки, выявленные в костном мозгу морфологическими методами, классифицируются аналогично схеме для N, например: $pM_{0(i+)}$, а неморфологическими – $pM_{0(mol+)}$.

5. Гистопатологическая дифференцировка

Это стадирование позволяет оценить степень агрессивности опухолей некоторых гистологических типов и может влиять на прогноз и выбор лечения.

Для большинства локализаций выделяется 4 степени дифференцировки опухолей:

- G₁ – хорошо дифференцированные;
- G₂ – умеренно дифференцированные;
- G₃ – низко дифференцированные;
- G₄ – недифференцированные.

При наличии различных степеней дифференцировки в опухоли, указывается наименее благоприятная степень.

Саркома костей и мягких тканей классифицируется также с использованием градаций «высокая степень» и «низкая степень» дифференцировки.

Для некоторых форм рака (молочной железы, тела матки, печени) рекомендуются специальные системы стадирования по степеням.

6. Дополнительные дескрипторы

Для идентификации особых случаев в TNM/pTNM используются символы m, y, r и a. Хотя они не влияют на группировку по стадиям, но указывают опухоли, которые должны анализироваться отдельно:

m – используется для обозначения множественных опухолей одной локализации;
y – в тех случаях, когда классификация приводится в течение или после проведения комбинированного (многокомпонентного) лечения, cTNM или rTNM категория обозначается префиксом «y», например: ycTNM или yrTNM. При оценке распространения опухоли до начала комбинированного лечения символ «y» не исключается;

r – рецидив опухоли после радикального лечения при классификации обозначается префиксом «r» (rcTNM или rpTNM);

a – применяется для обозначения классификации опухолей, впервые выявленных при аутопсии.

7. Необязательные дескрипторы

7.1. L – инвазия лимфатических сосудов. Классифицируется как L_x, L₀ и L₁.

7.2. V – инвазия вен.

Классифицируется как V_x, V₀, V₁ (микроскопическая инвазия) и V₂ (макроскопическая инвазия). Макроскопическое вовлечение стенки вены при отсутствии опухоли в просвете сосуда классифицируется как V₂.

7.3. C-фактор.

C-фактор или «фактор надёжности» отражает достоверность классификации с учётом использованных методов диагностики. Его использование не является обязательным.

Определения C-фактора:

C₁ – данные стандартных диагностических методов (осмотр, пальпация, рентгенологическое исследование, эндоскопическое исследование);

C₂ – данные, полученные при использовании специальных диагностических методов (рентгенологическое исследование в специальных проекциях, томография, компьютерная томография, ультразвуковое исследование, лимфография, ангиография, скintiграфия, магнитно-резонансная томография, эндоскопия, биопсия, цитологическое исследование);

C₃ – данные хирургического диагностического вмешательства, включая биопсию и цитологическое исследование;

C₄ – данные, полученные после радикальной операции и гистологического исследования удалённого препарата;

C₅ – данные патологоанатомического вскрытия.

Степени C-фактора могут использоваться при описании категорий T, N и M (например: T₃C₂, N₂C₁, M₀C₂).

Клиническая классификация TNM соответствует C₁, C₂ и C₃ степеням, тогда как rTNM эквивалентна C₄.

8. Классификация остаточных опухолей (R)TNM/rTNM классификация описывает анатомическую распространённость опухоли без рассмотрения вопросов лечения. R-классификация описывает статус опухоли после лечения. Она отражает эффект лечения и является прогностическим фактором. При R-классификации оценивается не только первичная опухоль, но и остающиеся отдалённые метастазы. Эта классификация может применяться после хирургического лечения, лучевой или химиотерапии, а также после комбинированного лечения. После консер-



вативного лечения остаточная опухоль оценивается клиническими методами. После хирургического лечения R-классификация требует тесного сотрудничества хирурга и морфолога.

Случаи с макроскопически определяемой остаточной опухолью (R_2) могут подразделяться на R_{2a} (без микроскопического подтверждения) и R_{2b} (микроскопически подтверждённые).

R_0 группа может включать больных как с M_0 , так и с M_1 . В последнем случае отдаленные метастазы, как и первичная опухоль, должны быть полностью удалены. Трудности с R-классификацией могут возникнуть при удалении опухоли по частям, а не «enblok». В таких случаях уместна категория R_x .

Наличие микроскопически определяемой инвазивной опухоли по линии резекции классифицируется как R_1 , а в случае неинвазивной карциномы – $R_{1(is)}$.

9. Группировка по стадиям

Комбинация всех значений дескрипторов TNM позволяет получить 24 категории TNM, описывающие распространённость опухоли. Для табличного представления данных и анализа эти категории объединяются в ограниченное количество групп – стадий. Каждая стадия более или менее однородна по прогнозу и критерию выживаемости относящихся к ней больных.

Карцинома «in situ» относится к стадии 0, а опухоли с отдалёнными метастазами – к стадии IV (за исключением некоторых локализаций, например, папиллярного и фолликулярного рака щитовидной железы).

Для патологической стадии необходимо морфологическое исследование достаточного количества тканей, позволяющее оценить наибольшее значение T и N. Если же имеется морфологическое подтверждение отдалённых метастазов, то и классификация (pM1) и стадия являются патологическими.

Термин «стадия» употребляется только для комбинаций T, N, M или pT, pN или pM категорий. Необходимо избегать выражений типа «T стадия» или «N стадия».

Оценку эффективности лечения ЗН проводят на основании субъективных ощущений больных и объективных клинических, параклинических показателей.

Субъективный эффект (СЭ) выражался в числе суток, когда исчезали боли, уменьшались в размерах опухолевые очаги.

Объективными критериями оценки эффективности лечения ЗН являются: полная регрессия (ПР) – исчезновение всех опухолевых поражений;

частичная регрессия – больше или равное 50% уменьшение всех или отдельных опухолей при отсутствии прогрессирования других очагов (ЧР); стабилизация – уменьшение более чем на 50% опухоли, при отсутствии новых поражений, или увеличение не более чем на 25% (С); прогрессирование – большее или равное 25% увеличение размеров опухолей или появление новых поражений (П).

Правильно сформулированный диагноз при злокачественных опухолях позволяет адекватно ориентироваться в проведении лечения, оценки прогноза и, тем самым, решать медико-социальные и экономические проблемы.

При формулировке диагноза у онкологического пациента используют номенклатуру МКБ-10, с указанием нозологической единицы, органа поражения, распространённости опухоли (стадии, TNM), отражением этапов и эффективности лечения. Применение современных высокоэффективных технологий обследования стадии распространения опухолевого процесса у онкологического больного может меняться в зависимости от чувствительности опухоли к способам терапии, однако после проведения радикального или паллиативного лечения стадию менять нельзя. В нейроонкологии классификацию по стадиям заболевания не применяют, а оценку распространённости по системе TNM используют при метастазах рака в головном мозге либо при вторично-вросших в полость черепа новообразованиях. При существенном влиянии на прогноз или выбор метода лечения приветствуется указание гистологического типа или подтипа (медуллярный рак щитовидной железы, перстневидно-клеточный рак желудка, мелкоклеточный рак лёгкого). Применение всех способов воздействия на опухолевый процесс должно указываться в окончательной формулировке диагноза с использованием шаблона «состояние после...». Примерами типичного построения диагноза онкологического больного могут быть следующие:

1. Основное заболевание. Амелобластома ментального фрагмента нижней челюсти, 1б клиническая группа, состояние после сквозной резекции нижней челюсти на уровне 5 зубов с замещением дефекта костным ксенотрансплантатом (ребро телёнка) в ноябре 1997г., эффективность хирургического лечения – заживление послеоперационной раны первичным натяжением, признаков продолженного роста, рецидива опухоли нижней челюсти нет. Осложнения. Анемия лёгкой степени тяжести. Сопутствующие заболевания. Обструктивный хронический бронхит.

2. Основное заболевание. Полиморфная аденома правой околоушной слюнной железы, 1б клиническая группа, состояние после субтотальной резекции правой околоушной слюнной железы по Редону в декабре 1998г., эффективность хирургического



лечения – заживление послеоперационной раны первичным натяжением, признаков продолженного роста, рецидива опухоли околоушной слюнной железы нет. Осложнения. Посттравматический парез щёчной ветви лицевого нерва справа лёгкой степени тяжести. Сопутствующие заболевания. Гипертоническая болезнь I типа, стенокардия напряжения.

3. Основное заболевание. Первично-множественный синхронный обширный кавернозный гемангиоматоз (артериовенозный) нижней зоны лица (кожи-слизистой щеки, подбородка, губы), переднего отдела слизистой дна полости рта, тела языка справа 1б клиническая группа, состояние после перевязки наружной сонной артерии справа, склерозирующей терапии и обшивания кавернозных гемангиоматозных очагов нижней зоны лица в январе 1999г., эффективность хирургического лечения – заживление послеоперационной раны вторичным натяжением ротовой полости, признаков продолженного роста сосудистых опухолевых очагов нет. Осложнения. Посттравматический свищ подбородочной области. Сопутствующие заболевания. Анемия лёгкой степени тяжести.

4. Основное заболевание. Базальноклеточный рак кожи теменно-височной области свода черепа справа II стадии, T3N0M0; II клиническая группа, состояние после близкофокусной лучевой терапии в мае 2000г., эффективность терапии – стабилизация опухолевого процесса и адекватное иссечение базальноклеточного рака кожи теменно-височной области свода черепа с замещением дефекта свободным кожным трансплантатом с передней поверхности бедра справа. Осложнения. Постлучевой сухой эпителиит. Сопутствующие заболевания. Атеросклеротический коронарокардиосклероз, пневмосклероз.

5. Основное заболевание. Первично-множественный метакронный рак: 1. Рак печёночного угла толстого кишечника III стадии, T2N1M0; II клиническая группа, состояние после правосторонней гемиколиэктомии в 2011г. и двух курсов химиотерапии в 2012г., эффективность терапии – признаков рецидива, метастазов опухоли печёночного угла толстого кишечника нет. 2. Периферический рак верхней доли левого лёгкого II стадии, T3N0M0; II клиническая группа, состояние после верхней лобэктомии в 2009г. Осложнения. Анемия средней степени тяжести. Сопутствующие заболевания. Атеросклеротический коронарокардиосклероз, пневмосклероз. Хронический обструктивный бронхит. Диагноз, выставленный онкологическому пациенту без указания стадии или распространённости по международной системе TNM, считается неполноценным.

Таким образом, правильно сформулированный диагноз с учётом локализации, морфологического строения, применением распространённости опухоли (стадии, международной системы TNM), оценка эффективности проведённого лечения при ЗН позволяют правильно ориентироваться в проведении диагностики, дальнейшего лечения, оценки прогноза и, тем самым, адекватно решать медико-социальные и экономические проблемы онкологического пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Базаров Н.И. Руководство по клинической онкологии / Н.И. Базаров // Душанбе. -2012. - «Шарки озод». - С.14-83.
2. Базаров Н.И. Руководство по клинической онкологии. Часть 1 / Опухоли челюстно-лицевой области и шеи / Н.И. Базаров // Душанбе. - 2013. - «Шарки озод». - С. 93-142.
3. Бернадский Ю.И. Злокачественные новообразования. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю.М. Бернадский // 3-е изд. перераб. и допол. - М.Мед. литер. - 2003. - С.321-386.
4. Пачес А.М. Опухоли головы и шеи /А.М. Пачес //4-е изд. М.:Медицина. - 2000. - 479 с.



Summary

Towards classification and formulation of diagnosis in oncology

N.I. Bazarov, S.N. Muhsin-zade, N.M. Rakhimov, M.T. Rahmatov

Chair of Oncology Avicenna TSMU

Article deals with the classification, correct formulation of diagnosis, indicating the stage, prevalence of the TNM international system, clinical group, the effectiveness of cancer patients therapy.

Until now, most cards for hospitalization, discharges from outpatients, case records of patients with tumors directed to specialized cancer clinics, have several drawbacks – namely, the wording diagnosis is not specific and uninformative, such as: inspection, cancer of the head, brain, neck, thoracic cavity, lung, abdominal cavity, stomach, intestine, limbs and so on. That is, in directions and discharges do not reflect the clinical, topographic, anatomical localization, the results of radiological, endoscopic, morphological and other studies, the stages by the TNM international system, clinical groups, the effectiveness of treatment of cancer patients.

The above facts of incorrect formulation of the diagnosis may adversely affect the patient's mind when duplicated survey conducted earlier in other clinics, thereby undermined the credibility of the primary care physicians. And in the case of inadequate therapy without regard to the morphological structure, the stage, the prevalence of malignancy (PM), can be seen continued growth, recurrence, metastasis, and generalization of these formations, thereby missed precious time for rational treatment, and this worsens the prognosis of curing cancer patients.

Key words: tumors, classification of benign and malignant tumors of the international system of TNM, the correct interpretation of cancer diagnosis

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Базаров Негмат Исмаилович –
заведующий кафедрой онкологии ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе,
ул. Н.Карабаева, 63/1, кв.13
E-mail: negmatbazarov@mail.ru

Клинические особенности и факторы риска развития преэклампсии и эклампсии у женщин в условиях Афганистана

Ахмад Шафик Фарид, Мухаммад Хасан Фарид

Медицинский факультет Гератского государственного университета, Афганистан

Проведён ретроспективный анализ медицинских карт 604 женщин (в возрасте 23-28 лет), страдающих от гестоза беременности, предоставленных Государственным родильным домом г.Герата (Афганистан).

Из общего числа поступивших беременных, частота гипертензивных нарушений составила 2,7%, при этом в 14,6% случаев диагностирована умеренная преэклампсия, в 61,8% – тяжёлая преэклампсия и в 23,6% – эклампсия. Среди исследованного контингента выявлены материнские осложнения (5,7%), HELLP-синдром (1,2%), послеродовое кровотечение (0,8%), преждевременные роды (33,8%), при этом материнская смертность составила 1,6% и перинатальная смертность – 11,2%.

Беременность оценивалась в соответствии с факторами, предрасполагающими к преэклампсии, такими как анемия, почечная недостаточность, гипертензия, сахарный диабет, сердечная патология и поражение печени. В результате, в 21% случаев была выявлена анемия, и в 6% – почечная недостаточность.

Ключевые слова: преэклампсия, эклампсия, материнская и перинатальная смертность, HELLP-синдром

Введение. В развитых странах показатель материнской смертности составляет 1%, а перинатальной – 10%, в то же время, эти показатели гораздо выше в развивающихся странах и составляют: перинатальная смертность – 20%, преждевременные роды – 20% и материнская смертность – 40% [1,2].

Гестоз является одним из семи главных осложнений, возникающих во время беременности. В США 10-20% всех беременностей осложняются гипертоническими нарушениями, что составляет 5-8% от всех беременностей с преэклампсией и эклампсией. В 75% случаев – это умеренная преэклампсия, 25% – тяжёлая преэклампсия и в 2% – тяжёлая преэклампсия развивается в эклампсию [1,3-6].

Преэклампсия и эклампсия являются одними из самых тяжёлых осложнений беременности, родов и послеродового периода. Они представляют одну из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Преэклампсия включает гипертензию (>140/90) и протеинурию (≥0,3г протеина), что наблюдается после 20-й недели беременности. Повышенное кро-

вяное давление должно документально регистрироваться дважды за последние шесть часов. Отёк используется в качестве диагностического критерия [1-9].

HELLP-синдром – этот термин включает гемолиз, повышенный уровень печёночных ферментов и тромбоцитопению. Этот синдром отмечается в 70% перед родами и в 30% – в течение 48 часов после родов [4,5,7].

HELLP-синдром развивается у 2% женщин с преэклампсией и у 4-12% – с эклампсией, отёк лёгких встречается у 10% пациенток с тяжёлой формой преэклампсии, отслойка плаценты в 10% случаев, слепота после судорог – в 10%, и у 5% – HELLP-синдром осложнялся острой почечной недостаточностью [7].

В развитых странах возникновение эклампсии снизилось благодаря соответствующему наблюдению за беременными женщинами в антенатальном периоде. Согласно Национальному отчёту по демографической статистике, возникновение эклампсии в среднем составляет около 1/2000 (0,05%). По оценкам Вентуры и его коллег (2000), возникнове-



ние преэклампсии в США в 1998 году составляло приблизительно 1 случай на 3250 (0,03%) беременностей. Согласно данным Королевского колледжа акушерства и гинекологии Великобритании (2006), этот показатель составляет 1 случай на 2000 человек (0,05%) [7].

В Афганистане продолжает регистрироваться высокий уровень материнской и перинатальной смертности, вызываемой, в основном, осложнениями гестоза. Выявление факторов, предрасполагающих к возникновению перинатальных осложнений, может стать основой для снижения смертности.

Учитывая высокие показатели материнской и перинатальной смертности, развитие таких грозных и тяжёлых осложнений при гестозе, было решено провести настоящее исследование.

Цель исследования – изучение факторов, предрасполагающих к развитию преэклампсии и эклампсии у афганских женщин, и снижение количества случаев материнской и перинатальной смертности, вызываемых осложнениями гестоза.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ истории родов 604 женщин, у которых беременность осложнилась гестозом, в период с октября 2011 г. по октябрь 2012 г, предоставленных Государственным родильным домом г.Герата (Афганистан). Диагностическими критериями умеренной и тяжёлой преэклампсии являлись повышение артериального давления ($\geq 140/90$ мм рт. ст. и $\geq 160/110$ мм рт. ст., соответственно), суточная протеинурия (≥ 300 мг или ≥ 1 плюс по индикаторной полоске и ≥ 500 мг, соответственно) или сочетание одного или нескольких системных симптомов, таких как сильные постоянные головные боли, боли в эпигастрии, олигурия, нарушение зрения, одышка, а при эклампсии – судороги.

Материалы для исследования включали медицинскую документацию пациенток, результаты лабораторных анализов, сонографические заключения и данные различных анализов мочи на наличие белка и гемоглобина.

Анализ производился по документам и специальным таблицам, составленным в соответствии с диагностическими показателями преэклампсии и эклампсии, возрастом матери, числом беременностей, количеством родов, предрасполагающими факторами, анамнезом и историей беременности, осложнениями у матери и плода.

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ STATISTICA 6.0 (StatSoft, США) и MS Excell 2007. Количественные данные представлены в виде средних значений (M) плюс-минус стандартное отклонение ($\pm SD$) в случае близкого к нормальному распределению признака.

Результаты. Данные исследования оценивались по случаям возникновения преэклампсии, степени выраженности заболевания в зависимости от предрасполагающих факторов, осложнениям у матери и плода.

604 (2,7%) пациентки из 22 583 беременных женщин имели диагностические критерии синдрома преэклампсии и эклампсии и страдали от различных степеней гестоза.

Умеренная преэклампсия установлена у 88 (14,6%) больных, тяжёлая преэклампсия – у 374 (61,8%) и эклампсия – у 142 (23,6%).

Анализ возникновения гипертензивных нарушений в зависимости от возраста пациенток, которые разделены на возрастные группы с интервалом в 6 лет, представлен в таблице 1. Полученные данные показали, что гипертензивные нарушения в виде преэклампсии и эклампсии имеют тенденцию развития у молодых беременных женщин (в возрастной группе от 23 до 28 лет), следовательно, молодые женщины больше подвержены гестозу, что связано с этиопатогенезом данной патологии.

**ТАБЛИЦА 1. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА**

Возраст матери, лет	Кол-во случаев	%
≤ 16	21	3,5
17-22	26	4,3
23-28	348	57,6
29-34	159	26,4
$35 \leq$	50	8,2
Итого	604	100

Установлено, что у женщин возрастной группы 23-28 лет беременность протекает намного тяжелее, с развитием эклампсии в 90 (15%) случаях, и тяжёлой преэклампсии – у 221 (36,5%) пациентки, что возможно связано с поздним обращением беременных женщин с преэклампсией в лечебные учреждения и несоответствующим лечением умеренной и тяжёлой степеней преэклампсии (табл. 2).

В таблице 3 приведены предрасполагающие факторы гипертензивных нарушений, каковыми являлись: анемия, заболевания сердца, почек и печени, гипертензия и диабеты. Как видно, анемия установлена в 21% случаев, а заболевания почек – в 6%, эти факторы могут быть признаны как относительно предрасполагающие факторы возникновения гипертензивных нарушений.

ТАБЛИЦА 2. ЧАСТОТА ПРЕЭКЛАМПСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Возраст	Умеренная степень		Тяжёлая степень		Эклампсия		Итого	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
≤16	3	0,5	16	2,6	2	0,4	21	3,5
17-22	10	1,7	12	2	4	0,6	26	4,3
23-28	37	6,1	221	36,5	90	15	348	57,6
29-34	32	5,3	108	17,9	19	3,1	159	26,3
35 ≤	6	1	17	2,8	27	4,5	50	8,3
Итого	88	14,6	374	61,8	142	23,6	604	100

ТАБЛИЦА 3. ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ
К ВОЗНИКНОВЕНИЮ СИНДРОМА ПРЕЭКЛАМПСИИ
И ЭКЛАМПСИИ

Предрасполагающие факторы	Кол-во	%
Анемия	126	21
Заболевания почек	36	6
Диабеты	4	0,6
Гипертензия	27	4,5
Сердечные заболевания	6	1
Заболевания печени	10	1,6
Без предрасполагающих факторов	395	65,3
Итого	604	100

Изучение возникновения преэклампсии и эклампсии в зависимости от паритета показало, что женщины при первой беременности были подвержены гестозу в 264 (43,8%) случаях, повторнородящие женщины – в 236 (39%), а первородящие женщины подвергаются реже – в 104 (17,2%) случаях.

Установлено, что у большинства пациенток (n=512) преэклампсия развилась при одноплодной беременности и у 92 (15,2%) беременных женщин с двойней.

У исследуемого контингента были установлены такие основные осложнения как: материнская смертность (1,7%), HELLP-синдром (1,2%) и послеродовое кровотечение (0,8%). Развитие этих серьёзных осложнений также обусловлено поздним обращением пациенток в медицинские учреждения, недостаточным информированием о возможных осложнениях и несоответствующим планом лечения (табл. 4).

Оценка осложнений у плода обследуемых женщин показала, что основными проблемами у них являются преждевременные роды – в 204 (33,8%) и перинатальная смертность – в 68 (11,2%) случаях.

ТАБЛИЦА 4. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ
У МАТЕРЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ
И ЭКЛАМПСИИ

Осложнения	Кол-во	%
HELLP-синдром	7	1,2
Отёк лёгких	3	0,5
Отслойка плаценты	3	0,5
Послеродовое кровотечение	5	0,8
Паралич	1	0,1
Сердечная недостаточность	2	0,3
Необратимая слепота	1	0,1
Почечная недостаточность	3	0,5
Материнская смертность	10	1,7
Без осложнений	569	94,3
Итого	604	100

Обсуждение. Выявленный низкий процент синдрома преэклампсии и эклампсии (2,7%) по сравнению с частотой встречаемости, приводимой в литературе (5-8%) [3,4], вероятнее всего объясняется высоким процентом домашних родов, так как пациентки с преэклампсией не обращаются в лечебное учреждение, а с умеренной преэклампсией – в основном лечатся амбулаторно.

В исследовании, проведённом в Намибии, возникновение эклампсии составляло 8-10% [10], в ходе нашей работы выявлено довольно большое количество случаев эклампсии (23,6%), что может объясняться поздним обращением беременных женщин с преэклампсией в лечебное учреждение, несоответствующим уходом и лечением пациенток с тяжёлой формой преэклампсии.

Согласно исследованию Moodley и Mashione, средним возрастом, предрасполагающим к возникновению преэклампсии, является 28 лет [3,10], почти



такие же результаты нами были получены и в ходе нашего исследования, большинство случаев преэклампсии наблюдается у женщин в возрасте от 23 до 28 лет (57,6%), то есть данной патологии подвержены, в основном, молодые беременные женщины. Однако возраст старше 35 лет также определяется как фактор риска для возникновения тяжёлой формы преэклампсии, но по нашим данным в этом возрасте тяжесть заболевания проявляется реже: тяжёлая преэклампсия – в 2,8% случаев и эклампсия – в 4,5%.

Другим фактором риска является количество предыдущих беременностей. В целевой группе среди первородящих беременных женщин не было выявлено случаев преэклампсии, что может быть объяснено ранним распознаванием этого заболевания, так как большинство молодых матерей уделяют первой беременности особое внимание, а в дальнейшем это внимание ослабевает. В результате, в группе, в которую входили женщины со второй беременностью, количество случаев возрастает до 15,2%, что, по-прежнему, ниже данных литературных источников [4,5,11].

Осложнения у матерей наблюдались в количестве 5,7%, среди них HELLP-синдром – 1,2%, отёк лёгких – 0,5%, отслойка плаценты – 0,5%, послеродовое кровотечение – 0,8%, временная слепота – 0,1%, почечная недостаточность – 0,5%, материнская смертность – 1,7% [4,7,12,13]. Из общего числа предрасполагающих факторов мы выделили анемию (21%), хроническую гипертензию (4,5%), диабет (0,6%) и заболевания почек (6%).

Таким образом, в целом, 2,7% беременностей в целевой группе были обусловлены различными степенями гипертензивных нарушений, среди которых 61,8% составляет тяжёлая преэклампсия и 23,6% – эклампсия.

Большинство случаев преэклампсии (57,6%) выявлены у молодых женщин в возрасте от 23 до 28 лет, а главными предрасполагающими факторами заболевания установлены анемия, заболевания почек. Главными осложнениями у матери являются HELLP-синдром, материнская смертность и послеродовое кровотечение, у плода – недоношенность и перинатальная смертность.

Признательность от автора. Хотел бы поблагодарить всех участников исследования, факультетских рецензентов за потраченное ценное время и усилия, способствовавших выполнению данного исследования.

Выражаю благодарность ректору Гератского государственного университета, доктору Ф.З. Мотасабада за оказанное доверие. Автор хотел бы поблагодарить весь персонал Гератской областной клинической больницы и Родильного дома г.Герата, особенно д-ра С. Алими, руководителя ГОБК, др. С.Сайида, специалиста по акушерству и гинекологии и главы ГРД за их сотрудничество.

ЛИТЕРАТУРА

1. Pitkin Joan Obstetrics and gynecology illustrated Color text / Joan Pitkin, Alison B. Peattie, Brian A. Magwan // Churchill Livingstone Elsevier science. – 2003; 174P.97-98.
2. Mashiloane C.D. Induction or Caesarean Section for Preterm Preeclampsia / C.D. Mashiloane, J. Moodly // Journal of obstetrics and gynecology. – 2002; P.353-356.
3. Alan H.D. Current Obstetrics and Gynecology Diagnosis and Treatment / H.D. Alan, L.P. Martin // Tabib Publications Tehran. – 2000; P.484-498.
4. Catherine J. Lee Daja review Obstetrics and Gynecology / J. Lee Catherine, S. Miller // McGraw-Hill companies USA. – 2008; 506 P.303-307.
5. Benson Handbook of Obstetrics and Gynecology / Benson, Martin L. Pernoll's // Medical Publishing division New York. St. lours San francisco Auckland Bogota Caracas. – 2001; 931P.380-393.
6. Hacker E. Essentials of obstetrics and gynecology / Hacker [et al.] // Elsevier science. – 2007; 493P.197-206.
7. Cuningham F. Gary. Williams Obstetrics / F.Gary. Cunningham [et al.] // Nasli Farda Publications Tehran. – 2010; P.1267: 706-749.
8. William K.P. Obstetrics Pregnancy Complications / K.P. William // Tabib Publications Tehran. – 2007; P. 89-108.
9. Gibbs R.S. Danforth's Obstetrics and Gynecology / R.S.Gibbs // Lippincott Williams and Wilkins Philadelphia. – 2008; P.260-280.
10. Berhe H.W. Pre eclampsia and its Outcomes in the Two Referral Hospitals/ H.W. Berhe // Windhoek Central and Katutura Namibia. – 2005; P.43.
11. Campbell Stuart Obstetrics by Ten teachers / Stuart. Campbell, Christophe lees // Printed and bound in India by Ajanta offset and packaging Ltd. New Delhi. – 2005; 373P.160-166, 304-306.
12. Bashir Altaf Textbook of Obstetrics/ Altaf Bashir // Markazi KutubKhana Urdu Bazar Lahore. – 2001; 393P.130-139.
13. Sibai B.M. Preeclamsia / B.M.Sibai // Lancet. – 2005; 365, P.785-799.



Summary

Clinical features and risk factors for preeclampsia and eclampsia in women in Afghanistan

Farid Shafik Ahmad, Muhammad Hassan Farid

Medical Faculty of the Herat State University, Afghanistan

A retrospective analysis of medical records 604 women (aged 23-28 years) suffering from preeclampsia pregnancy, provided by the State Maternity Hospital of Herat (Afghanistan) was conducted.

The frequency of hypertensive disorders was 2,7% from the total number of admitted pregnant, while in 14,6% of cases is diagnosed mild preeclampsia, in 61,8% – severe preeclampsia and in 23,6% – eclampsia. Among the investigated contingent identified maternal complications (5,7%), HELLP-syndrome (1,2%), postpartum hemorrhage (0,8%), preterm delivery (33,8%), while the maternal mortality rate was 1,6% and perinatal mortality – 11,2%.

Pregnancy was assessed in accordance with the preeclampsiapredisposing factors, such as anemia, renal failure, hypertension, diabetes, heart diseases, and liver lesion. As a result in 21% of the cases anemia and 6% – kidney failure are revealed.

Key words: preeclampsia, eclampsia, maternal and perinatal mortality, HELLP-syndrome

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ахмад Шафик Фарид – преподаватель
медицинского факультета Гератского
государственного университета; Афганистан, Герат
E-mail: drahmadshafiqfarid@yahoo.com

Оценка эффективности применения дезагрегантной терапии после коронарного стентирования

Х.Т. Файзуллаев, С.М. Бобоалиев, М.Э. Раджабов, Ш.Ф. Одинаев
Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе проведён анализ и сопоставление осложнений после стентирования коронарных артерий в зависимости от сроков дезагрегантной терапии и типа имплантированного стента. Результаты исследования показали клинко-ангиографическую успешность процедуры у 70 (87,5%) из 80 пациентов. Неудовлетворительными результатами стентирования явились: 1 (1,2%) летальный случай, 6 (7,5%) рестенозов и 3 (3,7%) окклюзии. Большая часть случаев рестеноза ($n=6$) приходится на первый месяц отмены дезагрегантной терапии, и 3 случая окклюзии – в 6-месячный срок. Сопоставление осложнений с типом имплантированного стента показало, что наибольшее количество осложнений (3 рестеноза и 3 окклюзии) наблюдается при имплантировании стандартных металлических стентов типа VxSonіc.

Целесообразность длительной дезагрегантной терапии препаратом «Плавикс» в течение 1 года после стентирования и имплантации стентов с «покрытием» подтверждается нормализацией уровня фибриногена, вязкости крови и плазмы.

Ключевые слова: плавикс, дезагрегантная терапия, стент, стентирование

Актуальность. Атеросклероз и ишемическая болезнь сердца (ИБС), по-прежнему, остаются в числе лидирующих заболеваний, имеющих не только медицинские, но и социальные аспекты, поскольку являются основными причинами инвалидности и смертности трудоспособного населения. Значительное снижение летальности от ИБС во многих странах достигнуто благодаря развитию нового направления в медицине – интервенционной кардиоангиологии [1,2]. Внедрение в клиническую практику коронарных стентов позволило обеспечить надёжный контроль над непосредственными результатами и выполнять эндоваскулярные вмешательства с минимальным риском развития острых осложнений. Несмотря на совершенство технологий эндоваскулярные вмешательства на коронарных артериях не исключают вероятности неудовлетворительных результатов лечения и даже летальные исходы [3]. Это обстоятельство с позиций клинициста объясняется множеством различных аспектов, включающих как процедурные, до и после госпитальные осложнения, так и качеством дезагрегантной терапии, биологическими особенностями стентов, морфологией стеноза и т.д. [4,5]. Проведённые многолетние исследования показали, что, помимо качества стентов, важное значение в предупреждении рестенозирования и реокклюзии сосудов играет дезагрегантная и антикоагулянтная терапия. Внедрение в клиническую практику стентов, выделяющих лекарства, т.е. «покрытых стентов»,

способствовало дальнейшему улучшению отдалённых результатов стентирования за счёт снижения рестенозов стентов. В настоящее время наиболее изучены и широко используются стенты, покрытые сиролимусом (СПС) – Cypher и паклипакселем (СПП) – Taxus, которые обладают выраженным ингибирующим действием на пролиферацию гладкомышечных клеток [6]. Учитывая ряд особенностей климато-географического характера, питания, проживания, позднюю обращаемость, создающих предпосылки к изменению реологических свойств крови, становится очевидной важность дезагрегантной терапии после стентирования коронарных артерий [7].

Цель исследования: оценить эффективность дезагрегантной терапии после коронарного стентирования в зависимости от сроков применения плавикса и типа имплантированного стента.

Материал и методы. За период 2011-2013 гг. в условиях Республиканского клинического центра кардиологии г.Душанбе проведён годовой ангиографический анализ у 80 пациентов, которым произвели стентирование коронарных артерий. Среди обследованных преобладали мужчины – 66 (82,5%) больных (средний возраст $56,1 \pm 1,8$ года), и 14 (17,5%) – женщины (средний возраст $58,0 \pm 1,9$ года). Средняя продолжительность ИБС составила у мужчин $4,8 \pm 0,6$ года, у женщин – $5,2 \pm 0,4$.

ТАБЛИЦА 1. ТИПЫ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СТЕНТОВ

Кол-во артерий Типы стентов	1 сосуд (n=30)	2 сосуда (n=35)	3 сосуда (n=15)
СМС «VxSonic»	4 (2,7%)	6 (4,1%)	10 (6,8%)
СПС «Cypher»	18 (12,4%)	24 (16,5%)	20 (13,7%)
СПП «Taxus»	8 (5,5%)	40 (2,7%)	15 (10,3%)
ВСЕГО:	30	70	45

Примечание: % рассчитан от общего кол-ва имплантированных стентов

В до и после госпитальном периоде всем без исключения больным назначалась терапия дезагрегантами, препаратом «Плавикс» (фирма «Sanofi Pharma Bristol», Франция). Согласно рекомендациям Американской ассоциации кардиологов (ACC) и Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК), за 5-6 дней до стентирования назначался плавикс в суточной дозировке до 150 мг. После проведения стентирования все больные получали плавикс в суточной дозировке 75 мг в течение 12 месяцев, также был рекомендован аспирин в дозировке 200-300мг/сутки на протяжении месяца после эндоваскулярной процедуры. По необходимости, строго по индивидуальным показаниям, на протяжении всего времени наблюдения больные получали бета-адреноблокаторы (бисопролол – 5мг) – 18 (22,5%) пациентов, антагонисты кальция (амлодипин – 10 мг) – 9 (11,2%) пациентов, ингибиторы АПФ–13 (16,2%) пациентов, и пероральные нитраты – 9 (11,2%) пациентов. Статины, в основном в виде мертинила, в суточной дозе 10-20 мг назначались в стационаре до стентирования и были рекомендованы в лечении после выписки из стационара под контролем трансаминаз печени всем больным.

В дальнейшем все пациенты были рандомизированы по срокам длительности дальнейшего приёма плавикса на 3 группы: I группу составили 14 пациентов, которые принимали плавикс 75 мг/сут. в течение 1 месяца; II группу (n=20) – в течение 3 месяцев; III группу (n=46) – в течение года.

Пациенты также были распределены в зависимости от типа имплантированного стента. Стандартных металлических стентов (СМС) VxSonic было имплантировано 20 (13,8%), покрытых сиролимусом стентов (СПС) – 62 (42,8%), паклитакселем (СПП) – 63 (43,4%). Всего было имплантировано 145 стентов, из которых 100 стентов имплантировано 66 мужчинам и 45 стентов – 14 женщинам (табл. 1).

Эффективность антиагрегантной терапии оценивалась динамикой изменения вязкости крови и плазмы, а также уровнем тромбоцитов в крови. Терапевтической эффективностью считалось восстановление кровотока и отсутствие «больших» коронарных

событий: внезапная смерть, инфаркт миокарда, возобновление стенокардии с необходимостью повторных эндоваскулярных процедур и внутренние кровотечения.

Критерии включения: подтверждённая коронарной ангиографией ИБС, стенокардия напряжения с выявленными стенозами, а также информирование и письменное согласие больных.

Критерии исключения: непереносимость аспирина, тиенопиридинов, нержавеющей стали; злокачественные новообразования; наличие острых воспалительных заболеваний или период обострения хронических воспалительных заболеваний; болезни крови, инфаркт миокарда менее 2 месяцев в анамнезе; отказ пациента от участия в исследовании и повторной (контрольной) коронарографии через 12 месяцев.

Ангиографию и стентирование проводили в рентгеноперационной комнате оборудованной ангиографическим комплексом «CARDIOVASCULAR» (Phillips, Голландия). Вязкость крови и плазмы определяли ротационным вискозиметром (секунд – пауз, СП).

Обработку материала проводили методами описательной статистики: вычисляли среднюю величину (M), стандартное отклонение (σ) и стандартную ошибку (m). Статистическую значимость различий между средними показателями вычислили по t-критерию Стьюдента при уровне $\alpha=95\%$ ($p<0,05$).

Результаты и их обсуждение. На отдалённом (годовом) этапе у большинства обследованных пациентов после проведения эндоваскулярных процедур определялись стабилизация состояния и отсутствие приступов стенокардии. В этом отношении, среди больных с максимально длительным приёмом плавикса в дозе 75мг/сут. отмечается достоверно самое высокое количество пациентов свободных от стенокардии и самая низкая необходимость проведения повторных эндоваскулярных вмешательств. Анализ сроков применения плавикса позволил установить, что случаи с нерегулярным приёмом менее 1 месяца и самостоятельной отменой препаратов были у 13

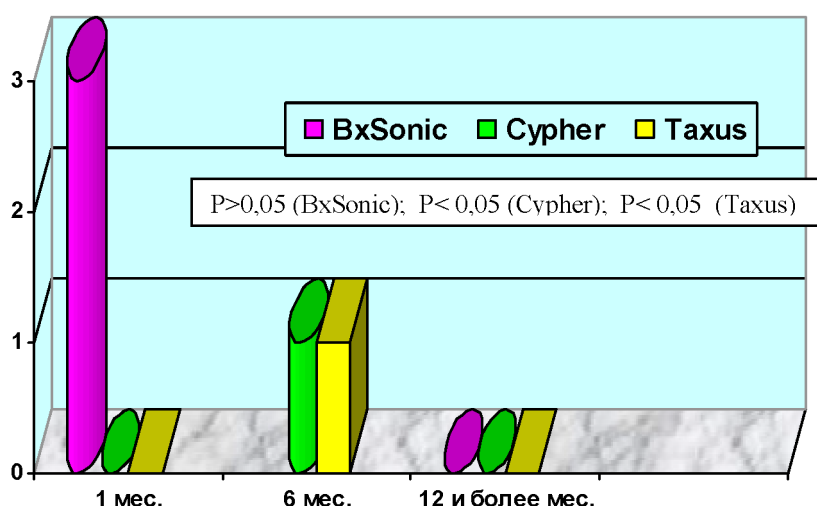


РИС. 1. ЧАСТОТА IN-STENT СТЕНОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ПРИЁМА ПРЕПАРАТА «ПЛАВИКС»

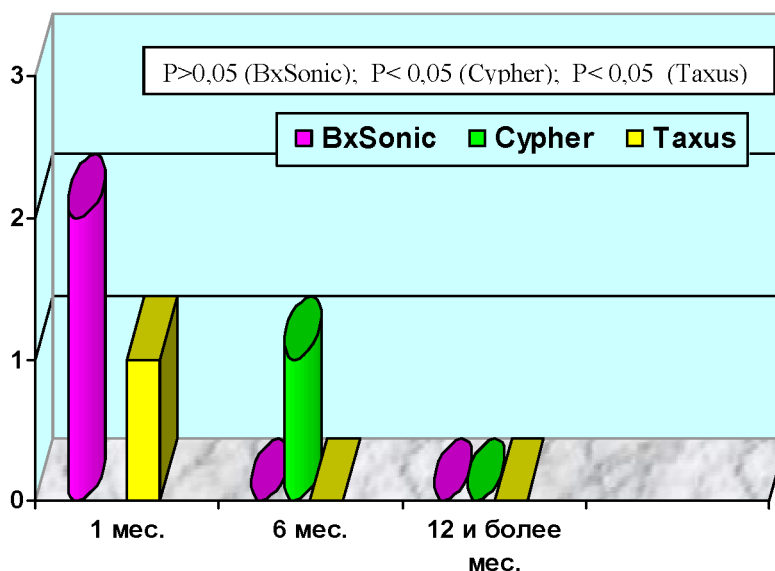


РИС. 2. ЧАСТОТА ОККЛЮЗИИ СТЕНОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ПРИЁМА ПРЕПАРАТА «ПЛАВИКС»

(16,3%) больных; регулярно принимали препараты до 3 месяцев – 20 (25,0%) пациентов, более 6 месяцев регулярный приём препаратов осуществляла большая часть больных ($n=46$; 57,5%).

Сопутствующий атеросклероз других коронарных артерий и неудовлетворительный отдалённый результат стентирования явились главной причиной основных клинических событий на отдалённом этапе.

Анализ основных клинко-ангиографических показателей во всех группах показал, что основными клиническими осложнениями явились: внезапная смерть, рестеноз и окклюзия различных коронарных артерий.

Сопоставление количества осложнений со сроками применения дезагрегантной терапии свидетельствует, что 1 (1,2%) летальный случай зарегистрирован на 47-й день, на фоне отказа и самостоятельной отмены всех лекарственных препаратов у пациента с трёхсосудистым поражением (вскрытие пациента не проводилось по религиозным соображениям). Так, установлено, что в годовой период произошло 5 целевых рестенозов. Из общего числа ($n=5$; 6,2%) рестенозов, 3 (3,7%) из них произошли у пациентов I группы (дезагрегантная терапия – не более 1 месяца) и 2 (2,5%) рестеноза артерий произошли у пациентов из II группы (дезагрегантная терапия – не более 6 месяцев) после стентирования (рис. 1).

ТАБЛИЦА 2. ПОКАЗАТЕЛИ СВЁРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Показатели	Контроль (n=20)	1 месяц (n=80)	6 месяцев (n=79)	12 месяцев и более (n=79)
Фибриноген, г/л	3,88±0,66	4,22±0,45	4,03±0,24	3,71±0,27*
Вязкость крови, сп	3,55±0,04	4,76±0,05	4,75±0,04	3,85±0,06***
Вязкость плазмы, сп	1,04±0,01	1,35±0,03	1,22±0,05*	1,18±0,04**
Тромбоцит, 10 ⁹ /л	227,0±17,0	303,0±15,0	298,0±19,0	286,0±12,0*

Примечание: *P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001 – значимость различия показателей по сравнению с таковыми в 1-й месяц

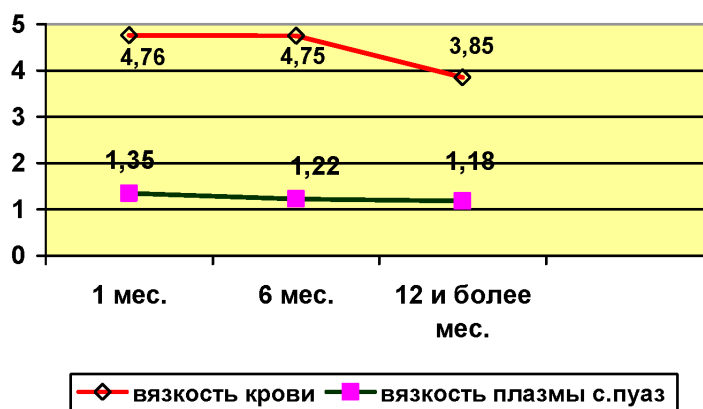


РИС. 3. ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЯЗКОСТИ КРОВИ И ПЛАЗМЫ

При изучении вопроса об окклюзии стентов, также выявлено максимальное количество случаев окклюзий у пациентов с минимальной (1 мес.) продолжительностью приёма плавикса (75 мг/сут.) – 3 (3,7%) против 1 (1,2%) случая за 6 месячный период (рис.2). Следовательно, в течение одного месяца произошло 6 (7,5%) осложнений (3 окклюзии и 3 рестеноза) у пациентов из I группы, а в последующие 3 месяца – ещё 3 (3,7%) осложнения у пациентов из II группы.

Для более глубокого изучения влияния дезагрегантной терапии на отдалённые результаты стентирования нами проведён анализ сопоставления осложнений с видом имплантированного стента. Так, анализ частоты in-stent, показал, что из общего числа 5 рестенозов в 3 случаях имплантировались стенты типа VxSonic и в 2 случаях – стенты с лекарственным покрытием (Cypher и Taxus) (рис. 1). Анализ частоты окклюзий с видом имплантированного стента показал, что в 3 случаях имплантировались стенты типа VxSonic, а 1 случае – Cypher. При общей неудовлетворительной оценке стентирования установлено, что 3 пациентам имплантировались стенты с «покрытием» и 6 пациентам – стандартные металлические стенты типа VxSonic.

Следовательно, наибольшая частота осложнений встречается при имплантации стентов без лекарственного покрытия, типа VxSonic и в ранние сроки прекращения дезагрегантной терапии (рис. 2).

Показатели гемореологических показателей системы крови у обследуемых пациентов до проведения стентирования не превышали нормативные показатели. В динамике, после проведения стентирования и регулярного применения плавикса, на фоне индивидуальной базисной терапии уровень фибриногена имел тенденцию к снижению, составляя от 4,22±0,45 г/л до 3,71±0,27 г/л (p<0,05) (табл.2). В динамике годового применения дезагрегантной терапии отмечалась стабилизация вязкости крови и плазмы, показатели которых к концу года составили, соответственно, 3,85±0,06 и 1,18±0,04 сп (рис.3).

При контрольном исследовании количество тромбоцитов оставалось в норме у всех исследованных пациентов, и больных с резким снижением этого показателя не было ни в одной группе

Результаты годового наблюдения показали, что у 70 (87,5%) пациентов достигнуто восстановление кровотока в коронарных артериях путём стентирования, что улучшило их клиническое состояние и способствовало в большинстве случаев исчезновению приступов стенокардии. Результаты годового анализа позволили регистрировать 10 (12,5%) случаев неудовлетворительных результатов стентирования, которые сопровождались формированием сложных коронарных событий, в том числе 1 (1,2%) случай внезапной смерти. При этом необходимо отметить,



что процент неудовлетворительных результатов в специализированных клиниках Европы не превышает 2,5% [8,9].

В этом отношении, среди больных с максимально длительным приёмом клопидогреля в дозе 75 мг/сут., достоверно отмечается самое высокое количество пациентов, у которых не наблюдалось стенокардии и самая низкая необходимость проведения повторных эндоваскулярных вмешательств.

Анализ формирования осложнений в сопоставлении со сроками приёма препарата «Плавикс» (75 мг/сут.) показал, что продолжительность дезагрегантной терапии достоверно влияла на количество случаев рестеноза и окклюзий. Более предпочтительные клинико-ангиографические результаты с наименьшим количеством осложнений наблюдались у пациентов с длительностью приёма препарата «Плавикс» в дозе 75мг/сут. более 6 месяцев. Анализ ангиографических результатов показал, что из общего количества 10 осложнений (5 рестенозов, 4 окклюзии и 1 летальный случай) большинство произошли у пациентов в первое полугодие после стентирования. При этом необходимо отметить, что у 7 (8,7%) пациентов данные осложнения имели место в первые месяцы отмены дезагрегантной терапии. В тоже время отмечается прямая зависимость снижения частоты In-stent стеноза и окклюзий от вида имплантированного стента. Так, на долю неудовлетворительных результатов приходится 6 стандартных металлических стентов типа VxSonic, против 3 стентов с «покрытием».

Таким образом, использование стентов, покрытых сиролimusом и паклитакселем, улучшает отдалённое состояние целевого сегмента после стентирования, на фоне регулярной дезагрегантной терапии препаратом «Плавикс».

ЛИТЕРАТУРА

1. Обзор исследований, оценивающих результаты применения стентов у больных ишемической болезнью сердца /Л.А. Бокерия [и др.]// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2009. - №8. - С. 99-105
2. Результаты стентирования коронарных артерий стентами с биodeградирующим полимерным и антипролиферативным (биолимус А9) покрытием /Р.В. Зейналов [и др.]// Международный журнал интервенционной кардиоангиологии. - 2012. - №26. - С. 17-24.
3. Стентирование ствола левой коронарной артерии у больных с различными формами ишемической болезни сердца: ближайшие и среднеотдаленные результаты /А.В. Кононов [и др.] // Международный журнал интервенционной кардиоангиологии. - 2013. - №32. -С. 26-33.
4. Алигишева З.А. Отдалённые клинико-ангиографические результаты стентирования коронарных артерий при различной длительности применения дезагрегантной терапии: автореф. ... д-ра мед. наук / З.А. Алигишева. М. - 2008. - 23 с.
5. Бабунашвили А.М. Стенты с лекарственным покрытием при лечении диффузных атеросклеротических поражений коронарных артерий /А.М. Бабунашвили [и др.] // Consilium medicum. - 2006. - Т. 1. - № 4. - С. 56-52.
6. May A. Individualized antithrombotic therapy in high risk patients after coronary stenting. A double edged sword between thrombosis and bleeding /A. May, T. Geisler, M. Gawaz // Thromb Haemost. - 2008. - №99. - V3.-P. 487-493.
7. Особенности клинического течения ишемической болезни сердца в условиях жаркого климата /К.З. Ураков [и др.]// Здравоохранение Таджикистана. - 2013. - №3. - С.91-96
8. Outcomes with concurrent use of clopidogrel and proton-pump inhibitors: a cohort study / W.A. Ray [et al.] // Ann Intern Med. - 2010. - №152. V337. - P345.
9. A randomized comparison of antiplatelet and anticoagulant therapy after the placement of coronary-artery stents / A.Schomig [et al.] // N. Engl. J. Med. - 2012. - № 334. - V.1084. - P 1089.



Summary

Evaluating the effectiveness of antiplatelet therapy after coronary stenting

H.T. Faizullaev, S.M. Boboaliev, M.E. Rajabov, Sh.F. Odinaev

Chair of Internal Medicine № 1 Avicenna TSMU

Analysis and comparison of complications after coronary artery stenting, depending on the timing of antiplatelet therapy and the type of implanted stent carried out in this article. The results showed clinical and angiographic success of the procedure in 70 (87,5%) from 80 patients. Unsatisfactory results of stenting were: fatal case – 1 (1,2%), restenosis – 6 (7,5%) and occlusion – 3 (3,7%). Most cases of restenosis (n=6) are in the first month of cancellation antiplatelet therapy, and 3 cases of occlusion – a 6-month period. Comparison of complications with the type of implanted stent showed that the greatest number of complications (3 restenosis and occlusion 3) observed in standard metal stent implantation type BxSonic.

Expediency of prolonged antiplatelet therapy with «Plavix» within 1 year after stenting and stent implantation with the «coating» is confirmed by the normalization of fibrinogen level, blood and plasma viscosity.

Key words: Plavix, antiplatelet therapy, stent, stenting

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Файзуллаев Хикматулло Тоирович – соискатель
кафедры внутренних болезней №1 ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, ул.Санои, 33
E-mail: Fhikmat83@mail.ru



Диагностическое значение гомоцистеина и показателей липидного метаболизма у пациентов в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта

Т.В. Мироненко, Л.В. Яковлева

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»,
кафедра нервных болезней с нейрохирургией, г.Луганск, Украина

В статье представлены результаты анализа диагностического значения плазменного гомоцистеина и холестерина фракций липопротеидов на динамику неврологических расстройств в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта.

Было обследовано 70 пациентов, перенёсших ишемический инсульт (давность 1-4 месяца) и 20 лиц контрольной группы – с атеросклеротической энцефалопатией II ст.

Данные проведённого исследования показывают, что в структуре выявленных неврологических симптомов превалировала вегетативная дисфункция, наряду с очаговым неврологическим дефицитом.

В раннем восстановительном периоде ишемического инсульта определяется повышение в крови уровня общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой и очень низкой плотности, триглицеридов, индекса атерогенности, которое сочетается с ростом плазменного гомоцистеина по сравнению с показателями контрольной группы ($p < 0,001$).

Установлена прямая корреляционная связь между индексом атерогенности крови и плазменным уровнем гомоцистеина; уровнем гомоцистеина крови и уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности у пациентов, что имеет определённое диагностическое и, возможно, прогностическое значение.

Ключевые слова: ишемический инсульт, атеросклеротическая энцефалопатия, гомоцистеин, липидный метаболизм, вегетативная дисфункция

Введение. Перед ангионеврологами стоят принципиальные задачи организации максимально эффективной и адекватной помощи пациентам не только в остром, но и в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта (ИИ) [1,2]. Это обстоятельство диктует необходимость дальнейшего углублённого изучения механизмов патогенеза повреждения церебральных структур в ранние сроки после мозговых инсультов [3].

В последние годы большое внимание уделяется «новым» факторам риска [4,5], запускающим стойкие дисметаболические процессы в тканях, сосудистых стенках головного мозга. Среди них значимое место отводится гипергомоцистеинемии (ГГЦ), которая, по мнению ряда авторов, не только тесно связана с поражением сосудов внутренних органов и интракраниальных, но и способна предшествовать развитию церебральных сосудистых катастроф [6].

ГГЦ оказывает неблагоприятное влияние на механизмы сосудистой ауторегуляции, обмена липидов и состояние коагуляционного потенциала крови [7,8].

На сегодня остаётся недостаточно глубоко изученным и вопрос изменений показателей липидного обмена в динамике ИИ, его роль в сохранении неврологических нарушений в раннем восстановительном периоде заболевания [9].

В этой связи, целесообразно изучение влияния концентрационных изменений гомоцистеина и липидов крови на клиническое течение восстановительного периода ИИ, поскольку позволит практикующим врачам прогнозировать исход заболевания, и поэтому является актуальным.

Цель работы – определить диагностическое значение плазменного гомоцистеина и холестерина фракций липопротеидов на динамику неврологических расстройств в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта.

Материал и методы. Проведено клиничко-лабораторное обследование 70 пациентов в возрасте 54 – 70 лет (30 мужчин и 40 женщин) в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта (давность 1-4 месяца). У 48 больных ИИ был локализован в каротидном сосудистом бассейне, у 22 – в вертебро-базиллярном. Диагноз ИИ верифицировался по данным магнитно-резонансной томографии головного мозга. В состав контрольной группы вошло 20 пациентов (9 мужчин и 11 женщин) с атеросклеротической энцефалопатией II ст. аналогичного возраста. Средний возраст пациентов основной группы составил $61,2 \pm 7,8$ года, контрольной группы – $59,3 \pm 5,8$ года.

Оценку неврологического статуса и динамику функционального восстановления неврологических расстройств оценивали при госпитализации больных и в процессе их лечения по шкале NIHSS и шкале Ренкина. ГЦ в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с помощью наборов Axis Homocysteine EL (производство Axis-Shield Diagnostics Ltd the Tehnology Park Dundee DD2, XA United Kingdom) при поступлении в стационар и через 20 суток.

Исследование липидного обмена включало в себя определение уровня общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), ХС липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП), триглицеридов, индекса атерогенности. Уровень общего холестерина изучался по цветной реакции Либермана-Бухарда в модификации Abell et al.; содержание триглицеридов (ТГ) – с использованием компонентов реактивов фирмы «Лахема» (Чехия); содержание ХС ЛПВП – по методике Burnstein and Samail в модификации А.Н. Климова; тестирование дислипидемий проводилось в соответствии с классификацией D. Friedrickson; содержание ХС ЛПНП вычисляли по формуле W.Freedwald; а индекс атерогенности – по А.Н. Климову (1984).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета программ Microsoft Excel, «Statistica». Для оценки разницы между показателями использовали параметрический критерий Стьюдента. Кроме того, были использованы и непараметрические методы, когда характер распределения показателей отличался от нормальных: для бинарных отличий – критерий χ^2 , для сравнения двух независимых (несвязанных) групп – метод Ман-

на-Уитни, зависимых групп – критерий знаков. При определении связей между показателями использовали корреляционно-регрессивный анализ (для параметрических данных – корреляцию Пирсона, для непараметрических данных – корреляцию Спирмена). Достоверной считали разницу показателей при $p < 0,05$. Результаты приведены в виде $M \pm m$.

Результаты и их обсуждение. Среди субъективных симптомов заболевания у пациентов основной группы преобладали жалобы на головную боль (54-77,1%; $p=0,03$), головокружение (39-55,7%; $p=0,01$), слабость в парализованных конечностях (51-72,8%; $p=0,04$), шаткость при ходьбе (43-61,4%), неустойчивое АД (64-91,4%), боли в сердце (51-72,8%), снижение памяти на текущие события (61-87,1%), плохой сон (67-95,7%), подавленное настроение (58-82,8%) в сравнении с пациентами контрольной группы.

Среди объективных симптомов заболевания имели место мотосенсорные расстройства (63-90%), вестибуло-мозжечковый синдром (47-67,1%), экстрапирамидная недостаточность (33-47,1%), снижение функции краниальных нервов (66-94,3%) ($p < 0,05$), которые регистрировались в 2 раза чаще в сравнении с контролем; вегетативная дисфункция (68-97,1%), церебрастенический синдром (70-100%), когнитивные расстройства лёгкой и умеренной выраженности (51-72,8%).

Имеющиеся неврологические симптомы зависели от преимущественной локализации перенесённого ИИ, в их структуре преобладали функциональные изменения центральной нервной системы в виде вегетативной дисфункции и церебрастенического синдрома, наряду с очаговым неврологическим дефицитом.

При проведении лабораторной диагностики были обнаружены следующие изменения: уровень ГЦ у обследуемых контрольной группы составил $8,46 \pm 0,82$ мкмоль/л; у пациентов основной группы содержание ГЦ в раннем восстановительном периоде ИИ оказалось повышенным до $18,56 \pm 2,1$ мкмоль/л, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$); уровень плазменного ГЦ колебался в широких пределах от 8,6 до 23 мкмоль/л.

Более выраженная степень ГЦ отмечалась у пациентов с тяжёлым неврологическим дефицитом и наличием комбинированных факторов риска ИИ, в виде сочетания артериальной гипертензии с сахарным диабетом, церебральным атеросклерозом. В анамнезе у этих пациентов неоднократно наблюдались тромботические эпизоды – транзиторные ишемические атаки, инфаркт миокарда. Концентрация ГЦ, при этом, составила $21,6 \pm 2,2$ мкмоль/л ($p < 0,001$) (табл. 1).

Результаты проведённого исследования также характеризовали более выраженную степень ГЦ у лиц мужского пола, что вероятно связано с наличием у них факторов, благоприятствующих увеличению концентрации ГЦ, таких как: курение, злоупотребление алкоголем, диеты с высоким содержанием мясных и холестеринсодержащих продуктов. Однако у женщин, перенёсших ИИ, при лёгкой степени неврологического дефицита также регистрировалась тенденция к увеличению концентрации в крови уровня гомоцистеина ($p > 0,05$), которая оказалась статистически значимой, по мере возрастания степени выраженности постинсультных неврологических нарушений.

При сравнении динамики исследуемого показателя гомоцистеина у женщин и мужчин в раннем восстановительном периоде достоверные отличия выявлены при умеренном неврологическом дефиците, при тяжёлой степени постинсультного дефекта, у лиц мужского и женского пола одинаково часто регистрировалась значимая гипергомоцистеинемия.

У всех пациентов в восстановительном периоде ИИ, независимо от уровня его локализации, отмечалось повышение содержания в крови ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП и индекса атерогенности (ИА) в сравнении с показателями контрольной группы ($p < 0,001$) (табл. 2). Высокие показатели ИА имели место у лиц мужского пола с тяжёлыми постинсультными неврологическими нарушениями.

Отмечено достоверное увеличение ХС атерогенных липопротеидов в зависимости от тяжести неврологического дефицита. Наиболее информативна

эта закономерность у обследованных больных со степенью тяжести неврологических расстройств по шкале NIHSS 12 баллов и более ($p < 0,01$). При лёгкой степени неврологического дефицита, исследуемые показатели ХС липопротеидов были слегка повышены ($p > 0,05$).

Анализируя полученные результаты, нами установлена прямая корреляционная связь между индексом атерогенности крови и уровнем гомоцистеина ($r = 0,97$; $p < 0,001$); гомоцистеином крови и показателем ХС липопротеидов низкой плотности ($r = 0,85$; $p < 0,001$) у пациентов с ИИ в раннем восстановительном периоде, эту взаимосвязь можно объяснить способностью ГЦ активировать атерогенез (рис. 1,2), что совпадает с данными литературы о роли умеренной гипергомоцистеинемии в поддержании дислипидемии [10].

Таким образом, у пациентов, перенёсших ишемический инсульт, установлено увеличение концентрации плазменного гомоцистеина и холестерина липопротеидов низкой и очень низкой плотности, индекса атерогенности (по сравнению с контролем), которые зависят от степени тяжести неврологического дефицита в восстановительном периоде, что имеет определённое диагностическое и, возможно, прогностическое значение.

Указанная тенденция особенно выражена у лиц, имеющих среди причинных факторов риска ишемического инсульта такие, как сочетание артериальной гипертензии, атеросклероза, сахарного диабета, которые существенно утяжеляют клиническое течение восстановительного периода заболевания.

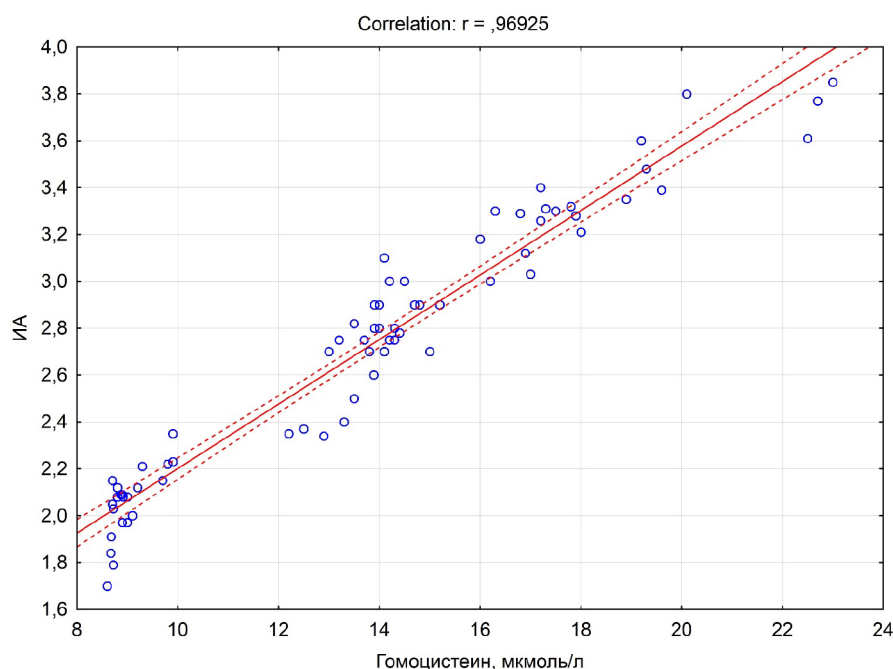


РИС. 1. КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ ГОМОЦИСТЕИНА И ИНДЕКСА АТЕРОГЕННОСТИ

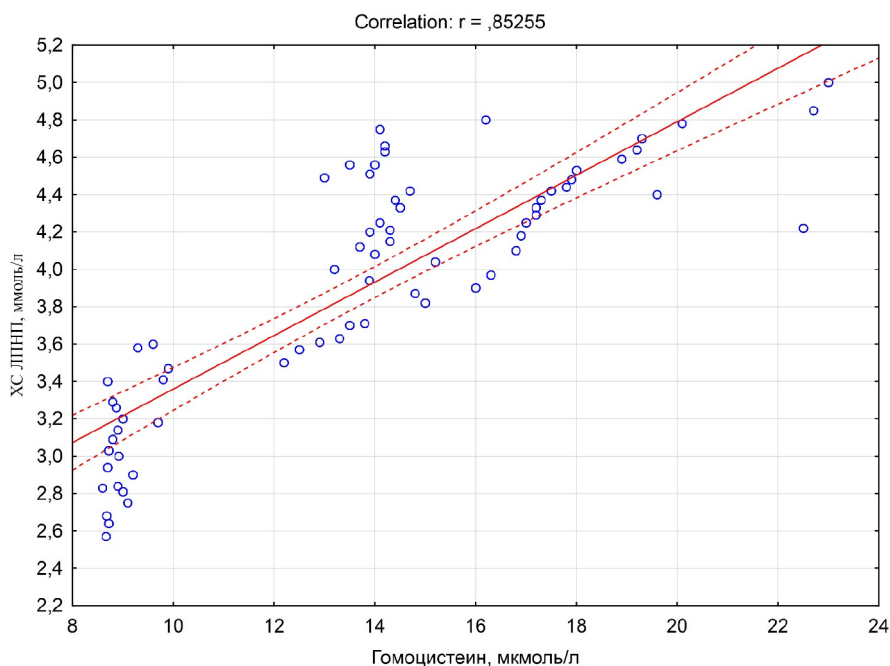


РИС. 2. КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ ГОМОЦИСТЕИНА И ХОЛЕСТЕРИНА ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ

Установлена прямая корреляционная связь между индексом атерогенности крови и плазменным уровнем гомоцистеина; уровнем гомоцистеина крови и уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности у пациентов, перенёвших ишемический инсульт. Полученные лабораторные показатели отображают, в определённой степени, способность гипергомоцистеинемии повышать в крови и, возможно, эндотелиальных клетках концентрацию холестерина липопротеидов низкой плотности и холестерина липопротеидов очень низкой плотности, что ускоряет процессы атерогенеза.

Можно предположить, что гипергомоцистеинемия неблагоприятно влияет на механизмы, регулирующие сосудистый тонус, липидный обмен, коагуляционный каскад.

Указанная информация обосновывает необходимость проведения дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гудкова В.В. Постинсультный период: патофизиологические процессы, клинические проявления и лечение / В.В.Гудкова, Л.В.Стаховская, К.В.Шеховцова, В.И.Скворцова // Фарматека. – №19 (134). – 2010. – С.12-15.
2. Мироненко Т.В. Избранные вопросы ангионеврологии / Т.В.Мироненко, Ю.Н.Сорокин, П.Д.Бахтияров // Луганск. – 2008. – 286 с.
3. Ciaccio M. Therapeutic approach to plasma homocysteine and cardiovascular risk reduction / M. Ciaccio, G. Bivona, C. Bellia // Therap. And Clin. Risk Manag. – 2008. – Vol. 4. – P. 219-224.
4. Perna A.F. Homocysteine and oxidative stress / A.F. Perna, D. Ingrosso, N.G. De Santo // Amino Acids. – December 2006. – Vol. 25, Issue 3-4. – P. 409-417.
5. Freiberg J.J. Nonfasting triglycerides and risk of ischemic stroke in the general population / J. Freiberg, A. Tybjaerg Hansen, J. Jensen, B. Nordestgaard // JAMA. – 2008. – Vol. 300. – P. 2142-2152.
6. Зозуля И.С. Гипергомоцистеинемия и другие метаболические предикторы развития и течения ишемического инсульта / И.С.Зозуля, В.И.Шевчук, Г.В.Бессмертная. Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика. – Киев. – 2011. – С. 34-36, 124-125.
7. Филимонов Д.А. Взаимоотношения гомоцистеина с системой гемостаза и возможности медикаментозной коррекции у пациентов с цереброваскулярной патологией и факторы риска её развития / Д.А.Филимонов, С.К.Евтушенко, Д.Ш.Дюба, В.А.Симонян // Украинский вестник психоневрологов. – 2012. – Т.20, № 3 (72). – С. 147.
8. Colivicchi F. Discontinuation of statin therapy and clinical outcome after ischemic stroke / F.Colivicchi, A.Bassi, M.Santini, C.Caltagirone // Stroke. – 2007. – Vol. 38(10). – P. 2652-2657.



9. Кузнецов В.В. Состояние церебральной гемодинамики, биоэлектрической активности головного мозга и липидного спектра крови у больных пожилого возраста, перенёсших мозговой инфаркт в каротидном бассейне / В.В.Кузнецов, Ф.В.Юрченко, Д.В.Шульженко, Т.В.Зазгарская // Психическое здоровье. – 2009. – №1 (22). – С. 4-14.
10. Евтушенко С.К. Роль гомоцистеина в развитии ишемических инсультов у лиц молодого возраста (обзор литературы и личные наблюдения) / С.К.Евтушенко, Д.А.Филимонов // Международный неврологический журнал. – 2013. – № 7 (61). – С. 19-30.

Summary

Diagnostic value of homocysteine and lipid metabolism indices in patients at early recovery period of ischemic stroke

T.V. Mironenko, L.V. Yakovleva

SI «Lugansk State Medical University»

Chair of Nervous Diseases with Neurosurgery, Lugansk, Ukraine

The analysis of the diagnostic value of plasma homocysteine and lipoprotein cholesterol fractions on neurological disorders dynamics at early recovery period of ischemic stroke presented in article.

Were examined 70 patients suffered from ischemic stroke with 1-4 months prescriptions, and 20 patients of control group - with atherosclerotic encephalopathy II stage.

The data of the study show the structure of identified neurological symptoms prevailed autonomic dysfunction, along with focal neurological deficit. In all patients, there was an increase in the blood levels of total cholesterol, LDL cholesterol and very low density, triglycerides, atherogenic index, homocysteine compared with the control group ($p < 0,001$).

At early recovery period of ischemic stroke increase in blood levels of total cholesterol, LDL and very low density, triglycerides, atherogenic index, which is combined with an increase in plasma homocysteine is determined.

A direct correlation between the atherogenic index of blood and plasma homocysteine levels; homocysteine blood levels and low density lipoprotein cholesterol is established that have certain diagnostic and, perhaps, prognostic significance.

Key words: ischemic stroke, atherosclerotic encephalopathy, homocysteine, lipid metabolism, vegetative dysfunction

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Мироненко Татьяна Васильевна – заведующая кафедрой нервных болезней с нейрохирургией ГУ «Луганский государственный медицинский университет»; Украина, г.Луганск, кв. 50-лет Обороны Луганска, 1. E-mail: pecilia@bk.ru

ОТ РЕДАКЦИИ:

Мы – коллектив научно-медицинского журнала «Вестник Авиценны» – были приятно удивлены, мало того – потрясены, когда в делопроизводство нашей редакции поступила статья, присланная из Луганска (Восточная Украина), из города, подвергающегося обстрелам, находящегося без тепла, света и воды. Несмотря на это, учёные-медики находят в себе мужество, стойкость, силы, и даже во время боевых действий занимаются наукой! Это означает, что наука – вне политики, она по своей природе – созидательна и миролюбива!



Клинико-эпидемиологическая характеристика суставного синдрома у взрослого населения Республики Таджикистан

М.Ф. Ахунова, С.М. Шукурова, Б.Р. Шодиев

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье приведены клинико-эпидемиологические данные суставных жалоб взрослого населения Республики Таджикистан (на примере Бободжон Гафуровского района). Анализ скринирующих анкет (n=3000) взрослого населения показал, что боли в коленных и/или тазобедренных суставах встречаются у 48,3% городского населения и 61,5% – сельского, жалобы на припухание в области суставов в 23,3% и 27,3% случаев, соответственно. Спектр ревматологической патологии у взрослых сельских и городских жителей представлен в основном остеоартрозом (ОА) (68,8%) и ревматоидным артритом (10,9%). При этом больные с ОА чаще в амбулаторных условиях за медицинской помощью обращаются к терапевту (75%).

Ключевые слова: суставной синдром, артралгии, остеоартроз, артрит

Актуальность. На рубеже тысячелетий основным объектом научной и практической деятельности ревматологов являются широко распространённые во всех странах ревматические болезни (РБ), объединённые в МКБ X в XIII классе болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС) [1-3].

БКМС насчитывают более 150 нозологий и синдромов. Из них наиболее значимыми для общества, несущими самое большое медико-социальное и экономическое бремя, являются остеоартроз (ОА), ревматоидный артрит (РА), дорсопатии, остеопороз и костно-мышечные травмы [4,5].

Проблема РБ рассматривается во всём мире как одна из наиболее значимых не только с медицинских, но и с социально-экономических позиций. Это обусловлено, прежде всего, широкой распространённостью и многообразием РБ. Так «артриты», как в США обозначаются все болезни суставов, находятся в ряде наиболее распространённых хронических заболеваний общества. В 2000г. ими страдали около 15% североамериканцев, а по прогнозу к 2020 году поражаемость населения «артритами» составит более 18% [2,3].

В России данные многоцелевой программы по изучению социально-экономических последствий РБ, свидетельствуют о том, что суставные жалобы на протяжении жизни имеют более 40% жителей населения [6].

О ситуации с РБ в Республике Таджикистан, можно судить лишь по данным отчётных форм Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, регистрируемых Государственным комитетом статистики РТ [7]. Так, по данным ряда авторов [8], в Таджикистане БКМС на 100000 населения в 2000 году составили 688,18 случаев, а в 2007 году – 945,15, ревматические заболевания – 77,78 и 1137,4, соответственно. В целом прирост РБ отмечается более чем на 15%.

Хотя цифры имеют тенденцию к некоторому росту, однако эти данные не отражают истинной картины, так как первичная заболеваемость регистрируется по обращаемости населения за медицинской помощью. Реальные цифры на наш взгляд намного выше, так как не всё население республики обращается за медицинской помощью из-за многих причин: это высокая стоимость медицинских услуг и лекарственных средств, дальнейшее расстояние населённых пунктов от лечебных учреждений, плохая информированность врачей на местах и др.

Анализ суставного синдрома в стране особенно востребован, поскольку, как показывают наши наблюдения, резко возросли случаи запоздалой диагностики, атипичные проявления суставных атак в дебюте болезни, недостаточно проводится подбор противовоспалительной и базисной терапии РБ.



Цель исследования. Изучить частоту и особенности клинических проявлений заболеваний суставов у взрослого населения и разработать рекомендации по снижению заболеваемости и оптимизации лечения.

Материал и методы. Исследование было проведено в 2 этапа. I этап – скринирующий, путём анкетирования ($n=3000$) взрослого населения прикрепленного территориально к медицинским учреждениям Бободжон Гафуровского района. Изучались жалобы ревматического характера среди городского и сельского населения. Источником информации в проводимом нами исследовании служила первичная учётная документация «Анкета изучения заболеваемости ревматическими болезнями», разработанная нами.

В основу данной формы была положена скринирующая анкета, предложенная институтом ревматологии РАМН в рамках программы «Социальные и экономические последствия ревматических заболеваний». Анкета была дополнена вопросами, связанными с наличием у опрашиваемых установленных диагнозов РЗ, учитывающими условия быта и трудовой деятельности, курение и употребление алкоголя, наследственную предрасположенность, а так же вопросами о медицинской активности и получаемой медицинской помощи (всего 39 вопросов). Во избежание систематической ошибки отбора, анкетирование проводилось также вне медицинских организаций (в трудовых коллективах, анкетирование «случайных» лиц). Таким образом, соблюдались условия равной возможности попадания в выборку как здоровых, так и больных людей.

II этап – диагностический, где на стадии амбулаторного обращения изучены структура и частота РЗ. Анализировалась медицинская документация больных поликлиник района ($n=319$). Отбирались анкеты больных с ОА и РА. Все пациенты обследовались по единой диагностической карте, по которой верифицировался диагноз ОА, РА или другой патологии, а результаты вносились в базу клинических данных. Обследование проводилось терапевтами.

Для уточнения диагноза, при необходимости, проводилось лабораторное исследование (скорость оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивный белок, ревматоидный фактор (РФ)). Также, при необходимости, выполнялось рентгенологическое исследование суставов. Рентгенологические стадии ОА были определены по Kellgren-Lawrence (1977), а для больных с РА – по классификации Shtein-Broker (1949). Рентгенограммы суставов анализировались ревматологом и врачом-рентгенологом. Диагноз РА устанавливался согласно критериям ACR (1987), ОА коленных и/или тазобедренных суставов – по критериям Altman R. (1990, 1991).

После установления диагноза ОА или РА на пациента заполнялась клиническая карта, соответствующая номеру визита. При клиническом исследовании проводилась оценка артрологического статуса, в том числе с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) для оценки болевого синдрома, альгофункционального индекса Лекена для гонартроза и коксартроза, также оценка состояния здоровья самим пациентом (СЗП) и оценка состояния здоровья врачом (СЗВ) по ВАШ, суставной счёт – число воспалённых суставов. Интенсивность боли по ВАШ оценивалась по балльной системе (0-10 баллов).

На каждого пациента с РА заполнялась анкета оценки здоровья (НАС). Для больных ОА заполнялась соответствующая анкета по факторам риска, которая включала в себя также вопросы, касающиеся социального статуса, некоторых психологических факторов.

У всех больных проводились сбор жалоб, анамнеза, объективные исследования. Оценивали клинические проявления суставного синдрома: суставной индекс, счёт боли, индекс припухлости по Ричи, подсчитывалось число болезненных и припухших суставов, продолжительность утренней скованности в минутах, выраженность болевого синдрома.

Статистическая обработка проводилась на компьютере с помощью пакета программ STATISTICA 6.0 (StatSoft, США) и MS Excell 2007. Количественные данные представлены в виде средних значений (M) плюс-минус стандартное отклонение ($\pm SD$) в случае близкого к

нормальному распределению признака. Учитывая, что многие признаки не подчинялись закону нормального распределения, значительная часть данных представлена в виде медианы (Me) и интерперцентильного размаха [25-й перцентиль; 75-й перцентиль].

Результаты и их обсуждение. На основании анализа скринирующей анкеты были суммированы жалобы ревматического характера. В понятие жалобы ревматического характера были включены жалобы на боли в суставах (артралгии) и припухание суставов. На вопросы анкеты о наличии жалоб на боли в коленных и/или тазобедренных суставах было выявлено, что в течение жизни боли в суставах имели 1720 (57,3%) лиц из общего числа опрошенных. Из них 833 – жители города и 887 – села. Частота встречаемости артралгий в зависимости от места жительства и времени представлена в таблице 1.



ТАБЛИЦА 1. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ БОЛИ В СУСТАВАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ (n=1720)

Показатели	Город (n=833)		Село (n=887)		P
	Абс.	%	Абс.	%	
Распространённость жалоб на боли в суставах, в т.ч.:	833	48,4±1,1	887	51,6±1,0	0,2
• Были раньше и беспокоят периодически или постоянно в последний год	534	31,0±1,0	577	33,6±0,7	0,06
• Возникли и беспокоят в последний год	140	8,1±0,6	121	7,0±0,5	0,001
• Были, но в последний год не беспокоят	159	9,2±1,1	189	11,0±0,6	0,04

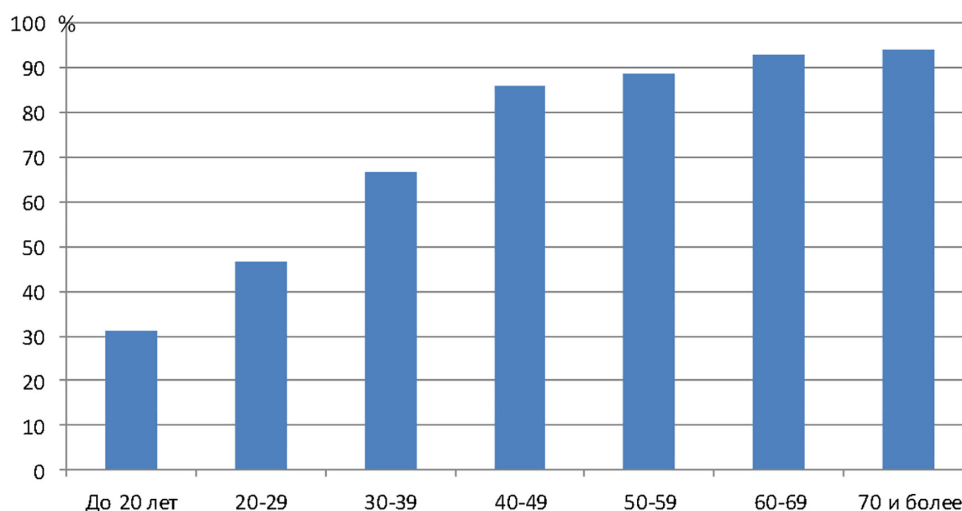


РИС. 1. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРТРАЛГИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Как видно из данных таблицы, жалобы на боли в коленных и/или тазобедренных суставах указывали 48,4% городского и 51,6% населения сельской местности. Причём у 31,0% болевой синдром был раньше и беспокоит периодически или постоянно в последний год; у 8,1% возникли боли в текущем году; у 9,2% боли были раньше, но последний год не беспокоят. Жалобы на боли в суставах у жителей сельской местности достоверно не отличались, хотя жители села отмечали их чаще, чем горожане. Из опрошенных жалобы на боли в коленных и/или тазобедренных суставах чаще предъявляли женщины: 69,6% против 30,4% у мужчин.

Боли в суставах изучались в разных возрастных группах. Установлена достоверная значимость болей в суставах от возраста (рис.1).

Из рисунка видно, что боли в суставах предъявляют треть респондентов в возрасте до 20 лет. Среди опрошенных в возрасте 20-29 лет боли имели место почти у половины – 47,3%; в возрасте 30-39 лет – у 68,3%; 40-49 лет – у 86,5%; 50-59 лет – у 88,5%; 60-69 лет – у 93,3% и 70 и более – у 95,8%. Таким образом, определяется линейная прямая зависимость болей в суставах от возраста.

Мы сочли необходимым провести анализ локализации артралгий у женщин и мужчин (рис.2).

Как видно из рисунка 2, наиболее часто наблюдались боли в коленных суставах, причём у мужчин и женщин почти с одинаковой частотой – 97% и 95,3%, соответственно. У женщин на втором месте по частоте встречаемости были артралгии в суставах пальцев кистей рук (41,2%), а у мужчин – в голеностопных (28,2%) и в локтевых (39,8%) суставах.

Таким образом, топика артралгий имеет свои особенности в зависимости от пола. Согласно задачам исследования, в анкету опроса также были включены жалобы на припухание суставов. Результаты опроса показали, что в течение жизни жалобы на припухание суставов имели 730 (24,3%) лиц от общего числа опрошенных (табл. 2).

Как видно из данных таблицы, жалобы на припухание суставов предъявляли 23,3% жителей города и 26,3% – села из общего числа опрошенного населения. Из числа городского населения на наличие припухания суставов в анамнезе и постоянно в последний год жаловались 12,4%, на наличие припухания в последний год – 5,1% и наличие припухания в анамнезе, но в последний год не беспокоило – 6,2%, среди сельского населения – 14,3%, 6,0% и 6,0%, соответственно.

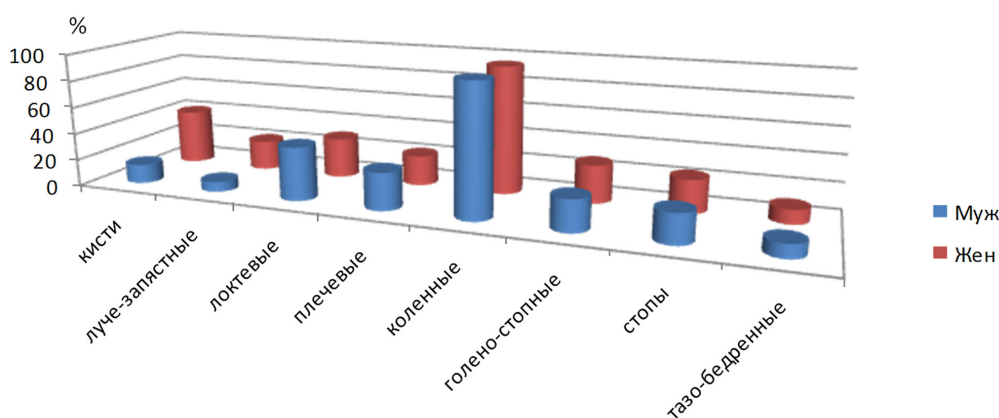


РИС. 2. ЛОКАЛИЗАЦИЯ АРТРАЛГИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

ТАБЛИЦА 2. ХАРАКТЕРИСТИКА И ЧАСТОТА ЖАЛОБ НА ПРИПУХАНИЕ СУСТАВОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ (n=730)

Показатели	Город (n=350)		Село (n=380)		P
	Абс.	%	Абс.	%	
Жалобы на наличие припухания в суставах, в т.ч.:	174	23,3±0,9	191	26,3±1,0	0,035
• Были раньше и беспокоят периодически или постоянно в последний год	93	12,4±0,8	103	14,3±0,8	0,06
• Возникли и беспокоят в последний год	37	5,1±0,6	43	6,0±0,7	0,04
• Были, но в последний год не беспокоят	46	6,2±0,7	43	6,0±0,6	0,2

ТАБЛИЦА 3. СТРУКТУРА РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С ПРИПУХАНИЕМ СУСТАВОВ (n=319)

Нозология	Шифр по МКБ	Кол-во больных
Остеоартроз	M-15	220
Ревматоидный артрит	M05-M06	35
Подагра	M-10	11
Реактивный артрит	M-02.8	20
Недифференцированный артрит		13
Спондилоартрит	M-45	7
Псориатический артрит	M-19	3

Согласно задачам исследования, мы провели обследование лиц, у которых за последний год отмечены жалобы на припухание суставов. В эту группу, по данным анкетирования, вошли 319 больных. Данные о структуре нозологической патологии представлены в таблице 3.

В структуре ревматических заболеваний лидирующее место занимает остеоартроз, (220 больных) как наиболее часто встречающийся представитель дегенеративных заболеваний суставов. На втором месте из этой группы – подагра (11 больных). Из воспалительных патологий суставов ревматоидный артрит занимает первое место (35 больных), на втором месте – реактивный артрит (20 больных). Недиффе-

ренцированный артрит встречался у 13 больных и псориатический артрит у 3 больных.

В результате проведенного опроса выяснилось, что врачи на амбулаторном приеме в среднем в день консультируют 9-11 больных с различными заболеваниями, при этом доля пациентов с ОА ежедневно составляет в среднем 30%. Больные с ОА, пришедшие на прием, в основном обращаются к терапевту (примерно 75% от всего приема). Остальная часть пациентов попадают на прием к хирургу и невропатологу – 10% и 15%, соответственно (рис. 3). В поликлиниках обследуемого района ощущается крайняя нехватка специалистов-ревматологов, функция которых возложена на терапевтов и семейных врачей.

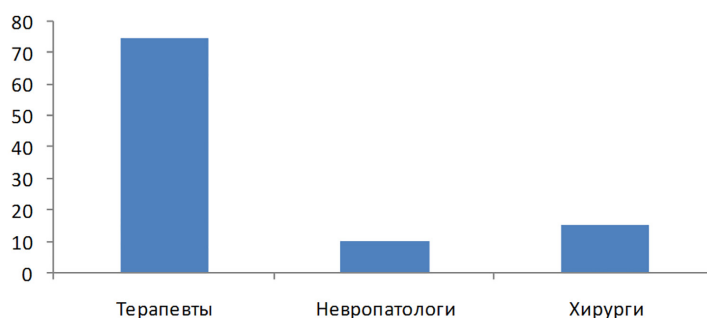


РИС. 3. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ РЗ ПО СПЕЦИАЛИСТАМ (%)

Таким образом, результаты проведённого исследования продемонстрировали масштабы проблемы патологии суставов и выявили характерные ревматические жалобы – боли в суставах (артралгии) и припухание, что в большинстве случаев позволяет заподозрить ревматическое заболевание. Суставной синдром является клинически значимым проявлением ревматических заболеваний и имеет свои особенности в половом и возрастном аспектах. Хотя скринирующий опрос далёк от длительных исследований со сплошным или выборочным обследованием, тем не менее, предварительные исследования подтвердили общеизвестный факт, что распространённость артритов и артралгий тесно связана с такими демографическими факторами, как возраст и пол. По данным зарубежных авторов, артриты у женщин встречаются чаще, чем у мужчин – в 40% и 30% случаев, соответственно [3,5]. Это сопоставимо с результатами, полученными нами на скринирующем этапе.

Спектр ревматологической патологии у взрослых жителей представлен в основном ОА (более 72,3% ревматологической патологии у лиц с артралгиями и припуханием суставов). Частота ОА увеличивалась с возрастом, при этом в возрастной категории 50-59 лет он чаще встречался у мужчин (27,9%), а у женщин (37,5%) пик приходится на возрастную категорию 40-49 лет. Наши данные подтверждают существующее положение о преобладании больных с ОА в структуре амбулаторной обращаемости населения с суставным синдромом.

ВЫВОДЫ:

1. Скринирующий этап исследования взрослого населения продемонстрировал масштабы проблемы патологии суставов и выявил характерные ревматические жалобы – боли в суставах (артралгии) и припухание, что в большинстве случаев позволяет заподозрить ревматическое заболевание.
2. Спектр ревматологической патологии у взрослых разнообразен. Среди них лидирующее место занимают пациенты с ОА (68,8%) и РА (10,9%). При этом больные с ОА чаще за медицинской помощью обращаются к терапевту (75%).
3. Суставной синдром имеет свои особенности по локализации нозологической единицы, половой и возрастной принадлежности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галушко Е.А. Медико-социальная значимость ревматологических заболеваний: дис. ... д-ра мед. наук / Е.А.Галушко // М., 2011. - С. 243.
2. Насонова В.А. Медико-социальное значение XIII класса болезней населения России / В.А.Насонова, О.М.Фоломеева // Научно-практическая ревматология. - 2001. - №1. - С.7-12.
3. Prevalence and incidence in patients with autoimmune rheumatic diseases: a nationwide population-based study in Taiwan / K.H.Yu [et al.] // Arthritis Care Res (Hoboken). - 2013 - 65(2). - P. 244-50.
4. Распространённость артралгий и припухание суставов у жителей разных регионов РФ / Ш.Ф.Эрдес [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2004. - №4. - С. 42-47
5. Monjardino T. Frequency of rheumatic diseases in Portugal: a systematic review / T.Monjardino, R.Lucas, H.Barros // Acta Rheumatol Port. - 2011. - №36 (4). - P. 336-363.
6. Эрдес Ш.Ф. Проблема ревматических заболеваний в России с позиции общества и пациента / Ш.Ф.Эрдес, О.М.Фоломеева, В.Н.Амирджанова // Вестн. РАМН. - 2003. - №7. - С. 11-14.
7. Здоровье населения и здравоохранение в Республике Таджикистан. Центр медицинской статистики. - Душанбе. - 2010. - 345с.
8. Шукурова С.М. Распространённость и структура ревматических болезней в Республике Таджикистан: сб. научн. тр. / С.М.Шукурова, Н.Т.Ахунова, О.Ю.Гончарова // Актуальные проблемы современной ревматологии. - Волгоград. - 2011. - С. 129-130.



Summary

Clinical and epidemiological characteristics of articular syndrome in adults district of the Republic of Tajikistan

M.F. Akhunova, S.M. Shukurova, B.R. Shodiev

Chair of Internal Diseases Propaedeutics Avicenna TSMU

The article presents the clinical and epidemiological data of articular complaints of the adult population of Bobojon Gafurov district in the Republic of Tajikistan. Analysis of the questionnaires were screened (n=3000) of the adult population has shown that pain in the knee and / or hip joints are found in 48,3% of the urban population and in 61,5% – rural, complaints of edema in the joints in 23,3% and 27,3%, respectively. The spectrum of rheumatologic disease in adults in rural and urban residents is represented mainly by osteoarthritis (OA) (68,8%) and rheumatoid arthritis (10,9%). Thus patients with OA often have given medical care at therapist on an outpatient basis (75%).

Key words: joint syndrome, arthralgia, osteoarthritis, arthritis

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

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



Дисбактериоз при синдроме хронической дуоденальной непроходимости

П. Вахобзода, А. Дустов, С.М. Азимова, В.Ш. Шарипов

Государственное учреждение «Институт гастроэнтерологии» АМН

Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

В статье представлены результаты комплексного обследования и лечения 80 больных с хронической дуоденальной непроходимостью (ХДНП). Средний возраст больных составил $43,1 \pm 3,6$ года. Учитывая важную роль биоценоза кишечника при ХДНП, мы провели исследование степени выраженности дисбактериоза кишечника у всех больных.

В результате проведённого исследования установлено, что степень выраженности дисбактериоза имеет прямую взаимосвязь от стадии компенсации ХДНП. У больных с ХДНП в стадии компенсации дисбактериоз I-III степени имел место в 58,4%, в то время как в стадии декомпенсации этот показатель был равным 93,8%. На фоне снижения показателей нормальной кишечной флоры отмечались высокие титры условно-патогенной флоры, составив от 1×10^7 до 1×10^9 особей.

Оценка чувствительности энтеробактерий толстой кишки к антимикробным препаратам выявила высокую чувствительность к тетрациклину у больных с ХДНП, которая составляла 83,3% у пациентов в стадии компенсации и 87,5% – в стадии декомпенсации, чувствительность к фуразолидону – 87,5% и 81,2%, соответственно.

Ключевые слова: хроническая дуоденальная непроходимость, дисбактериоз, микрофлора кишечника, бифидофлора и лактофлора

Актуальность. Хроническая дуоденальная непроходимость (ХДНП) часто является причиной тяжёлых страданий больных и представляет трудности для распознавания, что объясняется отсутствием типичных признаков заболевания и описывается в литературе, как хронический дуоденостаз, мегадуоденум, дискинезия двенадцатиперстной кишки, болезнь Wilkie, хроническая идиопатическая кишечная обструкция и др. Представляя собой полиэтиологическое заболевание, ХДНП характеризуется замедленной эвакуацией из двенадцатиперстной кишки, в основе которой лежат причины как механического, так и функционального характера [1-5]. Нарушение опорожнения двенадцатиперстной кишки приводит к застою, повышению давления и забросу дуоденального содержимого в жёлчные и панкреатические пути. Рефлюкс инфицированной, концентрированной жёлчи приводит к развитию жёлчнокаменной болезни, хронического панкреатита [6]. Неудовлетворительные результаты оперативного лечения жёлчнокаменной болезни, развитие постхолецистэктомического синдрома, по мнению многих авторов, обусловлены некорригированными нарушениями дуоденальной проходимости [7-9].

Высказывается мнение о возможности сенсibilизации к условно-патогенной аутомикрофлоре с развитием банальных воспалительных изменений.

Изменения биоценоза кишечника при ХДНП могут усугублять кишечную и общую симптоматику [10]. Тем не менее, роль нарушений кишечной микрофлоры в механизме развития и прогрессирования ХДНП всё ещё не выяснена.

Цель работы: оценка взаимосвязи нарушений микрофлоры кишечника с проявлениями синдрома ХДНП и определение чувствительности выделенных микроорганизмов к антимикробным препаратам.

Материал и методы. Материалом для исследования служили результаты комплексного обследования и лечения 80 больных с ХДНП. Средний возраст больных составил $43,1 \pm 3,6$ года. Учитывая важную роль биоценоза кишечника при ХДНП, мы провели исследование степени выраженности дисбактериоза кишечника у всех больных. У 48 (60%) больных установлен ХДНП в стадии компенсации (I группа), у 32 (40%) – ХДНП в стадии декомпенсации (II группа).

Определяли степень выраженности дисбактериоза кишечника, согласно классификации, предложенной В.М. Бондаренко (1998).

I степень (латентная, компенсированная форма) характеризуется незначительными изменениями в аэробной части микробиоценоза (увеличение или

ТАБЛИЦА 1. СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ДИСБАКТЕРИОЗА

Выраженность дисбактериоза	Группа больных с ХДНП в стадии компенсации (I гр.)	Группа больных с ХДНП в стадии декомпенсации (II гр.)
Нарушений не выявлено	20 (41,6%)	2 (6,2%)
I степень	18 (37,5%)	4 (12,5%)
II степень	6 (12,5%)	8 (25,0%)
III степень	4 (8,3%)	18 (56,2%)
Всего	48 (100%)	32 (100%)

уменьшение количества эшерихий до 1×10^6 в 1 г кала). Бифидо- и лактофлора не изменена (1×10^9 – 1×10^7 в 1 г кала, соответственно). Как правило, кишечная дисфункция не наблюдается.

II степень (субкомпенсированная форма) – на фоне незначительного снижения содержания бифидобактерий (1×10^5 в 1 г кала) и лактобактерий (1×10^3 в 1 г кала) выявляются преобладание колибактериальной флоры, количественные и качественные изменения эшерихий (1×10^4 в 1 г кала) и увеличение популяционного уровня группы условно-патогенных бактерий и грибов рода *Candida*.

III степень (декомпенсированная) – значительно сниженный уровень бифидофлоры (1×10^3 в 1 г кала) в сочетании со снижением содержания лактофлоры (1×10^2 в 1 г кала) и резким изменением количества эшерихий (1×10^2 в 1 г кала). Вслед за снижением уровня бифидофлоры изменяется количественный состав основных групп микроорганизмов кишечника.

Диагностика дисбактериоза тонкой кишки заключалась в посеве дуоденального и юнального содержимого, полученного с помощью стерильного зонда. Избыточный рост бактерий диагностировали в случае, если количество бактерий превышало 1×10^5 в 1 г кала или в нём определялись микроорганизмы, находящиеся в толстой кишке (энтеробактерии, бактероиды, клостридии и др.).

Результаты и их обсуждение. Степень выраженности дисбактериоза толстой кишки у больных с ХДНП в стадии компенсации представлена в таблице 1.

Из представленных данных видно, что у 18 (37,5%) больных I группы имело место небольшое или умеренное снижение количества бифидобактерий и преобладание колибактериальной флоры. Лишь у 10 (20,8%) больных нарушения микробиологического статуса кишечника носили выраженный характер: отмечалось преобладание или снижение колибактериальной флоры и высокие титры ассоциации условно патогенной микрофлоры (стафилококковой, протейной и грибов рода *Candida*) на фоне значительного снижения уровня бифидофлоры и лактофлоры.

Нормальная кишечная флора выявлена у 20 (41,6%) обследованных больных.

Во II группе у 4 (12,5%) пациентов имело место слабо выраженное снижение количества бифидобактерий с преобладанием колибактериальной флоры. Из 26 (81,2%) больных этой группы нарушения микробиологического статуса кишечника носили умеренно выраженный – у 8 (25,0%) и резко выраженный характер – у 18 (56,2%) пациентов. Следует отметить, что нарушения биоценоза кишечника в этой группе отсутствовали лишь в 2 (6,2%) случаях. Таким образом, можно заключить, что степень выраженности дисбактериоза имеет прямую зависимость от стадии компенсации ХДНП.

Изменение микробиологического статуса кишечника у больных II группы выражалось в снижении нормальной кишечной флоры: бифидобактерий, лактобактерий и колибактерий. Количество бифидобактерий в 1 г кала высевалось в пределах 1×10^3 – 1×10^7 особей. Лактобактерии в каловых массах больных высевались в разведении 1×10^3 – 1×10^5 . *E. coli* при бактериологических посевах содержимого кала высевалась во всех случаях и колебалась в пределах от $1 \times 10^{2-3}$ – 1×10^6 .

У больных ХДНП I-II групп, находящихся под нашим наблюдением, в 60% случаев имела избыточная микробная контаминация тонкой кишки и в 87% случаев – дисбактериоз толстой кишки. На фоне снижения нормальной кишечной флоры отмечались высокие титры условно-патогенной флоры, что составило от 1×10^7 до 1×10^9 особей.

У больных ХДНП с дисбактериозом в 68% случаев имел место избыточный бактериальный рост в тонкой кишке. В связи с этим, нами определена чувствительность микрофлоры тонкой кишки и толстой кишки к различным антибиотикам во всех исследуемых группах (табл. 2).

В результате выявлено, что все штаммы микробной флоры тонкой кишки обладали высокой чувствительностью к тетрациклину и фуразолидону. Чувствительность к тетрациклину у больных ХДНП составляла 83,3% у пациентов в стадии компенсации



ТАБЛИЦА 2. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ВЫЯВЛЕННЫХ ШТАММОВ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ К АНТИБИОТИКАМ

	Флора тонкой кишки		Флора толстой кишки	
	ХДНП в стадии компенсации (n=24)	ХДНП в стадии декомпенсации (n=16)	ХДНП в стадии компенсации (n=32)	ХДНП в стадии декомпенсации (n=26)
Амоксициллин	11 (45,8%)	8 (50,0%)	15 (46,8%)	13 (50,0%)
Метронидазол	10 (41,8%)	7 (43,7%)	13 (40,6%)	11 (42,3%)
Фуразолидон	21 (87,5%)	13 (81,2%)	28 (87,5%)	23 (88,4%)
Тетрациклин	20 (83,3%)	14 (87,5%)	27 (84,3%)	21 (80,7%)

и 87,5% – в стадии декомпенсации. Чувствительность к фуразолидону – 87,5% и 81,2%, соответственно. Менее 50% штаммов микробной флоры оказались чувствительны к амоксициллину и метронидазолу.

Оценка чувствительности энтеробактерий толстой кишки к антимикробным препаратам выявила высокую эффективность тетрациклина и фуразолидона как в группе больных с компенсированной формой ХДНП, так и в случае декомпенсации. Чувствительность во всех случаях была выше 80%. В то же время, микрофлора толстого кишечника имела высокую резистентность к амоксициллину и метронидазолу, и была наиболее выражена у пациентов в стадии компенсации, составив 46,8% для амоксицилина и 40,6% для метронидазола.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что степень выраженности дисбактериоза имеет прямую зависимость от стадии компенсации ХДНП. На фоне снижения показателей нормальной кишечной флоры отмечались высокие титры условно-патогенной флоры. Оценка чувствительности микробной флоры толстой и тонкой кишки выявила высокую её чувствительность к тетрациклину и фуразолидону.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нарушения дуоденальной проходимости при хроническом панкреатите / А.В.Воробей [и др.] // Украинский журнал хирургии. – 2014. – № 2. – С. 9-14.
2. Звягинцева Т.Д. Хроническая дуоденальная непроходимость / Т.Д.Звягинцева, И.И.Шаргород // Ліки України. – 2011. – № 7. – С. 29-36.
3. Зависимость гастродуоденального кровотока от моторной активности и желудочной секреции у больных язвенной болезнью / И.В.Маев [и др.] // Медицинский вестник МВД. – 2007. – № 2. – С. 25-28.
4. Lorentziadis M.L. Wilke's syndrome. A rare cause of duodenal obstruction / M.L.Lorentziadis // Ann Gastroenterol. – 2011. – Vol. 24, № 1. – P. 59-61.
5. Критерии оценки и алгоритм диагностики хронического нарушения дуоденальной проходимости / Р.Е.Юркевич [и др.] / Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. – 2010. – № 5. – С. 122-125.
6. Репин В.Н. Отдалённые результаты оперативного лечения язвенной болезни в сочетании с артериомезентериальной компрессией двенадцатиперстной кишки / В.Н.Репин, А.С.Ефимушкина, М.В.Репин // Материалы научной сессии. – Пермь. – 2008. – С. 107-109.
7. Звягинцева Т.Д. Хроническая дуоденальная непроходимость и принципы консервативной терапии / Т.Д.Звягинцева, И.И.Шаргород // Новости медицины и фармации. – 2011. – № 2. – С. 5-7.
8. Выбор метода резекции желудка в условиях хронической дуоденальной непроходимости / С.В.Тарасенко [и др.] / Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2010. – Т. 3, № 4. – С. 335-338.
9. Циммерман Я.С. Синдром хронической дуоденальной непроходимости: Современный взгляд на проблему / Я.С.Циммерман // Клиническая медицина. – 2009. – №10. – С.10-16.
10. Дисбиоз кишечника и принципы его коррекции / А.И.Дядык [и др.] / Новости медицины и фармации. – 2012. – Т. 419, № 3. – С. 50-60.



Summary

Dysbacteriosis in chronic duodenal obstruction syndrome

P. Vahobzoda, A. Dustov, S.M. Asimova, V.Sh. Sharipov

State Institution «Institute of Gastroenterology» AMS

Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

The article presents the results of a comprehensive examination and treatment of 80 patients with chronic duodenal obstruction (CDO). The average age of patients was $43,1 \pm 3,6$ years. Given the important role of intestine biocenosis in CDO, a study of intestinal dysbiosis severity in all patients was conducted.

The severity of dysbiosis has a direct relationship to the compensation stage of CDO that found during study. Patients with CDO dysbacteriosis in compensation stage I-III degree occurred in 58,4%, whereas in decompensated stage this index was equal to 93,8%. With the reduction of indicators of normal intestinal flora observed high titers of conditionally pathogenic flora, reaching from 1×10^7 to 1×10^9 zoid.

Evaluation of the sensitivity of colon enterobacteria to antimicrobial medications revealed a high sensitivity to Tetracycline in patients with CDO, which was 83,3% for patients in compensation stage and 87,5% – in decompensation one, sensitivity to Furazolidone – 87,5% and 81,2%, respectively.

Key words: chronic duodenal obstruction, dysbacteriosis, intestinal microflora, bifidoflora and lactoflora

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Вахобзода Парвиз – соискатель Лаборатории рентгенодиагностики ГУ «Институт гастроэнтерологии» АМН МЗ и СЗН РТ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Маяковского, 2
E-mail: vahobsh@mail.ru



Развитие вторичной нозокомиальной бактериемии среди пациентов с вентилятор-ассоциированной пневмонией в отделениях интенсивной терапии

З.Ш. Везирова

Национальный центр онкологии, Баку, Азербайджан

Вентилятор-ассоциированная пневмония (ВАП) является второй по частоте встречаемости госпитальной инфекцией, повышающей показатели morbidity и mortality. Развивающаяся в ряде случаев вторичная нозокомиальная бактериемия в значительной степени ухудшает течение основного заболевания.

С целью выявления фактов развития вторичной бактериемии нами были обследованы 114 пациентов с различными соматическими заболеваниями, получавших длительную инвазивную респираторную поддержку.

В ходе проведённого исследования в 33,3% был установлен диагноз ВАП, в 9,75% – осложнившийся присоединением бактериемии, возбудителями которой явились полирезистентные формы *Acinetobacter spp.* и *Klebsiella pneumoniae*. Выявление бактериемии позволило предположить неблагоприятный прогноз, увеличение времени вентиляции и пребывания в отделениях реанимации и интенсивной терапии, а результаты микробиологических методов исследования крови явились основой для проведения целенаправленной антибактериальной терапии.

Ключевые слова: вентилятор-ассоциированная пневмония, госпитальная инфекция, вторичная нозокомиальная бактериемия

Актуальность. Нозокомиальные инфекции (НИ) на сегодняшний день, бесспорно, представляют собой серьёзную проблему клиники. Средний уровень заболеваемости внутрибольничными инфекциями (ВБИ) колеблется в пределах 3,5-10,5%, причём риск инфекционных осложнений возрастает при продолжительности госпитализации более пяти суток [1,2].

Наиболее остро вопрос госпитальных инфекций стоит в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ): так частота развития инфекционных осложнений у пациентов этих подразделений увеличивается в 5 раз, составляя в среднем около 20%. Несмотря на развитие интенсивной терапии, атрибутивная летальность при госпитальных инфекционных осложнениях в ОРИТ остаётся на высоком уровне, по данным разных авторов, достигая 40% в различных типах ОРИТ [3]. Риск летального исхода у пациентов с нозокомиальными инфекциями в семь раз выше по сравнению с подобными им по возрасту, полу, основной, сопутствующей патологии и тяжести заболевания [4-6].

Частота встречаемости одной из ведущих госпитальных инфекций, нозокомиальной пневмонии (НП), составляет от 0,3 % до 20 % и более в зависимости от профиля отделения (в ОРИТ – максимальный риск развития), эпидемиологической обстановки в лечебном учреждении, клинических и индивидуальных особенностей пациентов и т. д. Летальность при НП составляет 10-80% и существенно зависит как от особенностей возбудителя НП, так и от проводимой терапии [1,2,7-9].

В качестве факторов риска НП и, в частности, вентилятор-ассоциированной пневмонии (ВАП) в ОРИТ принято считать следующие: проведение инвазивной респираторной поддержки как таковой, её длительность, повторная интубация, предшествующая антибиотикопрофилактика, степень тяжести состояния больного, сопутствующие заболевания дыхательной системы, ожоги, травмы, ОРДС, энтеральное питание и пр. Вентилятор ассоциированная пневмония развивается у 8-28% пациентов, находящихся на продлённой искусственной вентиляции лёгких, и является непосредственной причиной летального



исхода у больных в критическом состоянии в 10-50% случаев. Кроме этого, развитие ВАП продлевает срок пребывания больных в отделении, увеличивая затраты на лечение вдвое [2,7-11].

Наиболее частыми возбудителями данной патологии являются аэробные грамотрицательные микроорганизмы, а именно *P.aeruginosa*, *E.coli*, *K.pneumoniae* и *Acinetobacter spp.*, чуть реже – грамположительные бактерии, включая резистентные к метициллину *S.aureus* (MRSA). Полимикробная этиология НП встречается среди пациентов с ОРДС [1,12].

Среди всех форм госпитальных инфекций инфекции кровотока потенциально представляют наибольшую угрозу, вызывая повышение показателей morbidity и mortality, причём особую настороженность вызывают пациенты, находящиеся на лечении в отделениях интенсивной терапии. Сообщения о случаях инфекций кровотока варьируются от клиники к клинике в соответствии с типом стационара и ОРИТ, наличием сопутствующих заболеваний, индивидуальных факторов риска и длительностью госпитализации. Частота развития нозокомиальных ангиогенных инфекций колеблется в пределах от 1,3 до 14,5 человек на 1 тыс. поступивших в стационар. Ежегодно в США нозокомиальные ангиогенные инфекции регистрируются у 0,71% госпитализированных больных [9,13-16].

Одной из форм инфекций кровотока является вторичная бактериемия, отличающаяся наличием первичного очага инфекции (инфекции мочевых путей, кожи и мягких тканей, ЖКТ, респираторных органов, а также раневые хирургические инфекции). Примерно у 45% пациентов ОРИТ выявляется один или несколько локусов инфекции. Летальность при вторичной бактериемии превышает таковую при первичной и КАИК. И если в случае первичной бактериемии атрибутивная летальность составляет 20%, то при вторичной нозокомиальной бактериемии этот показатель возрастает до 55%, а длительность пребывания в отделениях интенсивной терапии повышается в среднем на 9,5 дня [17,18]. Кроме того, шансы на выживание снижены у пожилых и престарелых больных, а также пациентов с сопутствующими заболеваниями (хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет) в стадии декомпенсации.

Таким образом, присоединение вторичной инфекции кровотока в значительной степени отягощает течение основной патологии, ухудшает результаты лечебного процесса, достоверно увеличивает летальность, длительность госпитализации и стоимость лечения.

Целью данного исследования является выявление случаев развития вторичной бактериемии на фоне вентилятор-ассоциированной пневмонии среди

пациентов отделения интенсивной терапии.

Материал и методы. Исследования проводились на базе отделения реанимации и интенсивной терапии Центральной больницы нефтяников. В него включено 114 пациентов, находившихся в ОРИТ ≥ 48 часов с диагнозом острая сердечная недостаточность, острый инфаркт миокарда ($n=21$), острое нарушение мозгового кровообращения (ишемический и геморрагический инсульт в бассейне внутренней сонной артерии, спонтанное субарахноидальное кровоизлияние) ($n=69$), обострение хронической обструктивной болезни лёгких ($n=24$) в возрасте от 28 до 73 лет. Из исследования были исключены пациенты, респираторная поддержка которым проводилась менее 72 часов, а также случаи развития бактериемии в ближайшие 48 часов от момента госпитализации. Длительность проведения ИВЛ составила 12 - 57 дней. Плановая трахеостомия проводилась на 7-10 сутки, в ряде случаев была выполнена ранняя трахеостомия на 2-3 сутки от начала госпитализации (пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения). Вентиляция проводилась в режимах P-SIMV, BiPAP, а при отлучении от респиратора – CPAP. Тяжесть состояния больных оценивалась по шкале APACHE II и составила в среднем $20,7 \pm 5,3$ балла.

Диагноз нозокомиальных инфекций выставлялся в соответствии с критериями Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC/NHSN) [19]. Для установления диагноза ВАП использовалась шкала CPIS, учитывающая данные клинических, лабораторных и рентгенологических методов исследования. Пневмония рассматривалась в качестве первичного очага инфекции в случае наличия следующих критериев: радиологические признаки новых или прогрессирование ранее имевшихся лёгочных инфильтратов, наличие гнойного отделяемого при санации трахеобронхального дерева, изменение объёма и характера секрета при отсутствии альтернативных источников инфекции. Диагноз вторичной инфекции кровотока (бактериемии) выставлялся в соответствии с критериями CDC/NHSN [19] и включал в себя микробиологически (культурально) подтверждённые ИК при установленной госпитальной инфекции иной области, в данном случае, респираторного тракта. При этом возбудитель, выделенный при анализе биологического материала из дыхательных путей, полученного методом эндотрахеальной аспирации и бронхоальвеолярного лаважа, являлся идентичным патогену, полученному при исследовании гемокультуры, аналогичной являлась и антибиотикограмма.

Всем пациентам проводилась стандартная терапия основного и сопутствующих заболеваний, а также комплекс мероприятий по общему уходу, эмпирическая антибактериальная терапия осуществлялась по принципу деэскалации с последующей коррекцией в соответствии с данными микробиологических методов исследования.



Стандартные лабораторные методы исследования дополнены определением уровня С-реактивного белка (англ. CRP) и прокальцитонина (англ. PCT) (иммунолюминиметрический метод, Brahms, Berlin, Germany). Программа микробиологической диагностики включала анализ биологического материала из дыхательных путей, полученного методом эндотрахеальной аспирации и бронхоальвеолярного лаважа, крови и плевральной жидкости.

В случаях подозрения на наличие инфекции, а также повышения температуры выше 38,0С, рутинно проводилось исследование трахеального аспирата и гемокультуры. Образцы крови для исследований получены методом отдельных венепункций (без использования сосудистого катетера) в стерильных условиях специально обученным персоналом отделения интенсивной терапии по стандартной процедуре, согласно рекомендациям CDC. Образцы крови доставлялись в лабораторию немедленно. Режим работы данного подразделения клиники обеспечивал круглосуточную возможность проведения микробиологических методов исследования.

Результаты и их обсуждение. В ходе проведённого исследования в 38 (33,3%) случаях установлен диагноз ВАП, из них ранняя ВАП развилась в 41% случаев, поздняя – в 59%. У обследованных нами больных основными возбудителями явились *Acinetobacter* spp. (26,82%), из них большинство являлись полирезистентными формами (MDR); *Paeruginosa* (17,07%), *Klebsiela pneumonia* (19,57%), из них – 72% полирезистентных форм; *S. aureus* (36,58%), из них – 86,6% MRSA. В трёх случаях ВАП носила полиэтиологичный характер (*Klebsiela pneumonia* / MRSA, *Acinetobacter* spp./ MRSA).

В 9,75% случаев выявлено развитие вторичной бактериемии. Особенно у пациентов с ХОБЛ и СН, ранее получавших антибактериальную терапию (АБТ). Возбудителями вторичной бактериемии явились *Acinetobacter* spp. MDR (25%) и *Klebsiela pneumonia* MDR (75%).

Наиболее тяжёлое течение заболевания приобретало в случае выделения в качестве возбудителя инфекции *Acinetobacte* spp. Полученные в ходе нашего исследования данные не соответствуют литературным источникам, что связано с полирезистентностью выделенных нами штаммов.

Факторами риска, выявленными в ходе исследования, явились: возраст, предшествующая антибактериальная терапия, тяжесть состояния – высокие баллы по шкале APACHE II (выше 20 баллов), ХОБЛ.

Таким образом, выявление бактериемии позволяет предположить неблагоприятный прогноз для пациента, увеличение времени вентиляции, пребывания в ОРИТ и госпитализации в целом, а результаты микробиологического исследования крови дают возможность проведения целенаправленной АМТ.

Успехи в улучшении результатов терапии ВАП могут быть достигнуты за счёт эпидемиологического мониторинга госпитальных инфекций в ОРИТ, использования стратегии дезэскалационной антибактериальной терапии [11]. Между тем, тесная взаимосвязь ВАП с развитием вторичных осложнений, тяжестью основного заболевания, а также и его дальнейшим течением, побуждает к разработке надёжных методов прогнозирования исхода критических состояний.

Определение факторов риска развития вторичной бактериемии, а также выявление микробиологических особенностей её возбудителей и, соответственно, установление непосредственной связи с вентилятором-ассоциированной пневмонией, предоставит клиницисту возможность выделения потенциально опасной в отношении развития данной патологии группы пациентов, находящихся на длительной инвазивной респираторной поддержке, своевременного начала адекватной эмпирической антибактериальной терапии, установления прогноза и тактики лечебного процесса в целом.



ЛИТЕРАТУРА

1. Белобородов В.Б. Антимикробная терапия тяжёлых инфекций в стационаре. Антимикробная терапия инфекций в отделениях реанимации и интенсивной терапии / В.Б.Белобородов. – 2003. – Т., № 2. – С. 4-21.
2. Белобородов В.Б. Проблема инфекций, связанных с катетеризацией. Антимикробная терапия тяжёлых инфекций в стационаре / В.Б. Белобородов. – 2003. – Т., № 2. – С. 82-91.
3. Белобородов В.Б. Новые российские национальные рекомендации по нозокомиальной пневмонии / В.Б. Белобородов. Клинические рекомендации. Российская медицинская академия последиplomного образования. – М., 2009. – № 2
4. Богушевич Ю.А. Нозокомиальные инфекции в отделении реанимации и интенсивной терапии хирургической клиники многопрофильной больницы и рационализация мер по их профилактике: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю.А.Богушевич. – 2010. – 27с.
5. Козлов Р.С. Нозокомиальные инфекции: эпидемиология, патогенез, профилактика, контроль / Р.С.Козлов. КМАХ. – 2000. –Том 2, № 1. – 34с.
6. Методические рекомендации для врачей. Организация эпидемиологического наблюдения за исходами хирургических вмешательств. СПб. – 2008. – 47с.
7. Покровский В.И. Проблемы и перспективы борьбы с внутрибольничными инфекциями в России / В.И.Покровский [и др.] // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2007. – № 1. – С. 5-9.
8. Проценко Д.Н. Факторы риска развития и неблагоприятного исхода нозокомиальной пневмонии, связанной с искусственной вентиляцией лёгких, у больных с тяжёлой травмой / Д.Н.Проценко [и др.] // Инфекции и антимикробная терапия. – 2002. – Том 4. – С. 143-146
9. Руднов В.А. Вентилятор-ассоциированная пневмония: дискуссионные вопросы терминологии, диагностики и эмпирической антибиотикотерапии / В.А.Руднов // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2001. – Том 3, № 3. – С. 198-208.
10. Руднов В.А. Инфекции в ОРИТ России: результаты национального многоцентрового исследования / В.А.Руднов, Д.В.Бельский, А.В.Дехнич // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2011. – №13(4). – С. 294-303
11. CDC NNIS System. National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS) Semiannual Report. – 2010. – 23p.
12. CDC NNIS System. National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS) Semiannual Report. – 2012. – 31p.
13. Danilo Cortozi Berto, Andre C. Kalil, Paulo José Zimmermann Teixeira. Quantitative versus qualitative cultures of respiratory secretions for clinical outcomes in patients with ventilator-associated pneumonia. Editorial Group: Cochrane Acute Respiratory Infections Group. Published Online. – 2012.
14. Gaynes R. Overview of nosocomial infections caused by gram-negative bacilli / R.Gaynes, J.R.Edwards // Clin Infect Dis. – 2005; 41(6):848-54.
15. Hentrich M. Central venous catheter-related infections in hematology and oncology: 2012 updated guidelines on diagnosis, management prevention by the infectious Diseases Working Party of the German Society of Hematology and Medical Oncology / M.Hentrich, E.Schalk, M.Schmidt-Hieber // Annals of Oncology 2014;1-12.
16. Ksin-Kuo Ko Intensive Care Unit-Acquired Bacteremia in Mechanically Ventilated Patients: Clinical Features and Outcomes / Ksin-Kuo Ko, Wen-Kuang Yu, Te-Cheng Lien. PLoS One. – 2013;8(12):83-98
17. Payal Modi Development of bacteremia in ventilator associated pneumonia patients at a tertiary care hospital, Gujarat – a prospective study / Payal Modi, Tanuja Javadekar, Bakul Javadekar // National Journal of Medical Research. – 2011: Vol 1. Issue 2; p 23-26
18. Nosocomial infections in combined medical-surgical intensive care units in the United States / M.J.Richards, J.R.Edwards, D.H.Culver, R.P.Gaynes // Infect Control Hosp. Epidemiol. – 2000;21(8):510-515.
19. Teresa C. Horan CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in acute care setting / Teresa C. Horan, M. Andrus // Am. J. Infect Control. – 2008;36:309-32.



Summary

Development of secondary nosocomial bacteremia in patients with ventilator-associated pneumonia in intensive care units

Z.Sh. Vezirova

National Cancer Center, Baku, Azerbaijan

Ventilator-associated pneumonia (VAP) is the second most common nosocomial infection incidence, increasing the morbidity and mortality rates. Developing in some cases secondary nosocomial bacteremia largely worsens the underlying disease.

In order to determine the facts of secondary bacteremia we have examined 114 patients with various somatic diseases treated with long-invasive respiratory support.

In the course of the study 33,3% had a diagnosis of VAP, in 9,75% – complicated by the addition of bacteremia, pathogens which were MDR *Acinetobacter* spp. and *Klebsiella pneumoniae*. Detection of bacteremia suggesting a poor prognosis, increased ventilation time and stay in the Intensive care unit, and the results of microbiological methods for blood tests were the basis for targeted antibiotic therapy.

Key words: ventilator-associated pneumonia, nosocomial infections, secondary nosocomial bacteremia

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Везирова Захра Шамиль кызы – заведующая отделением реанимации Национального центра онкологии;
Азербайджан, г.Баку, ул. Г.Зардаби, 79В
E-mail: vezirova@gmail.com

Особенности клинического течения пролапса митрального клапана у беременных

М.Э. Исмоилова, Ш.М. Курбанов, Т.В. Атаджанов, Ш.Г. Оймахмадова, М.А. Курбанова
ГУ Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии

Анализ результатов обследования 105 беременных с пролапсом митрального клапана показал, что по мере усиления митральной регургитации, частота клинических симптомов возрастает.

При митральной регургитации (МР) I степени частота сердцебиений возросла до 54,2%, слабость – до 57%, одышка и головокружение – до 28,5%. В 22,8% наблюдений больные стали жаловаться на кардиалгии.

При митральной регургитации II степени частота сердцебиений оказалась максимально высокой (72,2%). Продолжали оставаться высокими по частоте встречаемости одышка (16,6%), отеки с головокружениями (16,6%), кардиалгии (16,6%). Возрос уровень встречаемости и таких симптомов, как вегетососудистые кризы с психоэмоциональными нарушениями (16,6%).

При митральной регургитации II степени частота ранних токсикозов и угроза прерывания беременности возросла в 4 раза (19% и 30%), плацентарная недостаточность – в 2,5 (24%), преждевременное излитие околоплодных вод и слабость родовой деятельности – в 2,2 (26,4%), перинатальная смертность – в 2,5 раза.

Таким образом, у беременных клинически наиболее тяжело протекает пролапс митрального клапана с регургитацией крови II степени.

Ключевые слова: пролапс митрального клапана, беременность, митральная регургитация

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания относятся к наиболее частым формам экстрагенитальной патологии. Причём, нередко заболевания сердца и сосудов протекают в тяжёлой форме, сопровождаясь глубокими изменениями в обменных процессах и гомеостазе [1,2]. Нарушения гомеостаза достигают максимальной выраженности и требуют экстренной коррекции при развитии таких акушерских осложнений, как кровотечения в родах и послеродовом периоде, эклампсия, сепсис [3-6].

Рождение здорового доношенного ребёнка при этой серьёзной патологии, в зависимости от состояния кровообращения, наблюдается в 56-85% случаев [5,8]. У 10-43% женщин имеют место преждевременные роды [2,6].

Согласно литературным источникам, среди экстрагенитальных заболеваний в акушерстве пороки сердца занимают одно из ведущих мест. При этом в структуре материнской смертности заболевания сердца занимают третье место [8].

При пороках сердца и гипертонической болезни высока частота рождения маловесных детей (от 20%

до 52%), являющихся основным контингентом, определяющим уровень неонатальной и ранней детской смертности [2,9].

Кроме того, ряд исследователей отмечают возрастание числа беременных с синдромом пролабирувания митрального клапана, число которых может возрасти до 16-18% [4,10].

Имеются также данные, что в широкой популяции у женщин детородного возраста распространены такие осложнения, как внезапная смерть, аритмии, септический эндокардит и тромбоэмболия [4,11,12].

Пролапс митрального клапана (ПМК) – это не ревматический порок сердца, а аномалия, которая может быть врождённой, приобретённой и идиопатической [8,13-15].

В современной медицине установлено, что пролапс митрального клапана различается по трём степеням выраженности: I степень – выбухание створки на 0,3-0,6 см, II степень – на 0,6-0,9 см, III степень – более 0,9 см [2,7].



У молодых женщин незначительный пролапс протекает бессимптомно и течение заболевания в большинстве случаев доброкачественное [16]. Хотя присоединение антифосфолипидного синдрома отягощает течение беременности и синдрома потери плода [17].

В Таджикистане, как в регионе с высокой рождаемостью, исследования по клиническому течению пролапса митрального клапана у беременных не проводились. Поэтому разработка диагностических критериев, позволяющих прогнозировать развитие осложнений гестации и родов при этой патологии, является актуальной.

Цель исследования: изучить особенности клинического течения пролапса митрального клапана у беременных женщин.

Материал и методы. Всего были обследованы 105 беременных женщин с пролапсом митрального клапана. Возраст пациенток варьировал от 15 до 45 лет.

Все обследуемые беременные (основная группа) в зависимости от степени митральной регургитации (MP) были разделены на три группы:

1. Беременные с MP 0 степени (n=57);
2. Беременные с MP I степени (n=30);
3. Беременные с MP II степени (n=18).

В контрольную группу вошли 20 пациенток с неосложнённой гестацией. В сроке беременности от 8 до 22 недель были обследованы 8 женщин, в 28-36 недель – 13, в 37 и более недель – 104 женщин.

В раннем возрасте (15-19 лет) выявлены 4 беременные женщины, в активном репродуктивном возрасте (20-34) – 111 и в позднем репродуктивном возрасте (35 и выше) – 10.

Первобеременных было 47, повторнобеременных – 27 и многократнорожавших – 51 женщина.

Из акушерского анамнеза стало известно, что у 31 беременной гестация осложнилась выкидышем, у 70 – анемией, у 38 – заболеваниями мочевыделительной системы, у 4 – преэклампсией и у 1 беременной – кровотечением. Неонатальная смертность у новорождённых была выявлена в 5 случаях.

При этом у беременных с ПМК были изучены клиническое течение заболевания, акушерские исходы, показатели функциональной диагностики сердечно-сосудистой системы с помощью ЭХО- и электрокардиографии, ультразвуковых, лабораторных исследований, микроэлементы – колометрическим методом.

Полученные данные обрабатывались методом вариационной статистики. Оценка статистической значимости различий средних величин и относи-

тельных показателей проводилась с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов исследований показал, что по мере усиления митральной регургитации частота клинических симптомов возрастает. Так, при отсутствии митральной регургитации, сердцебиения либо перебои сердца были выявлены у 14 и 69 беременных (20,2%). Ещё реже отмечались такие симптомы, как слабость (14,4%), вегетативные кризы и психоэмоциональные нарушения (10,1%), одышка (8,6%), отёки (2,8%), пароксизмальная тахикардия (2,8%).

В группе беременных с митральной регургитацией (MP) I степени частота сердцебиений возросла до 54,2%, слабость – до 57%, одышка и головокружение – до 28,5%. В 22,8% наблюдений больные стали жаловаться на кардиалгии. Вегетативные кризы и психоэмоциональные нарушения определялись не- сколько реже.

При митральной регургитации II степени (n=18) частота сердцебиений оказалась максимально высокой (72,2%). Продолжали оставаться высокими по частоте одышка (16,6%), отёки с головокружениями (16,6%), кардиалгии (16,6%). Возрос уровень встречаемости и таких симптомов, как вегето-сосудистые кризы с психоэмоциональными нарушениями (16,6%).

В таблице 1 отражены некоторые эхокардиографические показатели у беременных при регургитации митрального клапана.

Анализ результатов показал, что по мере нарастания степени регургитации происходило снижение показателей аорты. Хотелось бы отметить, что у беременных с митральной регургитацией II степени эти изменения становились статистически значимыми ($p < 0,05$). Параметры конечно-диастолического (КДР), конечно-систолического (КСР) размеров наоборот возрастали.

При анализе параметров фракции выброса (ФВ) была выявлена лишь тенденция к снижению. Тем не менее, эти показатели оказались статистически недостоверными ($p > 0,05$).

Результаты исследований микроэлементов крови показали, что уровень магний и кальций в крови беременных с ПМК фактически не изменялся. В тоже время, концентрация фосфора возрастала по мере усугубления степени митральной регургитации, а уровень сывороточного железа снижался. При этом сидеропения при митральной регургитации оказалась статистически достоверной ($p < 0,05$).

Таким образом, у беременных клинически наиболее тяжело протекает пролапс митрального клапана с

ТАБЛИЦА 1. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У БЕРЕМЕННЫХ С МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ

Показатели	Контрольная группа (n=20)	Беременные с МР 0 ст. (n=57)	Беременные с МР I ст. (n=30)	Беременные с МР II ст. (n=18)
Аорта, мм	2,38±0,14	2,37±0,13	2,28±0,15	1,95±0,15
Конечно-диастолический размер, мм	4,29±0,04	4,28±0,07	4,60±0,09	4,84±0,1*
Конечно-систолический размер, мм	2,67±0,08	2,67±0,08	3,0±0,10	3,44±0,11*
Фракция выброса, %	64,20±0,54	63,0±0,80	62,57±0,91	62,18±1,2

Примечание: * $p < 0,05$ – показатели статистически значимы относительно параметров контрольной группы

ТАБЛИЦА 2. ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ

Показатели	Контрольная группа	Беременные с МР 0 ст.	Беременные с МР I ст.	Беременные с МР II ст.
Магний, ммоль/л	0,81±0,03	0,79±0,02	0,81±0,02	0,83±0,03
Кальций, ммоль/л	2,19±0,03	2,02±0,03	2,25±0,02	2,45±0,07
Фосфор, ммоль/л	1,13±0,02	1,15±0,01	1,18±0,02	2,04±0,07
Железо, мкмоль/л	22,92±0,32	21,70±0,40	16,5±0,5	14,87±0,34*

Примечание: * $p < 0,05$ – показатели статистически значимы относительно параметров контрольной группы

регургитацией крови II степени. Вышеописанные изменения сопровождались осложнённым течением беременности и родов. Так, при гестации, осложнённой митральной регургитацией 0 и I степеней, ранние токсикозы были выявлены – в 4,8%, угроза прерывания беременности – в 8,8%, признаки плацентарной недостаточности – в 9,6%, слабость родовой деятельности и преждевременное излитие околоплодных вод – в 12%. При митральной регургитации II степени частота ранних токсикозов и угроза прерывания беременности возросла в 4 раза (19 и 30%), плацентарная недостаточность – в 2,5 (24%), преждевременное излитие околоплодных вод и слабость родовой деятельности – в 2,2 (26,4%). Соответственно и перинатальная смертность при МР II степени оказалась в 2,5 раза выше.

С целью доказательства практического выхода для клинической деятельности выполненных исследований приведём в пример две выписки из историй родов.

Беременная В.С., 1982 г.р., поступила с диагнозом: беременность 37-38 недель. Головное предлежание. Пролапс митрального клапана. Беременность четвёртая. В анамнезе – беременности и роды протекали без осложнений. При настоящей беременности показатели клинико-лабораторной диагностики, ультразвуковой фетометрии и кардиотокографии оказались в пределах физиологических нормативов. При ультразвуковой эхокардиографии КСР составил 2,67 см, КДР – 4,20 см, аорта – 2,39 см и ФВ – 63,7%. Концентрация магния в сыворотке крови оказалась

на уровне 0,8 ммоль/л, кальция – 2,1, фосфора – 1,1 и железа – 20,5 мкмоль/л.

Роды наступили в срок, протекали гладко. Родился мальчик весом 3415 гр. и ростом 51 см. Оценка по шкале Апгар составила 8 баллов. Период адаптации протекал без осложнений.

Больная И.Г., 1986 г.р., поступила с диагнозом: беременность 32 недели. Головное предлежание. Угрожающие преждевременные роды. Гипоксия плода. Пролапс митрального клапана. Митральная регургитация II степени. Экстрасистолия. Из анамнеза: беременность шестая. В прошлом 2 гестации завершились выкидышем.

Больную со второй половины беременности начали беспокоить учащённое сердцебиение, перебои в области сердца, кратковременные сердечные боли, одышка при нагрузке, отёки на ногах.

Из клинико-лабораторных показателей была выявлена анемия лёгкой степени (Hb=100 г/л). Ультразвуковое и кардиотокографическое исследования выявили признаки хронической гипоксии плода.

При эхокардиографии КСР оказалась на уровне 3,9 см, КДР – 5,3 см, аорта – 1,8 см и фракции выброса – 51%.

Концентрация магния оказалась на уровне 0,8 ммоль/л, кальция – 2,3 ммоль/л, фосфора – 1,8 ммоль/л и железа – 15,2 мкмоль/л.



Проведённые ЭКГ-исследования выявили желудочковые экстрасистолы, тахисистолию и горизонтальное расположение электрической оси сердца. Роды наступили преждевременно. Родился мальчик весом 3215 гр., ростом 44 см. Оценка по шкале Апгар составила на 1-ой минуте 4 балла, на 5-й – 5 баллов. Ранний неонатальный период был осложнён недостаточностью гемокливородинамики. На 5-е сутки новорождённый был переведён на II этап выхаживания.

Общепринятым в настоящее время является мнение о том, что при ПМК I и II степени, отсутствии клинически значимой митральной регургитации, а также тяжёлых нарушений ритма и проводимости женщина может вынашивать имеющуюся у неё беременность, не опасаясь возникновения серьёзных осложнений [18,19], о чём свидетельствовали наши вышеприведённые клинические примеры.

Таким образом, женщин с пролапсом митрального клапана, особенно с регургитацией II степени, необходимо включать в группу риска по развитию патологии беременности и родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нарзуллаева Е.Н. Факторы риска материнской и перинатальной смертности в Таджикистане / Е.Н.Нарзуллаева // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов Таджикистана. – Душанбе. – 2005. – С. 57-63.
2. Шехтман М.Н. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.Н.Шехтман. – М.: Трида-Х. – 2008. – 816 с.
3. Фармакотерапия и анализ течения беременности и перинатальных исходов у женщин с артериальной гипертензией / Р.И.Стрюк, Ю.М.Бухонкина, Е.А.Сокова, В.Б.Немировский // Кардиология. – 2009. – №12. – С. 29-32.
4. Бакашвили Ш.Б. Дифференцированный подход к тактике ведения беременности у женщин с пролапсом митрального клапана: автореф. ... канд. мед. наук / Ш.Б.Бакашвили. – М., 2010. – 21 с.
5. Conradsson T.B. Management of heart disease in pregnancy / T.B. Conradsson, L.Werko // Progr. Cardiol. Dis. – 2004. – Vol.16. – №4. – P. 407-420.
6. Arcari L. Mitral valve prolapse associated with celiac artery stenosis: a new ultrasonographic syndrome? / L. Arcari // Cardiovasc. Ultrasound. – 2004. – №2. – P. 28-35.
7. Камович Т.Е. Клинико-диагностические возможности при пролапсе митрального клапана у женщин во время беременности и в послеродовом периоде / Т.Е.Камович. – Рязань. – 2004. – 21 с.
8. Клеменов А.В. Первичный пролапс митрального клапана. Изд. 2-е, перераб. и доп. / А.В.Клеменов. – М.: ИД Медпрактика. – 2005. – 40 с.
9. Аксененко В.А. Особенности течения родов у женщин с малыми аномалиями родов / В.А.Аксененко, Т.И.Бабенко, К.Д.Павлов // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов. – 2005. – С. 15-16.
10. Козинова О.В. Пролапс митрального клапана у беременных // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – №1. – С. 16-18.
11. Bonow R.O. ACC/AHA 2006 Guideline for the Management of Patient with Valvular Heart Disease / R.O.Bonow [et al.]// – 2006. – P. 146.
12. Hayek E. Mitral valve prolapse / E.Hayek, C.N.Gring, B.P.Griffin // Lancet. – 2005. – Vol. 365, № 9458. – P. 507-518.
13. Елисеева И.В. Особенности течения беременности и родов у женщин с пролапсом митрального клапана: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.В.Елисеева. – М., 2003. – 21 с.
14. Мухин Н.А. Пролапс митрального клапана. Болезни сердца: Руководство для врачей / Н.А.Мухин, С.В.Моисеев, В.В.Фомин. – М.: Литтерра. – 2006. – С. 1036-1056.
15. Muller J.C. Circadian variation and tiggens of onest of acute cardiovascular diseases / J.C.Muller, G.N.Tofler, P.H.Stone // Circulation. – 2009. – Vol. 79. – P. 733-743.
16. Бакашвили Ш.Б. Пролапс митрального клапана и беременность: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ш.Б.Бакашвили. – 2011. – 23 с.
17. Хамани И.В. Течение беременности и родов у больных с пролапсом митрального клапана и антифосфолипидным синдромом: автореф. ... канд. мед. наук / И.В.Хамани. – М., 2003. – 23с.
18. Бухонкина Ю.М. Течение беременности, родов, перинатальные исходы у женщин с врождёнными пороками сердца / Ю.М.Бухонкина, Р.И.Стрюк, Т.В.Чижова // Дальневосточный медицинский журнал. – 2010. – №1. – С. 46-48.
19. Камович Т.Е. Течение беременности у женщин с пролапсом митрального клапана / Т.Е.Камович, С.С.Якушин, В.И.Камович // Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении. – М., 2003. – С.21.



Summary

Clinical features of mitral valve prolapse in pregnant women

M.E. Ismoilova, Sh.M. Kurbanov, T.V. Atadjanov, Sh. Oymahmadova, M.A. Kurbanova
SI Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology

Analysis of 105 pregnant women investigations with mitral valve prolapse showed that frequency of clinical symptoms increases with the increasing of mitral regurgitation.

In mitral regurgitation (MR) I degree heart rate increased to 54,2%, weakness – up to 57%, shortness of breath and dizziness – to 28,5%. In 22,8% of cases, patients began to complain of cardialgia.

In mitral regurgitation II degree heart rate was as high as possible (72,2%). Continued to remain in high rate the dyspnea (16,6%), edema with dizziness (16,6%), cardialgia (16,6%). Increased level of occurrence and symptoms such as vegetative-vascular crises with psycho-emotional disorders (16,6%).

In mitral regurgitation II degree frequency of early gestosis and the threat of pregnancy termination has increased by 4 – fold (19% and 30%), placental insufficiency – 2,5 (24%), premature rupture of membranes and uterine inertia – 2,2 (26,4%), perinatal mortality – by 2,5 times.

Thus, in pregnant clinically severe mitral valve prolapse passed hardly in regurgitation of blood II degree.

Key words: mitral valve prolapse, pregnancy, mitral regurgitation

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Исмоилова Махфират Эшматовна – аспирант ГУ ТНИИ АГиП;
Таджикистан, г. Душанбе, ул. Мирзо Турсун-заде, 31
E-mail: tniigip@mail.ru



Клинико-эпидемиологические особенности Крымско-Конго геморрагической лихорадки в Республике Таджикистан

Э.Р. Рахманов, Ш.Б. Хабибуллоев, Ш.К. Матинов

Кафедра инфекционных болезней ТГМУ им.Абуали ибни Сино

В работе представлены результаты клинико-эпидемиологических исследований Крымско-Конго геморрагической лихорадки у 13 больных в Республике Таджикистан. Заболевание в условиях республики в последние годы регистрируется чаще в южных регионах страны, сохраняя свои классические проявления. Геморрагические проявления отмечены геморрагической сыпью, кровотечением из дёсен – у 38,4% больных, кишечным кровотечением – у 38,4% и маточным кровотечением – у 7,6%. У 46,1% больных кровотечения одновременно возникали из нескольких органов. Летальность составила 7,6% случаев.

Ключевые слова: Крымско-Конго геморрагическая лихорадка (ККГЛ)

Актуальность. В последние годы одной из актуальных проблем мирового здравоохранения является рост заболеваемости вирусными геморрагическими лихорадками. В мире выявлено и описаны 15 нозологических форм геморрагических лихорадок у человека. Все они являются зоонозами с преимущественным трансмиссивным путём передачи возбудителя. Для всех геморрагических лихорадок характерно острое циклическое течение болезни с геморрагическим синдромом, когда на фоне выраженной лихорадочной реакции и интоксикации на коже и слизистых оболочках выявляются геморрагии, в последующем наблюдаются носовые, желудочно-кишечные, маточные, почечные кровотечения, которые приводят к летальным исходам [1-5].

Очаги геморрагических лихорадок обнаружены на всех континентах, кроме крайних полюсов земного шара. Эпидемическая вспышка геморрагической лихорадки Эбола в странах западной Африки (Гвинея, Либерия, Сьерра-Леоне, Мали) в 2014 году является тому подтверждением. Так, лихорадкой Эбола в вышеперечисленных странах заразились более 17 тысяч человек, из них более 7 тыс. погибли. У 560 медицинских работников, контактировавших с больными, произошёл летальный исход. Как известно, специфического, проверенного и протестированного лечения лихорадки Эбола не существует. Летальность от данной болезни составляет от 53 до 90% [1-7].

В условиях Республики Таджикистан наиболее часто врачи сталкиваются с Крымско-Конго геморрагической лихорадкой (ККГЛ). Хотя данное заболевание за-

нимает незначительный удельный вес в инфекционной патологии человека в стране, тем не менее, она заслуживает особого внимания из-за недостаточной изученности и высокой летальности. По данным Госсанэпиднадзора РТ с 1997 по 2012 гг. в стране было зарегистрировано 168 случаев ККГЛ, в 25 районах, включая г.Душанбе, кроме Согдийской области. Из общего количества случаев чаще всего заболевание регистрируется в южных регионах, так в Кулябской зоне - 52,3%, в районах республиканского подчинения – 26,2%, в Курган-тюбинской зоне – 15,5%.

Цель исследования: изучить клинико-эпидемиологические особенности Крымско-Конго геморрагической лихорадки.

Материал и методы. За период 2005-2014 гг. на стационарном обследовании и лечении в Городской клинической инфекционной больнице г.Душанбе находились 13 больных с ККГЛ. Из общего количества больных, городские жители составили 1 (7,6%), сельские – 12 (92,4%); мужчин было 9 (69,2%), женщин – 4 (30,8%).

Диагноз был подтверждён клинико-эпидемиологическими данными на основании иммуноферментного анализа (ИФА) на наличие анти-IgM, который был положительным во всех случаях. Полученные результаты обрабатывали методом вариационной статистики (Л.С.Каминский, 1974, И.П.Ашмарин и соавт., 1975). Для обработки данных и построения различных диаграмм были использованы программы MS Excel пакет MS Office 2000.



РИС. СЕЗОННОСТЬ ККГЛ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН ЗА ПЕРИОД 2005-2014гг. (n=13)

Результаты и их обсуждение. По данным эпидемиологического анамнеза, большинство больных (92,4%) были из сельской местности, 75,5% из которых дома имели крупный и мелкий рогатый скот. Из общего количества поступивших больных, 76,9% проживали в Южных регионах Таджикистана. Так, из Дангаринского района – 4 (30,8%), Рудаки – 2 (15,6%), А. Джамии – 3 (23,2%) и по 1 больному из районов Дж. Руми, Хуросон, Кумсангир, Балджувон, что составило по 7,6%.

При тщательном опросе больных, из эпидемиологического анамнеза выяснилось, что заражение в 38,4% случаев наступило во время сенокоса, в 30,7% – указали на укус клещей, 15,3% – были на пастбище, 7,6% – при контакте и уходе за больным ККГЛ. У 2 (15,4%) больных причины заражения не были установлены.

Для геморрагических лихорадок характерна сезонность болезни. По материалам нашего исследования, больные ККГЛ заражались с марта по август месяца, когда определяется зависимость от климатических факторов, периода активности нападающих на людей различных видов клещей-переносчиков (рис.).

Как видно из рисунка, наиболее часто больные ККГЛ поступали в весенне-летний период года, с пиком в июне месяце (38,4%). С октября по февраль месяца не зарегистрировано ни одного случая геморрагической лихорадки.

Все больные поступали в стационар в поздние сроки от начала болезни в тяжёлом состоянии, в среднем на $5,9 \pm 1,8$ день болезни. Заболевание начиналось у всех больных высокой лихорадкой, ознобом, головными болями, ломотой, болями в суставах и мышцах. Продолжительность данного периода составляла от 1 до 3 дней, так называемый до геморрагический период. Через 3-6 дней (в среднем $3,9 \pm 0,7$ дня) у больных присоединился геморрагический синдром,

который проявлялся обильным носовым кровотечением у 11 (84,6%), из них у 9 (69,2%) – геморрагической сыпью, которая в основном располагалась на животе и нижних конечностях.

Заболевание проявлялось кровотечением из дёсен у 5 (38,4%) пациентов, макрогематурия выявлена у 3 (23%) в среднем, на 5-6 день болезни у 6 (46,1%) больных, кишечное кровотечение – у 5 (38,4%) и желудочное кровотечение – у 1 (7,6%), маточное кровотечение – у 1 (7,6%). У 46,1% больных кровотечения одновременно возникали из нескольких органов. Нужно отметить, что интенсивность и продолжительность геморрагических проявлений зависела от тяжести болезни. У 6 (46,1%) больных заболевание осложнилось инфекционно-токсическим шоком (ИТШ) и у 2 (15,3%) – ИТШ и геморрагическим синдромом. Длительность кровотечения у наблюдаемых нами больных продолжалась от 3 до 5 дней, в среднем $4,7 \pm 0,6$ дня.

В таблице нами показаны сравнительные данные геморрагического синдрома по результатам Хашимова Д.М. (1971) и Камардинова Х.К. (2004).

Как видно из таблицы, особые изменения в клиническом течении ККГЛ за последние 40 лет нами не отмечены, кроме уменьшения частоты желудочных и маточных кровотечений, что привело к снижению летальности до 7,6%, которое вероятно связано с применением противовирусного препарата «Рибавирин» (фирма производитель - ЗАО «Фармпроект», Россия).

Изменения крови в период разгара болезни у больных были весьма характерными. Наблюдалась нормохромная анемия, а при тяжёлом течении была выявлена гипохромная анемия. Количество эритроцитов снижалось от 2,70 млн. до 1,98 млн. у 3 (23%) больных, средний показатель – 3,42; уровень гемоглобина колебался от 109 г/л до 52 г/л у 7 (53,8%)


ТАБЛИЦА. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ О ЧАСТОТЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ПРИ ККГЛ ПО ДАННЫМ РАЗНЫХ АВТОРОВ (%)

ККГЛ В РТ (n=13)	Из носа	Из кишечника	Кровоточивость	Маточное кровотечение	Сыпь	Макрогематурия	Микрогематурия	Летальность
Д.М.Хашимов и Л.И.Михайлова (1971г.)	85,3	58,8	44,1	44,4	35,2	52,9	76,5	50
Х.К. Камардинов (2004г.)	74,4	23	20	25	63	30	38	40
Материалы по данным ГКИБ г.Душанбе (с 2004 по 2014 гг.)	84,6	38,4	7,6	7,6	69,2	23	23	7,6

больных, средний показатель – 100. Тромбоцитопения была отмечена у 8 (61,5%) пациентов, которая особенно резко была выражена в тяжёлых случаях, достигая до 63 тыс., средний показатель – 150,0 тыс. У всех больных отмечалась лейкопения и среднее количество лейкоцитов составило $4,8 \pm 0,7 \times 10^9/\text{л}$. У всех больных в крови наблюдался анизоцитоз и пойкилоцитоз.

В качестве примера приводим выписку из истории болезни. Больной И.К., 29 лет, житель Кумсангирского района, поступил на 7 день болезни в ГКИБ г.Душанбе в тяжёлом состоянии, с температурой тела 39,50С, выраженными симптомами интоксикации, геморрагическими проявлениями в виде носовых и желудочно-кишечных кровотечений. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что последние 2 месяца был на сенокосе. Укус клеща отрицает. Заболел остро (04.07.2014г.), заболевание началось с повышения температуры тела, головных болей, слабости, ломоты по всему телу. Лечился в ЦРБ Кумсангирского района с диагнозом ОРВИ до 09.07.2014 года. С 09.07.2014г. у больного на фоне лихорадки началось носовое кровотечение. Больной был осмотрен ЛОР-врачом, кардиологом, офтальмологом, гематологом, после консультации врача-инфекциониста был поставлен диагноз ККГЛ, и его госпитализировали в ГКИБ г. Душанбе.

Данные лабораторных исследований: общий анализ крови: Эр. – 2,7 млн., Нв – 60 г/л, цв. пок. – 0,6, тромбоциты – 73 тыс., лейкоциты – $4,0 \times 10^9/\text{л}$, пал. - 1%, сег. – 52%, лимф. – 41%, мон. – 3%, СОЭ – 12 мм/ч. Анизоцитоз, пойкилоцитоз. Биохимические показатели: общий белок - 65,3 г/л, билирубин – 26,5 мкмоль/л, АлАТ – 1,0 ммоль/л, АсАТ – 0,5 ммоль/л, мочевины – 10 ммоль/л, креатинин – 116 ммоль/л, сахар крови – 5,4 мг/мл. Общий анализ мочи: белок – 0,066%, лейкоциты – до 60 в поле зрения, эритроциты свежие сплошь – макрогематурия. ИФА на ККГЛ анти-IgM – положителен.

По жизненным показаниям больному были перелиты одноклеточные отмытые эритроциты – 250,0 мл, аминокпроновая кислота 5% – 100,0 мл в/в, дицинон 2,0мл в/м. В качестве специфической терапии был назначен противовирусный препарат «Рибавирин» 1000 мг (2 приёма внутрь). На следующий день температура тела снизилась до нормы, кровотечение из кишечника и рта не наблюдалось, состояние больного не ухудшилось, отмечалось незначительное носовое кровотечение. На 2 сутки геморрагическая сыпь стала исчезать и макрогематурия прекратилась.

На фоне лечения у больного температура тела нормализовалась на 5 день болезни. Кровотечение остановилось на 6 день болезни. Сыпь начала исчезать на 7-8 день, однако слабость и быстрая утомляемость сохранялись при выписке больного. На 14 день нормальной температуры, после исчезновения клинических проявлений, в удовлетворительном состоянии больной был выписан из клиники.

Проведённые исследования показывают, что в клиническом течении ККГЛ за последние 10 лет особых изменений, по сравнению с данными, приведёнными в работах Хашимова Дж.М. (1971) и Х.К. Камардинова (2004) не отмечается, заболевание сохраняет свои классические признаки. Однако применение в комплексной терапии ККГЛ противовирусного препарата «Рибавирин» отмечается снижение летальности в 5-8 раз (до 7,6%) по сравнению с данными вышеперечисленных авторов.

Таким образом, Крымско-Конго геморрагическая лихорадка в Республике Таджикистан за последние годы регистрируется чаще в южных регионах, сохраняя свои классические проявления, заболевание протекает в тяжёлой или средне-тяжёлой форме (85%) с полостными кровотечениями (92%). Летальные исходы у больных с ККГЛ (7,6% случаев) наступают в разгар геморрагического периода.



ЛИТЕРАТУРА

1. Камардинов Х.К. Инфекционные и паразитарные болезни / Х.К.Камардинов. - Душанбе. - 2009. - С.364-408.
2. Куличенко А.Н. Крымская геморрагическая лихорадка в Евразии в XXI веке: эпидемиологические аспекты / А.Н.Куличенко, О.В.Малецкая, Н.Ф.Василенко // Эпидемиологические и инфекционные болезни. - М. -2012. - №3. - С. 42-53.
3. Распространение вируса Баткен / С.Е.Смирнова, Л.С.Корань, Н.М.Колясников, В.С.Рыбкин // Эпидемиологические и инфекционные болезни. - М. - 2011. - №1. - С.12-19
4. Бутенко А.М. Крымская геморрагическая лихорадка / А.М.Бутенко, Е.В.Лещинская, Д.К.Львов // Вестник Российской академии естественных наук. - М. - 2002. - №2. - С.1-10.
5. О лечении Крымской-Конго геморрагической лихорадки на современном этапе / Г.Н.Абуова, Н.Ю.Пшеничная, А.А.Нурмашова, И.А.Лизинфельд // Материалы международной научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия инфекционных и неинфекционных болезней». Вестник ЮКГФА. - 2013. - №2. - С.10-11.

Summary

Clinical and epidemiological features of Crimean-Congo haemorrhagic fever in the Republic of Tajikistan

E.R. Rakhmanov, Sh.B. Habibulloev, Sh.K. Matinov
Chair of Infectious Diseases Avicenna TSMU

The paper presents the results of clinical and epidemiological studies of Crimean-Congo hemorrhagic fever in 13 patients in the Republic of Tajikistan. At recent years disease in the Republic recorded more often in southern regions of the country, maintaining its classic manifestation. Hemorrhagic manifestations marked as hemorrhagic rash, bleeding gums – in 38,4% of patients, intestinal bleeding – at 38,4%, and uterine bleeding – at 7,6%. In 46,1% of patients bleeding was from several organs at same time. Mortality rate was 7,6% of cases.

Key words: Crimean-Congo hemorrhagic fever (CCHF)

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Рахманов Эркин Рахимович –
заведующий кафедрой инфекционных болезней ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, ул.Павлова, дом 6
E-mail: ercin_rahmonov@mail.ru



Патогистологическая оценка эффективности использования ступенчатой схемы лечения ихтиоза с применением ретиноидов

С.В. Дмитренко, С.В. Вернигородский

Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Винница, Украина

В статье представлены данные о патоморфологических изменениях кожи при использовании ступенчатой схемы лечения ихтиоза с использованием ретиноидов. На основе анализа биопсийного материала больных с различными видами ихтиоза предложено выделение двух основных форм ихтиоза в зависимости от степени тяжести патогистологических изменений: лёгкую и тяжёлую.

Использование патоморфологического метода даёт возможность объективно оценить тяжесть течения ихтиоза и дифференцированно подобрать каждому наиболее эффективной схемы лечения.

Ключевые слова: ихтиоз, эритродермия, вульгарный ихтиоз, патоморфологические изменения кожи, локальный иммунный ответ, ретиноиды

Актуальность. Относительно высокая частота ихтиозиформных кератодермий в общей структуре дерматологической заболеваемости, их тяжёлое течение, системный характер поражающих изменений в лечении и низкая эффективность последнего создают проблему своевременной и правильной диагностики этих заболеваний.

Морфологическая верификация патологического процесса, возникающего в коже при ихтиозе является одним из тех объективных методов, на которых базируется доказательная медицина [1].

В отечественной и зарубежной литературе имеются лишь единичные работы, посвящённые изучению морфологических изменений при кератодермиях, в частности при ихтиозе [2-7].

К сожалению времени нет системного подхода к патоморфологической диагностике этой группы заболеваний, не решена роль пролиферативной активности клеток эпидермиса в развитии наследственных дерматозов, отсутствуют патогномоничные критерии, характерные именно для ихтиоза.

Пролиферация кератиноцитов и других клеток дермы, механизмы взаимодействия между клетками иммунной системы и пролиферативной активностью эпителиоцитов в настоящее время исследованы недостаточно.

Поэтому изучение, а особенно верификация специфических патоморфологических критериев, позволяющих определить состояние эпидермиса при той или иной форме ихтиоза на сегодняшний день является особенно актуальным.

Цель исследования. Установить патоморфологические особенности течения вульгарного ихтиоза, сухой и буллёзной формы ихтиозиформной эритродермии при использовании ступенчатой схемы терапии с применением ретиноидов для аргументации принципов и контроля лечения.

Материал и методы. На базе Винницкого областного патологоанатомического бюро, патологогистологической лаборатории кафедры патологической анатомии ВНМУ изучено 12 биоптатов кожи больных на различные типы ихтиоза. Возраст обследованных больных колебался от 19 до 69 лет и составлял в среднем $32,6 \pm 3,87$ года. Проводились общеклинические и патоморфологические исследования. Биоптаты кожи получали под местной анестезией, с поражённого участка кожи правого плеча. Препараты готовили по стандартной методике, гистологические срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по ван Гизону, основным коричневым по Шубичу, комбинацией основного коричневого и крепкого зелёного красителя, ШИК-реакции с альциановым синим, толуидиновым синим для

определения гликопротеинов, резорцин-фуксинном по Вейгерту для выявления эластических волокон [8-10].

Пролиферативную активность клеток эпидермиса оценивали с помощью мышиных моноклональных антител к ядерному антигену Ki-67 («ДАКО», клон MIB-1, Дания), как наиболее чувствительного маркера пролиферации. В препаратах при 400-кратном увеличении микроскопа определяли индекс пролиферации (ядерная метка Ki-67) в 5 случайно выбранных полях зрения (≥ 500 клеток) как долю в процентах положительно окрашенных ядер эпителиоцитов.

Микроскопию и фотографирование гистологических препаратов проводили с помощью светового микроскопа OLIMPUS BX 41 при увеличениях в 40, 100, 200 и 400 раз. Получали и обрабатывали снимки, проводили морфометрию и статистическую обработку с помощью программы «Quick PHOTO MICRO 2.3». Содержание клеточных элементов определяли в расчёте на единицу условной площади (1 мм²). При выполнении морфометрических исследований руководствовались основными принципами, изложенными в руководстве Г.Г. Автандилова (2002).

Результаты и их обсуждение. В группе больных вульгарным ихтиозом (ВИ) роговой слой эпидермиса был представлен роговыми чешуйками, которые плотно прилегали друг к другу, что соответствовало компактному гиперкератозу. В то же время, у отдельных пациентов его повышенная рыхлость приводила к тому, что в процессе обработки массы частично крошились, сохраняясь только в своей нижней и средней части, в связи с чем не всегда можно было с достоверностью судить о его толщине, которая колебалась от 0,1 до 0,22 мм и в среднем составляла $0,175 \pm 0,011$ мм (табл. 1).

В результате морфометрического исследования установлено, что толщина эпидермиса без рогового слоя у больных с ВИ составляла в среднем $0,046 \pm 0,004$ мм (см. табл. 1). Резкое истончение эпидермального слоя в пораженной кожи является проявлением

нарушенной регенерации зернистого слоя – постоянного компонента ВИ.

При окраске кислым раствором основного коричневого наблюдали слабую очаговую реакцию и практически полное отсутствие кератогиалиновых гранул, что свидетельствовало об отсутствии и подтверждало несостоятельность клеток зернистого слоя образовывать кератогиалин (рис. 1). Наряду с истончением эпидермиса, которое было обусловлено уменьшением количества рядов остистого и зернистого слоёв, у 78% больных с ВИ отмечали полное или почти полное отсутствие

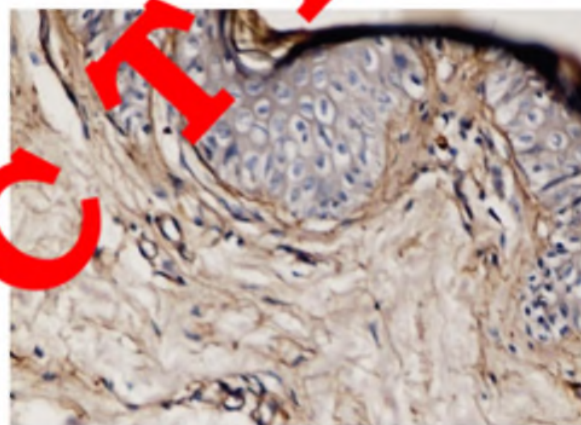


РИС. 1. ОТСУТСТВИЕ ЗЕРНИСТОГО СЛОЯ И КЕРАТОГИАЛИНОВЫХ ГРАНУЛ, ВАКУОЛИЗАЦИЯ ЭПИТЕЛИОЦИТОВ ОСТИСТОГО СЛОЯ У БОЛЬНОГО С ВИ. ОСНОВНОЙ КОРИЧНЕВЫЙ, X 200

Отмечено удлинение эпидермальных выростов, которые проникали местами на значительную глубину в собственно кожу, что сопровождалось соответствующим увеличением сосочков дермы, иногда с формированием гребешков. Акантоз был достаточно равномерным и преобладал у больных (93%) с небуллезной ихтиозиформной эритродермией (НИЭ, сухой тип), однако у больных с ВИ акантоз имел очаговый характер и встречался у 34% пациентов. У

ТАБЛИЦА 1. ТОЛЩИНА РОГОВОГО СЛОЯ И ЭПИДЕРМИСА У БОЛЬНЫХ С ВУЛЬГАРНЫМ ИХТИОЗОМ И ИХТИОЗИФОРМНОЙ ЭРИТРОДЕРМИЕЙ (В МИЛЛИМЕТРАХ)

Нозология	Роговой слой		Эпидермис		P
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
Вульгарный ихтиоз	$0,175 \pm 0,011$	$0,101 \pm 0,01$	$0,046 \pm 0,004$	$0,057 \pm 0,003$	<0,05
Ихтиозиформная эритродермия, небуллезная форма	$0,095 \pm 0,007$	$0,07 \pm 0,006$	$0,238 \pm 0,033$	$0,192 \pm 0,006$	<0,05, <0,1
Ихтиозиформная эритродермия, буллезная форма	$0,272 \pm 0,017$	$0,206 \pm 0,017$	$0,317 \pm 0,018$	$0,278 \pm 0,015$	<0,05
P	<0,001	<0,01	<0,001	<0,001	



22% больных данной группы наблюдали умеренный гиперкератоз, без нарушения структуры рогового слоя, образование роговых корок и пробок в устьях волосяных фолликулов. Также отмечали полиморфное поражение зернистого слоя в виде истончения или его отсутствия, что сочеталось с истончением остистого и мальпигиевого слоя. Зернистый слой был представлен единичными клетками, в цитоплазме которых отмечались вакуоли разного диаметра.

У больных с ВИ дермо-эпидермальная граница чётко определялась на всём протяжении биоптатов, базальная мембрана на отдельных участках выглядела утолщённой и неравномерно окрашивалась реактивом Шиффа. Более бледная окраска, что свидетельствовало об уменьшении ШИК-положительных веществ типа нейтральных мукополисахаридов, обычно проявлялась в местах наиболее выраженного отёка, над сосочками дермы. Здесь базальная мембрана имела нечёткие контуры и выглядела размытой. Подобные изменения базальной мембраны, возможно, способствуют повышению её проницаемости.

У больных с НИЭ базальная мембрана дермо-эпидермального соединения на всём протяжении была неравномерно утолщена, распущена, местами с очаговым накоплением нейтральных мукополисахаридов и несультатированных гликозаминогликанов. В обеих исследуемых группах в дерме наблюдался незначительный отёк, коллагеновые волокна имели типичное строение, располагались параллельно и перпендикулярно к поверхности эпидермиса, в виде поверхностного сплетения, как правило, были с широким просветом, неровной поверхностью эндотелиоцитов с умеренным отёком. Вокруг сосудов располагались одиночные лимфоциты и гистиоциты.

У 82% больных с ВИ и у 33% с НИЭ отмечали также уменьшение количества волосяных фолликулов и салыных желёз, атрофию потовых желёз, удлинение эпидермальных выростов, снижение митотической активности базальных эпителиоцитов, незначительные периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты сосочкового слоя дермы. Среди клеток лимфоидного рода вокруг сосудов иногда выявлялись единичные каневые базофилы (ТБ).

После проведённого ступенчатого лечения ретиноидов гистологическая картина улучшалась за счёт появления зернистого слоя, истончения рогового слоя и утолщения ростковой части эпидермиса с $0,046 \pm 0,004$ до $0,057 \pm 0,003$ мм у больных с ВИ и с $0,238 \pm 0,033$ до $0,192 \pm 0,006$ мм ($p < 0,001$), соответственно, с сухим типом НИЭ (табл. 1).

После ступенчатой терапии с использованием ретиноидов в данных группах отмечалось уменьшение вакуолизации клеток базального и остистого слоя, увеличение количества клеток зернистого слоя и

появление в их цитоплазме немногочисленных кератогиалиновых гранул, что хорошо заметно как при использовании гематоксилина и эозина (рис.2), так и при окраске кислым раствором основного коричневого. Роговые чешуйки плотно прилегали друг к другу и имели гомогенную структуру. Периваскулярные лимфо-гистиоцитарные инфильтраты и тучные ТБ практически не встречались в субэпидермальных отделах дермы при ВИ.

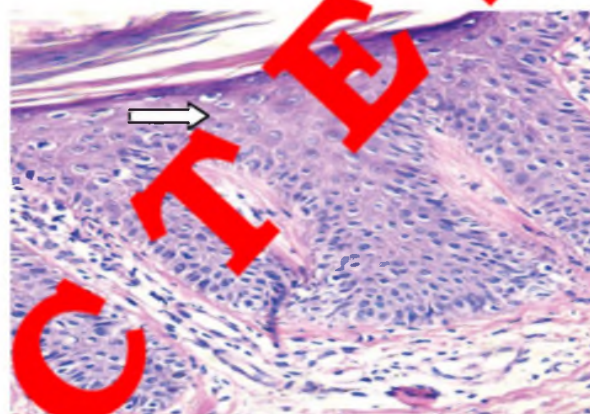


РИС. 2. ПОЯВЛЕНИЕ ЗЕРНИСТОГО СЛОЯ (СТРЕЛКА) У БОЛЬНОГО С НЕБУЛЛЁЗНОЙ ИХТИОЗИФОРМНОЙ ЭРИТРОДЕРМИЕЙ ПОСЛЕ СТУПЕНЧАТОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕТИНОИДАМИ. АКАНТОЗ, ПЕРИВАСКУЛЯРНАЯ ЛИМФОЦИТАРНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ СУБЭПИДЕРМАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ. ГЕМАТОКСИЛИН И ЭОЗИН, X 400

Количественный состав их до лечения и после применения ретиноидов был статистически недостоверным ($p > 0,05$), однако при НИЭ их плотность существенно уменьшалась ($p < 0,05$) по сравнению с группой больных до лечения (табл. 2). При изучении препаратов, окрашенных основным коричневым, среди клеток дермальных инфильтратов у больных с НИЭ выявляли отдельные ТБ, некоторые из них находились в дегранулированном состоянии. Среднее количество ТБ в коже больных с НИЭ до лечения составляло $460,0 \pm 77,74$ на 1 мм^2 .

У всех больных с НИЭ уменьшение количества тучных клеток в гистологических препаратах сопровождалось клиническим улучшением дерматоскопической картины.

Таким образом, у больных с ВИ и НИЭ патогистологические изменения эпидермиса и дермы характеризовались значительным истончением росткового эпидермиса, за счёт уменьшения количества зернистых кератиноцитов или отсутствующего зернистого слоя и умеренным гиперкератозом, без нарушения структуры рогового слоя, очаговым акантозом при ВИ распространённым при сухой форме НИЭ. Отмечалась склонность рогового слоя погружаться в волосяную воронку с образованием роговых пробок, уменьшения количества волосяных фолликулов

ТАБЛИЦА 2. ПЛОТНОСТЬ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ТКАНЕВЫХ БАЗОФИЛОВ ДЕРМЫ (в расчёте на 1 мм²)

Нозология	Тканевые базофилы		P
	До лечения	После лечения	
Вульгарный ихтиоз	220±49,98	230±49,55	<0,1
Ихтиозиформная эритродермия, небуллёзная форма	460±77,74	260±57,74	<0,05
Ихтиозиформная эритродермия, буллёзная форма	530±66,74	330±53,33	<0,05
P	<0,001	<0,05	

и потовых желёз. Сальные железы в большинстве случаев были атрофированы и состояли из мало дифференцированных (камбиальных) клеток.

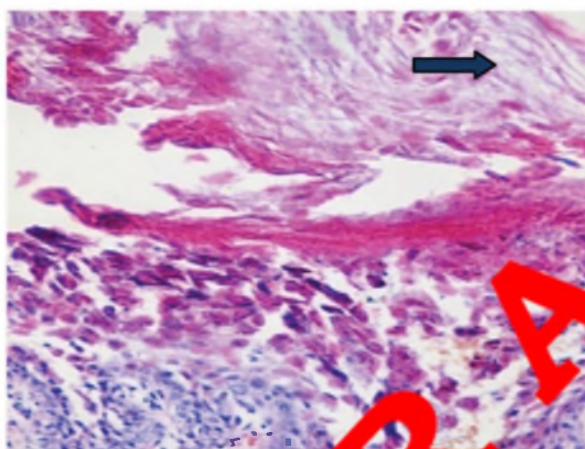


РИС. 3. ЭПИДЕРМОЛИТИЧЕСКИЙ ГИПЕРКЕРАТОЗ У БОЛЬНОГО С БУЛЛЁЗНОЙ ФОРМОЙ ИХТИОЗИФОРМНОЙ ЭРИТРОДЕРМИИ. ЭЛЕМЕНТЫ ПАРАКЕРАТОЗА (ЧЁРНАЯ СТРЕЛКА), БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО КЕРАТОГИАЛИНОПОДОБНЫХ И АПОПТОЗНЫХ ТЕЛЕЦ РАЗЛИЧНОГО РАЗМЕРА И ФОРМЫ В ЦИТОПЛАЗМЕ КЕРАТИНОЦИТОВ (БЕЛАЯ СТРЕЛКА). ГЕМАТОКСИЛИН И ЭОЗИН, X 400

В отличие от больных с ВИ и НИЭ, у пациентов с буллёзной формой ихтиозиформной эритродермии (БИЭ) отмечали деструкцию не только рогового, но и зернистого и остистого слоёв. Характерной была гранулярная деструкция эпидермиса, которую большинство авторов называют эпидермолитическим гиперкератозом [4,7,11-14]. Наряду с сохранённым строением базального слоя обнаруживали разрывы межклеточных соединений в остистом слое с появлением базофильных включений в цитоплазме, гранулярной дегенерацией, расширением зернистого слоя и увеличением количества кератогиалиноподобных и апоптозных телец различного размера и формы в цитоплазме кератиноцитов, утолщением рогового слоя (компактный и сетчатый гиперкератоз) с элементами паракератоза (рис. 3), акантозом эпидермиса с удлинением межсосочковых выростов, папилломатозом дермальных сосочков.

У 97% больных с БИЭ не отмечалось значительное утолщение рогового слоя (компактный гиперкератоз) с элементами паракератоза (41% больных), неравномерный акантоз, незначительный папилломатоз.

По данным морфометрического исследования, толщина рогового слоя до лечения в среднем составила $0,272 \pm 0,017$, толщина эпидермиса – $0,317 \pm 0,018$ мм, что статистически достоверно ($p < 0,01$) превышало полученные показатели в группах с ВИ и НИЭ (табл. 1). В отличие от БИЭ, у 97% пациентов с ВИ и НИЭ роговой слой был умеренно ШИК-положительный, и его цвет не менялся после гидролиза амилазой слюны, что указывало на повышенное содержание в нём нейтральных гликопротеинов. По нашему мнению, одной из причин замедленного отшелушивания чешуек у больных ихтиозом может быть повышенное содержание мукополисахаридов в роговом слое. Кроме того, в цитоплазме остистых клеток также оказывались в умеренном количестве кислые гликопротеины. У 30% пациентов с БИЭ в роговом слое сохранялись ядра клеток.

В ретикулярном слое дермы, наряду с усилением застоя и отёка верхней его трети и расширением сосудов, усиливалась степень фибриноидных изменений, что выражалось в более выраженном отёке коллагеновых волокон и появлением в них значительного количества кислых мукополисахаридов. При окраске препаратов ШИК-альциановым синим (рН 2,5) базальная мембрана у 79% больных с БИЭ была утолщена и распущена, красилась в интенсивно малиновый цвет, а при окраске по ван Гизону приобретала желтоватый оттенок. По нашему мнению, увеличение ШИК-положительной субстанции в базальной мембране связано с нарушением обмена веществ соединительной ткани. Вокруг сосудов наблюдались очаговые инфильтраты из лимфоидных элементов, фибробластов и ТБ. Последние, в основном, были в состоянии повышенной функциональной активности, т.е. содержали в цитоплазме большое количество зрелых гранул. Часть из них находилась в состоянии дегрануляции: микроскопически оказывались клеточные фрагменты разной величины, а в дерме – свободно находились базофильно окрашенные гранулы. Среднее количество ТБ в коже до лечения варьировало от 3 до 9 на 0,01 мм² или от 300 до 900 на 1 мм² и в среднем составля-



ТАБЛИЦА 3. ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ КЛЕТОК ЭПИДЕРМИСА (Ki-67, M±m)

Нозология	Индекс пролиферативной активности		P
	До лечения (n=10)	После лечения (n=10)	
Вульгарный ихтиоз	0,412 ± 0,035	0,321±0,025	<0,05
Ихтиозиформная эритродермия, небуллёзная форма	0,368±0,38	0,261±0,025	0,1
Ихтиозиформная эритродермия, буллёзная форма	0,807±0,029	0,401±0,038	<0,01
P	<0,001	<0,05	

ло 530±66,74 (табл. 2). Из них 20% были в состоянии дегрануляции. В результате морфометрического исследования установлено, что количество ТБ в коже больных с БИЭ было статистически значимо выше ($p<0,001$), чем в группе с ВИ и НИЭ, соответственно 220±49,98 и 460±77,74. При этом в коже больных с ВИ и НИЭ дегранулированные ТБ были обнаружены лишь в 42% и 60% случаев, в то время как в коже больных с БИЭ до лечения ТБ в состоянии дегрануляции оказывались в большинстве полей зрения во всех биоптатах. Этот факт подтверждает активное участие тучных клеток в патогенезе и формировании воспаления именно при БИЭ, выраженность которого, наряду с другими факторами, определяет степень тяжести клинических проявлений.

После проведённого ступенчатого лечения с использованием ретиноидов морфологическое исследование выявляло нормализацию гистоморфологической и гистохимической структуры кожи. Это проявлялось в накоплении и упорядочении зёрнышек меланина в зернистом слое.

При изучении взаимосвязи между структурными изменениями в коже и экспрессией эпителием Ki-67 была обнаружена тесная корреляционная зависимость ($r=0,82$, $p<0,001$). У больных с БИЭ обнаруживали повышенную пролиферацию эпителиоцитов Ki-67 в базальном слое, которая местами выходила за его пределы и регистрировалась также и в остистых эпителиоцитах. Это в последнее время не было характерным для пациентов с ВИ, у которых наблюдали слабую и умеренную экспрессию Ki-67 (0,807±0,056, $p<0,001$ против 0,412±0,035 с ВИ и 0,368±0,38 – с сухой формой НИЭ, соответственно, $p<0,001$), что свидетельствует о существенных нарушениях обновления эпителиоцитов (табл. 3).

У больных с ВИ и НИЭ регистрировалась лёгкая и умеренная активность эпителиоцитов по Ki-67 преимущественно в базальном слое (рис. 2), при этом у пациентов с ВИ индекс пролиферации был достоверно выше (0,412±0,035), чем у больных с НИЭ (0,368±0,38), ($p<0,05$).

Оказалось, что после проведённого ступенчатого лечения с ретиноидами пролиферативная активность базальных эпителиоцитов Ki-67 достоверно уменьшалась в случаях с ВИ и во всех случаях с БИЭ, (0,401±0,038, $p<0,001$), по сравнению с сухим типом НИЭ, при котором наблюдали также снижение пролиферативной активности базальных кератиноцитов, однако оно было недостоверным ($p<0,1$).

Результаты нашего исследования показывают, что БИЭ отличается от ВИ и сухого типа НИЭ сочетанием гистоморфологического синдрома с акантолизом и наличием патогномной зернистой дегенерации клеток мальпигиевого слоя эпидермиса (акантокератолиз). По данным Захаровой Е.К. и соавт. (1997), нарушение агрегации микрофиламентов в супрабазальном слое эпидермиса при БИЭ вызывает широкий диапазон отклонений от нормального состояния до полной деструкции или отсутствия клеточных компонентов [4].

Атрофия сальных желёз, как показали наши исследования, сопровождается ихтиозом, приводит к нарушению обмена ретиноидов и является одним из патогенетических моментов этого заболевания. Полученные в данной работе факты показали, что лечение ретиноидами восстанавливало структуру кожи и её придатков (особенно сальных желёз, зернистого и рогового слоёв). Таким образом, ещё раз подтверждается фармакологическое значение ретиноидов при ихтиозе. Выявленные патоморфологические изменения кожи при ихтиозе свидетельствуют о нарушении функционирования эпидермиса в виде десинхронизации процессов пролиферации, дифференцировки, созревания, формирования эпидермального барьера, а потом десквамации кератиноцитов. Сбой в любом из перечисленных процессов приводит к нарушению функционирования эпидермиса и фенотипически чаще проявляется ихтиозиформным изменением кожи. По нашему мнению, нарушение регенерации эпидермальных кератиноцитов является одной из центральных цепей морфогенеза ихтиоза.



Разработанная нами патогенетически обоснованная комплексная ступенчатая схема дифференциальной терапии ихтиоза, включающая применение ретиноидов, привела к стабилизации заболевания у 76% пациентов с тяжёлой формой ихтиоза. Механизм действия ретиноидов при ихтиозиформных дерматозах, вероятно, связан со стимуляцией пролиферации, повышением активности неспецифических эстераз на первых этапах с последующей стабилизацией пролиферативной активности, что подтверждалось нашими данными. При тяжёлой (буллёзной) форме ихтиоза ретиноиды вызывают временное ухудшение (провоцируют образование пузырьков), однако впоследствии, благодаря нормализации дифференцировки и пролиферации кератиноцитов, состояние улучшается.

ЛИТЕРАТУРА

1. Катунина О.Р. Патоморфологические исследования в диагностике заболеваний кожи / О.Р.Катунина // Вестник дерматологии и венерологии – 2009. – №4. – С. 74–79.
2. Александрова А.К. Вульгарный ихтиоз: современный взгляд на проблему / А.К.Александрова, В.А.Смолянникова, Г.И.Суколин // Вестник дерматологии и венерологии. – 2007. – № 2. – С.13–17.
3. Патоморфология болезней кожи: Руководство для врачей / Г.М. Цветкова [и соавт.] – М.: Медицина. – 2003. – 496 с.
4. Ультраструктурные нарушения при дерматозах с симптомокомплексом эпидермолитического гиперкератоза / Е.К.Захарова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии – 1998 – № 6. – С.4-6.
5. Fibroblast apoptosis in a patient affected by lamellar ichthyosis / D.Tavian [et al.] // J. Cutan. Pathol. – 2009. – Vol. 36. – №4. – P. 17-24.
6. Fleckman P. Absence of the granular layer and keratin 10 define a morphologically distinct subset of individuals with ichthyosis vulgaris / P.Fleckman, S.Brumbaugh // Exp. Dermatol. – 2002. – № 11. – P. 327-36.
7. Histopathologic characterization of epidermolytic hyperkeratosis: A systematic review of histology from the National Registry for Ichthyosis and Related Skin Disorders / Rustin Ross [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. – 2008. – Vol. 59. – № 1. – P. 86-90.
8. Автандилов Г.Г. Основы количественной патологической анатомии / Г.Г.Автандилов // М.: Медицина. – 2002. – 240 с.
9. Голофеевский В.Ю. Сочетанная окраска гистологических срезов окрашиванием кармином и прочным зелёным / В.Ю. Голофеевский, С.Г.Щербак // Архив анатомии, гистологии и эмбриологии. – 1987. – № 4. – С. 101.
10. Сапожников А.Г. Гистологическая и микроскопическая техника / А.Г.Сапожников, А.Е.Доросевич. – Руководство. – Смоленск: САУ. – 2000. – 476 с.
11. Симптомыкомплекс эпидермолитического гиперкератоза при буллёзной врождённой ихтиозиформной эритродермии и иглистом ихтиозе / Е.К.Захарова, З.М.Гетлинг, А.М.Вавилов, В.Н.Дордовцев // Вестник дерматологии и венерологии. – 2000. – № 5. – С. 11-17.
12. A recurrent missense mutation of keratin 1 gene in a Chinese family with epidermolytic hyperkeratosis (severe palmoplantar hyperkeratosis, type 1) / Y.P. Zeng [et al.] // Int J Dermatol. – 2012. – Vol. 51, № 2 – P. 182-5.
13. Cyclic ichthyosis with epidermolytic hyperkeratosis: A phenotype conferred by mutations in the 2B domain of keratin K1 / V.P.Sybert [et al.] // Am. J. Hum Genet. Mar. – 1999. – Vol.64, №3. – P. 732-738.
14. Systematized linear epidermolytic hyperkeratosis / PKumar [et al.] // Dermatol Online J. – 2014. – Vol. 20, №1 – P. 21248.



Summary

Histopathological evaluation of the effectiveness of by step-by-step scheme of ichthyosis treatment using retinoids

S.V. Dimitrenko, S.V. Vernigorodsky

Vinnitsa National Medical University named after N.I. Pirogov, Vinnitsa, Ukraine

The article presents data on the pathological changes of skin after step-by-step treatment of ichthyosis using retinoids. Based on the analysis of biopsy material of patients with different types of ichthyosis proposed to identify two main types of ichthyosis depending on severity of the histopathological changes: easy and severe.

Using pathomorphologic method makes it possible to objectively assess the severity of ichthyosis and differentiate come to the choice of most effective treatment regimen.

Key words: ichthyosis, erythroderma, vulgar ichthyosis, pathomorphological changes in the skin, a local immune response, retinoids

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Вернигородский Сергей Викторович –
доцент кафедры патологической анатомии, судебной
медицины и права Винницкого национального
медицинского университета имени Н.И. Пирогова;
Украина, г.Винница, ул. Пирогова, д. 56
E-mail: vernsot@rambler.ru

Потребность больных с общесоматической патологией в ортопедической стоматологической помощи

С.К. Сабуров

Учебно-клинический центр «Стоматология»;

Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Для структурной оценки ортопедического стоматологического статуса производилась углублённая оценка состояния дефектов зубного ряда у 413 больных с сопутствующей соматической патологией, нуждающихся в протезировании.

Среди обследованного контингента больных с неблагоприятным соматическим фоном наблюдается более высокая распространённость включённых дефектов зубного ряда ($35,6 \pm 1,44\%$), нежели концевых ($28,4 \pm 0,93\%$) и полных ($5,9 \pm 0,04\%$) окклюзионных дефектов.

Полученные данные по изучению потребности больных с сопутствующей соматической патологией в ортопедической стоматологической помощи свидетельствуют о чрезвычайно высокой их нуждаемости в соответствующей помощи. Среди лиц с неблагоприятным соматическим фоном наиболее часто встречаемой и востребуемой ортопедической стоматологической помощью являются мостовидные зубные протезы.

Ключевые слова: соматическая патология, ортопедический статус, дефекты зубного ряда

Актуальность. В ортопедической стоматологии частичное отсутствие зубов является одной из самых распространённых патологий. В России и ряде стран Западной Европы потребность населения в ортопедической стоматологической помощи, по данным эпидемиологических обследований, составляет от 60% до 93,8% от числа обследованных. Это зависит от распространённости стоматологических заболеваний, особенности их течения, эффективности профилактики и лечения, экологических факторов, а так же уровня развития стоматологической помощи [1,2].

Особую значимость имеет проблема качества оказания стоматологической ортопедической помощи при лечении больных с частичным отсутствием зубов. Ошибки в планировании лечения, низкий уровень подготовки полости рта к протезированию, погрешности клинического и технологического характера приводят к ранней потере зубов и увеличению числа больных в молодом возрасте, нуждающихся в ортопедическом стоматологическом лечении. Лечение частичного отсутствия зубов ортопедическими методами считается одним из самых востребованных видов оказания стоматологической помощи [3].

Показатели распространённости и интенсивности основных стоматологических заболеваний выше среди лиц с наличием соматической патологии, чем среди здоровых лиц [4]. В многочисленных исследованиях доказано существование определённой взаимосвязи между патологическими изменениями в полости рта и наличием хронической соматической патологии, которая проявляется в форме взаимного отягощения [5,6].

Цель исследования: оценка состояния дефектов зубного ряда у больных с сопутствующей соматической патологией, нуждающихся в протезировании.

Материал и методы. Для структурной оценки состояния ортопедического статуса полости рта в 2012 – 2014гг. было проведено комплексное обследование окклюзионных дефектов у 413 больных с неблагоприятным соматическим фоном.

Исследования проводили на базе кафедры внутренних болезней № 3 ТГМУ и УКЦ «Стоматология» на базе кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ с использованием эпидемиологического метода обследования стоматологического статуса больных в возрасте от 20 до 60 лет и старше, у которых диагностирована лёгочная ($n=187$), желудочно-кишечная ($n=136$) и эндокринная ($n=90$) патология.

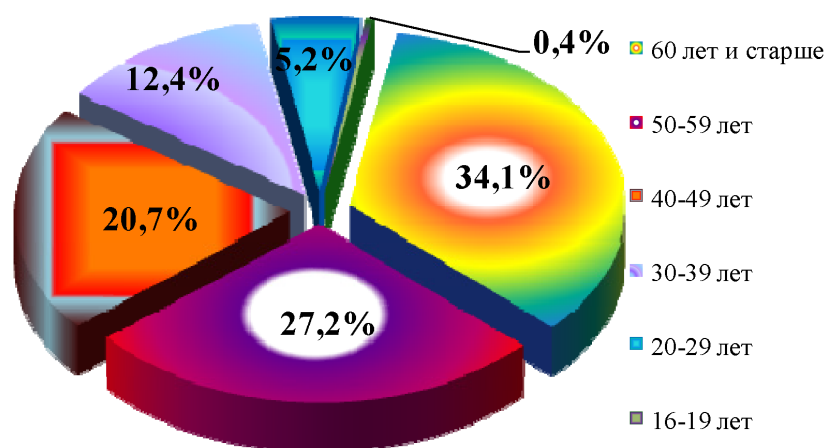


РИС.1. ПОВОЗРАСТНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (В % ОТ ОБЩЕГО КОЛИЧЕСТВА ОБСЛЕДОВАННЫХ)

Все обследуемые были распределены как по возрастным группам (20-29 лет (n=82); 30-39 лет (n=83); 40-49 лет (n=84); 50-59 лет (n=83); 60 лет и старше (n=81) (рис.1.), так и по степени тяжести сопутствующей соматической патологии (лёгкая форма, форма средней тяжести, тяжёлая форма). Стадия и течение соматической патологии определялись по классификации комитета экспертов ВОЗ. Подавляющее большинство больных (76,8%) – лица трудоспособного возраста (средний возраст – $41,7 \pm 1,68$ года), из них 58,5% – работники умственного труда, 18,3% – физического.

У больных с общесоматической патологией обследование стоматологического статуса осуществлялось по методике проф. А.В. Алимского (1995) и предусматривало изучение всех показателей органов полости рта: распространённость и интенсивность кариеса зубов; заболевания пародонта; составляющие элементы интенсивности кариеса зубов; дефекты зубного ряда.

Алгоритм стоматологического обследования состоял из сбора анамнеза, обследования составляющих элементов интенсивности кариеса зубов, обследования целостности зубных рядов.

Производилась углублённая оценка нуждаемости больных с сопутствующей соматической патологией в различных видах ортопедической стоматологической помощи. У каждого стационарного больного проводилось клиническое обследование полости рта по общепринятой методике, включающее в себя сбор анамнеза, осмотр, зондирование, перкуссия, пальпацию, а также анализ данных дополнительных методов исследования (рентгенограмма, электроодонтодиагностика (ЭОД)). У каждого больного определялся класс дефекта зубного ряда (нами использовалась классификация по Е.И. Гаврилову),

гигиеническое состояние полости рта, наличие сопутствующих соматических заболеваний, а также состояние зубных протезов в полости рта. Зубные протезы оценивались по параметрам функциональности, надёжности и эстетики.

Нуждаемость обследованных стационарных больных в ортопедической стоматологической помощи оценивалась на основании показателей распространённости основных стоматологических заболеваний, выраженных в процентах.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась на персональном компьютере с использованием профессионального пакета статистических программ «Statistical Package for Social Science» (SPSS) version 9.0, «Stat Soft Statistica» v. 6.0: определялись среднее (M) и ошибка среднего (m) с учётом критерия Шапиро-Уилка; рассчитывали статистическую значимость различий средних величин по критерию Стьюдента с учётом вероятности ошибки меньшей 0,05 ($p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Обобщённое представление о нуждаемости в ортопедическом лечении даёт сведения, касающиеся распространённости дефектов зубного ряда среди обследованного контингента больных. Результаты проведённых исследований свидетельствуют о том, что наблюдается неуклонный рост дефектов зубного ряда по мере увеличения возраста обследованных больных с общесоматической патологией. Так, если в возрастной группе 20-29 лет общее количество дефектов зубного ряда в среднем составило $71,6 \pm 1,98\%$, то среди больных 30-39, 40-49, 50-59 и старше 60 лет усреднённые значения окклюзионных дефектов составили $74,3 \pm 2,32\%$, $76,9 \pm 2,39\%$, $80,5 \pm 2,52\%$ и $82,1 \pm 2,99\%$, соответственно.

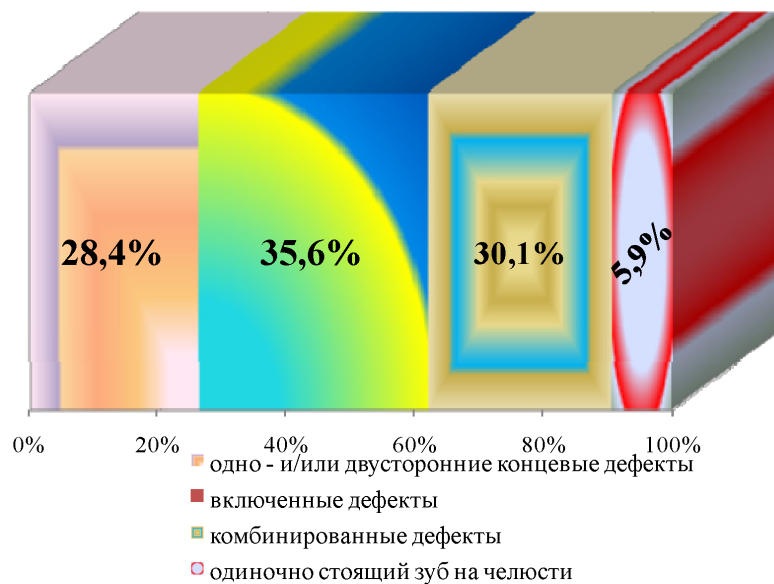


РИС. 2. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ БОЛЬНЫХ С ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Согласно полученным нами данным, среди обследованного контингента больных с неблагоприятным соматическим фоном наблюдается более высокая распространённость включённых дефектов зубного ряда ($35,6 \pm 1,44\%$), комбинированных ($30,1 \pm 1,11\%$), нежели концевых ($28,4 \pm 0,93\%$), и полных ($5,9 \pm 0,04\%$) окклюзионных дефектов (рис.2).

Структурный анализ дефекта зубных рядов в возрастном аспекте показал, что в 20-29 лет преобладают включённые дефекты ($54,5 \pm 1,84\%$), и $14,5 \pm 0,11\%$ от общего числа обследованных имели концевые дефекты зубного ряда. Приблизительно аналогичное структурное распределение указанных дефектов ($47,9 \pm 2,10\%$, $23,8 \pm 0,14\%$, соответственно) наблюдается в возрасте 30-39 лет у больных с сопутствующей соматической патологией.

У больных с неблагоприятным соматическим фоном в возрастной группе 40-49 лет, хотя минимально, но всё же наблюдаются полные окклюзионные дефекты ($5,3 \pm 0,04\%$). Распространённость включённых и концевых дефектов зубного ряда в данной возрастной группе обследованных больных составила $37,1 \pm 2,08\%$ и $30,5 \pm 0,16\%$, соответственно.

Структурный анализ окклюзионных дефектов у больных с сопутствующей соматической патологией в возрастной группе 50-59 лет представлен так: $27,5 \pm 1,15\%$ обследованных оказались с включёнными дефектами, $41,3 \pm 1,20\%$ и $6,5 \pm 0,04\%$ с концевыми и полными дефектами. В группе больных 60 лет и старше усреднённые значения исследуемых дефектов составили $11,2 \pm 0,06\%$, $36,9 \pm 2,68\%$ и $28,8 \pm 0,14\%$, соответственно.

При изучении распространённости дефектов зубного ряда у больных с общесоматической патологией минимальная потребность в стоматологической ортопедической помощи наблюдалась в возрастной группе 20-29 лет ($71,6 \pm 1,98\%$), с максимальной вариацией от $74,3 \pm 2,32\%$ до $82,1 \pm 2,99\%$ – во всех последующих обследованных группах.

Довольно высока потребность обследованных больных с неблагоприятным соматическим фоном в изготовлении несъёмных зубных протезов. В среднем $35,6 \pm 2,59\%$ обследованных больных нуждались в их изготовлении.

Наиболее часто мостовидные ортопедические конструкции требуются для изготовления в возрастных группах больных 20-29 лет ($54,5 \pm 1,84\%$) и 30-39 лет ($47,9 \pm 2,10\%$). Менее всего они необходимы больным с сопутствующей соматической патологией в возрасте 60 лет и старше ($8,6 \pm 0,03\%$ больных данного возраста нуждаются в них). Промежуточное положение между ними занимают возрастные группы больных 40-49 ($37,1 \pm 2,08\%$) и 50-59 лет ($27,5 \pm 1,15\%$).

Как свидетельствуют полученные результаты, потребность в частичных съёмных зубных протезах наблюдается даже у больных с общесоматической патологией в возрастной группе 20-29 лет ($19,7 \pm 0,22\%$), возрастая до $29,0 \pm 0,30\%$ и $35,7 \pm 0,32\%$ в группах пациентов 30-39 и 40-49 лет. Исследуемые показатели у больных с общесоматической патологией в возрастных группах 50-60 лет и старше соответствовали $46,5 \pm 1,36\%$ и $42,1 \pm 2,84\%$.



Результаты проведённых исследований позволяют отметить, что впервые потребность обследованных больных в изготовлении полных съёмных зубных протезов обнаруживается в возрасте 30-39 лет ($9,3 \pm 0,15\%$). В последующих возрастных группах стационарных больных (40-49; 50-59; 60 лет и старше) она соответствовала $10,1 \pm 0,15\%$; $11,7 \pm 0,16\%$ и $34,0 \pm 0,30\%$.

Среди стационарных больных для планирования ортопедической стоматологической помощи наиболее существенное значение имеет детальный анализ нуждающихся в ней на день обследования. По результатам обследования ортопедического статуса она складывается из лиц, нуждающихся в ортопедическом лечении и не имеющих зубных протезов, имеющих годные зубные протезы и нуждающихся в дополнительном протезировании, а также лиц, имеющих негодные зубные протезы и нуждающихся в их замене и дополнительном протезировании. Процентное распределение этих лиц составило 58,2%; 30,7% и 11,1%, соответственно.

Проведённый анализ ортопедического статуса полости рта у больных с общесоматической патологией позволяет отметить, что наибольшее число среди обследованных составляют лица, не имеющие зубных протезов и нуждающиеся в соответствующем лечении на день обследования. В среднем на всех обследованных стационарных больных таковых оказалось 63,4%. Больше всего таких больных выявлено в возрастных группах 20-29 (38,4%) и 30-39 лет (33,1%), а наименьшее число – в 40-49 (12,4%), 50-59 (15,9%), 60 лет и старше (13,2%).

Больные с неблагоприятным соматическим фоном, имеющие годные зубные протезы и нуждающиеся в дополнительном протезировании, составляют в среднем 30,7%. Меньше всего таких больных в возрастной группе 20-29 лет (7,1%), а наибольшее их число в возрастных группах 30-39 (26,4%); 40-49 (28,1%); 50-59 (31,0%); 60 лет и старше (20,4%).

Определённый удельный вес (13,7%) составляют больные, имеющие негодные полные зубные протезы и нуждающиеся в их переделке. Более всего таковых оказалось в возрастной группе 60 лет и старше (64,5%), а наименьшее число (19,8%) в возрастных группах 40-49 и 50-59 лет (23,5%). В основном это касалось съёмных конструкций зубных протезов (частичных съёмных и полных съёмных).

Результаты эпидемиологического обследования 852 человек, проведённого Я.Н. Брусом с соавт.(2005) показали, что 715 пациентов имели включённые дефекты зубного ряда (83,92%). У 102 пациентов (11,97%) эти дефекты сочетались с концевыми дефектами зубных рядов [7].

По данным Л.А. Гооге с соавт. (2002), из 2557 обследованных жителей г.Саратова 13,38% потенциально нуждаются, но не обращаются за ортопедической помощью. Основными причинами несвоевременного обращения населения за ортопедической помощью являются пассивное отношение к здоровью и боязнь препарирования зубов [8].

Результаты проведённых нами исследований среди стационарных больных указывают, с одной стороны, на низкое качество ранее проведённого ортопедического лечения дефектов зубного ряда, а с другой – на рост потребности обследованных больных в дополнительном протезировании, что, по-видимому, связано с разрушением зубов вследствие осложнённый кариеса и их потерей в результате заболеваний пародонта.

Таким образом, полученные данные по изучению потребности больных с сопутствующей соматической патологией в ортопедической стоматологической помощи свидетельствуют о чрезвычайно высокой их нуждаемости в соответствующей помощи. Среди лиц с неблагоприятным соматическим фоном наиболее часто встречаемой и востребуемой ортопедической стоматологической помощью являются мостовидные зубные протезы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алимский А.В. Нуждаемость взрослого населения г.Раменское в ортопедической стоматологической помощи и степень её удовлетворения / А.В.Алимский, И.А.Лимберг // Экономика и менеджмент в стоматологии. - 2008. - № 3. - С. 53-55
2. Chalmers J.M. Public health issues in geriatric dentistry in the United States. / J.M. Chalmers, R.L.Ettinger // Dent Clin N Am. - 2008. - Vol.52. - P. 423-446
3. Исмоилов А.А. Частота распространения основных стоматологических заболеваний у больных с неблагоприятной общесоматической патологией и разработка путей повышения адаптационных возможностей органов полости рта: дис... д-ра мед. наук / А.А.Исмоилов. Омск. - 2012. - 217 с.
4. Кресникова Ю.В. Клинико-эпидемиологическое исследование результатов ортопедического лечения больных с частичным отсутствием зубов: автореф. дис...канд. мед. наук. - М., - 2008. - 21 с.
5. Олесова В.Н. Анализ дефектов первичного протезирования зубов несъёмными конструкциями в стоматологических клиниках Ростовской области и оптимизация тактики повторного протезирования / В.Н.Олесова, С.Ю.Максюков, В.Н.Калашников // Российский стоматологический журнал. - 2010. - № 6. - С.47-48



6. Davis D.M. The emotional effects of tooth loss in a group of partially dentate people: a quantitative study / D.M.Davis, B.Scott // Europ. J. Prosthodontics Restor. Dentistry. - 2001. - Vol. 9. - N 2. - P. 53-57
7. Брус Я.Н. Характеристика ортопедического статуса и потребность в протезировании взрослого населения г.Ессентуки по данным эпидемиологического обследования / Я.Н.Брус, В.Н.Олесова, В.В.Уйта // Маэстро стоматологии. - 2005. - №19. - С. 31-33
8. Гооге А.А. Причины несвоевременного обращения населения за ортопедической стоматологической помощью / А.А.Гооге, Г.А.Карцев, С.А.Кречетов // Актуальные проблемы стоматологии. - М., 2002. - С. 77-80

Summary

Need for patients with somatic pathology in orthopedic dental care

S.K. Saburov

Teaching and clinical center «Stomatology»;

Chair of Prosthetic Dentistry Avicenna TSMU

For the structural evaluation of orthopedic dental status was made deeper assessment of dentition defects in 413 patients with concomitant somatic pathology need in prosthetics.

Among the surveyed group of patients with unfavorable somatic background observed higher prevalence included defects of the dentition ($35,6 \pm 1,44\%$), rather than the end ($28,4 \pm 0,93\%$) and full ($5,9 \pm 0,04\%$) occlusive defects.

The data obtained for the study of the needs patients with concomitant somatic pathology in prosthetic dental care show very high needs in their respective services. Among those with an unfavorable somatic background most frequent and claimed by orthopedic dental care is a dental prosthesis.

Key words: somatic pathology, orthopedic status, defects of the dentition

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Сабуров Сабур Каримович – доцент кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, ул.Сино,30/1
E-mail: saburov_sabur@mail.ru



Психологический статус лиц юношеского возраста в условиях экологического неблагополучия среды обитания

Т.И. Сокольская, А.В. Гулин

Липецкий филиал Российской академии народного хозяйства

и государственной службы при Президенте РФ;

Липецкий государственный педагогический университет, Россия

В статье рассматриваются психологические особенности лиц юношеского возраста, проживающих в условиях экологического неблагополучия.

Выявлены половые особенности психологического статуса студентов. У лиц мужского пола высокий уровень агрессивности по шкале «физическая агрессия» ($4,91 \pm 1,70$) свидетельствует о низких адаптационных возможностях. По данному показателю выявлены достоверные половые различия ($p \leq 0,001$).

Для девушек в 40% случаев характерно преимущественно вербальное выражение своей агрессии ($4,03 \pm 1,67$). У 21,6% юношей и 53,8% девушек отмечены высокие значения показателя личностной тревожности: $37,7 \pm 1,44$ и $46,3 \pm 1,75$ соответственно ($p \leq 0,001$), свидетельствующие о напряжении процессов адаптации.

Значения показателя нервно-психической устойчивости у представителей обоих полов достоверно отличаются ($p \leq 0,05$) и свидетельствуют о возможности нервно-психических срывов в экстремальных условиях, при этом в 35,9% и 8,1% случаев для девушек и юношей, соответственно – с высокой степенью вероятности. Для юношей характерен высокий уровень нервно-психической адаптации ($14,1 \pm 1,99$), в сравнении с девушками ($p \leq 0,01$). На основе достоверных функциональных связей между рассматриваемыми показателями психологического статуса девушек была разработана модель ($R^2 = 0,74$) для определения психологической адаптации студентов, проживающих в условиях антропогенного прессинга.

Ключевые слова: экологически неблагополучная территория, психологический статус, тревожность, агрессивность, нервно-психическая устойчивость, нервно-психическая адаптация

Актуальность. Здоровье человека в значительной мере зависит от условий окружающей среды. Болезнь часто возникает вследствие разрушительного действия окружающей среды [1,2]. Многие исследователи подтверждают факт негативного влияния высокой степени загрязнения территорий не только на соматическое здоровье человека, но и на его психологический статус [3-6].

На территориях экологического неблагополучия среда предъявляет повышенные требования к адаптационным механизмам человека. При этом организм человека нередко функционирует в нижних границах или на пределе адаптационной нормы [5,7-10]. Особую значимость приобретают вопросы психологической адаптации человека к условиям экологически деформированной среды. При этом адаптация требует определённого напряжения управляющих систем, которое называют «ценой

адаптации» [7]. В ряде исследований отмечается наличие прямой зависимости между уровнем загрязнения окружающей среды и нервно-психическим здоровьем населения [10]. Вследствие воздействия негативных средовых факторов могут возникать изменения в психическом состоянии человека, например такие, как общее понижение жизненного тонуса, повышение агрессивности поведения, депрессии [6,11].

На экологически неблагополучных территориях у лиц детского и юношеского возрастов отмечается тенденция к снижению показателей психологической адаптации на психофизиологическом и психическом уровнях [6,12].

Неблагоприятная эколого-химическая среда обитания отличается выраженным нейротоксическим эффектом, оказывающим деструктивное воздей-

стве на конституционально-психотипологические и личностные особенности подростков [13]. В исследованиях показано, что подростки, проживающие в условиях химического загрязнения среды, в сравнении со сверстниками из экологически благополучных условий, характеризуются изменением эмоционального статуса. Это касается изменения уровня общей, самооценочной и межличностной тревожности, более выраженное у мальчиков, а также повышения уровня невротизации и психопатизации [14].

Особое внимание заслуживают возрастные аспекты указанной проблемы, а именно состояние здоровья проживающего на экологически неблагоприятной территории молодого поколения, в том числе студентов. Для данной возрастной группы характерны специфические условия труда и жизни, необходимость адаптации к комплексу факторов, высокая умственная и психоэмоциональная нагрузка, вынужденное нарушение режима труда, отдыха, питания [1]. В связи с этим, представляется актуальным изучение особенностей психологического статуса лиц юношеского возраста в условиях техногенного прессинга.

Целью данного исследования явилось изучение параметров психологического статуса студентов, проживающих на экологически неблагоприятной территории.

Материал и методы. В контролируемом исследовании принимали участие 77 студентов 1 курса вуза в возрастном диапазоне от 17 до 19 лет, проживающих в условиях экологического неблагополучия, а именно на территориях Липецкой области с высоким и средним уровнями комплексного показателя антропогенной нагрузки (КПАТН). При оценке психологического статуса студентов изучались такие показатели как уровень агрессивности, тревожности, нервно-психической устойчивости и нервно-психической адаптации.

Определение уровня и типа агрессивности студентов проводилось с использованием опросника Л.Г. Почебут, как адаптированного к специфике культуры нашей страны варианта теста Б. Басса и А. Дарка, которые понимали под агрессивностью свойство

личности, характеризующееся наличием деструктивных тенденций, в основном в области субъектно-субъектных отношений [15,16].

Диагностика психоэмоциональных дисфункций осуществлялась по результатам тестирования испытуемых с помощью шкалы оценки уровня реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина, позволяющей дифференцировано измерять тревожность не только как личностное свойство, но и как состояние [17].

Для оценки уровня нервно-психической устойчивости (НПУ) и риска дезадаптации студентов в условиях стресса была использована методика «Прогноз», разработанная в ЛВМА им. С.М. Кирова. Данная методика позволяет выявлять лица с нервно-психической неустойчивостью, которая является отражением психического и соматического уровня здоровья человека [18].

Для интегральной экспресс-оценки психического состояния и определения уровня нервно-психической адаптации студентов использовали тест «Нервно-психическая адаптация», разработанный в Научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева.

Статистическая обработка экспериментального материала проводилась общепринятыми методами с определением таких выборочных характеристик как среднее (M), стандартная ошибка средней (m), стандартное отклонение (σ). Статистическую значимость различий между показателями определяли с использованием t-критерия Стьюдента с помощью пакета статистической программы «Биостатистика». Был проведен корреляционно-регрессионный анализ (определение коэффициента корреляции Пирсона (r), множественной регрессии).

Результаты и их обсуждение. Об адаптационных возможностях человека можно судить по уровню его агрессивного поведения. Как правило, при высокой степени агрессивности отмечается низкий уровень адаптивности. Результаты изучения уровня агрессивности у студентов в условиях техногенного прессинга представлены в таблице 1.

ТАБЛИЦА 1. ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЯ АГРЕССИВНОСТИ СТУДЕНТОВ

Группы испытуемых	n	ВА	ФА	Пра	ЭА	СА	Агрессия (сумма)
Лица мужского пола	37	3,81±2,01	4,81±1,70***	2,70±1,66	2,22±1,53	3,38±1,72	16,50±4,49
Лица женского пола	40	4,03±1,67	2,85±1,79	3,48±1,72	2,10±1,63	3,73±1,74	14,95±5,92

Примечание: *** – статистическая значимость различий средних значений в сравнении с лицами женского пола ($p \leq 0,001$)



ТАБЛИЦА 2. ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЯ РЕАКТИВНОЙ (РТ) И ЛИЧНОСТНОЙ (ЛТ) ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ

Группы испытуемых	n	РТ (y.e.)	ЛТ (y.e.)
Лица мужского пола	37	22,6±1,27	37,7±1,44***
Лица женского пола	40	25,5±1,63	46,3±1,75

Примечание: *** – статистическая значимость различий средних значений в сравнении с лицами женского пола ($p \leq 0,001$)

Как видно из таблицы 1, показатель агрессивности у представителей обоих полов в среднем не превышает 24 балла, что соответствует средней степени агрессивности и адаптивности. Такой уровень агрессивности встречается в 75,7% случаев в группе юношей и в 80,0% случаев в группе девушек. Высокое значение рассматриваемого показателя отмечено у 10,8% лиц мужского пола и 10,0% лиц женского пола.

По шкалам вербальной (ВА), предметной (ПрА) агрессии и самоагрессии (СА) для юношей и девушек характерны также умеренные значения указанных показателей. При этом высокая степень агрессивности по шкале ВА отмечена у 40,0% девушек и 40,5% юношей; по шкале ПрА – у 20% и 10,8%, соответственно. Самоагрессия отмечается в 30,0% и 24,3% случаев у лиц женского и мужского пола, соответственно.

Как видно из табл. 1, по показателю ФА выявлены достоверные различия в обследованных группах. У лиц женского пола показатель агрессии по данной шкале не превышал 3 баллов; в 17,5% случаев отмечена высокая агрессия по данному типу поведения. В группе лиц мужского пола по шкале ФА в среднем отмечена высокая степень агрессивности и низкая степень адаптивности ($4,91 \pm 1,70$). При этом у 62,2% исследованных юношей значения показателя агрессии по данной шкале превышают 5 баллов, то есть являются максимальными.

Показатели эмоциональной агрессии (ЭА) у девушек и юношей в среднем составляют 2 балла, что позволяет говорить о низкой степени агрессивности и высокой степени адаптивности по данному типу поведения.

Таким образом, для девушек характерно преимущественно вербальное выражение своего агрессивного отношения, а для юношей – проявление агрессии по отношению к другому человеку в большей степени с применением физической силы. В целом у всех студентов отмечается умеренный уровень агрессивности и адаптивности.

Важным показателем состояния эмоционально-личностной сферы человека в структуре его психологического статуса является показатель тревожности, имеющий особое значение для оценки психического

процесса адаптации и дающий представление об особенностях реагирования человека на стрессовые факторы [19,20]. В таблице 2 отражены результаты изучения уровня тревожности у студентов, как ситуативной или реактивной (РТ), так и личностной (ЛТ).

Оценка степени выраженности тревожности у студентов, проживающих в условиях техногенного давления среды, показала, что значения реактивной тревожности, проявляющейся как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию в виде беспокойства, озабоченности и нервозности, оказались низкими в обеих рассматриваемых группах.

Однако показатели личностной тревожности, связанной с внутренними конфликтами и возможностью психоэмоционального срыва, у 21,6% юношей и 53,8% девушек имели высокие значения (табл. 2). При этом, в среднем, для лиц мужского пола характерны умеренные значения данного показателя, а для лиц женского пола – достоверно более высокий, в сравнении с юношами, уровень личностной тревожности, что свидетельствует о напряжении процессов адаптации в этой группе испытуемых с возможным развитием психосоматических расстройств.

Одним из элементов процесса психофизиологической адаптации является нервно-психическая устойчивость (НПУ) личности. Результаты изучения НПУ обследованных групп студентов представлены в таблице 3.

Анализ психологического статуса студентов по результатам изучения особенностей нервно-психической устойчивости позволяет сделать вывод о том, что и юноши, и девушки обладают средним уровнем НПУ, при котором возможны нервно-психические срывы в экстремальных условиях. При этом показатели НПУ в двух исследуемых группах достоверно различались (табл. 3).

У 35,9% девушек и 8,1% юношей отмечается высокая вероятность нервно-психических срывов, то есть для них характерна нервно-психическая неустойчивость, риск дезадаптации в условиях стресса. По результатам изучения нервно-психической адаптации (НПА) студентов отмечено, что для юношей характерно полное психическое здоровье с отсутствием признаков стресса. Как видно из таблицы 4,



ТАБЛИЦА 3. ПОКАЗАТЕЛИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ (НПУ) У СТУДЕНТОВ (M±m)

Группы испытуемых	n	НПУ (у.е.)
Лица мужского пола	37	22,1±0,95*
Лица женского пола	40	26,6±1,45

Примечание: * – статистическая значимость различий средних значений в сравнении с лицами женского пола ($p \leq 0,05$)

ТАБЛИЦА 4. ПОКАЗАТЕЛИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ (НПА) У СТУДЕНТОВ (M±m)

Группы испытуемых	n	НПА (у.е.)
Лица мужского пола	37	14,1±1,99**
Лица женского пола	40	24,6±2,87

Примечание: ** – статистическая значимость различий средних значений в сравнении с лицами женского пола ($p \leq 0,01$)

ТАБЛИЦА 5. КОРРЕЛЯЦИОННАЯ МАТРИЦА – ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВЯЗИ (r) МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЮНОШЕЙ

	РТ	ЛТ	НПУ	НПА	А	ВА	ФА	ПрА	ЭА	СА
РТ	1									
ЛТ	0,52*	1								
НПУ	0,70*	0,54*	1							
НПА	0,32	0,65*	0,47*	1						
А	-0,03	0,06	0,36*	0,12	1					
ВА	-0,13	0,04	0,17	-0,04	0,62	1				
ФА	-0,13	-0,53	0,06	-0,26	0,58	0,27	1			
ПА	-0,02	0,04	0,29	0,08	0,74	0,32	0,44	1		
ЭА	0,12	0,21	0,28	0,25	0,73	0,28	0,26	0,31	1	
СА	0,10	0,46*	0,39*	0,40*	0,58	0,04	-0,06	0,37	0,61	1

Примечание: * – уровень значимости коэффициента корреляции Пирсона ($p \leq 0,05$)

ТАБЛИЦА 6. КОРРЕЛЯЦИОННАЯ МАТРИЦА – ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВЯЗИ (r) МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕВУШЕК

	РТ	ЛТ	НПУ	НПА	А	ВА	ФА	ПрА	ЭА	СА
РТ	1									
ЛТ	0,72*	1								
НПУ	0,51*	0,62*	1							
НПА	0,62*	0,74*	0,77*	1						
А	0,37*	0,55*	0,64*	0,51*	1					
ВА	0,19	0,15	0,26	0,08	0,66	1				
ФА	0,00	0,02	0,34	0,09	0,52	0,36	1			
ПА	0,46*	0,52*	0,39*	0,44*	0,65	0,24	0,08	1		
ЭА	-0,03	0,42*	0,44*	0,42*	0,68	0,29	0,18	0,33	1	
СА	0,54*	0,63*	0,56*	0,58*	0,61	0,20	-0,02	0,40	0,35	1

Примечание: * – уровень значимости коэффициента корреляции Пирсона ($p \leq 0,05$)



средние значения показателя НПА в этой группе испытуемых достоверно ниже, в сравнении с группой девушек, и составляют в среднем 14 баллов. Таким образом, можно говорить о высоком уровне адаптации этой группы студентов.

Напротив, для лиц женского пола характерно напряжение механизмов адаптации, о чем свидетельствуют высокие значения показателя НПА (табл. 4), в связи с чем девушек можно отнести к группе практически здоровых с неблагоприятными прогностическими признаками. При этом в 25,0% случаев средние значения НПА составляют $47,5 \pm 1,96$, что свидетельствует о вероятности выраженной психической патологии. У 15,0% девушек возможно развитие пограничной психической патологии, так как значение НПА у них составляет почти 34 балла.

Основой низких значений НПА является нервно-психическая неустойчивость. Вместе с тем проведён корреляционный анализ связи между этими показателями. Установлена большая функциональная связь НПА с НПУ у лиц женского пола ($r=0,77$; $p \leq 0,001$). У юношей также отмечена достоверная корреляция между психической адаптацией и нервно-психической устойчивостью ($r=0,47$; $p \leq 0,01$).

Кроме того, выявлены достоверные функциональные связи между рядом рассматриваемых в данной работе показателей психологического статуса студентов, что нашло отражение в корреляционной матрице, представленной в таблицах 5 и 6.

Как видно из таблицы 5, у юношей достоверная связь была выявлена между НПУ и показателями реактивной и личностной тревожности, а также между НПА и ЛТ. Умеренная корреляция отмечена НПУ с агрессией, в том числе самоагрессией; НПА с НПУ и самоагрессией (табл. 5).

У лиц женского пола наибольшая функциональная связь была выявлена между показателем нервно-психической устойчивости и значениями реактивной и личностной тревожности, а также агрессии. Кроме того, как следует из таблицы 6, достоверная корреляция отмечена между НПА и РТ, ЛТ, НПУ, уровнем агрессии, в том числе самоагрессии.

Средствами регрессионного анализа, учитывая указанные функциональные связи между рассмотренными показателями психологического статуса студентов, была получена следующая модель для определения психологической адаптации (ПА) девушек, проживающих в условиях экологического неблагополучия:

$$ПА = -24,5 + 80,41[РТ] + 0,34[ЛТ] + 1[НПУ] - 1,08[А] + 1,06[ПрА] + 2,88[ЭА] + 1,04[СА];$$

где РТ – реактивная тревожность, ЛТ – личностная тревожность, НПУ – нервно-психическая устойчивость, А – агрессия, ПрА – предметная агрессия, ЭА – эмоциональная агрессия, СА – самоагрессия. Коэффициент детерминации показывает, что данная модель адекватна на 74% ($R^2=0,74$).

При сопоставлении данных, полученных по указанной математической модели, с эмпирическими расчётными значениями психологической адаптации достоверных различий по критерию Стьюдента не обнаружено, что свидетельствует о достаточной эффективности представленной модели.

Таким образом, можно говорить о половых особенностях психологического статуса студентов, проживающих в условиях неблагоприятной экологической жизненной среды. Установлено, что у лиц мужского пола высокий уровень агрессивности по шкале ФА свидетельствует о низких адаптационных возможностях. У девушек наблюдается, в целом, неэффективное протекание процесса психической адаптации, отмечается значительно более высокий, в сравнении с юношами, уровень личностной тревожности и нервно-психической неустойчивости.

На основе достоверных функциональных связей между НПА и показателями тревожности, агрессии, нервно-психической устойчивости была разработана модель для определения психологической адаптации студентов женского пола, проживающих в условиях антропогенного прессинга.



ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян Н.А. Общие закономерности адаптации организма человека к различным условиям / Н.А.Агаджанян, С.А.Чеснокова // Экология человека. – М.: Экоцентр. – 1994. – С.99-125.
2. Цатурян Л.Д. Сравнительная эколого-физиологическая характеристика адаптивных реакций организма обследованных разных этнических групп: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л.Д.Цатурян. – М. – 2009. – 34 с.
3. Медведев В.И. Устойчивость физиологических и психологических функций человека при действии экстремальных факторов / В.И.Медведев. – Л., 1982. – 103с.
4. Асеев В.Г. Особенности психической адаптации и поведения лиц, длительно проживающих в условиях радиационного загрязнения среды (пилотажное экспертное обследование) / В.Г.Асеев. – М., – 1992. – 120 с.
5. Агаджанян Н.А. Стресс и теория адаптации / Н.А.Агаджанян. - Монография. - Оренбург: ИПК ГОУ ОГУ. – 2005. – 190 с.
6. Мысникова Э.А. Психологическая адаптация студентов в условиях экологически неблагоприятного города (Чита) / Э.А.Мысникова // Гуманитарный вектор. Психология. - 2013. - № 1 (33). - С. 132-137.
7. Агаджанян Н.А. Адаптация, экология и восстановление здоровья / Н.А.Агаджанян, А.Т.Быков, Г.М.Коновалова. - М.: Пилигрим. - 2003. - С. 282-283.
8. Агаджанян Н.А. Проблемы адаптации и учение о здоровье / Н.А. Агаджанян, Р.М. Баевский, А.П.Берсеньева. – М.: РУДН. – 2006. – 284 с.
9. Агаджанян Н.А. Воздействие внешних факторов на формирование адаптационных реакций организма человека / Н.А.Агаджанян, Г.М.Коновалова, Р.Ш.Ожева, Т.Ю.Уракова // Вестник Майкопского государственного технологического университета. – 2010. – № 2. – С. 127–130.
10. Сараева Н.М. Интеллектуальные и эмоциональные характеристики психики человека, проживающего на экологически неблагоприятной территории: автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Н.М.Сараева. – М. – 2010.– 49 с.
11. Панов В.И. Экологическая психология: опыт построения методологии / В.И. Панов. - М.: Наука. – 2004. – 197 с.
12. Мысникова Э.А. Исследование психологической адаптации студентов, проживающих в экологически неблагоприятном городе Бaley / Э.А.Мысникова // Учёные записки ЗабГГПУ.– 2012. – С. 247-252.
13. Лысенко Л.В. Комбинированные методы специализированной психологической помощи подросткам, проживающим в экологически неблагоприятной среде: автореф. дис. ... канд. псих. наук / Л.В.Лысенко. – Ставрополь. – 2003.– 21 с.
14. Ермоленко Г.В. Особенности функционирования ведущих адаптационных систем и психофизиологический статус подростков, проживающих в условиях химического загрязнения окружающей среды: автореф. дис. ... канд. биол. наук / Г.В.Ермоленко. – М. – 2007. – 19 с.
15. Организационная социальная психология: учебное пособие / Л.Г. Почебут, В.А.Чикер.– СПб.: Изд-во «Речь». – 2002. – 298 с.
16. Фетискин Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н.П.Фетискин, В.В.Козлов, Г.М.Мануйлов.– М., Изд-во Института психотерапии. – 2002. – С.387-388.
17. Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов / А.Карелин. – М.: Эксмо, 2007. – 416 с.
18. Практикум по психологии состояний: учебное пособие / Под редакцией проф. А.О.Прохорова. – СПб: Речь. – 2004. – 480 с.
19. Красичков Д.В. Физиологические особенности адаптации студентов-спортсменов при повышенной физической нагрузке в процессе обучения в вузе: автореф. дис. ... канд. биол. наук / Д.В.Красичков. – М. – 2009. – 21 с.
20. Гулин А.В. Психологическая адаптация иностранных учащихся в начальном периоде обучения в вузе / А.В.Гулин, В.В.Самаров, Н.Л.Аношкина// Вестник Воронежского института МВД России. – 2014. – №1. – С. 241-247.



Summary

Psychological status of persons of youthful age in the environment of ecologic trouble

T.I. Sokolskaya, A.V. Gulin

*Lipetsk Branch of the Russian Academy of National Economy and Public Service
under the President of the Russian Federation;
Lipetsk State Pedagogical University, Russia*

The article deals with the psychological characteristics of teenagers living in conditions of ecological trouble.

Identified sexual features of the psychological status of students. In males the highest level of aggressiveness scale «physical aggression» ($4,91 \pm 1,70$) indicates the low adaptive capacity. According to this indicator showed significant gender differences ($p \leq 0,001$).

For girls in 40% of cases is characterized by predominantly verbal expression of their aggression ($4,03 \pm 1,67$). In 21,6% of boys and 53,8% girls marked by high values of the personal anxiety index: $37,7 \pm 1,44$ and $46,3 \pm 1,75$ respectively ($p \leq 0,001$), indicating about stress adaptation pro-cesses.

Values of neuro-psychological stability index in both sexes differ significantly ($p \leq 0,05$) and indicate the possibility of neuropsychiatric breakdowns in extreme conditions, while in 35,9% and 8,1% of girls and boys, respectively with a high degree of probability. For young men characterized a high level of neuro-psychological adaptation ($14,1 \pm 1,99$), compared with girls ($p \leq 0,01$). On the basis of reliable functional connections between these indices of psychological status of girls has developed a model ($R^2=0,74$) to determine the psychological adaptation of students living in anthropogenic pressure.

Key words: conditions of ecological trouble, psychological status, anxiety, aggressiveness, neuro-psychological stability, neuro-psychological adaptation

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Гулин Александр Владимирович – заведующий кафедрой медико-биологических дисциплин Липецкого государственного педагогического университета, Российская Федерация, г. Липецк, ул. Ленина, 42; E-mail: gulin49@yandex.ru

Клинико-психопатологические и социодемографические аспекты суицидального поведения психически больных

Т. Шарипов

Кафедра психиатрии и наркологии им. проф. М.Г.Гулямова ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе приведён анализ суицидального поведения лиц с психическими расстройствами. В целом, за изучаемый период (2005-2010 гг.) было исследовано 659 суицидальных попыток среди 264 мужчин и 395 женщин. Среди суицидентов с психическими расстройствами (n=137) было больше зарегистрировано лиц мужского пола – 80 человек, что составило 58%, женщин – 57 человек, соответственно, 42%.

Из общего числа обследованных нами суицидентов, лица с психическими расстройствами составили 21% (n=137). Изучение этого аспекта проблемы позволило установить, что удельный вес суицидентов, находившихся в поле зрения психиатров, составляет всего лишь 21%.

Анализируя структуру психических расстройств суицидентов, надо отметить, что ведущим синдромом являлся депрессивно-параноидный (33%), далее следует депрессивно-галлюцинаторный (25%), затем галлюцинаторно-параноидный (18%). Преобладание этих синдромов объясняется тем, что почти половина суицидентов (48%) страдали шизофренией, а как известно, депрессивно-параноидный, депрессивно-галлюцинаторный синдромы суицидоопасны за счёт депрессии и отсутствия критики к галлюцинаторным и параноидным переживаниям.

Ключевые слова: суицид, суицидент, аутоагрессивные действия, депрессивно-параноидный синдром, депрессивно-галлюцинаторный синдром

Актуальность. По оценкам ВОЗ в 2020 году число самоубийств в мире может составить приблизительно 1,53 миллиона. Среди лиц, совершивших самоубийство, уровень психических расстройств составляет от 80 до 100% случаев. Согласно имеющимся данным, долговременный (за всю жизнь) риск самоубийства у людей с аффективными расстройствами (преимущественно с депрессией) составляет 6-15%, у больных алкоголизмом – 7-15%, у страдающих шизофренией – 4-10% [1].

Проблема суицида, как крайнего проявления аутоагрессии, существовала в течение всей истории развития цивилизации. Занимая одно из ведущих мест в структуре преждевременной смертности населения, максимум частоты суицидов приходится на работоспособный и молодой возраст людей [2-5].

Предупреждение самоубийств у психически больных является одной из важных задач современной психиатрии. Большинство авторов, занимающихся данной проблемой, сходятся во мнении, что лица, страдающие психическими расстройствами, представляют собой группу высокого суицидального риска [4-6]. Вопросы распространённости самоубийств

и причины, влияющие на это явление, продолжают оставаться одной из наиболее острых медико-социальных проблем современности.

Цель исследования: изучить социально-демографические и этнокультуральные особенности суицидального поведения среди психически больных Республики Таджикистана.

Материал и методы. За изучаемый период (2005-2010 гг.) нами было исследовано 659 суицидальных попыток среди 264 мужчин и 395 женщин, из которых 38,5% случаев выпало на долю завершённых и 61,5% – незавершённых аутоагрессивных действий. Изучено 210 историй болезни, 74 амбулаторные карты, 64 судебно-медицинских протокола, а также 311 случаев – по данным комитетов по делам женщин и семьи местных органов власти, ответственных за суицидологическую ситуацию на местах.

Для выполнения поставленных в работе задач применялись следующие методы: клинико-психопатологический, эпидемиологический, статистический. С помощью клинико-психопатологического и эпидемиологического методов определялись распростра-



ТАБЛИЦА 1. СООТНОШЕНИЕ АУТОАГРЕССИВНЫХ ДЕЙСТВИЙ СРЕДИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ И СУИЦИДЕНТОВ БЕЗ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Суициденты	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Психически больные	80	12	57	9	137	21
Без психической патологии	184	28	338	51	522	79
Итого	264	40	395	60	659	100

нённость самоубийств и её динамика в отдельных регионах Республики Таджикистан (г. Душанбе, некоторые районы республиканского подчинения, Согдийская и Хатлонская области), анализировались социально-демографические, этнокультуральные и клинические характеристики суицидентов, факторы, способствовавшие совершению самоубийств, их основные характеристики (мотивы, способ, время, место и пр.).

Для обоснования статистической репрезентативности полученных данных были использованы методы статистической обработки результатов, общепринятые в медицинских исследованиях. Достоверность различий сравниваемых относительных величин (p) определялась с помощью критерия Стьюдента (t).

Результаты и их обсуждение. Клинико-психопатологический анализ был проведён по 137 историям болезни (в остальных историях болезни суицидентов в общесоматических лечебно-профилактических учреждениях не было консультаций психиатра) и амбулаторным картам лиц, состоявших на учёте у психиатра и совершивших завершённые и незавершённые суициды. Из общего числа исследованных нами суицидентов ($n=659$) этот контингент составил 21% (137 человек). Изучение этого аспекта проблемы позволило установить, что удельный вес суицидентов, находившихся в поле зрения психиатров, составляет всего лишь 21% (табл. 1).

Среди суицидентов с психическими расстройствами (137 чел.) было больше зарегистрировано лиц мужского пола – 80 человек, что составило 58%, женщин – 57 человек, соответственно, 42%.

Все лица с психическими расстройствами жили в семьях, по-видимому, это связано с тем, что нередко религиозные деятели (муллы), лицам с психическими расстройствами рекомендуют жениться или выйти замуж «с целью исцеления» [7].

Как видно из данных таблицы 2, в прошлом больше суицидальные попытки среди психически больных предпринимали лица женского пола (52% против 48% среди лиц мужского пола). Согласно статистике, мужчины в три раза чаще кончают жизнь самоубийством, чем женщины, хотя попыток к суициду

ТАБЛИЦА 2. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУИЦИДЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПО НАЛИЧИЮ СУИЦИДОВ В ПРОШЛОМ

Суициды в прошлом	Абс.	%
Мужчины	80	58
Женщины	57	42
Итого	137	100

ТАБЛИЦА 3. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУИЦИДЕНТОВ ПО ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Диагноз	Абс.	%
Шизофрения	65	48
Депрессивный синдром с суицидальными тенденциями	48	35
Эпилепсия	18	13
Психопатия	6	4
Итого	137	100

женщины предпринимает в четыре раза больше, чем мужчины [3,5].

Клинико-психопатологический анализ историй болезни и амбулаторных карт психически больных показал, что основным симптомом, способствующим совершению суицидов, была депрессия в рамках депрессивно-галлюцинаторного, депрессивно-параноидного вариантов шизофрении либо депрессивного синдрома с суицидальными тенденциями, что подтверждает данные многих исследователей.

У исследованных суицидентов в 48% ($n=65$) случаев (табл. 3) была выявлена шизофрения, что совпадает с результатами исследований Ваулина С.В. (1997), Гладышева М.В. (2006). Среди типов течения болезни преобладала параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения (45 больных). Стойкие суицидальные тенденции были связаны с наличием депрессивно-галлюцинаторной, депрессивно-параноидной, галлюцинаторно-бредовой симптоматики угрожающего содержания, дисморфоманической симптома-

тики. Депрессивный синдром с суицидальными тенденциями составил 35%. Суицидальные тенденции при эпилептической болезни были выявлены в 13% случаев, что определялось широким кругом психопатологических расстройств, социальных предпосылок в этой нозологической группе. Аффективные и невротические расстройства, связанные со стрессом, внутрисемейными конфликтами и конфликтами с обществом, в клинической картине психопатий определяют небольшой процент (4%) суицидальных тенденций в этой нозологической группе.

Анализируя структуру психических расстройств суицидентов, надо отметить, что ведущим синдромом являлся депрессивно-параноидный (33%), далее следует депрессивно-галлюцинаторный (25%), затем галлюцинаторно-параноидный (18%). Преобладание этих синдромов объясняется тем, что почти половина суицидентов (48%) страдали шизофренией, а как известно, депрессивно-параноидный, депрессивно-галлюцинаторный синдромы суицидоопасны за счёт депрессии и отсутствия критики к галлюцинаторным и параноидным переживаниям.

Самым распространённым способом суицида среди психически больных (табл. 4) является самоповешение (n=85; 62%), что традиционно наблюдается во многих странах, затем отравление медикаментами (n=30; 22%), на третьем месте – глотание различных предметов (n=13; 9%), падение с высоты (n=4; 3%) и саморанение (n=5; 4%).

Из данных таблицы 5 следует, что лица таджикской национальности составили 60%, на втором месте – русские (16%), затем – татары (15%) и узбеки (12%).

Известно, что среди всех основных мировых религий ислам отличается жёстким и непримиримым отношением к самоубийству, относящим его к одному из самых тяжких грехов. С учётом преобладающей доли мусульман среди населения и их высокой религиозности, это является мощным сдерживающим фактором самостоятельного ухода из жизни [8]. Сопоставляя вышесказанное и высокий удельный вес суицидов среди таджиков, следует, что высокая набожность мусульманского населения вряд ли оказывает существенное влияние на уровень частоты суицидов в Таджикистане.

Максимальная частота суицидов пришлась на весеннее время года (64%), на втором месте – осень (19%), на третьем – зима (10%), минимальная – лето (7%). Вероятно сезонные, весенне-осенние обострения психических заболеваний провоцируют совершение суицидальных действий (табл. 6). Не исключается, что сезонные (весенне-осенние) обострения связаны с материальным неблагополучием и семейно-бытовыми проблемами, в связи с выездом мужчин-кормильцев (нередко нескольких человек из одной семьи) в трудовую миграцию [7].

ТАБЛИЦА 4. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУИЦИДЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПО НАЛИЧИЮ СУИЦИДОВ В ПРОШЛОМ

Способы суицида среди психически больных	Абс.	%
Самоповешение	85	62
Отравление	30	22
Глотание различных предметов	13	9
Саморанение	5	4
Падение с высоты	4	3
Самосожжение	-	-
Утопление	-	-
Итого	137	100

ТАБЛИЦА 5. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУИЦИДЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПО НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Национальность	Абс.	%
Таджики	83	60
Русские	22	16
Татары	20	15
Узбеки	12	9
Всего	137	100

ТАБЛИЦА 6. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУИЦИДОВ ПО ВРЕМЕНИ ГОДА СРЕДИ СУИЦИДЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Время года	Абс.	%
Весна	88	64
Осень	26	19
Зима	14	10
Лето	9	7
Всего	137	100

ТАБЛИЦА 7. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУИЦИДЕНТОВ ПО ЗАНЯТОСТИ

Занятость	Абс.	%
Инвалиды	53	39
Не работают	84	61
Всего	137	100



Практически все суициденты – лица с психическими расстройствами (табл.7) являются неработающими (61%) или инвалидами по общему заболеванию (39%).

Завершённые суициды отмечались у 111 (81%) пациентов, в 26 (19%) случаях – незавершённые суициды, что значительно отличается от результатов исследования в общей группе суицидентов, в которой 251 (38,%) случай выпали на долю завершённых и 408 (61,5%) – незавершённых аутоагрессивных действий.

Таким образом, по нашему мнению, незначительные цифры лиц с психическими расстройствами (21%) отражают не столько действительно малое число психически больных среди самоубийц, сколько их низкую обращаемость к психиатрическим службам и низкую выявляемость данной категории больных психиатрическими службами и семейными врачами и, соответственно, нехватку врачей-психиатров в районах и горной местности, малообразованность населения в вопросах психического здоровья, небольшой интерес к вопросам психического здоровья со стороны средств массовой информации. А, как известно, своевременно не распознанное психическое заболевание вполне может способствовать возникновению суицидального поведения.

Семейные врачи при выявлении психического расстройства у пациента, наличия у него суицидальных попыток в прошлом или отсутствия социальной поддержки, а также наличия наследственности, отягощённой самоубийствами, должны направить его к психиатру.

ЛИТЕРАТУРА

1. Розанов В.А. Моховиков А.Н. Превенция самоубийств / В.А.Розанов, А.Н.Моховиков // Руководство для врачей общего профиля. - Женева. - 2000. - 22с.
2. Ваулин С.В. Клинико-эпидемиологическое изучение суицидального поведения: автореф. дис. . . . канд. мед. наук / С.В.Ваулин. - М., 1997. - 22с.
3. Дмитриева Т.Б. Этнокультуральная психиатрия / Т.Б.Дмитриева, Б.С.Положий // М.: Медицина. - 2003. - 458с.
4. Мухамадиев Д.М. Судебно-медицинские и медико-социальные вопросы суицидологии / Д.М.Мухамадиев, Ф.М.Ганиев. - Душанбе. - 2009. - 121 с.
5. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчёт о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров / - Дания. - 2006. - С. 77-85.
6. Гладышев М.В. Клинико-социальные аспекты распространённости суицидов в период радикальных преобразований в России (1990-2003 гг.): автореф. дис. . . . канд. мед. наук / М.В.Гладышев. - М., - 2006. - 18с.
7. Суициды в Республике Таджикистан (Краткое руководство и рекомендации семейному врачу) / Н.М.Шаропова, З.Х.Нисанбаева, Ф.К.Шомадова, Г.Б.Хасанова. - Душанбе. - 2011. - 52с.
8. Положий Б.С. Основные тенденции динамики частоты суицидов в России (аналитический обзор) / Б.С.Положий, М.В.Гладышев // - М., 2007. - 20с.



Summary

Clinical psychopathological and sociodemographic aspects of suicidal behavior of the mental patients

T. Sharipov

Chair of Psychiatry and Addiction named after prof. M.G.Gulyamov Avicenna TSMU

The article presented the analysis of suicidal behavior in persons with mental disorders. On the whole, over the study period (2005-2010) 659 suicide attempts among 264 men and 395 women were studied. Among suicide victims with mental disorders (n=137) had more registered males – 80 (58%) of women – 57 (42%).

Of the total number surveyed suicides, persons with mental disorders were 21% (n=137). The study of this aspect of problem revealed the proportion of suiciders being under psychiatrists care only in 21%.

Analyzing the structure of mental disorders of suiciders has shown that the leading syndrome was depressive- paranoid (33%), followed by depressive-hallucinatory (25%), and hallucinatory-paranoid (18%). The predominance of these syndromes due to the fact that almost half of suiciders (48%) suffered from schizophrenia. Also depressive-paranoid, depressive-hallucinatory syndromes are suicide danger able due to depression and lack of criticism to the hallucinatory and paranoid feelings.

Key words: suicide, suiciders, autoaggressive actions, depressive-paranoid syndrome, depressive-hallucinatory syndrome

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Шарипов Талабшо – ассистент кафедры психиатрии и наркологии им. проф. М.Г.Гулямова ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, ул. Н.Махсум, д. 77/3, кв. 47
E-mail: sharipovta@mail.ru



Состояние гемостаза при пневмонии у детей первого года жизни

К.И. Исмоилов, С.Т. Давлатов, М.А. Исмоилова

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В данной работе отражены результаты исследования всех звеньев гемостаза у 56 детей первого года жизни с бактериальной пневмонией.

У большинства обследованных больных (48,2%) обнаружена активация плазменного звена гемостаза в виде укорочения времени свёртывания крови по Ли-Уайту ($1,5 \pm 0,13$ мин.), нарастания концентрации фибриногена ($5,8 \pm 0,91$ г/л) в сыворотке крови.

У 1/3 больных установлены проявления коагулопатии потребления со снижением содержания плазменных факторов свёртывания крови (протромбиновый индекс – $64,5 \pm 3,4\%$; фибриноген – $1,6 \pm 0,4$ г/л) и уменьшения количества тромбоцитов в периферической крови ($146,3 \pm 7,4 \times 10^9$ /л). А у 19,64% детей с пневмонией выявлено повышение фибринолитической активности крови ($144,3 \pm 5,1$ сек.). Выявление изменения со стороны свёртывающей системы крови у детей с бактериальной пневмонией диктуют необходимость подключения к традиционному лечению препаратов гемостабилизирующего эффекта.

Ключевые слова: пневмония, гемостаз, коагулопатия, время свёртывания крови, фибринолитическая активность

Актуальность. Дисбаланс в гомеостатических показателях, особенно гемостатические сдвиги, является одним из нередко встречающихся неотложных состояний у детей раннего возраста, обусловленных тяжёлым течением ряда детских соматических заболеваний, чаще инфекционно-воспалительного происхождения, среди них ведущее место принадлежит пневмонии [1-3].

Патологический процесс сопровождается внутрисосудистым свёртыванием крови, что ведёт к нарушению микроциркуляции, тромбозам, геморрагии, ишемии и гипоксии тканей [4-6].

Данная проблема недостаточно освещена в доступной, как отечественной, так и иностранной литературе, следовательно, не подвергалась всестороннему и тщательному изучению при различных инфекционно-воспалительных заболеваниях, в том числе и пневмонии у детей раннего возраста.

Цель исследования. Изучить состояние гемостаза при тяжёлом течении пневмонии у детей первого года жизни.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 56 детей с тяжёлым течением пневмонии в возрасте от 4 дней до 12 мес.; мальчиков было 31 (55,4%), девочек – 25 (44,6%).

Все обследованные нами дети с пневмонией были разделены на три группы: I группу составляли 27 (48,2%) пациентов с начальными признаками нарушения гемостаза, II группу – 18 (32,1%) больных с коагулопатией потребления, III группу – 11 (19,7%) детей с выраженными геморрагическими проявлениями.

Контрольную группу составили 23 здоровых ребёнка соответствующего возраста. Наблюдаемым анализ крови с определением количества тромбоцитов, коагуляционные (время свёртывания крови по Ли-Уайту, время кровотечения по Дьюке, степень тромботеста, протромбиновый индекс, фибриноген, фибринолитическая активность крови), паракоагуляционные (этаноловый, протиаминсульфатный) тесты.

Статистическую обработку данных производили методами параметрической и непараметрической статистики. Для оценки различий между группами применяли t-критерий Стьюдента, а также U-критерий Вилкоксона – Манна – Уитни, точный метод Фишера (ТМФ) и критерий χ^2 Пирсона.

Результаты и их обсуждение. По данным нашего исследования состояние всех обследованных детей было расценено как тяжёлое и очень тяжёлое. У всех детей отмечалась выраженная одышка (частота дыхания (ЧД) – 68-82 в минуту). Дыхательная недостаточность (ДН) во всех случаях сочеталась с выражен-

ТАБЛИЦА. ПОКАЗАТЕЛИ КОАГУЛОГРАММЫ У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЕЙ

Показатели	Группы	Контрольная (n=23)	I (n=27)	II (n=18)	III (n=11)
Время свёртывания (минут)		5,8±0,16	3,9±0,11*	6,3±0,13	12,7±0,21*,**,***
Время кровотечения (минут)		3,1±0,13	1,5±0,13*	3,6±0,17	11,3±0,34*,**,***
Степень тромботеста		5,4±0,01	4,6±0,54	3,5±0,41*	1,6±0,07*,**,***
Протромбиновый индекс (%)		89,3±4,13	87,4±3,8	64,5±3,4*	28,3±2,7*,**,***
Фибриноген (г/л)		2,96±0,14	5,8±0,91*	1,6±0,4*	0,7±0,03*,**,***
Фибринолитическая активность (сек.)		226,4±8,35	229,7±6,9	194,1±7,8	144,0±5,4*,**,***

Примечание: * - статическая значимость различий по сравнению с контрольной группой;
** - с показателями I группы; *** - с показателями II группы

ными симптомами интоксикации в виде гипертермии (температура тела колебалась в пределах от 38,6°C до 40,7°C). Во всех случаях наблюдалась бледность кожных покровов с мраморным оттенком, втяжение уступчивых мест грудной клетки и цианоз носогубного треугольника.

У 49 (87,5%) из 56 детей с пневмонией над поражёнными участками лёгких выслушивались мелкопузырчатые влажные хрипы. Следует отметить, что у детей I группы, наряду с симптомами интоксикации (t^0 – от 38,6°C до 39°C), дыхательной недостаточностью (ЧД 68-72 в минуту), наблюдались общеклинические признаки микроциркуляторных нарушений, бледность кожи с мраморно-цианотическими оттенками.

У больных II группы клинические проявления пневмонического процесса сочетались с циркуляторными изменениями со стороны кожи, кровоточивостью из мест инъекций и уменьшением суточного диуреза (61-79%). Кроме того, у 57,4% детей наблюдалась кровавая рвота в виде кофейной гущи, у 33,1% больных – дёгтеобразный стул.

У детей III группы, наряду с выраженными симптомами интоксикации, дыхательной недостаточностью, циркуляторных нарушений, олигурии (суточный диурез менее 50%), имели место геморрагические пятна на коже, большей степени на нижних конечностях. У всех детей этой группы отмечалась кровавая рвота и чёрный стул и у одного ребёнка – констатировано разлитое кровоизлияние в конъюнктивы глаз.

Характер изменений свёртывающего статуса обследованных больных с пневмонией представлен в таблице.

У больных I группы (с начальными признаками нарушения гемостаза) установлено достоверное укорочение времени свёртывания крови по Ли-Уайту (1,5±0,13 мин.) и нарастание концентрации фибриногена (5,8±0,91 г/л) в сыворотке крови по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы

($p < 0,05$). Тогда как другие показатели коагулограммы детей этой группы практически не отличались от таких же величин здоровых детей. Следует отметить, что у всех детей данной группы этаноловый тест оказался положительным.

Важно отметить, что у детей II группы (с коагулопатией потребления) значение времени свёртывания крови и тромботеста заметно не отличалось от соответствующих показателей детей контрольной группы, хотя они имели тенденцию к нарастанию. В то же время, у детей этой исследуемой группы выявили существенное снижение средней величины тромботеста, протромбинового индекса и фибриногена по сравнению с соответствующими показателями детей контрольной группы. Кроме того, у всех больных этой группы общее количество тромбоцитов в периферической крови было заметно ниже нормальных показателей (146,41±7,33), а количество тромбоцитов у детей данной группы находилось в пределах от 140 до 171×10⁹/л.

Пациенты с пневмонией III группы (с выраженными геморрагическими проявлениями) имели высокую статистическую значимость ($p < 0,001$) показателя удлинения времени свёртывания крови по Ли-Уайту (12,7±0,21 мин.) и длительность кровотечения по Дьюке (11,3±0,34 мин.) по сравнению с такими же показателями контрольной группы. Наряду с этим у больных данной группы средние значения показателей тромботеста и тромбинового индекса, а также содержания фибриногена в плазме крови были существенно ниже ($p < 0,001$) этих же показателей группы здоровых детей. Кроме того, у больных этой группы обнаружили значительное уменьшение фибринолитической активности в плазме крови по сравнению с этими же показателями контрольной группы – 144,0±5,4 и 226,4±8,35 сек., соответственно.

Таким образом, данные исследования показывают, что у больных с тяжёлым течением бактериальной пневмонии нарушение гемостаза чаще развивается в виде начальной фазы ДВС-синдрома с проявлениями



гиперкоагуляции, в виде нарушения микроциркуляции, фибринолитической концентрации, укорочения времени свёртываемости крови, а в последующие фазы патологического процесса заметно реже встречается в виде коагулопатии потребления с удлинением концентрации протромбина, фибриногена. Кроме того, агрессивный фибринолиз с выраженными геморрагическими проявлениями является относительно редким клинико-коагуляционным симптомокомплексом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шабалов Н.П. Гемостаз в динамике первой недели жизни, как отражение механизмов адаптации к внеутробной жизни новорожденного / Н.П.Шабалов, Д.О.Иванов, Н.Н.Шабалов // Педиатрия. – 2000. – №3. – С.84-91.
2. Мамот А.П. Патология гемостаза / А.П. Мамот. – СПб. – 2006. – 58с.
3. Румянцев А.Г. Физиология и патология гемостаза в период новорожденности /Под ред. В.Ф.Коколиной, Г.Румянцева. - М., Медпрактика. - 2004. - 89с.
4. Чупрова А.В. Система неонатального гемостаза в норме и патология / А.В.Чупрова. – РАМН. – 2005. – №4. – С. 13-19.
5. Заболотский И.Б. Диагностика и расстройства системы гемостаза / И.Б.Заболотский, С.В.Синков, С.А.Шапошник // – М., « Практический медикал». – 2008. – 134с.
6. Рефат А. Современные особенности внебольничной пневмонии детского возраста: этиологическая характеристика, клиника и состояние функции внешнего дыхания: дис. ... канд. мед. наук / А.Рефат. – Пермь, – 2008. – 121с.

Summary

Condition of hemostasis in infants with pneumonia

K.I. Ismoilov, S.T. Davlatov, M.A. Ismoilova
Chair of Children's Diseases №2 Avicenna TSMU

In this article presented the results of study of all hemostasis components in 56 infants with bacterial pneumonia.

In the majority of surveyed patients (48,2%) revealed activation of plasma hemostasis as shortening of blood clotting time by Lee-White ($1,5 \pm 0,13$ min), increase in fibrinogen concentration ($5,8 \pm 0,91\%$) in serum.

In 1/3 patients consumption coagulopathy with reduction in blood plasma coagulation factors (prothrombin index - $64,5 \pm 3,4\%$; fibrinogen - $1,6 \pm 0,4$ g/l) and number of platelets in peripheral blood ($146,3 \pm 7,4 \times 10^9$ g/l) are determined. And in 19,64% of children with pneumonia revealed increase blood fibrinolytic activity ($144,3 \pm 5,1$ sec). Identify changes in the blood coagulation in children with bacterial pneumonia dictate the need to add to conventional treatment of medications with hemostabil effect.

Key words: pneumonia, hemostasis, coagulopathy, clotting time of blood, fibrinolytic activity

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Исмаилов Камилджон Исраилович –
заведующий кафедрой детских болезней №2 ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, пр. И.Сомони, 59а
E-mail: IsmoilovK.I@mail.ru

Роль курса «Фармацевтическая информация» в профессиональной подготовке провизоров

Н.З. Мусина, В.В. Тарасов, В.Н. Чубарев

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Россия

Рассмотрены предпосылки к появлению курса «Фармацевтическая информация» в подготовке провизоров, выявлена ключевая роль центров фармацевтической информации в современных условиях развития общества и здравоохранения.

Приведена структура курса «Фармацевтическая информация» с обоснованием выбора тем. Разработан план практических занятий по фармацевтической информации для студентов 3 курса очного отделения фармацевтического факультета.

Доказывается, что наличие соответствующих знаний и навыков необходимо современному провизору для осуществления следующих видов деятельности: отпуск лекарственных средств, консультирование пациентов; разработка доклинических и клинических исследований; проведение фармакоэкономических исследований, регуляция оборота лекарственных средств; разработка принципов рационального и эффективного применения лекарственных средств; анализ информации о лекарственных взаимодействиях и нежелательных явлениях лекарственных средств.

Ключевые слова: фармацевтическая информация, провизор, высшее фармацевтическое образование

Введение. Основными задачами системы здравоохранения РФ являются повышение качества, эффективности и безопасности медицинской помощи населению. Для достижения этих задач необходимо развитие медицинской науки и создание высокотехнологичных инновационных продуктов с последующим их трансфером в практическое здравоохранение. В связи с этим Министерством здравоохранения РФ была разработана и принята «Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года». Одним из ключевых компонентов данной стратегии является развитие кадрового потенциала медицинской науки, в том числе разработка и создание специальных программ обучения провизоров принципам доказательной медицины, методам обработки научной информации и технологическим методам научных биомедицинских исследований [1]. При профессиональной подготовке провизоров освоение навыков обработки научной информации, изучение принципов доказательной медицины и методов научных биомедицинских исследований происходит в ходе изучения курса «Фармацевтическая информация».

Кроме того, с целью перехода на инновационную модель развития фармацевтической промышленности в РФ была разработана и принята «Стратегия

развития фармацевтической промышленности РФ на период до 2020 года». Согласно этой Стратегии, одной из проблем современной российской фармацевтической отрасли является дефицит высококвалифицированных кадров, который связан с недостаточной практической подготовкой выпускников, как по причине неразвитой материально-технической базы, так и из-за недоработок в содержательном аспекте базовой программы. В связи с чем, современное фармацевтическое образование должно быть ориентировано на новые направления науки и технологии, постоянно появляющиеся в мире [2].

Цель исследования – обоснование актуальности проведения курса «Фармацевтическая информация» в профессиональной подготовке провизоров.

Изложение основного материала. За последнее десятилетие значительно возросла роль информации как в медицине, так и в обществе в целом. В большой степени это связано с возросшей доступностью информационных интернет-ресурсов, позволяющих медицинским работникам и пациентам находить и использовать огромное количество медицинской информации. Также произошёл многократный рост объёма медицинской информации. При существующем многообразии предлагаемой



информации для провизора становится крайне важным обладать знаниями, умениями, навыками и компетенциями квалифицированного поиска, анализа и использования фармацевтической информации [3]. Наличие данных знаний и навыков необходимо современному провизору для осуществления следующих видов деятельности: отпуск лекарственных средств населению и консультирование пациентов, разработка доклинических и клинических исследований, разработка и проведение фармакоэкономических и фармакоэпидемиологических исследований, регуляция оборота лекарственных средств, разработка принципов рационального и эффективного применения лекарственных средств, анализ информации о лекарственных взаимодействиях и нежелательных явлениях лекарственных средств, организация и участие в тендерных закупках на основе формулярной системы и доказательной медицины, а также участие в реализации различных программ правительства по лекарственному обеспечению населения [4]. Таким образом, изучение фармацевтической информации как предмета становится крайне важным при подготовке современных провизоров.

Сам термин «фармацевтическая информация» (англ. drug information) появился в начале 60-х годов XX века в США, где в 1962 году был открыт первый Центр фармацевтической информации при Университете Кентукки. Центр был организован на базе аптеки для обеспечения информацией о лекарственных средствах студентов и работников университета. В скором времени в США появилось много центров фармацевтической информации, в которых были провизоры-информатисты. Эти специалисты осуществляли поиск, хранение, оценку и распространение информации о лекарственных средствах. Со временем понятие «drug information» переросло в более глобальное понятие «medication information», которое подразумевает под собой всю информацию о медикаментозной терапии, то есть характеризует медицинскую и фармацевтическую сторону обращения лекарственных средств [5].

Возникновение центров фармацевтической информации в США в прошлом веке было обусловлено открытием в 60-е годы новых групп лекарственных средств (в частности, миорелаксантов и цефалоспоринов первого поколения) и возникновением сложностей у практикующих врачей в связи с увеличением объёма фармацевтической информации. При этом основная проблема заключалась в трудности обеспечения информацией врачей, студентов, пациентов, так как информация вся хранилась на бумажных носителях.

В настоящее время существуют информационные технологии, позволяющие эффективно управлять информацией о лекарственных средствах, однако в мире продолжают существовать центры фармацевтической информации, и неуклонно растёт потреб-

ность в провизорах-информаторах. Это связано, прежде всего, с тем, что объём фармацевтической информации многократно увеличился, и продолжается её неуклонный рост. Доступная информация через Интернет-ресурсы не всегда заслуживает доверия, и провизоры должны владеть навыками профессионального поиска и оценки информации [6]. Установить точное количество существующих на сегодняшний день центров фармацевтической информации в мире и в отдельных странах представляется достаточно сложным, так как не существуют чётко выработанные критерии использования названия «центр фармацевтической информации» в названии учреждения. Некоторые центры специализируются на отдельных областях фармацевтической информации, что и отражается в их названии (например, центры информации о лекарственных и ядовитых веществах). Другие центры направляют свою деятельность на определённую группу потребителей фармацевтической информации (например, врачам, студентам, средний медицинский персонал и т.д.). Взаимодействие с потребителями фармацевтической информации может происходить по телефону, через Интернет, а также при личной встрече.

Так, например, в Москве открыт Центр фармацевтической информации при Департаменте здравоохранения г.Москвы. Деятельность данного центра направлена на обеспечение населения информацией по наличию и стоимости лекарственных препаратов в аптеках Москвы и Московской области. Получить информацию можно как по телефону, так и на сайте Фармацевтического центра (www.aptekamos.ru). На сайте размещены также справочник лекарственных средств и справочник заболеваний. В некоторых крупных городах России существуют похожие центры фармацевтической информации (например, в Новосибирске, Екатеринбурге). Все они направлены на обеспечение населения информацией по поиску и наличию лекарственных препаратов в аптеках.

Зарубежные центры фармацевтической информации предоставляют пациентам и работникам здравоохранения более широкий спектр услуг. Одним из наиболее известных центров фармацевтической информации является Мировой центр фармацевтической информации Университета Сэмфорд (The Samford University Global Drug Information Service), США. Он предоставляет специалистам здравоохранения всю информацию о лекарственных препаратах (дозирование, лекарственные взаимодействия, нежелательные реакции, биоэквивалентность воспроизведённых препаратов, фармакокинетика, фармакодинамика, применение при беременности и кормлении грудью, совместимость и т.д.). Кроме того, специалисты центра готовят обзоры литературы по применению лекарственных средств, разрабатывают формулярные справочники, рекомендации по лечению, проводят фармакоэкономические и фармакоэпидемиологические исследования [7].



Таким образом, очевидно, что провизорам в нашей стране необходимо расширять спектр информационных услуг и осуществлять поиск, анализ и распространение всех видов фармацевтической информации. Для грамотного осуществления данных функций провизору необходимо пройти обучение по курсу «Фармацевтическая информация».

В Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова на кафедре фармакологии фармацевтического факультета ведётся преподавание дисциплины «Фармацевтическая информация» студентам 3-го курса очного, очно-заочного и заочного отделений фармацевтического факультета. В таблице 1 приведён план практических занятий для студентов очного отделения. Изучение курса фармацевтической информации разделено на 3 учебных модуля: 1-й и 2-й модули посвящены поиску и анализу фармацевтической информации, а 3-й – распространению фармацевтической информации. Начинается изучение предмета с источников фармацевтической информации, при этом особое внимание уделяется применению информационных технологий, как инструмента для поиска и анализа фармацевтической информации (фармацевтической

информатике). Наиболее подробно изучаются практические аспекты поиска фармацевтической информации по электронным базам данных.

Наиболее доступной является база данных Medline. Medline – крупнейшая библиографическая база статей по медицинским наукам, созданная Национальной медицинской библиотекой (National Library of Medicine) в США. Она содержит множество медицинских статей из 5000 журналов, выпускаемых более чем в 70 странах мира.

В Medline содержатся статьи с 1966 г. до настоящего времени. Информация с 1960 по 1965 гг. включена, в так называемый, «старый Medline», а новые и необработанные данные содержатся в базе PreMedline. Medline доступна в онлайн режиме, через сервер Национальной медицинской библиотеки – Pubmed, через платных поставщиков, а также в виде коллекции компакт-дисков. Содержание базы одно и то же, независимо от способа доступа к ней. Различия заключаются в командах, которые нужно вводить для поиска информации. Эти команды зависят от программного обеспечения, предоставляющего доступ к Medline [8].

**ТАБЛИЦА. ПЛАН ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ 3 КУРСА ОЧНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

п/ п№	наименование практических занятий
Фармацевтическая информация МОДУЛЬ №1	
1.	Концепция фармацевтической информации. История развития фармацевтической информации как дисциплины. Факторы, влияющие на развитие фармацевтической информации. Системный подход к ответам на вопросы о лекарственных средствах.
2.	Классификация источников фармацевтической информации. Алгоритм поиска фармацевтической информации. Работа с источниками, с электронными базами данных и Интернет-ресурсами.
3.	Основы описательной биостатистики.
4.	Основы аналитической биостатистики.
5.	Основы клинической эпидемиологии. Систематические и случайные ошибки. Классификация клинических исследований. Обсервационные и экспериментальные исследования.
6.	Экспериментальные исследования. Достоверность и обобщаемость клинических исследований.
7.	Оценка качества клинических исследований. Критерии оценки качества.
9.	Контрольная работа по модулю №1



п/ п№	Наименование практических занятий
Фармацевтическая информация МОДУЛЬ №2	
1.	Основы доказательной медицины.
2.	Разработка формулярных списков и стандартов лечения.
3.	Основы фармакоэпидемиологии. Методы фармакоэпидемиологических исследований. Потребители результатов фармакоэпидемиологических исследований.
4.	Система фармакологического надзора.
5.	Основы фармакоэкономики. Анализ затрат.
6.	Основы фармакоэкономики. Критерии эффективности.
7.	Применение результатов фармакоэкономического анализа для принятия решений. Достоверность и обобщаемость фармакоэкономических исследований. Анализ чувствительности. Инкрементальный коэффициент затраты-эффективность.
8.	Оценка качества фармакоэкономических исследований.
9.	Контрольная работа по модулю №2.
Фармацевтическая информация МОДУЛЬ №3	
1.	Навыки общения провизора с пациентом. Консультирование при отпуске безрецептурных препаратов для лечения респираторных заболеваний, заболеваний желудочно-кишечного тракта.
2.	Консультирование пациентов при отпуске безрецептурных обезболивающих, спазмолитических лекарственных средств и средств для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.
3.	Консультирование при отпуске безрецептурных препаратов, используемых в педиатрической и гинекологической практике.
4.	Консультирование при отпуске безрецептурных препаратов, применяемых в дерматологии, офтальмологии и оториноларингологии.
5.	Безопасность пациента при приеме лекарственных средств. Нежелательные реакции и побочные эффекты.
6.	Навыки необходимые для написания профессиональных статей и текстов.
7.	Правовые аспекты фармацевтической информации. Реклама лекарственных средств.
8.	Практические аспекты фармацевтической информации.
	Контрольная работа по модулю №3. Зачёт

Кроме того, студенты знакомятся с работой с электронными российскими справочниками лекарственных средств, такими как Видаль, РЛС, Государственный реестр лекарственных средств, справочник М.Д. Машковского т.д. У некоторых справочников существуют мобильные приложения для смартфонов и планшетов, значительно облегчающих доступ к информации.

Важной составляющей курса «Фармацевтическая информация» является овладение практическими навыками статистического анализа информации с использованием компьютерных технологий. Овладение данным навыком позволит провизору оценить качество полученной информации и даст возможность её грамотно анализировать и интерпретировать, например, при изучении данных доклинических, клинических, фармакоэпидемиологических и фармакоэкономических исследований.



В рамках изучения курса «Фармацевтической информации» более детально рассматривается анализ и оценка конкретных видов фармацевтической информации. В частности, навыки анализа и критической оценки результатов клинических, фармакоэпидемиологических и фармакоэкономических исследований. Именно эти исследования являются источником информации об эффективности и безопасности лекарственных средств. Все биомедицинские издания декларируют высокую достоверность и правдивость публикуемой информации. Однако известно, что многие издания становятся заложниками рекламы [9]. Кроме того, сами клинические исследования по оценке лекарственных препаратов, зачастую, проводятся фармацевтическими компаниями-производителями, что также может отрицательно сказаться на качестве исследования и обоснованности его выводов. Именно поэтому современному провизору необходимы навыки грамотного чтения и оценки данных клинических и фармакоэкономических исследований для определения их приемлемости. Кроме того, фармацевтические компании при рекламе своих препаратов всегда ссылаются на результаты клинических исследований, которые также не всегда являются достоверными и выполненными в соответствии с методологией. В связи с этим провизор должен обладать навыками грамотного общения с представителями фармацевтических компаний для получения наиболее достоверной и полной информации о лекарственных препаратах [10].

В заключительном модуле студенты знакомятся с навыками и знаниями, необходимыми для распространения фармацевтической информации. Наиболее подробно изучаются навыки консультирования пациентов при отпуске рецептурных препаратов. При этом рассматриваются наиболее распространённые нозологические состояния и возникающие ситуации. Также необходимо отметить этические и правовые аспекты распространения фармацевтической информации. Важным навыком, необходимым всем провизорам, вне зависимости от направления деятельности, является умение грамотно и квалифицированно читать профессиональные тексты и статьи. Поэтому в рамках курса рассматриваются основные приёмы, ошибки при написании, а также наиболее применимые структуры и стили.

Таким образом, развитие медицины и фармации требует необходимости ориентации фармацевтического образования на новые направления науки и технологии. В частности, значительное увеличение и изменение характера медицинской и фармацевтической информации привели к необходимости обучения современного провизора квалифицированным навыкам и умениям по поиску, анализу и интерпретации фармацевтической информации в рамках курса «Фармацевтическая информация».

ЛИТЕРАТУРА

1. Распоряжение Правительства Российской Федерации №2580-р от 28.12.2012г. «Об утверждении Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года».
2. Приказ Минпромторга РФ №96 от 23.01.2009 «Об утверждении Стратегии развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 года».
3. Ежова Т.В. Оценка информативности интернет-сайтов для специалистов в области фармации / Т.В. Ежова, Л.В. Мошкова // Фармация. – 2011. – №2. С.50–52.
4. Чубарев А.Н. Фармацевтическая информация / Чубарев. Под ред. акад. РАМН А.П.Авдеева. – М., 2000. – 442 с.
5. Patrick M. Malone Drug information / Patrick M. Malone, Karen L. Lier, John E.Stanovich. – McGraw Hill. – 2006. – 877 p.
6. Мусина Н.З. Фармацевтическая информация / Н.З. Мусина. – М.: Медпрактика. – М., 2012. – 136 с.
7. Сайт Университета Сэмфорд [электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.samford.edu/pharmacy/drug-information-center/>
8. Гельман В.Я. Интернет в медицине / В.Я.Гельман, О.А.Шульга, Д.В.Бузанов. – 2-е изд., испр. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2005. – 288 с.
9. Шарон Е. Медицина, основанная на доказательствах / Е.Шарон. Пер. с англ. под ред. В.В.Власова, К.И.Сайткулова. – М.: Гэотар-Медиа. – 2010. – 320 с.
10. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины / Т.Гринхальх. Пер. с англ. под ред. И.Н.Денисова, К.И.Сайткулова. – 3-е изд. – М.: Гэотар-Медиа. – 2008. – 288 с.



Summary

Role of course «Pharmaceutical information» in training pharmacists

N.Z. Musina, V.V. Tarasov, V.N. Chubarev

First Moscow State Medical University named after IM Sechenov, Russia

Preconditions to appearance of the course «Pharmaceutical Information» in the preparation of pharmacists have seen. The key role of the pharmaceutical information centers in the present conditions of social development and health are revealed.

The structure of the course «Pharmaceutical Information» with rationale selection of topics is given. A plan of practical classes in pharmaceutical information for 3rd year students of full-time Faculty of Pharmacy is developed.

It is proved that the presence of relevant knowledge and skills necessary for modern pharmacist for the following activities: dispensing of medicines, patient counseling; development of preclinical and clinical studies; conducting of pharmacoeconomic studies, the regulation of trafficking of drugs, the development the principles of rational and effective use of medicines; analysis of information on drug interactions and adverse events of drugs.

Key words: pharmaceutical information, pharmacist, higher pharmaceutical education

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Мусина Нурия Загитовна – доцент кафедры фармакологии фармацевтического факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова;
Россия, г. Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 1, 2
E-mail: lapp4@rambler.ru

Современные представления об этиологии и патогенезе хронического эндометрита

Н.Н. Ахундова

Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, г.Баку, Азербайджан

По данным современных источников литературы, отмечается тенденция роста заболеваемости хроническим эндометритом, что связано с широким использованием внутриматочных средств, ростом числа аборт, использованием различных внутриматочных манипуляций, в том числе эндоскопических методов исследования.

Немаловажная роль принадлежит и эволюции микробного фактора, состоянию иммунной, нервной, эндокринной и других систем организма, способствующих развитию малосимптомных и стёртых форм воспалительных процессов.

Ключевые слова: хронический эндометрит, миометрия

Актуальность. Одной из форм внутриматочной патологии является хронический эндометрит (ХЭ). Началом изучения хронического эндометрита явились работы F.Hitchmann [1].

Вопрос о существовании данного заболевания, как воспалительного процесса внутренних слоев матки, долгое время подвергался сомнению в связи со способностью функционального слоя эндометрия к отторжению во время менструации [2,3]. Однако были представлены несомненные доказательства вовлечения в патологический процесс не только функционального, но и базального слоя эндометрия, а в тяжёлых случаях – миометрия [4,5]. В настоящее время хронический эндометрит выделен как самостоятельная нозологическая единица в Международной классификации болезней и причин смерти десятого пересмотра: класс XIV, NQ 71.1. Хронический эндометрит возникает чаще всего в репродуктивном периоде жизни женщины. 88,2% больных ХЭ находятся в возрасте 21-45 лет [6]. Средний возраст больных ХЭ составляет от 30 до 35 лет [7,8]. Хронический эндометрит приводит к нарушению менструальной, секреторной и генеративной функций, нередко является причиной осложнённого течения беременности, родов и послеродового периода, а также служит причиной бесплодия. Всё это определяет актуальность проблемы ХЭ [9,10].

По данным разных авторов, частота встречаемости ХЭ колеблется от 3% до 20% [11]. В настоящее время наметилась тенденция к росту данного заболевания. Эндометрит может первоначально протекать в хронической форме, без предшествовавшей ста-

дии острого воспаления [12]. Этому способствуют особенности микробной флоры при данном заболевании и изменение иммунологической активности организма.

В настоящее время редко при хроническом эндометрите выявляется специфическая (туберкулёзная, гонорейная, грибковая) инфекция. Чаще всего этиологическим фактором хронического эндометрита являются хламидии, мико- и уреоплазма, вирусы, аэробные и анаэробные бактерии, т.е. преобладает оппортунистическая микрофлора, персистирующая в организме и вызывающая воспаление у иммунокомпрометированных пациентов, при воздействии многих факторов риска иммуносупрессивного характера. Инфицирование полости матки происходит за счёт микроорганизмов из нижних отделов генитального тракта [13,14], которые проникают в верхние отделы с помощью сперматозоидов, трихомонад, пассивного транспорта в результате отрицательного внутрибрюшного давления возникающего при движении диафрагмы. Эндометриты могут также появляться при распространении инфекции из отдалённых очагов гематогенным или лимфогенным путём [15]. Из полости матки больных хроническим эндометритом в 28,9% случаев выделены различные виды аэробных микроорганизмов, в основном условно-патогенных [16]. В слизистой оболочке матки выявлены Гр (+) палочки, Гр(+) и Гр(-) кокки у 71,1% больных хроническим эндометритом при отрицательных результатах бактериологического исследования содержимого полости матки [17]. Отсутствие роста культуры при посеве содержимого полости матки не исключает наличие микроорганизмов в



эндометрии, которые поддерживают хроническое течение воспаления [18]. При эндометритах установлена персистенция в эндометрии некоторых микроорганизмов (хламидии, микоплазмы, вирусы и др.) [19,20]. При этом, некоторые авторы указывают, что персистенция микроорганизмов связана с развитием иммунодефицитного состояния [21]. Ряд авторов в своих исследованиях выявили у женщин с бактериальным вагинозом плазмноклеточную инфильтрацию в эндометрии, а также аэробы, анаэробы, хламидии, микоплазмы, уреоплазмы [17]. Также рассматривают наличие «ключевых» клеток в мазках, как фактора повышенного риска развития постабортного и послеродового эндометрита [21]. Кроме того наличие бактериального вагиноза ассоциируется с трёхкратным повышением риска развития воспалительных заболеваний органов малого таза [3]. В настоящее время среди инфекций, передающихся половым путём, микоплазменная занимает одно из ведущих мест [4]. Микоплазмы – самые мелкие свободно живущие прокариоты. Их относят к классу Mollicutes. Микоплазмы способны прикрепляться к поверхности различных клеток, паразитировать в них и распространяться на соседние клеточные структуры [7]. До сих пор неизвестно: являются ли микоплазмы мембранными или цитоплазматическими патогенами. Характерная морфология микоплазм позволяет им проникать в крипты мембран инфицированных клеток. Такая локализация обеспечивает механическую защиту от фагоцитоза. В большинстве случаев микоплазмы не фагоцитируются, либо фагоцитоз не эффективен из-за недостатка специфических антител и (или) комплемента, а также из-за способности микоплазм персистировать в фагоцитах. Микоплазменные инфекции являются «оппортунистическими», в большинстве случаев имеют хронический характер и протекают субклинически. Активация их возможна во время беременности, родов, в результате травм, операций, а также переохлаждения, стрессов [9]. С помощью своих ферментативных систем микоплазмы вызывают изменения в метаболизме поражённых клеток, нарушают обмен аминокислот, синтез белков, препятствуют включению предшественников нуклеиновых кислот и приносят в клетку новую генетическую информацию. Микоплазмы способны выделять значительное количество аммиака и перекиси водорода, оказывая токсическое действие на клетку. Персистенция микоплазм приводит к нарушению противoinфекционной резистентности. За счёт иммуносупрессивного действия могут снижаться местные защитные силы и развиваться дополнительные инфекционные процессы [10]. Микоплазмы способны периодически стимулировать В-лимфоциты к продукции антител. Стимуляция Т-супрессоров приводит к временному иммунодефициту [16]. По данным тех же авторов, при стимуляции лимфоцитов образуется некоторое количество антител и к собственным антигенам. Эти антитела фиксируются на поверхности здоровых клеток организма и делают их мишенями Т-киллеров. Микоплазмы чувствитель-

ны к комплементу. Вследствие прямого его влияния происходит гибель микоплазм. На систему интерферона воздействуют различно: могут не влиять на синтез интерферона, подавлять или стимулировать его. В культуре клеток, хронически инфицированных микоплазмами, наблюдается снижение титров вирусиндуцированного интерферона и его синтетических индукторов [18]. Отсутствие клеточной стенки и малые размеры способствуют тесному контакту или внедрению в мембрану клетки-хозяина, делают возможным их обмен антигенами. Это затрудняет распознавание чужеродного антигена иммунной системой.

Частота выявления микоплазм повышается при смешанной инфекции (трихомониаз, гонорея, гарднереллёз и др.), при изменении нормальной микрофлоры влагалища [10,18]. Поражая эндометрий, микоплазмы могут быть причиной развития латентного эндометрита, невынашивания беременности, внутриутробного инфицирования плода [22].

Для поражения микоплазмами характерны пролиферативные дистрофические и некробиотические изменения эпителия, иногда воспалительная реакция и поражения сосудов. Воспалительный процесс в эндометрии при этом может быть на фоне гиперплазии, либо полипоза, либо атрофии эндометрия [19]. К семейству *Micoplasmaceae* относится род *Ureaplasma*, имеющий два вида. Патогенной для человека является *Ureaplasma Urealyticum*. Уреоплазма впервые выделена М.С.Шепард [16] от больного негонококковым уретритом. Наиболее характерным свойством уреоплазм является способность гидролизовать мочевины до аммиака. Уреазная активность обусловлена ферментом уреазой, синтезируемым в цитоплазме. Уреоплазма продуцирует и выделяет в среду специфическую протеазу - эндопептиазу, которая расщепляет антитела субкласса Ig A-1 на интактные мономерные Fab и Fc фрагменты. При этом иммуноглобулины теряют способность связывать антигены уреоплазм и предотвращать развитие инфекции [23]. Свойством расщеплять Ig A-1 обладает целый ряд микроорганизмов, включая стрептококки, гарднереллы, гонококки и др. [24]. Женщины часто являются бессимптомными носителями уреоплазм, во многих случаях уреоплазмы вызывают латентную инфекцию, которая может перейти в хроническую рецидивирующую форму или даже острую инфекцию под действием различных факторов. Такими факторами могут быть присоединившаяся инфекция различной природы (бактериальная, вирусная, микоплазменная, хламидийная, грибковая и др.), изменение гормонального фона, беременность, менструация, аборт, иммунологические нарушения, стресс. Для развития патологического процесса имеет значение широта и массивность диссеминации инфекции [23,24]. Уреоплазмы значительно чаще выявляются у больных гонореей, трихомониазом, при гинекологических заболеваниях (58%) и лишь



у 4% – клинически здоровых лиц [25], также обнаружены у 80% женщин с симптомами генитальной инфекции и у 51% – с нарушением репродуктивной функции [18]. Заселение уреоплазмами верхних отделов генитального тракта осуществляется, вероятно, с помощью сперматозоидов – носителей уреоплазм [3]. Уреоплазмы колонизируют полость матки при определённых условиях, таких как гибель плода, зияющий цервикальный канал, кровотечение при беременности, а при отсутствии таковых – с помощью сперматозоидов. Ряд авторов отмечают возможность колонизации уреоплазмами хориона и амниона при целостности плодных оболочек и развитии на этом фоне послеродового эндометрита [19]. Приведённые данные не оставляют сомнения в том, что Urealyticism, особенно в ассоциации с другими микроорганизмами, приводит к развитию воспалительных изменений гениталий, в частности эндометрита. Уреоплазмы могут длительно персистировать в нём, вызывая хронический воспалительный процесс, нарушение менструальной и репродуктивной функций, невынашивание беременности, внутриутробное инфицирование плода.

Среди инфекций, передающихся половым путём (ИППП), наиболее распространённой остаётся хламидийная. Ежегодно в мире хламидиозом заболевают около 91 млн. человек [19], 4 млн. из них – в США [20]. В России в 1992 году удельный вес хламидиоза среди ИППП составил 20-34% [10]. Число заболеваний, вызываемых хламидийной инфекцией, в последнее время возросло [16]. Это облигатные внутриклеточные паразиты, обладают ДНК и РНК, имеют клеточную стенку и рибосомы. Тропны к базальным клеткам цилиндрического, а возможно, переходного и плоского эпителия. Инфекционной формой хламидий является элементарное тельце. Токсичное действие хламидий связано с их антигенами, локализованными в клеточной стенке. Они проникают в клетки-мишени, персистируют в них, изменяют защитные факторы организма-хозяина [19]. Частота выявляемости хламидийной инфекции у гинекологических больных с воспалительными заболеваниями составляет около 30%, у женщин с бесплодием – до 50% [4], при гинекологических заболеваниях – в 16-60% случаев [18]. Хламидии вызывают многоочаговые поражения. При восходящем инфицировании поражают эндометрий, трубы, яичники. Могут быть причиной пельвиоперитонита. Урогенитальный хламидиоз сопровождается низким уровнем антителообразования, особенно при локализованных формах инфекции. При выявлении антигена *Chlamydia trachomatis* значительно больше уровень антител иммуноглобулинов А, М, О. При хроническом течении хламидиоза увеличивается частота тяжёлых иммунодефицитных состояний. На фоне хламидиоза активируются Т-хелперы и Т-цитотоксические клетки, снижается количество В-лимфоцитов, а также уровень Ig G и Ig A. Вырабатываемые ферменты препятствуют слиянию фагосом

и лизосом, тем самым способствуя незавершённой фагоцитозу [4]. На систему интерферона хламидийная инфекция существенного влияния не оказывает. Наличие смешанной хламидийно-бактериальной и хламидийно-микоплазменной инфекции сопровождается существенным угнетением клеточного иммунитета в очаге поражения, снижением фагоцитарной активности полинуклеаров [16]. Элементарные тельца погибают под влиянием лизосомальной активности клетки-хозяина [7]. Характерной особенностью хламидийной инфекции является слабая иммуногенность [25]. При наличии хламидий в эндометрии, в 67% случаев наблюдали гистологические признаки хронического эндометрита.

Эндометрит хламидийной этиологии протекает, как правило, субклинически, либо симптомы его минимальны и неспецифичны. Имеется затяжное течение заболевания [16]. Поражая эндометрий, а также другие отделы гениталий, хламидии часто являются причиной нарушения репродуктивной функции: невынашивания беременности и бесплодия [26]. Развитие вторичного бесплодия при восходящем хламидиозе в 6 раз чаще, чем при гонорее. Развитие хламидийного эндометрита не всегда сопровождается присутствием этих возбудителей в цервикальном канале. Хламидийные эндометриты встречаются намного чаще, чем об этом можно судить по исследованию материала из цервикального канала.

Герпес – одна из самых распространённых вирусных инфекций человека. Свыше 90% людей земного шара инфицировано вирусом простого герпеса (ВПГ) и до 20% из них имеют клинические проявления этой инфекции [10]. Генитальный герпес вызывается как ВПГ-1, так и, наиболее часто, ВПГ-2. Генитальный герпес занимает второе место после трихомониаза. Эта инфекция представляет значительную проблему для репродуктивного здоровья населения. Герпетическая инфекция поражает область наружных половых органов, слизистую оболочку влагалища и шейки матки, а также эндометрий и придатки. Она вызывает нарушение иммунного ответа. В защите против вируса участвуют факторы клеточного и гуморального иммунитета. Факторы клеточного иммунитета подавляют репродукцию вируса, участвуют в миграции и удержании макрофагов, лимфоцитов в очаге воспаления, лизируют инфицированные клетки и освобождают внутриклеточный вирус для нейтрализации его антителами, предупреждают инфицирование не повреждённых клеток [26]. За счёт нарушения местных факторов иммунной защиты, к вирусной инфекции часто присоединяется бактериальная. При этом герпетический эндометрит гистологически определялся некрозом эндометрия, диффузными внутриядерными герпетическими включениями в клетках железистого эпителия. У женщин с хронической цитомегаловирусной инфекцией чаще, чем у неинфицированных встречались эндометрит, дисфункция яичников, бесплодие. При этом в



эндометрии наблюдались стромальная лимфоидная инфильтрация, плазматические клетки, гранулемы.

Таким образом, развитие хронического эндометрита ассоциировано, в основном, с условно-патогенной, оппортунистической микрофлорой, активность которой существенно зависит от функций иммунной системы. С другой стороны, многие из этих микроорганизмов обладают выраженным иммуносупрессивным действием, обеспечивающим латентную персистенцию возбудителя в организме хозяина. Изменения в строме эндометрия, характерные для ХЭ, могут иметь место при применении внутриматочных средств (ВМС). Считают, что ВМС опосредованно через рефлекторную дугу, замыкающуюся на уровне нижних симпатических ганглиев, избыточно активируя фагоцитоз и другие факторы защиты, вызывают микроэрозии и воспалительную реакцию стромы эндометрия [18]. В течение 4-6 месяцев после введения ВМС появляются отёк стромы, кровоизлияния, очаговые или диффузные скопления лимфоцитов с примесью гистиоцитарных элементов, сегментоядерных лейкоцитов. Одни авторы рассматривают эти изменения как проявления ХЭ, другие – как следствие асептического воспаления, связанного с нахождением инородного тела в полости матки [22]. Через 2,5-3,5 мес. после извлечения ВМС изменения слизистой оболочки матки нивелируются [19]. Некоторые авторы полагают, что в течение первого года происходит адаптация организма к ВМС. В случае применения ВМС в течение 3-4 лет в эндометрии в фазе секреции происходит накопление клеток-эффекторов (лимфоцитов, плазмоцитов, макрофагов, сегментоядерных лейкоцитов), особенно в подэпителиальном слое. Использование же ВМС более 5 лет ведёт к возрастанию патологических изменений эндометрия (ХЭ, очаговому фиброзу стромы, атрофии эндометрия) [3]. Неоднозначность оценки морфологических данных разными авторами, трудность диагностики влияют на оценку частоты встречаемости ХЭ, которая по данным разных авторов варьирует в широких пределах – от 0,2% до 66,3%, что свидетельствует об отсутствии более системных исследований в группе женщин с различными формами бесплодия. Между тем, состояние эндометрия играет важную роль не только при самостоятельном наступлении беременности, но и при использовании вспомогательных репродуктивных технологий – экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и переноса эмбриона (ПЭ) [27].

Таким образом, изучение особенностей хронического эндометрита у женщин с различными формами бесплодия является перспективным и позволяет повысить процент восстановления репродуктивной функции. Наиболее высокой является частота заболеваемости ХЭ у женщин с привычным невынашиванием беременности, по данным она составляет от 60,5% до 67,6%, при внутриматочной контрацепции – 5,8%-8,0%, причём, она в 2-3 раза увеличивается в

случае длительного применения ВМС по сравнению с использованием этого контрацептива до 5 лет [28-30].

В последние годы многие авторы отмечают тенденцию роста заболеваемости ХЭ, связывая это с широким использованием ВМС, увеличением числа абортов, использованием различных внутриматочных манипуляций, в том числе эндоскопических методов исследования. Не-маловажная роль принадлежит и эволюции микробного фактора, состоянию иммунной, нервной, эндокринной и других систем организма, способствующих развитию малосимптомных, стёртых форм воспалительных процессов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева Э.М. Трубно-перитонеальное бесплодие / Э.М.Алиева, Н.Н.Ахундова. Учебно-методическое пособие. – Баку. – 2006. – 115с.
2. Александрова Н.В. Прогностическая значимость методов оценки овариального резерва у женщин с преждевременной недостаточностью яичников: дис. ... канд. мед. наук / Н.В.Александрова. – М. – 2006. – 200с.
3. Аншина М.Б. Отложенный перенос эмбрионов при стимуляции мочевыми гонадотропинами у женщин с высоким риском синдрома гиперстимуляции яичников / М.Б.Аншина, А.А.Смирнова, Н.Шамугия // Пробл. репрод. – 2010. – №3. – С.62-63.
4. Баркалина Н.В. Фолликулярная жидкость и прогноз исходов программ в РТ / Н.В.Баркалина // Пробл. репрод. – 2006. – №6. – С. 45-49.
5. Бурлев В.А. Регуляция ангиогенеза гестационного периода (обзор литературы) / В.А.Бурлев, З.С.Зайдиева, Н.А.Ильясова // Пробл. репрод. – 2008. – №3. – С. 67-72.
6. Горская О.С. Первый опыт применения препарата рекомбинантного хорионического гонадотропина «Овитрель» в качестве триггера овуляции в программе ЭКО / О.С.Горская, Д.И.Кабанова, А.В.Панков // Пробл. репрод. – 2008. – №2. – С. 36-39.
7. Казанцева Т.А. Оценка эффективности программ ЭКО и ПЭ у пациенток с сохранённым репродуктивным аппаратом и односторонней оварио- и аднексэктомией: дис. ... канд. мед. наук / Т.А. Казанцева. – 2007. – 145с.
8. Концепция долгосрочного развития вспомогательных репродуктивных технологий в Российской Федерации (на период до 2025г): // Документ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. – М. – 2009. – С.1-7.



9. Комиссарова Ю.В. Оптимизация программы экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов с учётом ангиогенных факторов: автореф. дис.... канд. мед. наук / Ю.В.Комиссарова. – 2010. – 35с.
10. Корнеева И.Е. Синдром гиперстимуляции яичников: практическое руководство для акушеров-гинекологов, репродуктологов, анестезиологов, хирургов, врачей интенсивной терапии / И.Е.Корнеева, Н.А.Веряева, Т.Т.Сароян. – М. – 2007. – 56с.
11. Корсак В.С. ВРГ в России. Отчёт за 2006 г. / В.С.Корсак // Пробл. репрод. – 2008. – № 6. – С.38.
12. Манухин И.Б. Повышение эффективности лечения бесплодия у пациенток с синдромом поликистозных яичников / И.Б.Манухин, М.А.Геворкян, А.Я.Макарищев // Пробл. репрод. – 2007. – Т.13. – №5. – С.74-78.
13. Манухин И.Б. Роль сосудисто-эндотелиального фактора роста при синдроме поликистозных яичников / И.Б.Манухин, А.Я.Макарищев, М.А.Геворкян // Пробл. репрод. – 2007. – Т.13. – №5. – С.71-73.
14. Назаренко Т.А. Стимуляция функции яичников / Т.А.Назаренко // – М. МЕДпресс-информ. – 2008. – 271с.
15. Подзолкова Н.М., Аншина М.Б., Колода Ю.А. Особенности ВРТ у пациенток с ожирением (обзор литературы) // Пробл. репрод. – 2008. – №4. – С.44-45.
16. Ускова М.А. Эффективность вспомогательных репродуктивных технологий у женщин, перенёсших оперативные вмешательства на маточных трубах: автореф. дис.... канд. мед. наук / М.А. Ускова. – 2010. – 63с.
17. Элдер К. Экстракорпоральное оплодотворение / К.Элдер, Б.Дэйл // – М. – 2008. – С.91-92
18. Aboulghar M. Symposium: Update on prediction and management of OHSS. Prevention of OHSS / M.Aboulghar // *Reprod. Biomed. Online.* – 2009. – Vol.19. – P.33-42.
19. Al-Azemi M. Multi-marker assessment of ovarian reserve predicts oocyte yield after ovulation induction / M.Al-Azemi, S.R.Killick, S.Duffy // *Hum. Reprod.* – 2011. – Vol.26. – P.414-422.
20. Кузьменко Е.Т. Эпидемиология бесплодного брака в городе Иркутске / Е.Т.Кузьменко // *Вестник Кубанского научного центра. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Материалы XI научн.-практ. конф.* – 2007. – Кемерово. – С.66-67.
21. Дубинин А.А. Первый опыт выполнения амбулаторной гистероскопии по методике Bettocchi / А.А. Дубинин // *Проблемы репродукции.* – 2008. – Т. 14, № 3. – С. 35-36.
22. Aflatoonian A. Prediction of high ovarian response to controlled ovarian hyperstimulation: anti-Mullerian hormone versus small antral follicle count (2-6mm) / A.Aflatoonian, H.Oskouian, Sh.Ahmadi // *J.Assist.Reprod.Genet.* – 2009. – Vol.26. –P.319-325
23. AL-Inany H.G. Gonadotrophin-releasing hormone antagonists for assisted reproductive technology / H.G.AL-Inany, M.A.Youssef, M.Aboulghar // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2011. – Vol. 5.
24. Alper M.M. Ovarian; Hyperstimulation Syndrome: Current Views on Pathophysiology, Risk Factors, Prevention, and Management / M.M. Alper, L.P. Smith, E.S.Sills // *J. Exp. Clin. Assist. Reprod.* – 2009. – Vol. 6.
25. Andersen C.Y. Increased intrafollicular androgen levels affect human granulosa cell secretion of anti-Müllerian hormone and inhibin- β B / C.Y.Andersen, K.Eossl // *Fertil.Steril.* – 2008. – Vol. 89. – P. 1760-5.
26. Andersen C.Y. Concentrations of AMH and inhibin-B in relation to follicular diameter in normal human small antral follicles / C.Y.Andersen, K.T.Schmidt, S.G.Kristensen // *Hum. Reprod.* – 2010. – Vol. 25. – P. 1282-1287.
27. Корсак В.С. Исследование эндометрия у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием на этапе подготовки к ЭКО / В.С.Корсак, Э.В.Исакова, А.А.Кирсанов // *Пробл. репрод.* – 2005. – № 2. – С. 39-42.
28. La Cour Freiesleben N. Risk charts to identify low and excessive responders among first-cycle IVF/ICSI standard patients / N.La Cour Freiesleben, T.A. Gerds, J.L.Forman // *Reprod. Biomed. Online.* – 2011. – Vol.22. – P.50-8.
29. La Marca A. Anti-Mullerian hormone measurement on any day of the menstrual cycle strongly predicts ovarian response in assisted reproductive technology / A. La Marca, S. Giulini, A.Tirelli // *Hum. Reprod.* – 2007. – Vol.22. – P.766-771
30. La Marca A, Sighinolfi G, Radi D Anti-Mullerian hormone (AMH) as a predictive marker in assisted reproductive technology (ART) / A. La Marca, G. Sighinolfi, D. Radi // *Hum. Reprod. Update.* – 2010. – Vol.16. – P.13-30



Summary

Current concepts of etiology and pathogenesis of chronic endometritis

N.N. Akhundova

Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Baku, Azerbaijan

According to recent sources of literature, there is a trend of increase in incidence of chronic endometritis, which is due to the widespread use of intrauterine devices, increasing the number of abortions, the use of different intrauterine manipulations, including endoscopic investigations.

Important role play the evolution of microbial factors of the immune, nervous, endocrine and other systems of the body, contributing to the development of oligosymptomatic and subclinical forms of inflammatory processes.

Key words: chronic endometritis, myometrium

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ахундова Нигяр Намик кызы – доцент кафедры акушерства и гинекологии НИИ акушерства и гинекологии; Азербайджан, г.Баку, ул. Ф.Юсифова, 29
E-mail: nica-ahundova@mail.ru

С.Х. Хакимова – основатель таджикской научной школы акушеров-гинекологов, одарённая личность, талантливый учёный

20 декабря 2014 года исполнилось 90 лет со дня рождения легендарной личности в истории отечественного здравоохранения – доктору медицинских наук, профессору Саъдинисо Хафизовне Хакимовой.

С.Х. Хакимова – первая таджичка – врач и хирург, первая и единственная в Центральной Азии член-корреспондент Академии медицинских наук СССР.

Саъдинисо Хакимова родилась 20 декабря 1924 года в г.Канибадаме Согдийской области. Характеризуя её детство можно уверенно сказать, что её природный дар и талант, а также интеллектуальные способности проявились ещё в самом раннем возрасте: в 5 лет она овладела латинским алфавитом и научилась читать, в 6 лет пошла в школу, в 10 лет – на подготовительные курсы, а затем – в медицинское училище. Эти годы были голодными и холодными, для всех, в том числе и для её семьи, но она самоотверженно трудилась и училась, помогала зарабатывать деньги, благодаря знанию русского языка.





После окончания училища российские учёные рекомендовали ей продолжить учёбу в I Московском ордена Ленина медицинском институте (МОЛМИ), но отец девочки был против. К её счастью, в 1939 году в Сталинабаде (ныне г. Душанбе) открылся Медицинский институт, куда и поступила Саъдинисо. Период её учёбы в институте совпал с началом Великой Отечественной войны. С маленьким ребёнком на руках Саъдинисо Хакимова, несмотря на большие трудности и невероятные препятствия в её жизни, в 19 лет успешно закончила вуз и, тем самым, увековечила себя в истории Таджикистана как первая студентка Таджикского государственного медицинского института (ТГМИ) и первая таджичка, получившая диплом специалиста врача-хирурга.

После 3-х лет практической работы хирургом, Саъдинисо в 1946 году была направлена в аспирантуру по акушерству и гинекологии в I МОЛМИ. Именно в этом престижном высшем учебном заведении Советского Союза ей посчастливилось успешно защитить сначала свою кандидатскую, а потом – докторскую диссертацию на тему «Некоторые особенности нейрогормональной регуляции сократительной деятельности матки в норме и патологии» под руководством Заслуженного деятеля науки РФ, профессора К.Н. Жмакина. Позже, восхищаясь её трудолюбием, он скажет: «С.Х. Хакимова, несомненно, одарённая личность. Верю, что мне не придётся раскаиваться. Более того, я верю в блестящее будущее Софьи (Саъдинисо – на русский лад) Хафизовны. Недалёк тот день, когда громко заговорят о ней».

Выступая на предварительном обсуждении диссертации С.Х. Хакимовой на апробации в качестве рецензента, профессор В.И. Бодяжина отметила: «Докторская диссертация С.Х. Хакимовой, особенно её литературный обзор, бесспорно, написан мастерски, подтверждая талант молодого учёного и неоспоримый прогресс её знаний в процессе работы над диссертацией. Интеллектуальный потенциал её огромен. Не могу не отметить, что за истекшие годы Софья Хафизовна на наших глазах совершила подвиг. Она сложилась как опытный специалист акушер-гинеколог. Софью Хафизовну не назовёшь иначе, как героической женщиной. Она, безусловно, достойный пример всем нам. Не могу не отметить, что среди учеников профессора К.Н. Жмакина и среди учёных акушеров-гинекологов страны её поколения, Сонечка Хакимова, пожалуй, самая талантливая. Не сомневаюсь, у неё большое будущее».

Защита докторской диссертации Саъдинисо Хакимовой состоялась на Большом учёном совете I МОЛМИ 9 июня 1958 года. Она держала экзамен на научную зрелость перед 64 всемирно известными учёными, в большинстве своём, действительными членами и член-корреспондентами АМН СССР. Доктору медицинских наук С.Х. Хакимовой тогда исполнилось всего лишь 33 года.

По возвращению на родину С.Х. Хакимова возглавила кафедру акушерства и гинекологии ТГМИ (ныне – университет) им. Абуали ибни Сино, где была бессменным лидером в течение 22 лет. На основании кафедры ею была создана Проблемная научно-исследовательская лаборатория «Патология женщины, врождённые и наследственные заболевания детей», которая в дальнейшем трансформировалась в Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и педиатрии (ныне – перинатологии).

С.Х. Хакимова с самого первого дня и до 1993 года была директором вышеназванного НИИ. Организация Проблемной научно-исследовательской лаборатории поз-волила приступить к детальной разработке ещё одной, гематологической проблемы, оставшейся белым пятном не только в акушерской науке, но и в гематологии – гемоглобинопатии у беременных. Именно эти исследования принесли профессору С.Х. Хакимовой немалую известность в научном мире.

Благодаря Саъдинисо Хафизовне, в Таджикистане уже в 1970 году сформировалась и громко заявила о себе научная и практическая школа, школа акушеров-гинекологов Таджикистана, известная как школа С.Х. Хакимовой. Популярность этой школы не только в стране, но и далеко за её пределами была отнюдь не случайной. Здесь разрабатывали современные и довольно злободневные для практического здравоохранения проблемы, а выпускаемые научные работы отличались необычайно высоким методическим уровнем.

По словам известного учёного, первого выпускника ТГМИ, профессора М. Расули (мир ему!) «С.Х. Хакимова прошла трудный путь, который был долгим, тернистым, полным ухабов и западней, но весьма интересным и поучительным для многих, особенно молодых, которым она давала и даёт путёвку в жизнь. Упрямо шла она по этому нелёгкому пути к достижению заветной цели: через медицину и науку к служению своему народу».



Профессором С.Х. Хакимовой подготовлены 9 докторов и 30 кандидатов медицинских наук, а через целевую аспирантуру в отраслевых научно-исследовательских институтах АМН СССР и Министерства здравоохранения СССР она способствовала подготовке ещё 37 кандидатов медицинских наук.

По убеждению С.Х.Хакимовой, подлинного исследователя и учёного во все века характеризовали предельная честность и чистоплотность во всём, особенно по отношению к науке, беспристрастность при интерпретации фактов, беззаветная любовь к самой науке, а не к её лаврам; подлинным учёным может стать только тот, кто входит в светлый храм науки с чистой совестью, чистыми помыслами и делает науку чистыми руками.

С.Х. Хакимова имеет широкий диапазон знаний не только в области медицины, но и в философии и истории, в лингвистике. Она является знатоком литературы и любительницей классической музыки. Научный успех Саъдинисо Хафизовны обеспечили необычайная эрудиция, обширность научных интересов, неординарный подход к выбору научных тем, важность их для практического родовспоможения, высокий методический уровень выполненных исследований, необычная интерпретация результатов исследований. Это те качества, которые отличают основателя таджикской научной школы акушеров-гинекологов – профессора Саъдинисо Хакимову.

**Академик М.Ф. Додхоева,
заведующая кафедрой
акушерства и гинекологии
ТГМУ им.Абуали ибни Сино**

**Хакимова Саъдинисо Хафизовна
в историю отечественной
школы акушеров-гинекологов
вошла как одна из крупных и
ярких представителей. Вся её
сознательная деятельность –
блестящий пример органического
сочетания науки, теории и
практики.**

**Жизненный и творческий путь
Саъдинисо Хафизовны является об-
разцом самоотверженного служения
своему народу и Отечеству.**

**В этот прекрасный день от всей
души поздравляем Саъдинисо
Хафизовну с юбилеем – 90-летием!
Желаем крепкого здоровья,
личного счастья, благополучия и
творческого долголетия.**

*Ректорат ТГМУ им.Абуали ибни Сино
Редакция научно-медицинского
рецензируемого
журнала «Вестник Авиценны»
(«Паёми Сино»)*



Академику Ревазу Исмаиловичу Сепиашвили – 60 лет



24 января 2015 года исполняется 60 лет со дня рождения Реваза Исмаиловича Сепиашвили — видного грузинского и российского учёного, признанного во всём мире, одного из ведущих специалистов в области иммунологии и аллергологии, иммунофизиологии и иммунореабилитологии, Президента Всемирной организации по иммунопатологии, Президента Союза аллергологов и иммунологов СНГ, Президента Союза физиологических обществ стран СНГ, директора Института иммунофизиологии в Москве и Национального института аллергологии, астмы и клинической иммунологии Академии наук Грузии в Цхалтубо, заведующего кафедрой аллергологии и иммунологии Российского университета дружбы народов, доктора медицинских наук, профессора, академика Академии наук Грузии.

Р.И. Сепиашвили родился в семье служащих. В 1971 году окончил среднюю школу в Кутаиси и поступил на первый курс лечебного факультета Кубанского медицинского института им. Красной Армии в Краснодаре. С 1978 по 1982 гг. учился в заочной аспирантуре и одновременно работал в должности младшего, а затем старшего научного сотрудника кафедры патофизиологии этого института, возглавляемой профессором Ростиславом Борисовичем Цынкаловским.

С 1984 года Р.И. Сепиашвили возглавил организованный им Иммунологический центр в Цхалтубо. В ноябре 1989 года Р.И. Сепиашвили успешно провёл I Всесоюзный съезд иммунологов в Сочи (Дагомысе), на котором он, по предложению академика Р.В. Петрова, был избран членом Правления, Президиума и вице-президентом Всесоюзного научного общества иммунологов.

Р.И. Сепиашвили был инициатором создания в 1990 году в Цхалтубо Научно-исследовательского института аллергологии и клинической иммунологии Академии наук Грузии, который под его руководством за 25 лет стал одним из ведущих научных учреждений.



В 1995 году по инициативе Р.И. Сепиашвили и при поддержке Московского Правительства в Москве был организован Институт иммунофизиологии, директором которого он является по настоящее время.

Вся научная деятельность Р.И. Сепиашвили связана с изучением различных механизмов физиологии иммунной системы и научным обоснованием постулата о том, что «иммунная система является одной из главных физиологических регулирующих систем организма, обеспечивающих поддержание генетического постоянства его внутренней среды».

В 1982 году он успешно защитил диссертацию на соискание учёной степени кандидата медицинских наук на тему: «Характеристика и механизмы развития ранней фагоцитарной реакции нейтрофильных лейкоцитов по данным филогенеза и неонатального онтогенеза». В 1989 году в Институте иммунологии МЗ РФ им была защищена диссертация на соискание учёной степени доктора медицинских наук, а уже в 1990 году ВАК СССР ему было присвоено звание профессора.

Одним из главных направлений научной деятельности академика Р.И. Сепиашвили стало изучение физиологических основ иммунной системы мозга и цереброспинальной жидкости.

Исследования Р.И. Сепиашвили, проведённые совместно с профессором Ю.А. Малашиха, привели к обнаружению в спинномозговой жидкости (СМЖ) иммунокомпетентных лимфоцитов, их субпопуляций и иммуноглобулинов разных классов, и, тем самым, была заложена основа новому иммунофизиологическому направлению в исследованиях СМЖ. Также впервые ими была выдвинута гипотеза об автономности иммунной системы мозга. Полученные клинико-экспериментальные данные были использованы в написании руководства «Нейроиммунопатология».

Научные исследования Р.И. Сепиашвили (1984-1999) заложили основу совершенно нового направления медицинской науки – иммунореабилитологии, основоположником и признанным лидером которой он является. Это направление имело широкое практическое внедрение как в России и других странах СНГ, так и за рубежом.

В 2001 году Р.И. Сепиашвили впервые было дано определение понятию «иммунотропные препараты», разработаны показания и противопоказания, а также рекомендации по их использованию, предложена первая классификация иммуноотропных препаратов, удобная для практического применения.

Р.И. Сепиашвили и его учениками проведены научные исследования по изучению физиологии дыхательной системы и патогенетических механизмов развития одной из самых распространённых как

среди взрослых, так и среди детей болезней – бронхиальной астмы и других хронических неспецифических заболеваний лёгких.

Результаты исследований легли в основу монографий и многотомных руководств, изданных на английском языке в одних из самых известных и престижных издательств мира «Monduzzi Editore» и «Oxford Press»:

- «Asthma: From Genes to Clinical Management» (2003);
- «Advances in Research & Management of Asthma and COPD» (2004);
- «New Horizons in Allergy, Asthma and Immunology» (2009);
- «Advances in Allergy, Asthma & Immunology: From Basic Science to Clinical Management» (2010);
- «Allergy, Asthma & Immunology: From Genes to Clinical Application» (2011);
- «Allergy, Asthma & Immunophysiology: From Basic science to Clinical Application» (2012);
- «Allergy, Asthma & Immunophysiology: From Basic Science to Clinical Management» (2013);
- «Allergy, Asthma & Immunophysiology: From Gene to Clinical Management» (2014);
- «Asthma: Comorbidities, Coexisting Conditions & Differential Diagnosis» (2014).

Под редакцией Р.И. Сепиашвили были также изданы: «Руководство по лечению и профилактике астмы» (GINA–2000), «Лечение аллергического ринита и его влияние на астму» (ARIA–2003), «Карманное руководство по лечению и профилактике бронхиальной астмы у детей» (GINA–2003), «Краткий справочник по лечению и профилактике бронхиальной астмы» (GINA–2007), «Краткий карманный справочник по диагностике и лечению аллергического ринита» (ARIA–2007), «Белая книга WAO по аллергии» (2011), «Краткое руководство «Анафилаксия» (2014).

Как один из ведущих международных экспертов по астме, Р.И. Сепиашвили был включён в рабочую экспертную группу Международного Олимпийского комитета «Астма и спорт», первое заседание которого состоялось в Монте-Карло в апреле 2002 года. В составе экспертной группы Всемирной организации по аллергии (WAO) он участвовал в разработке и публикации основополагающего руководства по сублингвальной специфической иммунотерапии (2009).

Р.И. Сепиашвили опубликовано более 380 научных работ в российской и зарубежной периодической печати, издано множество учебно-методических и клинических рекомендаций для студентов, врачей и биологов. Им написаны первая в СССР книга по СПИДу (1987), учебное руководство по иммунологии. Под его редакцией изданы 27 монографий, учебных пособий, научных трудов по проблемам физиологии и патологии иммунной системы, в том числе за по-



следние годы вышли: «Основы физиологии иммунной системы», «Нейроиммунопатология», «Физиология естественных киллеров». Р.И. Сепиашвили автор научного открытия и нескольких изобретений.

Р.И. Сепиашвили активно участвует в подготовке высококвалифицированных научных кадров. По его инициативе в 2005 году была основана кафедра аллергологии и иммунологии Российского университета дружбы народов, заведующим которой он является со дня её основания. По его инициативе в РУДН была открыта аспирантура и докторантура по специальности «Аллергология и иммунология».

Более 10 лет Р.И. Сепиашвили является председателем диссертационного совета по защите докторских и кандидатских диссертаций при РУДН по специальностям: 14.01.10 – «Кожные и венерические болезни»; 14.03.09 – «Клиническая иммунология, аллергология».

Под руководством Р.И. Сепиашвили подготовлено и защищено 10 докторских и 22 кандидатских диссертаций.

Активную научную и педагогическую работу Р.И. Сепиашвили сочетает с не менее активной научно-организационной деятельностью.

Он внёс значительный вклад в признание российской аллергологии и иммунологии в международном сообществе.

В 1999 году Р.И. Сепиашвили был избран председателем Союза аллергологов и иммунологов СНГ, а в декабре 2002 года – президентом Всемирной организации по иммунопатологии. В июле 2003 года он был избран членом Исполкома Всемирной ассоциации по астме. В 2003 году Р.И. Сепиашвили стал одним из инициаторов создания, вице-президентом и исполнительным директором Союза физиологических обществ стран СНГ, Президентом которого был избран в 2011 году. С 2004 года Р.И. Сепиашвили является членом Президиума Российского научного общества иммунологов и членом бюро Центрального Совета Всероссийского физиологического общества им. И.П. Павлова. В 2010 году он был избран Президентом Грузинской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов.

В знак признания его заслуг и научных достижений, академику Р.И. Сепиашвили присвоено звание почётного профессора Краснодарского, Тбилисского, Новосибирского, Ростовского, Кишиневского, Тюменского, Алматинского медицинских университетов, Батумского университета.

В 2002 году Р.И. Сепиашвили был избран академиком Академии наук Грузии.

Р.И. Сепиашвили является членом ведущих международных научных обществ (АССАИ, ААААИ, АССР, АТС, ЕААЦИ, ИУИС, ЕФИС, ЕРС, ФОСИС, ВАО), а также действительным членом Вашингтонской и Нью-Йоркской академий наук.

В 2003 году он был избран первым среди российских учёных почётным членом Американской академии аллергологии, астмы и иммунологии (Fellow of the American Academy Allergy, Asthma & Immunology -FAAAI), а в 2009 году – почётным членом Американского колледжа торакальных докторов (Fellow of the American College Chest Physicians -FACCP).

В 2011 году Р.И. Сепиашвили был избран почётным членом Американского колледжа Аллергии, Астмы и Иммунологии (Fellow of the American College Allergy, Asthma & Immunology (FACAAI) и Золотым членом Европейского респираторного общества (ERS).

На протяжении многих лет Р.И. Сепиашвили является экспертом Всемирной организации здравоохранения, а с 2003 по 2013 годы был членом экспертного совета ВАК РФ.

Р.И. Сепиашвили — основатель и главный редактор пяти научных журналов:

- «International Journal on Immunorehabilitation», издаваемого на русском и английском языках с 1994 года;
- «Аллергология и иммунология» – с 2000 года;
- «Астма» – с 2000 года; (решением ВАК Министерства образования и науки РФ все указанные журналы включены в список изданий, в которых ВАК рекомендует публиковать основные результаты работ по кандидатским и докторским диссертациям, и рецензируются в РИНЦ);
- «Вестник Союза физиологических обществ стран СНГ» – с 2011 года.

По инициативе Р.И. Сепиашвили совместно с Всемирной организацией по аллергии с 2005 года издаётся «Journal Allergy and Clinical Immunology International (Journal of the World Allergy Organization)» на русском языке, главным редактором которого он является.

Кроме того, Р.И. Сепиашвили в 2001 году был приглашён главным редактором одного из авторитетных журналов издательства «Elsevier» – «Clinical and Applied Immunology Reviews».

Р.И. Сепиашвили является членом редакционной коллегии ряда отечественных и зарубежных журналов: «Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии», «Российский иммунологический журнал», «Иммунология», «Цитокины и воспаление», «Иммунопатология, аллергология, инфектология» (Беларусь), «Аллергология и клиническая иммунология» (Азербайджан), «Физиология» (Казахстан), «Journal of the World Allergy Organization», «International



Archives of Allergy and Immunology», «Journal of Immunopathology and Clinical Immunology».

Заслуги Р.И. Сепиашвили перед наукой известны во всём мире и были признаны международным научным сообществом.

Р.И. Сепиашвили награждён Орденом Чести (1999), Золотой медалью им. И.П. Павлова (2004), Бриллиантовой звездой «Орден Петра Великого» II степени за выдающиеся заслуги и личный вклад в развитие медицины и здравоохранения (2005), премией «Профессия – Жизнь» (2006), как выдающийся деятель в области медико-биологических наук, Бриллиантовым иммуноглобулином Американской академии аллергологии, астмы и иммунологии (2007), а также многими медалями и дипломами.

В 2012 году Российское научное общество иммунологов наградило Р.И. Сепиашвили Золотой медалью имени И.И. Мечникова и дипломом за выдающиеся достижения в области иммунологии. В этом же году академик Р.И. Сепиашвили первым из российских учёных получил одну из самых престижных и почётных наград – высшую награду American College of Allergy, Asthma & Immunology – ACAAI International Distinguished Fellow Award.

Наряду с энциклопедическими знаниями, особо хотелось бы отметить уникальные человеческие качества Реваза Исмаиловича — безграничную доброту, порядочность, широту души, сострадание и готовность всегда первым прийти на помощь, даже в самых сложных жизненных ситуациях. Вызывает восхищение его почитание, уважение и преданность своим Учителям, а также память о тех, кто в какую-то минуту его жизни был рядом с ним. За многие годы совместной работы он стал настоящим другом и Учителем не только для сотрудников и учеников, но и для многих учёных, которым он безвозмездно передавал свои научные идеи и знания.

Трудно найти такого учёного, видного общественно-го деятеля, который за столь короткий жизненный период стал не только одним из ведущих учёных мира и признанным лидером в области иммунологии и аллергологии, физиологии иммунной системы, основоположником нескольких научных направлений, но и смог создать «с нуля» и возглавить два научно-исследовательских института, кафедру, пять научных журналов, диссертационный совет, несколько международных научных обществ, чей жизненный путь – пример личной скромности, самоотверженности и преданности науке, созидания и консолидации учёных мира на благо науки и здоровья человечества.

В настоящее время заключён договор между кафедрой нормальной физиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино и кафедрой аллергологии и иммунологии Российского университета дружбы народов (зав. кафедрой – д.м.н., профессор Р.И. Сепиашвили). В рамках этого договора планируется провести совместное научное исследование по изучению особенностей иммунного и вегетативного статуса жителей высокогорных районов РТ. Кроме того, планируется подготовка высококвалифицированных специалистов на факультете повышения квалификации.

***Блажен, кто сможет на земном пути
Сокровища познаний припасти***

Вся деятельность Реваза Исмаиловича красноречиво свидетельствует о том, что он действительно припас и приумножил сокровища в области знаний по иммунологии и аллергологии, иммунофизиологии и иммунореабилитологии.

***Ф.А. Шукуров,
доктор медицинских наук, профессор
заведующий кафедрой нормальной физиологии
ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
вице-президент Союза физиологических
обществ стран СНГ***

***Ректорат ТГМУ им.Абуали ибни Сино
и коллектив научно-медицинского
рецензируемого журнала «Вестник
Авиценны» («Паёми Сино») сердечно
поздравляют доктора медицинских
наук, профессора, академика Академии
наук Грузии Реваза Исмаиловича
Сепиашвили с 60-летием!***

***Желаем крепкого здоровья,
благополучия, успехов в дальнейшей
реализации идей и планов, больших
творческих открытий и личного
счастья.***

Памяти профессора Г.Л.Медника

28 сентября 2014 года исполнилось бы 90 лет одному из выдающихся среди плеяды известных учёных Таджикского государственного медицинского института (ТГМИ) имени Абуали ибни Сино (70-80 гг. XX в.), основателю таджикской школы фармакологов, доктору медицинских наук, профессору Григорию Львовичу Меднику.

Григорий Львович Медник родился 28 сентября 1924 года в г.Одессе. В 1942 году был слушателем Куйбышевской военно-медицинской академии, а после её реформирования направлен в Киевское военно-медицинское училище, которое окончил в 1943 году. С 1943 по 1944 гг. участвовал в боях Великой Отечественной войны в качестве командира санитарного взвода.

После окончания Одесского медицинского института имени Н.И. Пирогова (1944-1947гг.) был оставлен в аспирантуре на кафедре фармакологии, где занимался изучением фармакологического действия роданидов. В 1952 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «К вопросу о фармакологическом действии роданидов на сердечно-сосудистую систему».

Около 30 лет Г.Л.Медник жил и плодотворно трудился на таджикской земле. С 1953 до 1982 гг. Григорий Львович бессменно заведовал кафедрой фармакологии ТГМИ им.Абуали ибни Сино. Являясь талантливым лектором, Г.Л.Медник постоянно совершенствовал методику преподавания фармакологии. Замечательный педагог и воспитатель, отзывчивый и принципиальный товарищ, профессор Г.Л.Медник пользовался заслуженным авторитетом и уважением коллег и студентов. Он был учёным, обладающим огромными знаниями во всех областях как теоретической, так и практической медицины. Человек огромной души, открытый на встречу всем и каждому, кто с ним хоть раз соприкасался, таким нам запомнился Григорий Львович.

Круг его научных интересов был широк – это вопросы изучения различных фармакологических средств на воспалительный процесс, углубление представления о механизмах противовоспалительного действия лекарственных веществ, изучение особенностей патологии





организма в условиях высокогорья, жаркого климата и других факторов, свойственных нашему региону.

Защитив в 1966 году докторскую диссертацию, посвящённую изучению влияния кортизона и АКТГ на барьерные механизмы здорового человека и при воспалении,

Г.Л.Медник со своими учениками продолжал до последних дней своей жизни разрабатывать эту важную тематику с изучением противовоспалительных свойств препаратов различных фармакологических групп.

Профессор Г.Л.Медник более 20 лет возглавлял научно-практическое общество фармакологов Таджикской ССР, он воистину является основателем школы фармакологов. Его ученики, ныне ведущие учёные-фармакологи: академик АН РТ, профессор К.Х.Хайдаров, академик инженерной академии РТ, профессор Ю.Н.Нуралиев, профессор Б.А.Ишанкулова, доктора медицинских наук – Л.Г.Стамова, С.А.Алимова, кандидаты медицинских наук, доценты – Л.Г.Постржигач, М.Г.Усманова, Л.М.Рафиева, С.А.Губерман, М.М.Бобоходжаев и сотни врачей других специальностей, работающих в РТ, в СНГ и в дальнем зарубежье. Он внёс большой вклад в развитие медицинской науки. Под его руководством защищено 16 диссертаций. Но количество диссертационных работ, диссертантам которых Григорий Львович постоянно оказывал консультативную помощь, значительно больше. Его перу принадлежит более 150 научных работ, он неоднократно выступал на республиканских и всесоюзных съездах и конференциях.

Нельзя не отметить содержательные обзорные научные статьи профессора Медника Г.Л. об иммунопатологии, которые до сих пор не потеряли свою научную значимость и в совокупности могли стать монографией, если бы так рано не оборвалась его жизнь.

Г.Л. Медник стоял у истоков клинической фармакологии, внедряя преподавание этой дисциплины студентам субординаторам.

Г.Л.Медник принимал активнейшее участие в общественной жизни республики.

Руководимая им кафедра, постоянно оказывала консультативную помощь Главному аптечному управлению республики и аптекам, Бюро главной судебно-медицинской экспертизы Таджикской ССР. Многие годы Григорий Львович являлся председателем комиссии по координации научной деятельности по проблеме «Изучения и применения лекарственного сырья», председателем проблемной экспертной комиссии ТГМИ, членом редколлегии «Окна сатиры», заместителем председателя бюро медицинской секции общества по распространению научных и политических знаний, председателем методической комиссии института, учёным секретарем УМС Министерства здравоохранения Таджикской ССР, членом редакционного совета журнала «Здравоохранение Таджикистана», главным токсикологом Минздрава Таджикской ССР. С 1970 года в течение 12 лет был бессменным учёным секретарём ТГМИ, в круг деятельности которого входила и координация работы диссертационных советов.

Г.Л.Медник – участник и инвалид Великой Отечественной войны, награждён медалями «За боевые услуги», «За победу», «20 лет победы над Германией». За многолетнюю многогранную деятельность профессор Л.Г.Медник награждён значками «Отличник здравоохранения», «Отличник народного образования», «За доблестный труд», юбилейной медалью «За отличные успехи в работе».

Г.Л.Медник был большим тружеником и энтузиастом, обладал большим кругозором и энциклопедическим умом, был честным, добросовестным, человеком большого обаяния. Его ученики чтут память своего любимого учителя.

Несмотря на то, что научное направление кафедры изменилось и более 15 лет сотрудники занимаются изучением и разработкой лекарственных препаратов на основе растительного сырья Таджикистана, однако научные традиции, которые заложил Г.Л.Медник, находят и ныне достойное продолжение в работе кафедры фармакологии ТГМУ им.Абуали ибни Сино.



Правила приёма статей

При направлении статьи в редакцию журнала «Вестник Авиценны» («Паёми Сино») автору необходимо строго соблюдать следующие ПРАВИЛА:

1. Статья должна быть набрана на компьютере с использованием программы MS Word 2007; шрифтом 12 Times New Roman, через 1,5 интервала и распечатана в двух экземплярах на одной стороне листа с обязательным представлением электронной версии статьи на компакт-диске (CD).
2. В начале указываются название статьи, инициалы и фамилия автора, юридическое название учреждения. Если количество авторов больше 5, то необходимо указать доленое участие каждого из них в данной статье.
3. **Оригинальная статья** должна включать следующие разделы: реферат (резюме), ключевые слова (от 2 до 5 слов), актуальность (объёмом не более 1/2 страницы) или введение, цель, материал и методы, результаты и их обсуждение, выводы, список литературы, адрес для корреспонденции. Её объём не должен превышать 5-8 страниц. Реферат (резюме) должен отражать в сжатой форме содержание статьи. Также необходимо предоставить резюме и ключевые слова на английском языке.
4. Все формулы должны быть тщательно выверены. При наличии большого количества цифровых данных, они должны быть сведены в таблице.
5. Иллюстрации должны быть чёткими, конкретными, с обязательным пояснением и нумерационным (буквенным или цифровым) обозначением в подрисуночных подписях.
6. Список литературы для оригинальных статей должен включать не более 20 названий. Нумерация источников литературы определяется порядком их цитирования в тексте. За правильность данных ответственность несут только авторы.
7. Адрес для корреспонденции включает: место работы и должность автора, адрес, контактный телефон и электронную почту.
8. **Обзорная статья** должна быть написана ёмко, ясно и конкретно. Литературная справка должна содержать сведения, относящиеся только к обсуждаемому вопросу. Её объём не должен превышать 12 страниц.
9. Библиографические ссылки для обзорных статей необходимо оформлять в соответствии с правилами ГОСТа 7.1-2003 и должны включать не более 50 названий. В тексте они должны указываться цифрами в квадратных скобках.
10. **Статьи, посвящённые описанию клинических наблюдений** не должны превышать 5 страниц и не более 10 ссылок. Клиническое наблюдение - небольшое оригинальное исследование или интересный случай из практики.
11. Следует соблюдать правописание, принятое в журнале, в частности, обязательное обозначение буквы «ё» в необходимых местах текста.
12. Рецензии на статьи будут оцениваться по карте рецензии рукописи. Рецензент несёт ответственность за рецензируемую работу.
13. Статья должна быть заверена руководителем учреждения или кафедры и иметь направление научной части ТГМУ.
14. В одном номере журнала может быть опубликовано не более 2-х работ одного автора.
15. Плата с аспирантов за публикацию рукописей не взимается.
16. Ранее опубликованные в других изданиях статьи не принимаются.
17. Редакция оставляет за собой право на рецензирование и редактирование статьи.

**Статью следует направлять по адресу: 734025, Республика Таджикистан,
г. Душанбе, пр. Рудаки - 139, ТГМУ имени Абуали ибни Сино, главный корпус,
редакция журнала «Вестник Авиценны» («Паёми Сино»)**

Сдано в печать 24.12.2014 г. Подписано к печати 27.12.2014 г.
Печать офсетная. Бумага офсетная. Формат 60x84 1/8. 9,75 печатный лист.
Заказ №67. Тираж 300 экз.

Отпечатано в типографии ООО «Континент.tj»
г. Душанбе, ул. Дехлави - 24