ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Сардабир
У.А. ҚУРБОНОВ
узви вобастаи АИТ ВТҲИА ҶТ
д.и.т., профессор, ректори ДДТТ

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.* (беморихои 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)

ШӮРОИ 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)*
А.Т. Амирасланов – *академики АИТ РФ ва АМИА (Боку, Озарбойҷон)*
Ю.И. Пиголкин – *узви вобастаи АИТ ФР (Москва, Россия)*
С.Х. Ал-Шукри – *д.и.т., профессор (Санкт-Петербург, Россия)*
М. Миршоҳӣ – *профессор (Париж, Франсия)*
А.В. Гейнитс - *д.и.т., профессор (Москва, Россия)*
А.В. Гулин - *д.и.т., профессор (Москва, Россия)*
К.М. Қурбонов – *академики АИТ ВТҲИА ҶТ (Душанбе)*
А.Ҷ. Ғоибов – *узви вобастаи АИТ ВТҲИА ҶТ (Душанбе)*
Д.З. Зикиряхоҷаев – *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

№3(64)/2015

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

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

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор
У. А. КУРБАНОВ
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. Додхоева - *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)*
А.Т. Амирасланов – *академик РАМН и НАНА (Баку, Азербайджан)*
Ю.И. Пиголкин – *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)*
К.М. Курбонов – *академик АМН МЗСЗН РТ (Душанбе)*
А.Дж. Гаибов – *член-корр. АМН МЗСЗН РТ (Душанбе)*
Д.З. Зикиряходжаев – *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.

№3(64)/2015

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

ХИРУРГИЯ

Курбанов У.А., Давлатов А.А., Джанобилова С.М., Холов Ш.И.
Хирургическое лечение послеожоговых рубцов лица с контрактурой периоральной области 7

Сараев А.Р., Курбонов К.М., Полвонов Ш.К., Халимов Д.С.
Прогнозирование исхода и выбор лечебной тактики при распространённом перитоните 16

Раззоков А.А., Салимов Н.Ф., Ансори Дж.Б.
Совершенствование хирургической помощи при доброкачественных опухолях
и опухолеподобных заболеваниях костей 20

Ходжамурадов Г.М., Шаймонов А.Х., Тухтаев Ф.М.
Восстановление нормальной анатомии мышц мягкого нёба при его врождённой расщелине 28

Икромов М.К., Азизов К.Н.
Наш опыт хирургического лечения юношеской ангиофибромы основания черепа 32

Мусоев Д.С.
Остеосинтез при лечении диафизарных переломов длинных трубчатых костей у детей 37

Гаджимурадов К.Н., Асадов Р.М.
Концентрация гормонов симпато-адреналовой системы в зависимости
от вида анестезии при абдоминальном родоразрешении 42

Ходжамуродова Д.А., Хайридинова С.С., Нарзуллаева З.Р., Косимова С.И.
Синдром поликистозных яичников у женщин с бесплодием, диагностика клинико-гормональных
и новых эхографических критериев 47

Юлдошева М.У., Додхоева М.Ф., Давлятова М.Ф.
Заболевания шейки матки у женщин, перенёсших кесарево сечение 51

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Кодиров А.Р., Саидов Н.С.
Успешное хирургическое лечение больного с «гигантской» гормонально-неактивной
аденомой левого надпочечника 57

ТЕРАПИЯ

Мустафакулова Н.И., Ганиева М.П., Меликова Т.И., Уроков К.З.
Особенности течения основных форм нейролейкемии у пациентов с острыми лейкозами
в Республике Таджикистан 61

Абдуллаев В.А.
Влияние фармакотерапии на биоэлектрическую активность сердца у больных ХОБЛ
в сочетании с ИБС 66

Алимова Н.А., Шарипова Х.Ё., Султонов Х.С., Негматова Г.М., Сохибов Р.Г.
Приверженность мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной
артериальной гипертонией к выполнению врачебных рекомендаций 71

Махмудов Х.Р., Саидов Ё.У., Зубайдов Р.Н.
Оценка эффективности применения метотрексата у больных с ревматоидным артритом
в свете имплементации стратегии «Treat to Target» в реальной клинической практике 77

Назарова М.К.
Эффективность применения внутривенного лазерного облучения крови в комплексном лечении
больных с ХОБЛ в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью 83

Рахмонов Р.А., Исоева М.Б., Джалолова М.Дж., Тоджиддинов Т.Б.
Клинические особенности и основные факторы риска начальных форм цереброваскулярной болезни 88

Рахмонов Э.Р., Хурсанов Н.М., Воронецкая К.Р., Турсунов Р.А.
Влияние антиретровирусной терапии на электрическую систолу желудочков сердца у больных ВИЧ-инфекцией 93

Ахкубекова Н.К., Ефименко Н.В.
Санаторно-курортная реабилитация больных с остеопеническим синдромом, ассоциированным с функциональной гиперпролактинемией 97

Камилова Г.И., Ашурова Н.С., Чудинов А.В., Гаибова М.Г.
Основные факторы, обусловливающие первичную инвалидность населения Республики Таджикистан 102

Исаева Б.Э.
Сравнительная оценка эффективности различных методов лечения тромбоцитопений у детей 107

Исмоилов К.И., Давлатов С.Т., Исмоилова М.А.
Особенности клинико-гемостатического проявления и корригирующей терапии при пневмонии у детей первого года жизни 111

Артыкова Т.К., Исмаилов К.И.
Перекисное окисление липидов и антиоксидантная защита организма у детей с вегето-сосудистой дистонией 117

Рахимова У.Х., Косимов О.И., Умарова З.К.
Особенности клинико-иммунологического течения атопического дерматита у детей 121

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Салимов Н.Ф., Раззоков А.А.
Результаты изучения мнения пациентов при применении различных форм организации лечебно-диагностического процесса при травмах и ортопедической патологии 127

Сазанов В.В., Ратманов М.А., Васильева Т.П., Осипов М.Ю., Назарова С.И., Чумаков А.С.
Личностно-трудовой портрет врачей, оказывающих медицинские услуги по профилактике соматических заболеваний, являющихся факторами риска нарушения репродуктивной функции у мужчин 132

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Зубайдов Т.Н., Гулов М.К.
Хирургическое лечение сложных форм эпителиального копчикового хода 138

Анварова Ш.С. , Пирматова М.А.
Состояние метаболизма костной ткани при синдроме гиперпролактинемии 144

АВИЦЕННОВЕДЕНИЕ

Нуралиев Ю.Н., Шарофова М.У., Сагдиева Ш.С.
О сущности и тяжёлых последствиях тактики терапии сахарного диабета по принципу «подобное подобным» 151

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

Профессору Д. Урунбаеву – 75 лет 157

Светоч таджикской химической науки (Посвящается 70-летию профессора Ю. Ходжибоева) 158

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Правила приёма статей 160

CONTENTS

SURGERY

Kurbanov U.A., Davlatov A.A., Janobilova S.M., Kholov Sh.I.
Surgical treatment of post-burn face scars with perioral area contracture 7

Saraev A.R., Kurbanov K.M., Polvonov Sh.K., Halimov D.S.
Results forecasting and choice of therapeutic tactics in generalized peritonitis 16

Razzokov A.A., Salimov N.F., Ansori J.B.
Improvement of surgical care in benign tumors and tumor-like diseases of bones 20

Khojamuradov G.M., Shaimonov A.K., Tukhtaev F.M.
Restoration of normal anatomy of the soft palate muscle in congenital cleft 28

Ikromov M.K., Azizov K.N.
Our experience of surgical treatment of juvenile angiofibroma located in the skull base 32

Musoev D.S.
Osteosynthesis in treatment of diaphyseal fractures of long bones in children 37

Gadzhimuradov K.N., Asadov R.M.
Hormone concentration of sympathoadrenal system depending on type of anesthesia for abdominal delivery 42

Khojamurodova J.A., Hairydinova S.S., Narzullaeva Z.R., Kosimova S.I.
Polycystic ovary syndrome in women with infertility, diagnostics of clinical- hormonal and new ultrasonographic criterias 47

Yuldosheva M.U., Dodkhoeva M.F., Davlyatova M.F.
Cervical disease in women who underwent cesarean section 51

CLINICAL OBSERVATION

Kodirov A.R., Saidov N.S.
Successful surgical treatment of patients with «Giant» hormonally inactive left adrenal gland adenomas 57

THERAPY

Mustafakulova N.I., Ganieva M.P., Melikova T.I ., Urokov K.Z.
Currency features of basic forms of neuroleukemia in patients with acute leukemias in Tajikistan 61

Abdullayev V.A.
Influence of pharmacotherapy on bioelectric heart activity in patients with COPD concurrent with CHD 66

Alimova N.A., Sharipova Kh.Yo., Sultonov H.S., Negmatova G.M., Sohibov R.G.
Commitment of middle - aged men with mild to moderate arterial hypertension to implementation of medical recommendations 71

Makhmudov H.R., Saidov Yo.U., Zubaidov R.N.
Evaluation of methotrexate use for patients with rheumatoid arthritis during implementation of «Treat to Target» strategy in real clinical practice 77

Nazarova M.K.
Effectiveness of intravenous laser irradiation of blood in complex treatment of chronic obstructive pulmonary disease combined with gastroesophageal reflux disease 83

Rakhmonov R.A., Isoeva M.B., Jalolova M.J., Tojiddinov T.B.
Clinical features and main risk factors of initial form of cerebrovascular disease 88

Rakhmonov E.R., Khursanov N.M., Voronetskaya K.R., Tursunov R.A.
Influence of antiretroviral therapy on the electrical ventricular systole in patients with HIV infection 93

Akhkubekova N.K., Efimenko N.V.
Sanatorium-and-spa rehabilitation of patients with osteopenia syndrome,
associated with functional hyperprolactinemia 97

Kamilova G.I., Ashurova N.S., Chudinov A.V., Gaibova M.G.
Main factors determining primary disability in the Republic of Tajikistan 102

Isayeva B.E.
Comparative evaluation of different methods of treatment thrombocytopenia in children 107

Ismoilov K.I., Davlatov S.T., Ismoilova M.A.
Clinical features of hemostatic manifestations and corrective therapy
for pneumonia children first year of life 111

Artykova T.K., Ismailov K.I.
Lipid peroxidation and antioxidant protection in children with vegetative-vascular dystonia 117

Rahimova U.H., Kosimov O.I., Umarova Z.K.
Features of clinical and immunological course of atopic dermatitis in children 121

PUBLIC HEALTH AND HEALTHCARE

Salimov N.F., Razzokov A.A.
Results of opinion patient study in using various forms of organization of clinical processes
in trauma and orthopedic pathology 127

Sazanov V.V., Ratmanov M.A., Vasilieva T.P., Osipova M.Yu., Nazarova S.I., Chumakov A.S.
Personality labor portrait of a doctors providing medical services for the prevention of somatic diseases,
being risk factor in impaired reproductive function in men 132

LITERATURE REVIEW

Zubaidov T.N., Gulov M.K.
Surgical treatment of complicated forms of epithelial coccygeal fistula 138

Anvarova Sh.S., Pirmatova M.A.
State of bone metabolism in hyperprolactinemia syndrome 144

AVICENNA SCIENCE STUDIES

Nuraliev Yu.N., Sharofova M.U., Sagdieva Sh.S.
Essence and severe consequences of therapy tactics of diabetes mellitis by principle «like cures like» 151

ANNIVERSARIES

To Professor D. Urunbaev – 75 years 157

A leading light in tajik chemical science (Dedicated to the 70th anniversary of professor Yu. Hojiboev) 158

INFORMATION FOR AUTHORS

Rules of admission papers 160

Хирургическое лечение послеожоговых рубцов лица с контрактурой периоральной области

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

В работе приведён опыт хирургического лечения послеожоговых рубцов лица с контрактурой периоральной области у 52 больных. Выделены 3 клинических варианта этих контрактур и, в зависимости от них, предложены оптимальные способы оперативных вмешательств. В арсенал способов операций вошли модифицированные способы Z-пластики, перемещение местных и регионарных лоскутов, пересадка полнослойных кожных трансплантатов. Тщательный выбор способа и объёма оперативного вмешательства во всех 46 наблюдавшихся случаях в отдалённом периоде (от 6 месяцев до 8 лет) позволил достигнуть хороших и удовлетворительных результатов.

Ключевые слова: послеожоговые рубцы лица, микростомия, рубцовое сращение угла рта, рубцы периоральной области

Актуальность. Хирургическое лечение больных с последствиями ожогов продолжает оставаться одной из актуальных и самых сложных проблем в реконструктивной и пластической хирургии. А.А. Алексеев с соавт. (2002) считают правомочным назвать ожоги современной травматической эпидемией густонаселённых городов и промышленно-развитых стран мира [1].

По данным Piccolo P.P. et al. (2006), ожоги лица составляют 20% среди всех больных с ожогами. При этом глубокие ожоги лица и шеи сопровождаются деформациями в виде рубцового выворота век, сужения ротового отверстия, разрушения носа и ушных раковин, приращения подбородка к груди [2].

Образование рубцовой микростомии является тяжёлым последствием ожога лица. Её образованию способствует сложный механизм патогенеза, в котором, с одной стороны, участвуют физиологические процессы рубцевания, с другой – химические факторы (ферменты, входящие в состав слюны) и бактериальные агенты. Эти факторы приводят к значительно более выраженному воспалению, что, в свою очередь, сопровождается активным ростом гипертрофических рубцов [1].

На сегодняшний день продолжается проведение многочисленных исследований, направленных на улучшение результатов хирургического лечения таких последствий ожогов лица. Разработаны многочисленные традиционные и современные способы лечения последствий ожогов лица, начиная от простой пересадки аваскулярных кожных трансплантатов до использования микрохирургических и экспансированных лоскутов [3].

Однако продолжают быть широко дискутируемыми многие вопросы по выбору способа и объёма оперативного вмешательства для устранения рубцовых деформаций лица и, в частности, периоральной области [4].

Всё вышеизложенное является свидетельством актуальности проблемы хирургического лечения послеожоговой периоральной контрактуры и необходимости проведения научного исследования с разработкой оптимальных принципов и способов лечения этих больных.

Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения послеожоговых рубцов лица с контрактурой периоральной области.

Материал и методы. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии с 1995 по 2014 гг. оперировано 52 больных с послеожоговыми стягивающими рубцами лица и периоральной области. Возраст больных колебался от 3 до 65 лет. Мужчин было 20 (38,5%), женщин – 32 (61,5%). Больные получили ожоги кипятком (13), пламенем (21), огнём (23), горячим металлом (5).

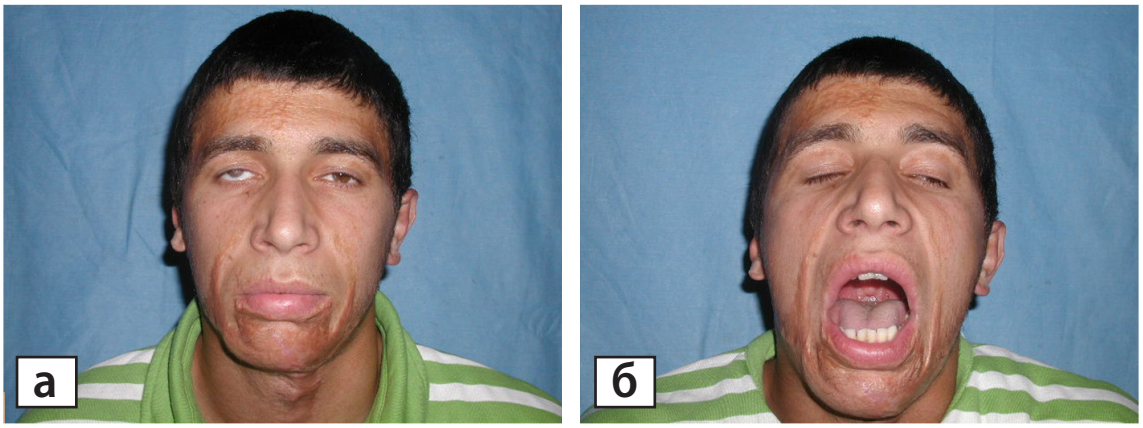

РИС. 1. ПОСЛЕОЖОГОВЫЕ СТЯГИВАЮЩИЕ РУБЦЫ ПЕРИОРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ КОЛЬЦЕОБРАЗНОЙ ФОРМЫ (А, Б), ТРЕБУЮЩИЕ УСТРАНЕНИЯ РУБЦОВОГО СТЯГИВАЮЩЕГО КОЛЬЦА СПОСОБАМИ Z-ПЛАСТИКИ

Давность получения ожога составила от 1 года до 12 лет. Во всех случаях у больных отмечались стягивающие рубцы вокруг рта с ограничением открывания ротового отверстия. В зависимости от отношения стягивающего рубца непосредственно к ротовому отверстию (ротовой щели) больных распределили на 3 группы. В I группу вошли 13 (25%) больных со стягивающим рубцом в области назолабиальной складки. Вторую группу составили 25 (48,1%) пациентов с рубцовым сращением угла рта и возникновением микростомии. Самую сложную группу составили 14 (26,9%) больных с рубцовым сращением угла рта в сочетании с обширными стягивающими рубцами лица.

В плане предоперационного обследования, кроме общепринятых методов исследования, больным проводили антропометрические измерения параметров частей и анатомических образований лица и составили фотографическую документацию. В послеоперационном периоде эти параметры в сочетании с эстетической самооценкой больного в совокупности явились критериями оценки отдалённых результатов.

Больные после всестороннего клинико-инструментального и лабораторного обследования оперированы в плановом порядке. Операции, в основном (49 случаев – 94,2%), проведены под общим эндотрахеальным наркозом, под местной анестезией оперировано лишь 3 (5,8%) больных. Выбор способа оперативного вмешательства зависел от клинического варианта периоральной контрактуры.

У 8 из 13 больных I клинической группы стягивающие рубцы по назолабиальным складкам отмечались с обеих сторон. В этих случаях при широком открывании рта образовалось стягивающее рубцовое кольцо, начинающееся из основания крыльев носа и по назолабиальным складкам опускающееся вниз к подбородку, где кольцо смыкается (рис. 1). В таких случаях главная задача при хирургическом лечении заключалась в устранении стягивающего рубца местно-пластическими способами операций, основанных на принципах Z-пластики.

В 5 случаях у больных этой группы из-за резкого дефицита покровных тканей в периоральной области, наряду с местно-пластическими операциями, использованы полнослойные кожные трансплантаты из медиальной поверхности плеча (рис. 2).

Характерная особенность больных II группы заключалась в рубцовом сращении комиссуры губ с одной (21) или обеих (4) сторон, что создавало истинную микростомию. У этих больных, наряду с расширением ротовой щели, возникала необходимость в создании мягкотканевого покрова в области комиссур губ с целью предупреждения рецидива сращения. Покровные ткани с наружной стороны создали за счёт рубцовой кожи, а красную кайму в области расширенной комиссуры формировали кровоснабжаемыми лоскутами из здоровой слизистой оболочки преддверия рта (рис. 3).

Ниже приводим пример клинического применения способа перемещённых лоскутов из слизистой оболочки щеки у больного У., 61 год, с послеожоговыми рубцами левой половины лица и рубцовым сращением левого угла рта (рис. 4).

При лечении больных III клинической группы возникали определённые сложности, поскольку для устранения стягивающих рубцов и дефицита покровных тканей требовались здоровые эластичные ткани. Способом выбора при этом считали перемещение кровоснабжаемых регионарных кожно-жировых лоскутов (рис. 5).

РИС. 2. ПОСЛЕОЖОГОВЫЕ СТЯГИВАЮЩИЕ РУБЦЫ ПЕРИОРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ ДЕФИЦИТОМ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ, ТРЕБУЮЩИЕ ПРИМЕНЕНИЯ Z-ПЛАСТИКИ В СОЧЕТАНИИ С КОЖНОЙ ПЛАСТИКОЙ: А, Б – ВИД БОЛЬНОЙ ДО ОПЕРАЦИИ; В – СХЕМА РАЗРЕЗОВ КОЖИ ПЕРИОРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ; Г – БЛИЖАЙШИЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ СТЯГИВАЮЩИХ РУБЦОВ ПЕРИОРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ Z-ПЛАСТИКОЙ И ПОЛНОСЛОЙНЫМ КОЖНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ; Д, Е – ОТДАЛЁННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЧЕРЕЗ 1 ГОД

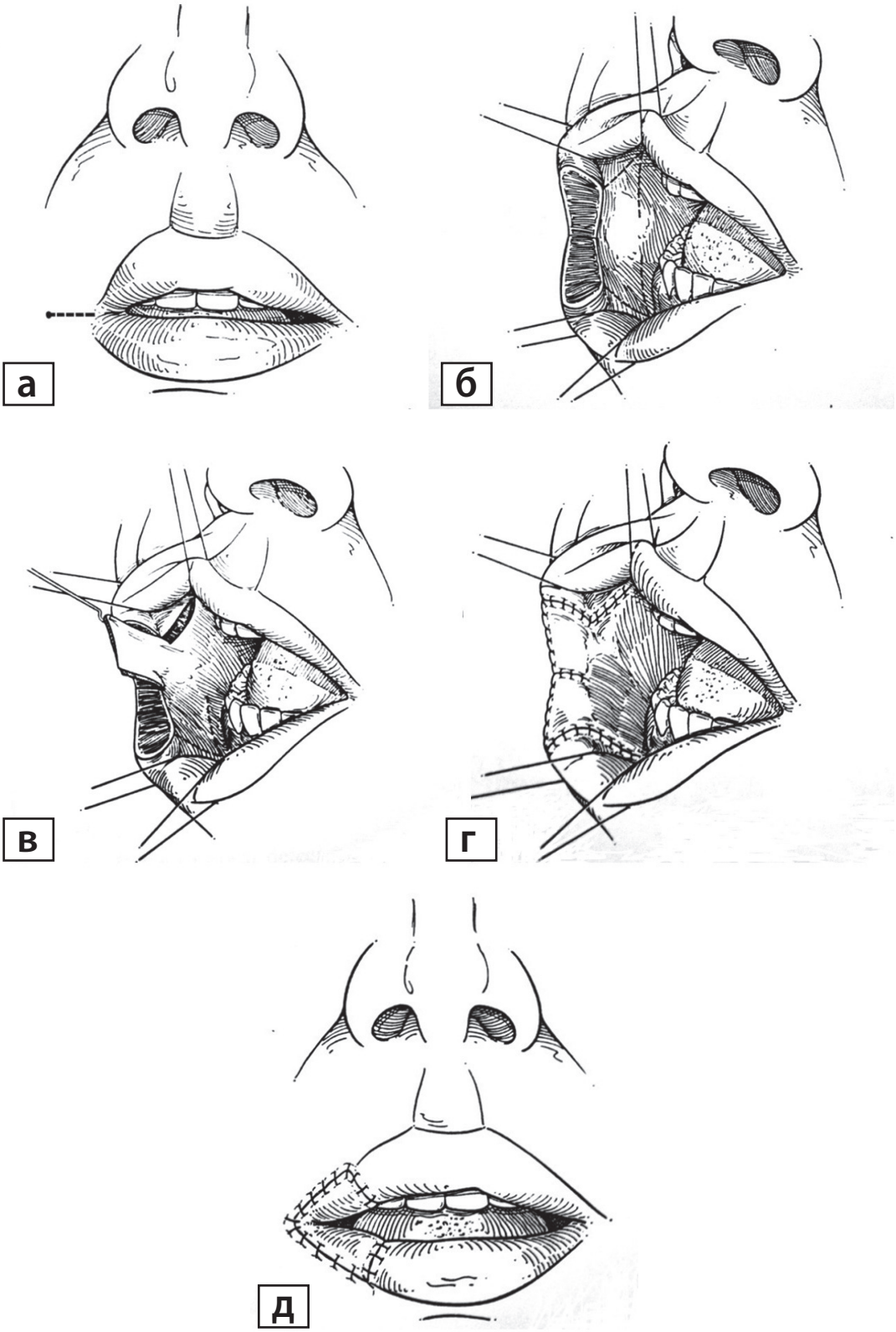

РИС. 3. СХЕМА ПЛАСТИКИ КОМИССУРЫ ГУБ ПЕРЕМЩЁННЫМИ ЛОСКУТАМИ ИЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ: А-Д – ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ (ЗАИМСТВОВАНО ИЗ КНИГИ LOCAL FLAPS IN HEAD AND NECK RECONSTRUCTION, IAN T JACKSON, 1985) [5]

РИС. 4. УСТРАНЕНИЕ РУБЦОВОГО СРАЩЕНИЯ ПРАВОЙ КОМИССУРЫ ГУБ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КРОВОСНАБЖАЕМЫХ ЛОСКУТОВ ИЗ ЗДОРОВОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ: А, Б – ВИД БОЛЬНОГО С РУБЦОВЫМ СРАЩЕНИЕМ ЛЕВОЙ КОМИССУРЫ ГУБ ДО ОПЕРАЦИИ; В-Е – ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ; Ж, З – НЕПОСРЕДСТВЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЧЕРЕЗ 10 ДНЕЙ

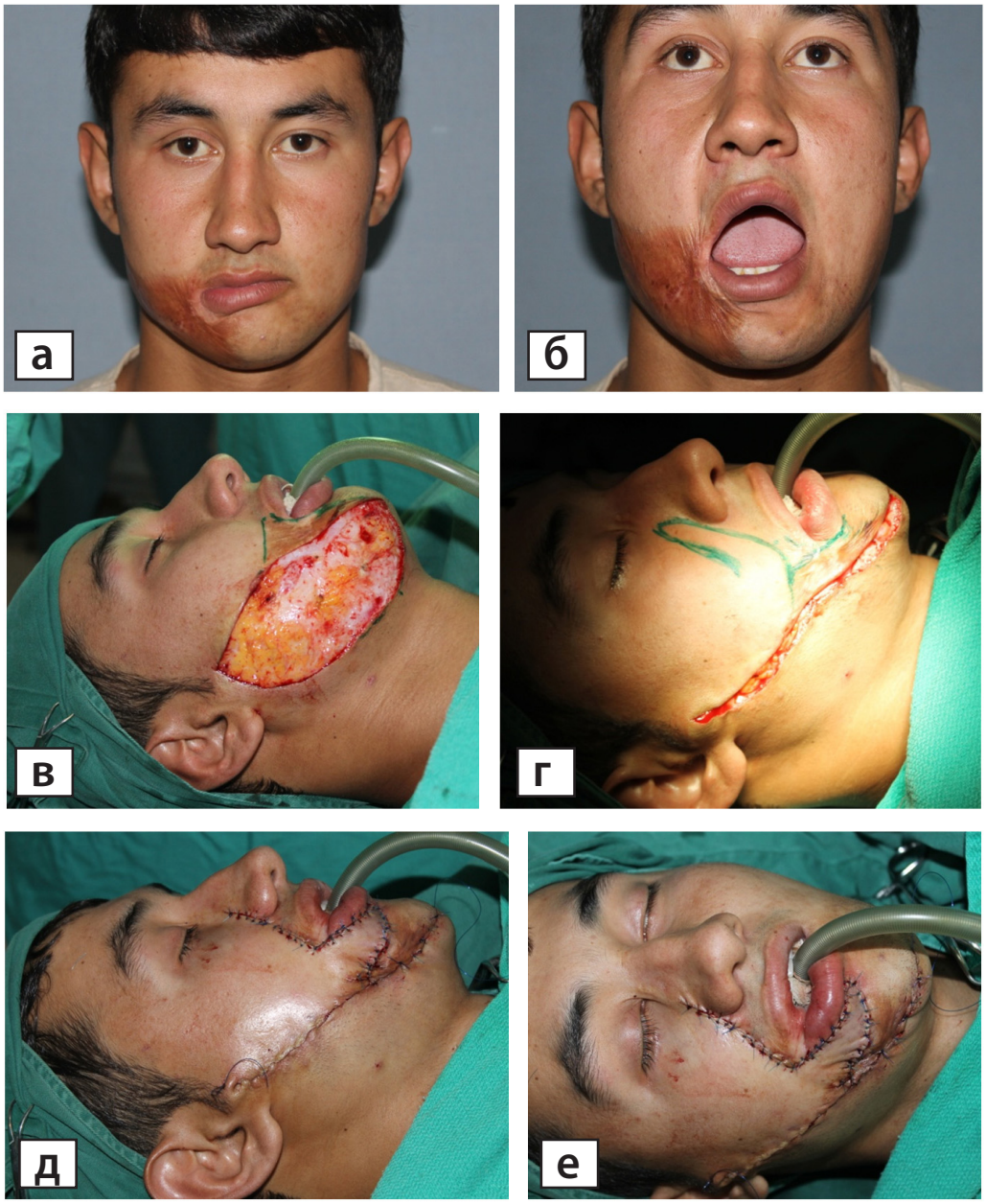

РИС. 5. УСТРАНЕНИЕ ПОСЛЕОЖОГОВОЙ РУБЦОВОЙ МИКРОСТОМИИ И СТЯГИВАЮЩИХ РУБЦОВ ПЕРИОРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ РЕГИОНАРНЫМИ КРОВОСНАБЖАЕМЫМИ ЛОСКУТАМИ: А, Б – ВИД БОЛЬНОГО ДО ОПЕРАЦИИ; В, Г – ИССЕЧЕНИЕ ОБШИРНОГО СТЯГИВАЮЩЕГО РУБЦА И СХЕМА РЕГИОНАРНЫХ ЛОСКУТОВ; Д, Е – ВИД БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ

Перемещением эластичных кровоснабжаемых лоскутов устранена периоральная контрактура 10 больным. В остальных 4 случаях, из-за обширности рубцов с охватом всей соседствующей с ротовой щелью территории, единственным выбором оставался способ иссечения стягивающих рубцов с укрытием дефекта полнослойным кожным трансплантатом (рис. 6.).

Результаты и их обсуждение. Послеоперационный период у 50 (96,2%) оперированных больных протекал гладко, без развития каких-либо осложнений, с первичным заживлением ран и полным приживлением пересаженных трансплантатов и перемещённых лоскутов. Кожные швы сняты на 8-10-12 сутки после операции.

РИС. 6. УСТРАНЕНИЕ ПОСЛЕОЖОГОВОЙ РУБЦОВОЙ МИКРОСТОМИИ С ИССЕЧЕНИЕМ ОБШИРНЫХ СТЯГИВАЮЩИХ РУБЦОВ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ЛИЦА И УКРЫТИЕМ ДЕФЕКТА ПОЛНОСЛОЙНЫМ КОЖНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ: А, Б – ДО ОПЕРАЦИИ; В, Г – ЧЕРЕЗ 16 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Лишь в 2 (3,8%) случаях отмечены осложнения в виде частичного краевого лизиса полнослойного кожного трансплантата, который не оказывал влияния на отдалённый функциональный и эстетический результат операции.

Отдалённые результаты в сроках от 6 месяцев до 8 лет после операции наблюдали у 46 (88,5%) оперированных больных. Для оценки отдалённых результатов нами разработаны оценочные критерии, включающие антропометрические измерения (в сравнении с антропометрическими данными, выполненными до операции), фотографическую документацию, а также эстетическую удовлетворённость больного результатом проведённого оперативного вмешательства.

Во всех случаях у наблюдавшихся больных отдалённые результаты были хорошими и удовлетворительными. Случаев рецидива контрактуры комиссур губ не было ни в одном случае. Больные во всех случаях положительно оценили отдалённые функциональные и эстетические результаты. Такой положительной субъективной оценке результатов оперативных вмешательств способствовала также предварительная разъяснительная беседа с больными, проведённая в предоперационном периоде, в ходе которой разъяснены возможности реконструктивно-пластических оперативных вмешательств и ожидаемые результаты в каждом конкретном случае.

Заслуживает внимания способ оперативного вмешательства, предложенный М.И. Гречишниковым (2015), который направлен на устранение рубцового сращения угла ротовой щели. Она заключается во встречном перемещении местных рубцово-изменённых лоскутов кожи и лоскутов из здоровой слизистой оболочки. Важным моментом операции, считает автор, является пластика углов ротовой щели, так называемыми, трапециевидными лоскутами слизистой оболочки рта. Автор указывает на необходимость этого условия для профилактики рецидивов рубцового стеноза ротовой щели [1].

При рубцовом сращении углов рта, использованный нами способ перемещения слизистых лоскутов по Jackson оказался оптимальным. При этом достигнуто расширение ротовой щели и естественные контуры красной каймы в области вновь созданной комиссуры губ (рис. 7).

РИС. 7. УСТРАНЕНИЕ РУБЦОВОГО СРАЩЕНИЯ ЛЕВОГО УГЛА РТА СПОСОБОМ JACKSON: А – ДО ОПЕРАЦИИ; Б – ЧЕРЕЗ 1 ГОД ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

У больных с послеожоговым рубцовым сращением угла рта, сопровождающимся обширными рубцами лица, также нередко наблюдается рубцовый выворот век или же рубцовая контрактура шеи, что было нами описано в ранее опубликованных работах [6-8].

Таким образом, выбор способа оперативного вмешательства и объёма операции, в зависимости от клинических вариантов послеожоговых рубцов лица с контрактурой периоральной области, используя весь арсенал реконструктивно-пластических операций, позволяет успешно устранять контрактуры и достигать хороших функциональных и эстетических результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гречишников М.И. Алгоритм хирургического лечения больных с последствиями ожоговой травмы: дис…. канд. мед. наук / М.И.Гречишников. – М. – 2015. – 109с.
2. Дмитриев Г.И. Новые способы местной кожной пластики при устранении послеожоговых деформаций лица и шеи / Г.И.Дмитриев, Н.Л.Короткова, Л.А.Охотина, Р.А.Богосьян // http://ssprasc.com/articles/103/.
3. Дмитриев Г.И. Совершенствование комплексной реабилитации больных с последствиями ожогов / Г.И.Дмитриев [и др.] // Медицинский альманах. – 2010. – № 2 (11). – С.225-228.
4. Короткова Н.Л. Реконструктивно-восстановительное лечение больных с последствиями ожогов лица: автореф….дис. д-ра мед. наук / Н.Л.Короткова. – Нижний Новгород. – 2014. – 42с.
5. Local Flaps in Head and Neck Reconstruction, Ian T Jackson. – 1985. – 452p.
6. Возможности назолабиального лоскута в реконструктивной хирургии лица / У.А.Курбанов, З.И.Юнусова, А.А.Давлатов, С.М.Джанобилова // Вестник Авиценны (Паёми Сино). – 2008. – № 3. – С.9-19.
7. Курбанов У.А. Хирургическое лечение дефектов и деформаций тканей периорбитальной области / У.А.Курбанов [и др.] // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2009. – № 4. – С.22-33.
8. Новый способ хирургического лечения послеожоговых рубцовых деформаций и контрактур шеи / У.А.Курбанов, А.А.Давлатов, Дж.Д.Джононов, С.М.Джанобилова // Вестник Авиценны (Паёми Сино). – 2011. – № 3. – С.7-14.

Summary

Surgical treatment of post-burn face scars with perioral area contracture

U.A. Kurbanov, A.A. Davlatov, S.M. Janobilova, Sh.I. Kholov
Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery;
Chair of Surgical Diseases №2 Avicenna TSMU

The experience of surgical treatment of post-burn face scar with perioral area contracture in 52 patients is presented in the article. Depending on 3 clinical variants of these contractures the optimal ways of surgical interventions are proposed. Arsenal of surgery methods includes a modified Z-plasty, transferring of local and regional flaps, transplantation of full-thickness skin graft. Careful choice of the method and extent of surgery in all 46 observed in a remote period (from 6 months to 8 years) cases permit to obtain a good and satisfactory results.

Key words: post-burn scars of face, microstomia, scar contracture of the mouth angle, scars of perioral area

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

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

НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК АВИЦЕННЫ»
ТАДЖИКСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО

Прогнозирование исхода и выбор лечебной тактики при распространённом перитоните

А.Р. Сараев, К.М. Курбонов, Ш.К. Полвонов, Д.С. Халимов
Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Представлены результаты применения оригинальной шкалы балльной оценки тяжести состояния пациента – индекс перитонита (ИП) – у 188 больных с распространённым перитонитом. ИП ≤ 12 баллов имелся у 94 больных с распространённым перитонитом, от 13 до 22 баллов – у 74 и ≥ 23 баллов – у 20. По результатам применения той или иной тактики, объёма хирургического лечения и интенсивной терапии лишь 13 (6,9%) больных подверглись релапаротомии. Умерших было 38 (20,2%) пациентов, у большинства из которых индекс перитонита составлял более 23 баллов. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 9,2 койко-дня.

Ключевые слова: перитонит, балльная оценка тяжести состояния, релапаротомия

Введение. К настоящему времени разработано множество различных систем оценки тяжести состояния и прогнозирования исхода больных с распространённым перитонитом (РП), способствующих оптимизации выбора дальнейшей хирургической тактики.

Основу любой прогностической системы составляет комплекс практически значимых параметров, определяющих факторы риска и прогноз заболевания. Известно, что больные с одинаковым количеством баллов будут иметь примерно равный риск летального исхода. Хотя, справедливости ради, следует подчеркнуть, что все системы позволяют сделать это лишь приблизительно. Наиболее часто используемые системы: Мангеймский индекс перитонита, разработанный M.Linder и H.Wacha, перитонеальный индекс Altona (PIA) и его усовершенствованный вариант PIA II, оценка по Горису (MOSF), APACHE II и III [1-4].

При сравнительном изучении этих систем, у пациентов с РП выявлено [5], что только шкалы APACHE II и MPI имеют значение в прогнозе течения заболевания, однако и они не содержат убедительной информации для индивидуального подхода к лечебной тактике.

Динамический контроль и прогнозирование исхода у больных с РП позволяют оптимизировать хирургическую тактику и провести коррекцию интенсивной терапии, методы и режимы детоксикации [4,5]. В связи с этим, для экспресс-прогнозирования вероятности летального исхода и оптимизации выбора тактики экстренной помощи при РП нами разработана прогностическая шкала, позволяющая более объективно оценить тяжесть перитонита и оптимизировать выбор лечебной тактики с учётом «индекса перитонита» (ИП) и процента прогнозируемой летальности.

Цель исследования: улучшить результаты лечения распространённого перитонита путём оптимизации прогнозирования его исходов и выбора лечебной тактики.

Материал и методы. Основу интегральной оценки степени и характера РП – ИП – составили 3 группы факторов: факторы риска, стадия развития процесса, вероятность прогрессирования патологических изменений в брюшной полости (табл.1). Первоначально значения ИП по выделенным критериям были определены на основании экспертной оценки. В соответствии с параметрами шкалы 188 больных с заболеваниями органов брюшной полости, осложнившихся РП, оперированных в хирургических отделениях ГКБ СМП г.Душанбе в период с марта 2004 по декабрь 2013 года, были распределены на 3 группы, к которым применялась соответствующая лечебная тактика. Возраст больных варьировал от 15 лет до 81 года, средний возраст – 38,5 года. Мужчин было 113 (60%), женщин – 75 (40%).

Основными нозологиями, явившимися причиной РП, служили острая кишечная непроходимость – 54 (28,7%), перфорация полого органа – 70 (37,2%), деструктивный аппендицит – 46 (24,5%), деструктивный холецистит – 5 (2,7%), панкреонекроз – 5 (2,7%), другая патология – 8 (4,2%). Среди наблюдаемых больных преобладали пациенты с тяжёлым течением (оценка тяжести физического состояния проведена

ТАБЛИЦА 1. ИНДЕКС ПЕРИТОНИТА

Факторы риска – Ф		Стадия процесса – С		Вероятность прогрессирования – В	
Возраст старше 70 лет или тяжёлые сопутствующие заболевания	**10**	Септический шок	**10**	В брюшной полости гнойный выпот с каловым запахом, грубые фибринозные наложения, межпетлевые гнойники и сращения в области кишечных петель	**10**
Возраст 50-70 лет или онкозаболевание*	**8**	Абдоминальный сепсис, поздняя стадия	**8**	Брюшина инфильтрирована, в брюшной полости густой гной, толстые фибринозные наложения	**8**
Средней тяжести сопутствующие заболевания*	**6**	Абдоминальный сепсис, начальная стадия	**6**	Брюшина тусклая, петли кишечника расширены с субсерозными кровоизлияниями и петехиями, брюшная полость содержит гнойный выпот с фибринозными наложениями на кишечных петлях	**6**
Женский пол или лёгкие сопутств. заболевания*	**4**	Эндогенная интоксикация поздняя стадия	**4**	Брюшина отёчная, гиперемированная, в брюшной полости гнойный выпот	**4**
Не выявленные риски	**2**	Эндогенная интоксикация начальная стадия	**2**	Отёк, гиперемия брюшины, в брюшной полости мутный выпот или жёлчь	**2**
Прогнозируемая летальность (%) Л = Ф x [(С +В)/2]					

*Примечание: * – при отсутствии вышеперечисленных рисков*

по шкале SAPS). Проводился учёт данных обследования пациентов, включая клинические и лабораторные показатели. Для выявления тяжести интоксикации и абдоминального сепсиса исследован уровень лейкоцитов крови, СОЭ, ЛИИ по Кальф-Калифу, С-реактивного белка, молекул средней массы.

Результаты и их обсуждение. Нами построена шкала интервалов с определением максимальных и минимальных факторов риска, стадии течения РП и морфологических изменений брюшины. Исходя из клинического представления о сравнительной важности факторов (предикторов), им были присуждены балльные составляющие в зависимости от их «весовой» значимости в установлении степени тяжести РП и прогнозировании его исходов. Баллы выражают «коэффициент наглядности» фактора относительно максимальной величины (10 баллов) максимально выраженного фактора. Таким образом, балльные значения отражают соотношения предикторов в условных единицах, проверенных на многолетней клинической практике и установленных путём «экспертной оценки». При суммировании баллов получаем «ИП».

Прогнозируемая летальность, рассчитанная по приведённой формуле, указывает на минимально вероятный процент летального исхода у больного с распространённым перитонитом.

Сумма баллов (ИП) может указывать на предпочтение в оказании того или иного объёма экстренной помощи при распространённом перитоните (в этом смысле индекс взят в упрощённой форме для облегчённого и быстрого принятия решения о дальнейшей тактике лечебных мер). При приграничных цифрах баллов решение о лечебной тактике принимается исходя из клинической ситуации. В нашей работе патогенетическим обоснованием для выбора метода лечения РП были результаты предшествующих исследований [4,5].

При ИП до 12 баллов включительно и прогнозируемой летальности до 16% – хирургическое вмешательство: полная, адекватная и ранняя ликвидация или отграничение всех основных, дополнительных и потенциальных источников (очагов) эндогенной интоксикации как микробного, так и дисметаболического характера; санация и дренирование брюшной полости. По возможности эти мероприятия должны быть выполнены видеолапароскопическим методом. Инфузионно-трансфузионная терапия, антибактериальная терапия, профилактика синдрома полиорганной недостаточности (СПОН).

От 13 до 22 баллов и прогнозируемой летальности от 16 до 40% – предоперационная подготовка (2-3 часа), хирургическое вмешательство: ликвидация источника перитонита; санация и дренирование брюшной полости, декомпрессия тонкого кишечника. Инфузионно-трансфузионная терапия (восполнение объёма циркулирующей плазмы, восстановление ионно-электролитных, коллоидно-осмотических и кислотно-основных отношений); респираторная терапия с использованием методов вспомогательной и искусственной вентиляции лёгких при развитии острой дыхательной недостаточности, нутритивная поддержка; антибактериальная терапия, иммуноте-

рапия, экстракорпоральные методы детоксикации, использование кортикостероидов.

При ИП свыше 22 баллов и прогнозируемой летальности свыше 40% – предоперационная подготовка (до 4-х часов), хирургическое вмешательство по жизненным показаниям направленное на уменьшение и отведение токсического содержимого брюшной полости, отграничение источника перитонита, интубация тонкого кишечника в целях декомпрессии и для дальнейшего проведения энтерального лаважа или энтеросорбции. В таких случаях целесообразно запланировать этапные санации брюшной полости (программируемая санационная или запланированная релапаротомия), поскольку тяжесть физического состояния больного не позволяет в данное время выполнить необходимый объём хирургического вмешательства.

Интенсивная терапия больным с высоким индексом перитонита проводится по принципам, которые лежат в основе лечения шока: коррекция расстройств гемодинамики (инфузионные среды и гепарин); нормализация газообмена и обеспечение адекватной оксигенации; парентеральное питание, направленное на поддержание адекватного метаболизма. Необходимы также анаболические гормоны, инсулин, ингибиторы протеолитических ферментов, витамины, мочегонные препараты. Антибактериальная терапия, иммунотерапия, экстракорпоральные методы детоксикации, использование кортикостероидов занимают особое место при развитии септического шока, так как имеют этиологическую направленность.

В наших исследованиях индекс перитонита ≤ 12 баллов имелся у 94(50%) больных с распространённым перитонитом, от 13 до 22 баллов – у 74 (39,4%) и ≥ 23 баллов – у 20 (10,6%). По результатам применения той или иной тактики, объёма хирургического лечения и интенсивной терапии лишь 13 (6,9%) больных подверглись релапаротомии. Умерших было 38 (20,2%) пациентов, у большинства из которых индекс перитонита составлял более 23 баллов. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 9,2 койко-дня.

Таким образом, исследования, выполненные в нашей клинике, позволяют утверждать, что предложенная шкала «ИП» может быть использована в качестве одного из инструментов установления тяжести распространённого перитонита и вероятного прогноза заболевания, а также выбора дальнейшей лечебной тактики.

В завершение следует отметить, что предложенный нами комплекс параметров, естественно, не обладает полным совершенством и не достигает значимости цифрового формата. Мы считаем предложенную прогностическую шкалу рабочей моделью и её использование в большей степени учитывает состояние больных, что, по нашему мнению, будет способствовать облегчению выбора эффективного метода лечения. Необходимы дальнейшие исследования, которые выявят дополнительные преимущества и недостатки данной прогностической шкалы, продемонстрируют её роль в дифференцированном подходе к выбору эффективных методов лечения распространённого перитонита. В этих целях мы в дальнейшем планируем более детально исследовать возможность её применения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Костюченко К.В. Клинические модели распространённого перитонита (Полувековой опыт медицинской науки и практики) / К.В.Костюченко. - Ярославль. - 2003. - 70с.
2. Савельев В.С. Перитонит / В.С.Савельев, Б.Р.Гельфанд, М.И.Филимонов. - М.: Литтера. - 2006.
3. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных /В.Д.Фёдоров, В.К.Гостищев, А.С.Ермолов, Т.Н.Богницкая // - Хирургия. - 2000. - № 4. - С.58-62.
4. Van Goor H. Interventional management of abdominal sepsis: when and how / H.Van Goor. Springer-Verlag GmbH. - 2002; 387 (5-6): 191-200.
5. Чернов В.Н. Прогнозирование исхода и выбор хирургической тактики при распространённом гнойном перитоните / В.Н.Чернов, Б.М.Белик, Х.Ш.Пшуков. - Хирургия. - 2004; 3: 47-50.

Summary

Results forecasting and choice of therapeutic tactics in generalized peritonitis

A.R. Saraev, K.M. Kurbanov, Sh.K. Polvonov, D.S. Halimov
Chair of Surgical Diseases №2 Avicenna TGMU

The results of application of original scale of score severity the patient - the index of peritonitis (SP) - in 188 patients with generalized peritonitis.Peritonitis index ≤ 12 points was in 94 patients with generalized peritonitis, from 13 to 22 points –in 74, and ≥ 23 points - in 20 patients. As a result of the application of varying tactics,extent of surgery and intensive care, only 13 (6,9%) patients underwent to relaparotomy. The lethal outcome was in 38 (20,2%) cases, in majority of which Peritonitis index was more than 23 points. The average length of hospital stay was 9.2 bed-days.

Key words: peritonitis, Score severity of the condition, relaparotomy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Сараев Алишер Рахматуллоевич –
ассистент кафедры хирургических болезней №1
ТГМУ им. Абуали ибни Сино;
Республика Таджикистан, г.Душанбе, ул. Айни-1, пр.46
E-mail: dr.saraev@mail.ru

НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК АВИЦЕННЫ»
ТАДЖИКСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО

Совершенствование хирургической помощи при доброкачественных опухолях и опухолеподобных заболеваниях костей

А.А. Раззоков, Н.Ф. Салимов, Дж.Б. Ансори
Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Проанализированы особенности организации и результаты стационарного лечения 541 больного с доброкачественными процессами в костях. Анализ данных, исходя из целей и задач исследования, рассматривался в два этапа. На первом этапе исследования (2006-2009 гг.) при лечении больных использовались традиционные подходы, на втором этапе исследования (2010-2013 гг.) – разработанные с нашим участием нормативно-правовые меры по улучшению функционирования и финансирования травматолого-ортопедической службы в стране, а также в клиническую практику широко внедрялись современные технологии. Удельный вес больных, оперированных с применением современных технологий, на первом этапе исследования составил 35,6%, на втором этапе – 68,5%. При анализе результатов лечения с применением усовершенствованной объективизированной балльной системы СОИ-1 среднеарифметическая сумма баллов (в норме – 100 баллов) в группе IA (оптимизированная тактика и традиционное финансирование) составила 88,1±0,2 балла, в группе IБ (традиционная тактика и традиционное финансирование) – 81,3±0,4, в группе IIA (оптимизированная тактика и сооплата) – 95,2±0,3 и в группе IIБ (традиционная тактика и сооплата) – 83,2±0,5 балла. Удельный вес неудовлетворительных результатов (суммарный удельный вес баллов ниже 75) в группе IA составил 5,6%, в группе IБ – 21,7%, в группе IIA – 3,9% и в группе IIБ – 19,4%.

Ключевые слова: доброкачественные опухоли, опухолеподобные заболевания костей, аутопластика, аллопластика, ксенопластика

Введение. Вопросы реабилитации больных с доброкачественными опухолями и опухолеподобными заболеваниями костей относятся к числу одной из актуальных проблем клинической ортопедии и онкологии, что связано с увеличением их удельного веса в структуре заболеваемости, сложностью их диагностики и лечения, высокой частотой осложнений и рецидивов. Сложности их диагностики и лечения обусловлены: многообразием их клинических форм и проблемами при их гистологической верификации [1,2]; необходимостью участия при хирургическом лечении специалиста, владеющего навыками по ортопедии и онкологии [2]; проблемами, связанными с замещением дефектов костей [1,3-5]; необходимостью применения при лечении некоторых опухолей дорогостоящих и не всегда доступных навигационных технологий [6]. Лечение рассматриваемых патологий включает резекцию поражённого участка кости с последующей его пластикой различными трансплантатами и имплантами. В качестве пластического материала используют аутотрансплантаты, аллотрансплантаты, ксенотрансплантаты, костный цемент, кальций-фосфорные материалы, пористый углерод, а также применяют возможности метода компрессионно-дистракционного остеосинтеза и другие подходы [2,4,5,7-10]. С целью профилактики рецидивов применяют электрокоагуляцию [2], воздействие сверхнизких температур [11], обработку зоны резекции потоком аргонноплазменной плазмы [12] и другие методы. Проблема хирургического лечения рассматриваемых патологий в Таджикистане приобрела особую актуальность в связи с недоступностью аллотрансплантатов и ограниченными возможностями метода аутопластики. В стране комплексные исследования по этой проблеме не проводились, что свидетельствует об актуальности настоящей работы.

Цель работы – оптимизация тактики и улучшение результатов лечения доброкачественных процессов в костях путём внедрения комплекса организационных мер.

Материал и методы. В 2006-2013 гг. в травматолого-ортопедических отделениях Национального медицинского центра Республики Таджикистан пролечены 28555 больных, среди которых доброкачественные процессы в костях установлены у 541

(1,9%) больного. Лица мужского пола составили 289 (53,4%) и женского – 252 (46,6%). Возраст больных: до 18 лет – 269 (49,7%), 18-60 лет – 155 (47,1%) и старше 60 лет – 17 (3,2%). Распределение больных по нозологическим формам: остеобластокластома – 76 (14,0%), болезнь Олье – 8 (1,5%), хондробластома – 8 (1,5%), хондромиксоидная фиброма – 6 (1,1%), киста кости – 48 (8,9%), неостеогенная фиброма – 16 (3,0%), остеома – 15 (2,8%), хондрома – 10 (1,8%), экзостозы – 296 (54,7%), остеоид-остеома – 25 (4,6%), эозинофильная гранулема – 4 (0,8%) и другие формы – 10 (1,8%).

В зависимости от механизма финансирования лечебного процесса и тактики лечения больные были распределены на следующие группы (первые две соответствуют первому этапу, остальные – второму этапу):

- группа 1А – пролеченные с применением оптимизированной тактики без официальной сооплаты медицинских услуг;
- группа 1Б – пролеченные с применением традиционной тактики без официальной сооплаты медицинских услуг;
- группа 2А – пролеченные с применением оптимизированной тактики с официальной сооплатой медицинских услуг;
- группа 2Б – пролеченные с применением традиционной тактики с официальной сооплатой медицинских услуг.

В группу 1А вошли 101 (18,7%) пациент, 1Б – 173 (32,0%), 2А – 183 (33,8%) и 2Б – 84 (15,5%) больных.

Результаты и их обсуждение. Лечение проводилось при консультативной помощи онкологов с применением широкого спектра реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств. В организационном плане были внедрены следующие мероприятия:

- в комплексной диагностике рассматриваемых патологий, кроме результатов клинико-рентгенологического и традиционного морфологического исследования, в сотрудничестве с научно-клиническим центром «Онкология» применялись онкологические маркёры и цитохимическое исследование;
- клинико-экспериментальное обоснование ксенопластики в комплексном лечении этих патологий;
- разработка новых органосохраняющих и реконструктивно-восстановительных операций;
- эндопротезирование, артроскопия и новые методы компрессионно-дистракционного остеосинтеза;
- принятие мер по оптимизации протезирования больных с культями после онкологических оперативных вмешательств.

В комплексном лечении рассматриваемых патологий в 291 (64,5%) наблюдений прибегали к краевой резекции, в 160 (35,5%) – к экскохлеации, в 35 (6,5%) – к околосуставной резекции и в 55 (10,2%) – к сегментарной резекции патологического очага. После удаления патологического очага различные методы костной пластики выполнены у 199 (36,8%) больных.

Как видно из таблицы 1, с учётом распространённости патологического очага, локализации и характера заболевания, аутопластика выполнена у 65 (12,0%) больных, аллопластика – у 11 (2,0%), ксенопластика – у 197 (19,8%) , комбинированная пластика – у 16 (3,0%). У остальных 342 (63,2%) больных показания к костной пластике отсутствовали.

Операции в основных группах выполнялись в радикальном варианте. В необходимых случаях они проводились с применением кровосберегающих технологий (n=15). Удельный вес костной пластики в группе 1а составил 36,5%, 1б – 23,1%, 2а – 62,3% и 2б – 21,4%. В контрольных группах 1б (n=133) и 2б (n=66) образовавшийся дефект кости после удаления опухоли, как правило, заполняли методом аутопластики (58), либо костная пластика не проводилась (141). В 70,9% наблюдений костная пластика не выполнялась в связи с отказом больных от аутопластики и отсутствием других пластических

ТАБЛИЦА 1. МЕТОДЫ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ В ГРУППАХ

Методы костной пластики		Группы				Итого:	
		1а	1б	2а	2б	Абс.:	%
Аутопластика		4	40	3	18	65	12,0
Аллопластика		10	-	1	-	11	2,0
Ксенопластика		11	-	96	-	107	19,8
Комбинированная костная пластика		3	-	14	-	16	3,0
Без костной пластики		74	133	69	66	342	63,2
Итого:	Абс.:	101	173	183	84	541	
	%	18,7	32,0	33,8	15,5	100,0%;	

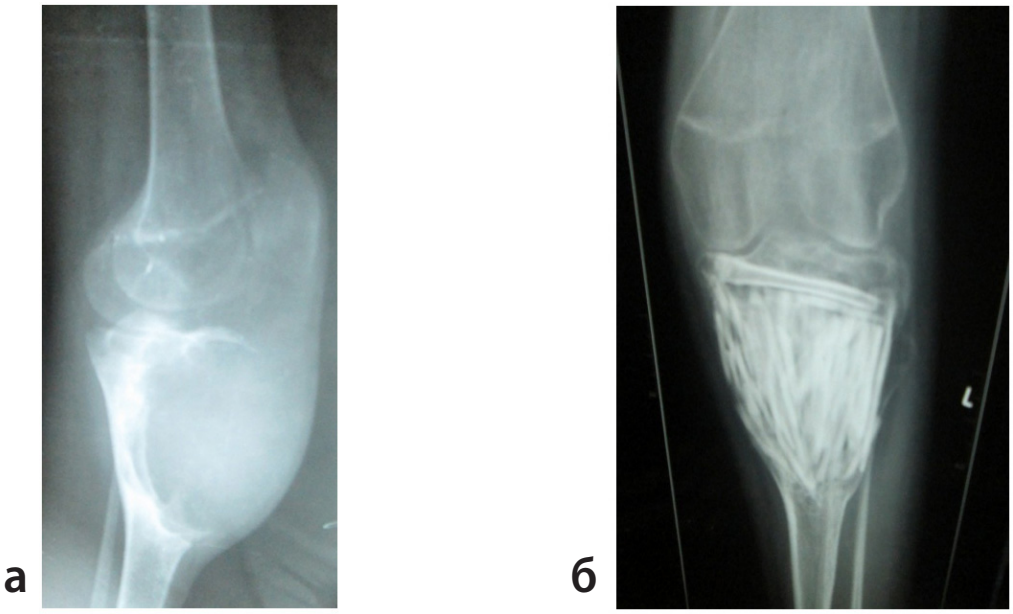

РИС. 1. РЕНТГЕНОГРАММЫ БОЛЬНОГО С КОМБИНИРОВАННОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКОЙ: А – ДО ОПЕРАЦИИ, Б – ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

материалов. Внедрение ксенопластики значительно повысило возможности проведения реконструктивно-восстановительных и органосберегающих операций. Удельный вес различных методов костной пластики в группе 1а (n=101) составил 27 (27,7%), в группе 1б (n=173) – 40 (23,1%), в группе 2а (n=183) – 104 (56,8%) и в группе 2б (n=84) – 18 (21,4%). Вместе с тем, в контрольных группах костная пластика выполнялась исключительно методом аутопластики, в то время как при замещении дефектов костей в основных группах применялись также аллопластика (11), ксенопластика (107) и комбинированная костная пластика (16).

После внедрения в клиническую ортопедию метода ксенопластики, в Таджикистане практически решён круг организационных задач, связанных с замещением дефектов после резекции доброкачественных процессов в костях. Остановимся на изложении некоторых аспектов клинического применения метода ксенопластики, имеющих первостепенное значение в организации процесса лечения при рассматриваемых заболеваниях. В частности, появилась возможность для лечения любых по размеру и протяжённости доброкачественных процессов в костях. Этому способствовало внедрение в клиническую практику метода комбинированной костной пластики с применением ауто- и ксенотрансплантатов. При этом аутотрансплантат из крыла подвздошной кости использовался для укрепления субхондральной зоны суставной поверхности со стороны дефекта кости, а ксенотрансплантаты – для замещения основной части образовавшегося дефекта (рис.1).

Методика комбинированной костной пластики также использовалась при оперативном лечении огромных доброкачественных процессов метадиафизарной локализации. При этом аутотрансплантат из малоберцовой кости использовался в качестве фиксатора и для стимуляции репоративных процессов, а ксенотрансплантаты – для укрепления аутотрансплантата. Фиксация аутотрансплантата с донорской зоной осуществлялась при помощи интрамедуллярного остеосинтеза (рис.2).

После радикальных сегментарных резекций, в связи с поражением суставного конца, требовалось выполнение реконструктивных вмешательств, направленных на создание опорности оперированной конечности. С этой целью, после сегментарной резекции, прибегли к временной фиксации оперированной конечности аппаратом Илизарова из двух колец, что было продиктовано двумя обстоятельствами. Во-первых, в связи с высокой агрессивностью опухоли требовалось динамическое наблюдение с целью исключения рецидива. Во-вторых, дистракция после удаления опухоли ускоряет кровообращение, что стимулирует риск рецидива процесса. Спустя 2-3 месяца, убедившись в отсутствии рецидива опухоли, выполняли перемонтаж аппарата Илизарова и билокальный или трилокальный остеосинтез с целью замещения образовавшегося дефекта кости, величина которого колебалась от 15 до 25 см (рис.3).

После радикальной агастральэктомии таранной кости выполняли компрессионный артродез голеностопного сустава аппаратом Илизарова (рис.4).

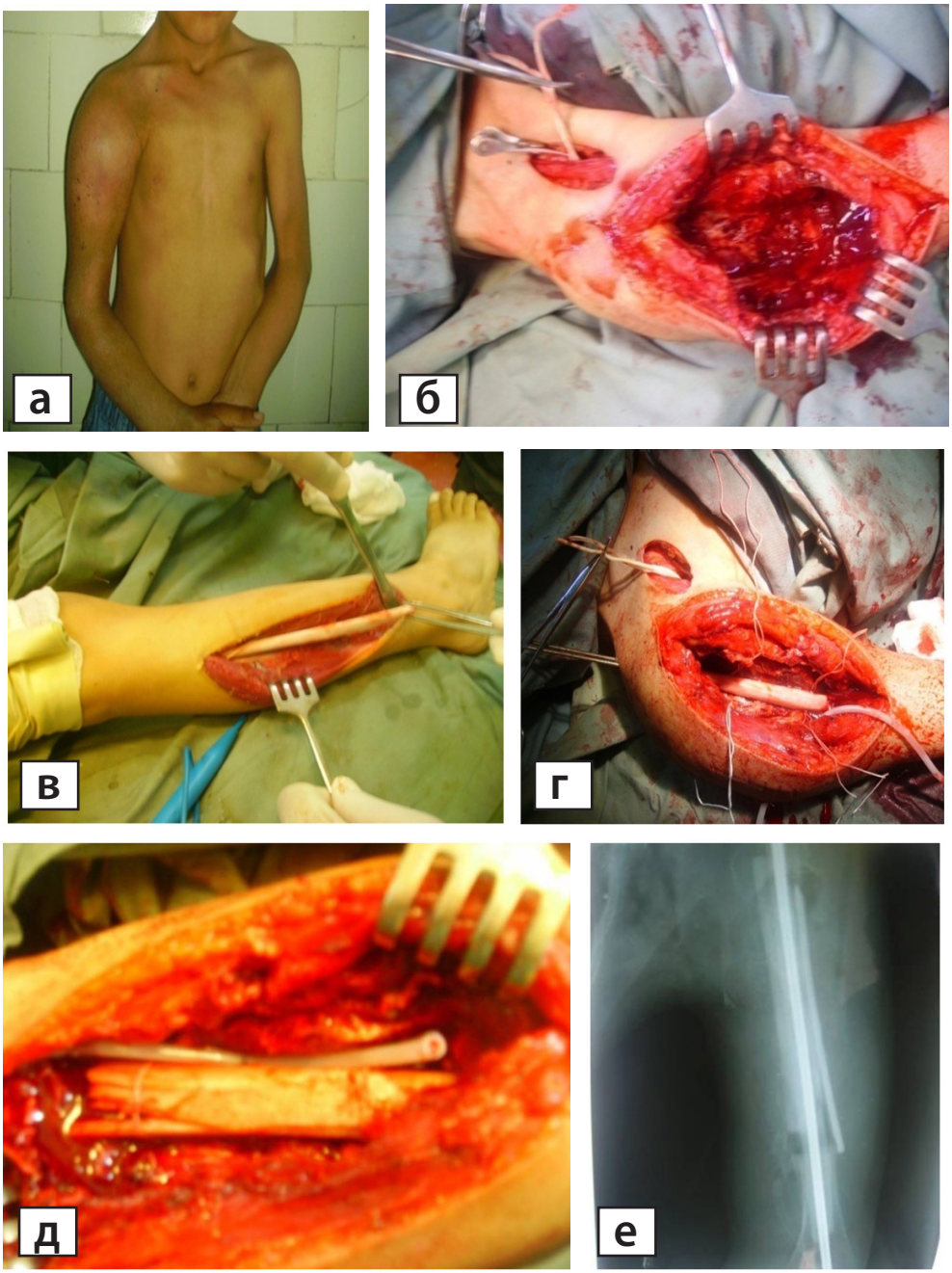

РИС. 2. КОМБИНИРОВАННАЯ КОСТНАЯ ПЛАСТИКА: А – ВИД БОЛЬНОГО; Б – ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ; В – ВЗЯТИЕ МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ; Г – ФИКСАЦИЯ МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ; Д – ФИКСАЦИЯ КСЕНОТРАНСПЛАНТАТОВ; Е – РЕНТГЕНОГРАММА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

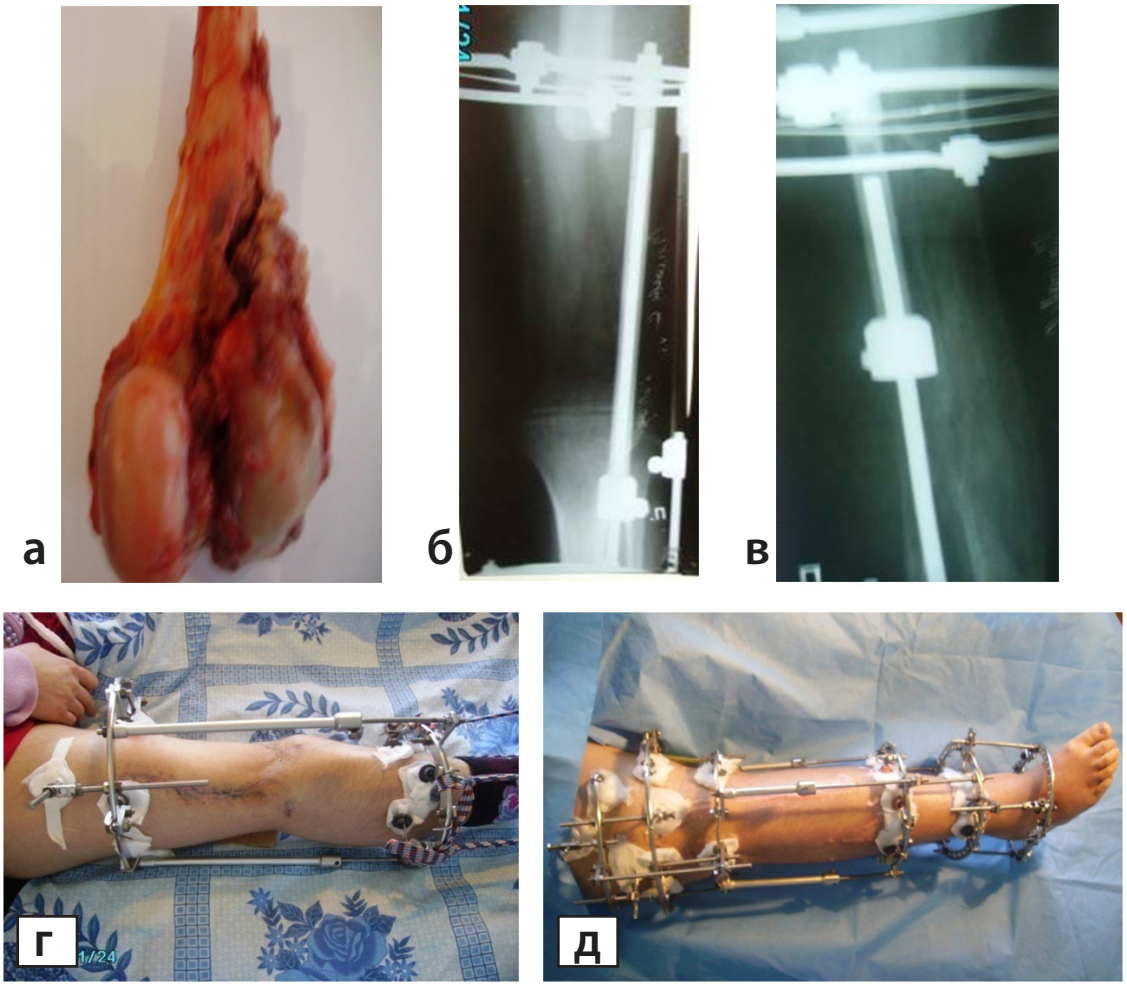

**РИС. 3. ДВУХЭТАПНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМЕ:
А – МАКРОПРЕПАРАТ ПОСЛЕ СЕГМЕНТАРНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СУСТАВНОГО КОНЦА; Б – РЕНТГЕНОГРАММА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ КОСТИ С ОБРАЗОВАНИЕМ ДЕФЕКТА; В – РЕНТГЕНОГРАММА НА ЭТАПЕ УДЛИНЕНИЯ КОСТИ;
Г – НАЛОЖЕНИЕ АППАРАТА ИЛИЗАРОВА ИЗ ДВУХ КОЛЕЦ ПОСЛЕ СЕГМЕНТАРНОЙ РЕЗЕЦИИ (ПЕРВЫЙ ЭТАП);
Д – ВИД КОНЕЧНОСТИ НА ЭТАПЕ УДЛИНЕНИЯ КОНЕЧНОСТИ АППАРАТОМ ИЛИЗАРОВА (ВТОРОЙ ЭТАП)**

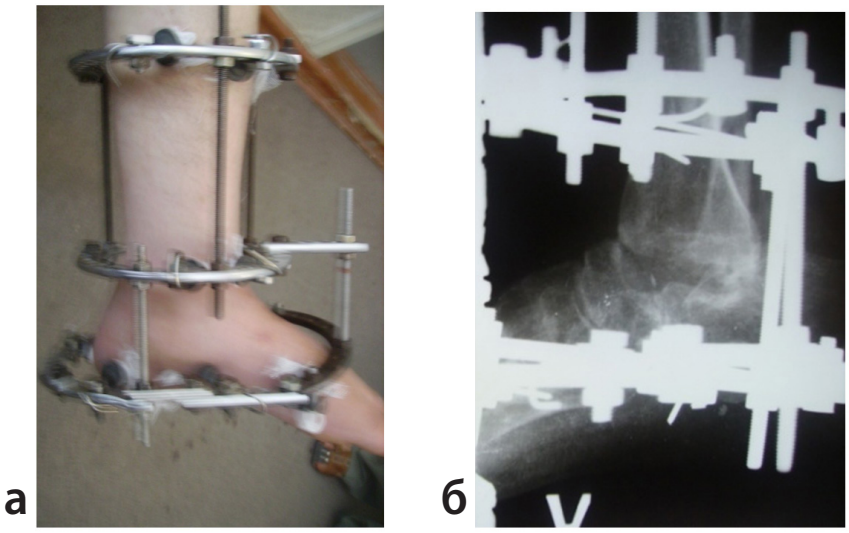

**РИС. 4. АГАСТРАЛЬЭКТОМИЯ: А – ПОСЛЕ АГАСТРАЛЬЭКТОМИИ С НАЛОЖЕНИЕМ АППАРАТА ИЛИЗАРОВА;
Б – РЕНТГЕНОГРАММА БОЛЬНОГО**

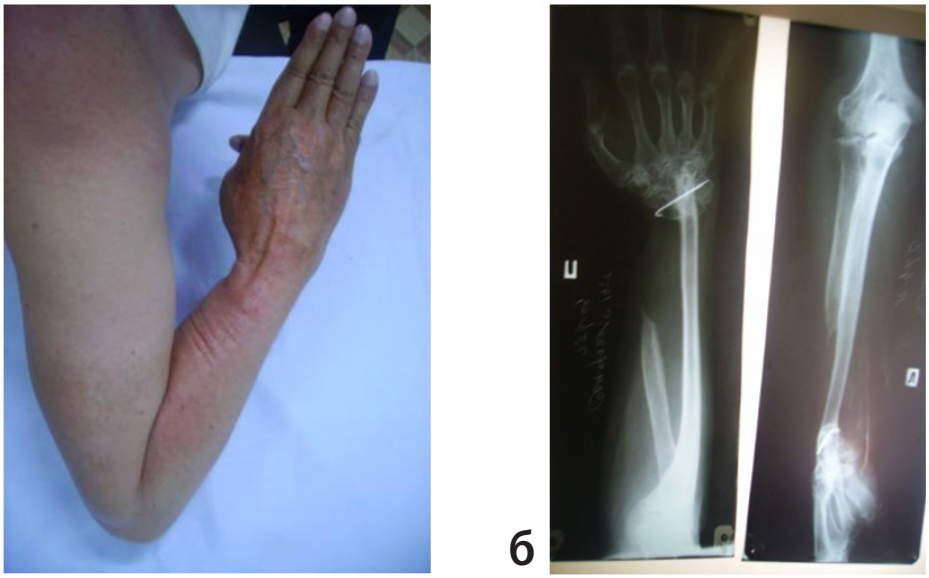

**РИС. 5. СОЗДАНИЕ ОДНОКОСТНОГО СЕГМЕНТА:
А – ВИД КОНЕЧНОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ; Б – РЕНТГЕНОГРАММА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ**

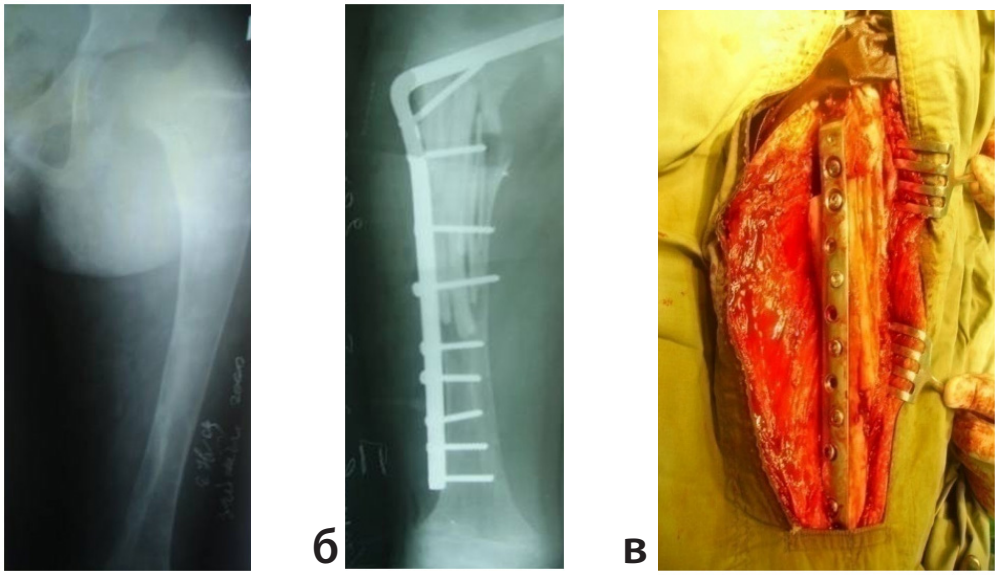

РИС. 6. РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ С КСЕНОПЛАСТИКОЙ И НАДКОСТНЫМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ ПЛАСТИНКОЙ: А – РЕНТГЕНОГРАММА ДО ОПЕРАЦИИ; Б - РЕНТГЕНОГРАММА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ; В - МОМЕНТ ОПЕРАЦИИ

При тотальном поражении дистального отдела лучевой кости прибегали к созданию однокостного сегмента путём создания артродеза между дистальным отделом локтевой кости и первого ряда костей запястья в дистальном и лучевой и локтевой костями в проксимальном отделе костей предплечья (рис. 5).

Внедрение ксенопластики позволило решить проблему выполнения реконструктивных операций при полиосальной форме фиброзной дисплазии. Оперативные вмешательства включали тотальное удаление патологической ткани на всём протяжении, коррекцию оси кости, ксенопластику и экстрамедуллярный остеосинтез (рис. 6).

При анализе результатов лечения с применением усовершенствованной объективизированной балльной системы СОИ-1 среднеарифметическая сумма баллов (в норме – 100 баллов) в группе IA (оптимизированная тактика и традиционное финансирование) составила 88,1±0,2 балла, в группе IБ (традиционная тактика и традиционное финансирование) – 81,3±0,4, в группе IIA (оптимизированная тактика и соопла-та) – 95,6±0,3 и в группе IIБ (традиционная тактика и сооплата) – 83,1±0,5 балла. Удельный вес неудовлетворительных результатов (суммарный удельный вес баллов ниже 75) на первом этапе в группе IA составил 5,6%, в группе IБ – 21,7%, в группе IIA – 3,9% и в группе IIБ – 19,4%.

Таким образом, в комплексном лечении доброкачественных опухолей костей внедрён широкий арсенал реконструктивно-восстановительных операций, что позволило при малодоступности дорогостоящих аллотрансплантатов и эндопротезирования провести сохранные альтернативные операции. Внедрение предложенных механизмов позволило значительно улучшить результаты лечения по сравнению с традиционными подходами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И. Национальное руководство по онкологии / М.И.Давыдов, В.И.Чиссов. - М.: ГЕОТАР-Медиа. - 2008. - С. 863-866.
2. Зацепин С.Т. Костная патология взрослых: руководство для врачей / С.Т.Зацепин. М.: Медицина, 2001. -638 с.
3. Денисов А.С. Хирургическое лечение доброкачественных опухолей костной ткани с применением пористого углерода / А.С.Денисов, В.Л.Скрябин, С.Б.Булатов, Д.А.Тихомиров, Е.С.Камаева // Гений ортопедии. - 2009. - № 3. - С.94-97.
4. Куропаткин Г.В. Костный цемент в травматологии и ортопедии / Г.В.Куропаткин. - Самара. - 2006. - 74с.
5. Лечение гигантоклеточных опухолей в области коленного сустава /А.Н.Горячев, Л.Б.Резник, А.И.Гейко, О.В.Еремеев, А.В.Тютюников / Гений ортопедии // - 2011. - № 1. –С.61-66.
6. Снетков А.И. Применение навигационных технологий в лечении остеоидной остеомы и остеобластомы позвоночника у детей /А.И.Снетков, А.Р.Франтов, С.Ю.Батраков, Р.С.Котляров, О.Г.Кесян // Гений ортопедии. - 2014. - № 1. - С.46-50.
7. Чепелева М.В. Чрескостный остеосинтез в комплексном лечении костных кист: иммунологические аспекты / М.В.Чепелева [и др.] // Гений ортопедии. - 2012. - № 1. - С.94-96.
8. El-Sherbiny M. Long term behavior of pedicled vascularized fibular grafts in reconstruction of middle and distal tibia after resection of malignant bone tumors // J. Egypt Natl. Canc. Inst. - 2008. - Vol. 20, N 2. - P.187-195.
9. Long bones giant cells tumors : treatment by curretage and cavity filling cementation / N. Fraquet [et al.] // Orthop. Traumatol. Surg. Res. - 2009. - Vol. 95, N 6. - P.402-406.
10. Resection arthrodesis of the ankle for aggressive tumors of the distal tibia in children / S. Stephan [et al.] // J. Pediatr. Orthop. - 2009. - Vol. 29, N 7. - P. 811-816.
11. Дианов С.В. Воздействие сверхнизких температур на опухолеподобные поражения костей при хирургическом лечении // Травматология и ортопедия России. - 2008. - № 2 (48). - С.57-60.
12. Терсков А.Ю. Наша тактика в диагностике и лечении больных с гигантоклеточными опухолями костей / А.Ю.Терсков, В.В.Иванов, А.Н.Николаенко // Гений ортопедии. - 2013. - № 2. - С.67-71.

Summary

Improvement of surgical care in benign tumors and tumor-like diseases of bones

A.A. Razzokov, N.F. Salimov, J.B. Ansori
Chair of Traumatology, Orthopedics and Field surgery Avicenna TSMU

The features of the organization and results of hospital treatment 541 patients with benign processes in the bones were analyzed. Analysis of the data based on the goals and objectives of the study were done in two stages. In the first phase of study (2006-2009) in treatment traditional approaches used, at second phase (2009-2013) – the proposed byauthors regulatory measures used to improve the functioning and funding of trauma and orthopedic services in the country, as well as widely introduce modern technologies clinical practice. The proportion of patients operated using modern technologies at the first phase of study was 35,6%, at the second phase (2009-2013) - 68.5%.In analyzing the results of treatment with an Improved objectified scoring system SDI-1 the arithmetic mean score (in a norm – 100 points) in group IA (optimized tactics and traditional financing) amounted to 88,1±0,2 points, in group IB (traditional tactics and traditional financing) – 81,3±0,4, in group IIA (optimized strategy and co-payments) – 95,2±0,3 in group IIB (traditional tactics and co-payments) – 83,2 ± 0,5 points. The proportion of unsatisfactory results (total share of less than 75 points) in group IA was 5,6%,in group IB – 21,7%, in group IIA – 3,9% and in group IIB – 19,4%.

Key words: benign tumor, tumor-like bone diseases, autoplasty, alloplasty, xenoplasty

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Раззоков Абдували Абдухамитович – заведующий кафедрой травматологии и ортопедии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г.Душанбе,
ул. Федина, М.4, дом. 5, кв. 92
E-mail: rfiruz@mail.ru

НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК АВИЦЕННЫ»
ТАДЖИКСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО

Восстановление нормальной анатомии мышц мягкого нёба при его врождённой расщелине

Г.М. Ходжамурадов, А.Х. Шаймонов, Ф.М. Тухтаев
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

В статье представлены результаты хирургического лечения 29 больных с врождённой расщелиной мягкого нёба.

Больные были разделены на две группы: I – пациенты, которым хирургические вмешательства проведены без восстановления мышц мягкого нёба, у II группы – с восстановлением мышц мягкого нёба.

В отдалённые сроки после проведения оперативного вмешательства, нарушения речеобразования определялись у 7 больных I группы, у 1 пациента II группы с большим размером дефекта, у которого до операции речь отсутствовала, а после её проведения – речь нормализовалась.

Воспалительные заболевания уха во II группе не наблюдались, в I группе – у 5 больных. Деформации и воспалительные явления носа наблюдались лишь в I группе у 4 больных. Рецидивы наблюдались у 1 больного во II группе подгруппы больших дефектов.

Восстановление мышц показало себя эффективным с целью восстановления речи и дренажа слуховой трубы у больных данной категории.

Ключевые слова: врождённая расщелина нёба, вейлопластика, мышцы мягкого нёба, нёбно-глоточная недостаточность, евстахиева труба

Актуальность. Врождённая расщелина нёба является одной из наиболее часто встречающихся врождённых аномалий человека. Согласно данным разных авторов, частота встречаемости данной патологии составляет 1:500 – 800 новорождённых в сочетании с врождённой расщелиной верхней губы и 1:2000 новорождённых – в изолированном виде [1-4]. Несмотря на более чем трёхсотлетнюю историю хирургического лечения врождённой расщелины нёба [3], метод оптимального оперативного вмешательства, отвечающий всем требованиям, до настоящего времени не найден [3]. Более того, согласно данным современной литературы, количество рецидивов после проведения хирургического лечения колеблется от 20% до 90% [1,5].

В ходе исследования обратили на себя внимание рекомендации некоторых авторов [3,6,7] относительно благоприятного влияния восстановления мышц мягкого нёба при устранении дефекта. На рисунке 1 показано прикрепление мышц к нёбу в норме и при врождённой расщелине по P.C. Neligan et al. (2013) [7].

Роль мышцы, поднимающей мягкое нёбо, и мышцы, напрягающей его, выявленную в ходе многочисленных исследований, трудно переоценить [6,8]. С патологическим прикреплением m.levator veli palatini связана высокая распространённость экссудативного среднего отита у пациентов с врождённой расщелиной [9,10]. Мышца, напрягающая мягкое нёбо, так же играет важную роль в открытии евстахиевой трубы и её санации. Некоторые авторы отдают ей главенствующую роль в данном процессе [10]. При врождённой расщелине неба, угол прикрепления данной мышцы к хрящевой части евстахиевой трубы уменьшается, что затрудняет её функционирование [3]. В результате наблюдается дисфункция евстахиевой трубы, что проявляется в виде аномалий хряща и мышц трубы. По данным A.S. Gordon, F. Jean-Louis, R.P. Morton, только 81% подростков с врождённой расщелиной нёба имели нормальный слух [10].

В свою очередь у детей, часто переносивших воспалительные заболевания среднего уха, чаще наблюдались нарушения выразительности речи [3,4].

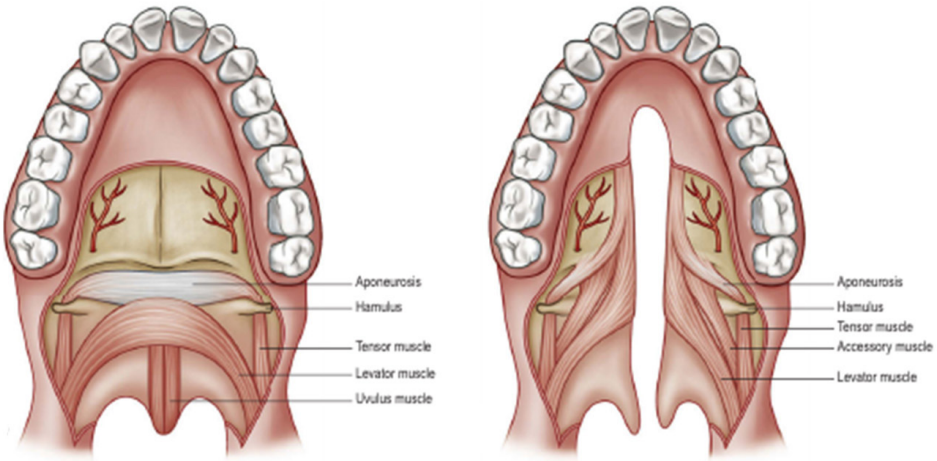

РИС. 1. НОРМАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ПРИКРЕПЛЕНИЯ МЫШЦ МЯГКОГО НЁБА (А) И ИХ АНАТОМИЯ ПРИ ВРОЖДЁННОЙ АНОМАЛИИ НЁБА (В) [7]

Данные обстоятельства вынуждают заняться поиском оптимизации хирургического лечения данной аномалии.

Цель исследования: оценить эффективность различных методов устранения врождённой расщелины нёба в комбинации с восстановлением нормальной анатомии мышц мягкого нёба и без него, а также их ближайшие и отдалённые результаты.

Материал и методы. Нами был изучен опыт применения различных методов укрытия врождённой расщелины мягкого нёба в комбинации с восстановлением мышц мягкого нёба и без него, у 29 больных (лица мужского пола – 13, женского пола – 16), обратившихся в отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в период с 2009 по 2013 гг.

Возраст больных варьировал в пределах от 1,5 года до 27 лет, средний возраст составил 7,4 года.

Больные были разделены на две группы: I (n=13) – пациенты, которым устранение врождённой расщелины мягкого нёба проведено без восстановления его мышц; II (n=16) – с применением различных методов вейлопластики с восстановлением мышц мягкого нёба.

Кроме того, пациенты в зависимости от величины дефекта были подразделены на три подгруппы: малые расщелины – до 2 см, средние – от 2 до 3 см, большие – свыше 3 см.

Всем больным при поступлении объективно исследовалась полость рта, измерялись размеры расщелины нёба при помощи угломеров.

Риноскопия и отоскопия выполнялись при помощи риноскопа «Aesculap» (Германия).

Всем пациентам до и после проведения оперативного вмешательства проводилась краниометрия относительно трёх размеров: от бугорка затылочной кости до переносицы, измерялась окружность головы на уровне верхушки ушей, а так же окружность головы на границе лицевого и мозгового отделов черепа.

Анализировалось произношение различных звуков больными до и после оперативного вмешательства. Оценивалась способность больных произносить шипящие и звонкие звуки.

Проводилась оценка степени нёбно-глоточной недостаточности, а так же формы нёбно-глоточного кольца. Для оценки степени нёбно-глоточной недостаточности использовалась классификация А.А. Мамедова (1986).

Все результаты заносились в базу данных и оценивались при помощи программы Excel 2010 с вычислением M±m, с 95% доверительным интервалом, с определением сигмального отклонения.

Результаты и их обсуждение. В I группе, в зависимости от размера дефекта, больные разделились по следующим подгруппам: малые дефекты – 7 больных, средние – 4, большие – 2.

Во II группе разделение по данному признаку было следующим: малые дефекты – у 7 больных, средние – у 7, большие – у 2.

Как в первой, так и во второй группах все больные с большими дефектами обратились за повторными операциями, после перенесения рецидивов. Следует отметить, что хирургическое лечение данной категории больных (с рецидивами) представляет особую сложность, ввиду повышенного развития рубцовой ткани.

Больным с малыми и средними дефектами были произведены стафилораффия, Z-пластика по Фурлоу и интравелярная палатопластика, оксфордская пластика. Больным с большими дефектами во всех 4 случаях была проведена вейлофарингопластика с закрытием раневой поверхности фаренгиальным лоскутом с использованием тканей задней стенки глотки.

У всех больных до проведения оперативного вмешательства наблюдалась нёбно-глоточная недостаточность различной степени выраженности.

Нарушения речи различной степени наблюдались у 22 пациентов (I гр. – 12 больных, II гр. – 10), в том числе, у 3 больных из подгруппы больших дефектов наблюдалось отсутствие членораздельной речи (I гр. – 1 больной, II – 2).

До проведения оперативного вмешательства воспалительные заболевания полости носа и деформации наблюдались у 18 больных (I гр. – 8 пациентов, II гр. – 10), воспалительные заболевания уха – у 24 больных (I гр. – 12 пациентов, II гр. – 12).

Нарушения роста костей черепа, в основном средней его трети, наблюдались у 4 больных с большими дефектами, обратившихся по поводу рецидивов.

После проведения оперативного вмешательства, в ближайшем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось ни в одной из групп. Больным предписывались различные группы антибиотиков, в зависимости от тяжести дефекта и возраста больных, а так же полоскание раствором фурацилина после принятия пищи.

В отдалённые сроки после проведения оперативного вмешательства нарушения речеобразования определялись у 7 больных I группы и у 1 пациента II гр. с большим размером дефекта. Однако следует отметить тот факт, что у 1 больного с нарушениями речи из второй группы до проведения операции речеобразование не наблюдалось вовсе. После проведения оперативного вмешательства речь нормализовалась, затруднения возникали лишь при произношении буквы «р».

Воспалительные заболевания уха во второй группе не наблюдались, в первой группе наблюдались в отдалённом послеоперационном периоде у 5 больных. Деформации и воспалительные явления носа наблюдались лишь в первой группе у 4 больных. Рецидивы наблюдались во второй группе подгруппы больших дефектов у одного больного.

Наибольшую эффективность, как с целью анатомического укрытия, так и с целью восстановления функций страдающих от врождённой расщелины нёба органов, при дефектах малых и средних размеров, показала Z-пластика по Фурлоу в комбинации с восстановлением целостности мышц со сшиванием их в одной плоскости «конец в конец». Данный метод позволил добиться удлинения нёба и избежать развития излишней рубцовой ткани [11]. Больные, перенёсшие данный вид пластики мягкого нёба, имели наименьшую частоту нёбно-глоточной недостаточности в отдалённые сроки после проведения оперативного вмешательства.

Большую сложность вызывало укрытие дефекта подгруппы с большими дефектами, так как укрытие их с использованием тканей собственно мягкого нёба невозможно. Замещение его тканями задней стенки глотки показало себя эффективным.

Выполнение восстановления мышц мягкого нёба при устранении врождённой расщелины нёба, согласно данным нашего исследования, показало себя эффективным и обязательным для восстановления речи у больных, а так же дренирования среднего уха.

Высказывания авторов, которые считают восстановление мышц мягкого нёба нецелесообразным, ввиду чрезмерного развития рубцовой ткани [6,12], в нашем исследовании не нашли под собой основы, так как деформации наблюдались лишь у пациентов первой группы.

Таким образом, целесообразность восстановления мышц мягкого нёба при устранении врождённой расщелины нёба, а также оценка отдалённых результатов подтверждает благоприятное его влияние на функции органов слуха и речи. Z-пластика по Фурлоу показала себя наиболее эффективной при расщелинах малых и средних размеров, в то же время при больших размерах расщелины – методом выбора является использование заднефаренгиального лоскута, с восстановлением мышц мягкого нёба.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артюшкевич А.С. Ранняя уранопластика / А.С.Артюшкевич [и др.] // Хирургия. Восточная Европа: тез. докл. - Минск. - 2013. - С. 411-413.
2. Гончаков Г.В. Врождённые расщелины верхней губы и нёба // Г.В.Гончаков, А.Г.Притыко, С.Г.Гончакова // Практическая медицина. - 2009. - 87с.
3. Супиев Т.К. Врождённая расщелина верхней губы и нёба / Т.К.Супиев, А.А.Мамедов, Н.Г.Негаметзянов // Алматы. - 2013. - С.84-87, 256-276.
4. Berkowitz S. Cleft Lip and Palate Diagnosis and Management / S.Berkowitz: Springer. - 2013. - P.127.

5. Гончакова С.Г. Тактика хирургического лечения пациентов с рецидивирующими дефектами твёрдого нёба // С.Г.Гончаков, Г.В.Гончаков, А.Г.Притыко // Стоматология-2004: сб.тр. / Материалы VI Российского научного форума. - М., 2004. - С.41-42.
6. Mars M. Management of cleft lip and palate in the developing world / M.Mars, D. Sell, A.Habel. - Chicheste, John Wiley & Sons Ltd. - 2008. - P. 55.
7. Neligan P.C. Plastic surgery Third edition: Craniofascial, head and neck surgery and pediatric plastic surgery / P.C.Neligan, E.D.Rodriguez, J.E.Losee // London. - 2013. - P.503-671.
8. Revesz S.M. Repair of Cleft Lip and Palate / S.M.Revesz, M.H.Newman, K.L.Holtsberry // A Parent's Guide. - 2012. - P. 55.
9. Особенности строения полости носа у детей с экссудативным средним отитом и врождённой несквозной расщелиной нёба / Ф.Н.Завьялов, А.В.Саликов, Т.В.Хлобыстова, В.В.Черненок // Российская ринология. - 2009. - № 2. - С. 107.
10. Gordon A.S. Late ear sequelae in cleft palate patients / A.S.Gordon, F.Jean-Louis, R.P.Morton// Int. J. Pedoatr. Otorhinolaryngology. - 1988. - Vol. 15. - P.149-156.
11. Kokavec R. Early results and experience with Furlow double opposing Z-plasty / R.Kokavec // Bratisl lek listy. - 2004. - № 3 (105). - P.104-107.
12. Wyszynski D.F. Cleft lip and palate – from origin to treatment / D.F.Wyszynski. - Oxford University Press. - 2002. - P. 28-30

Summary

Restoration of normal anatomy of the soft palate muscle in congenital cleft

G.M. Khojamuradov, A.K. Shaimonov, F.M. Tukhtaev
Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery

The article presents the results of surgical treatment 29 patients with congenital cleft of the soft palate.

The patients were divided into two groups: I - patients who underwent to surgery without restoring the soft palate muscles, group II – withrestoration of this muscle.

At the remote timedisturbances of speech production were determined in 7 patients in group I, in1 patient of group II with a large defect having no speech before operation and after its realization - it returned to normal.

Inflammatory diseases of ear in the group I – were in 5 patients,in group II - not observed. Nasal deformity and inflammation were noted only in 4 patients from group I. Relapses were observed in 1 patient in group II from subgroup with large defects.

Muscle restoring proved to be effective to speech recovery and auditory tube drainage in patients of this category.

Key words: congenital cleft palate, veiloplasty, the soft palate muscles, palato-pharyngeal insufficiency, the Eustachian tube

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Шаймонов Азиз Хусенович – научный сотрудник отделения восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии; Таджикистан, г.Душанбе, ул.Санои, 33
E-mail: scorpio-as@list.ru

НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК АВИЦЕННЫ»
ТАДЖИКСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО

Наш опыт хирургического лечения юношеской ангиофибромы основания черепа

М.К. Икромов, К.Н. Азизов
Государственное учреждение «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан»

Авторы предлагают временную перевязку наружной сонной артерии перед удалением опухоли на стороне поражения у больных с юношеской ангиофибромой основания черепа (ЮАОЧ). С учётом предложенного метода, обследуемых пациентов разделили на две группы: I группа (n=10) – без предварительной временной перевязки наружной сонной артерии (традиционный метод) и II группа (n=25) – с предварительной временной перевязкой наружной сонной артерии.

У больных I группы объём интраоперационной кровопотери составил 600,0-1200,0 мл, что, в свою очередь, затрудняло обзор операционного поля и принуждало к переливаниям одногруппной крови и плазмы. Рецидив заболевания в данной группе выявлен у 1 больного.

У больных II группы объём кровотечения во время операции составил от 250,0 до 550,0 мл крови, т.е. в 2,0 и 2,5 раза меньше, чем в I группе, что обеспечивало лучший обзор операционного поля и не требовало переливания компонентов крови. В данной группе рецидив заболевания отмечен не был.

Сравнительный анализ показал эффективность предложенного метода хирургического лечения ЮАОЧ, поэтому его можно использовать как альтернативу эмболизации сосудов бассейна наружной сонной артерии, во всех регионах республики, т.е. там, где ещё нет высокотехнологичной аппаратуры.

Ключевые слова: ангиофиброма, юношеская ангиофиброма основания черепа, носоглоточная ангиофиброма

Актуальность. Юношеская (носоглоточная) ангиофиброма основания черепа (ЮАОЧ) является одним из грозных заболеваний ЛОР - органов и представляет собой редкую сосудистую мальформацию носоглотки, иногда достигающую значительных размеров, вызывающую обструкцию полости носа и носовые кровотечения [1-4]. Она встречается исключительно у лиц мужского пола в период полового созревания.

Юношеская ангиофиброма носоглотки, на фоне кажущегося доброкачественного образования, по морфо-гистологическому характеру, является весьма злокачественной – по клиническому течению и склонности к рецидивированию [2,5,7].

Доказательством тому является способность опухоли к увеличению в объёме до больших размеров и, имея разрушительный характер, преодолевать на своём пути все препятствия, независимо от того мягкая ткань это, хрящ или кость. В связи с этим, проблема лечения данной патологии остаётся актуальной.

Сложным и важным звеном является диагностика ЮАОЧ в начальной стадии заболевания в связи с появлением неспецифических признаков (ринорея, затруднение носового дыхания и др.), характерных и для других заболеваний полости носа и носоглотки (аденоиды, риниты и т.д.) [3].

Не менее сложным в разрешении данной проблемы является вопрос выбора методов лечения: хирургическое вмешательство, консервативное лечение (гормонотерапия, рентгенотерапия) или комбинация этих способов.

Для лечения данной патологии нужны специализированные учреждения и высококвалифицированные врачи, так как её последствия влекут за собой серьёзное кровотечение из-за ангиоматозности опухоли и склонность к рецидивированию.

По данным литературы, частота рецидивов колеблется от 3% до 10% [4]. Клинический опыт показывает, что рецидив ЮАОЧ, главным образом, обусловлен оставшейся неудалённой частью, преимущественно, находящейся в труднодоступных отделах: ретромаксилярной, крылонёбной и подвисочных ямках из-за профузного кровотечения, которое ограничивает обзор операционного поля [2,4].

Последние годы уже доказана неэффективность лучевой (телегамма) терапии, рентгенотерапии, облучения радием или консервативного лечения гормонами [5,7].

В связи с этим, отечественные и зарубежные специалисты отдают предпочтение хирургическому лечению данной патологии и рекомендуют в зависимости от объёма опухоли и её расположения, удаление патологической ткани через естественные пути (нос и рот), трансмаксилярно, транспалатинально, «медиофациальное скальпирование» (midfacedegloving) путём боковой ринотомии, а при гигантских – смежные доступы (нейрохирургический и челюстно-лицевые доступы) [1-8].

ЮАОЧ, как и опухоль ярёмного гломуса, является одним из вызовов нашей профессии. Проведение полной хирургической энуклеации ЮАОЧ является чрезвычайно сложной операцией, вследствие неизбежного сильного интраоперационного кровотечения из крупных кровеносных сосудов, расположенных рядом с внутренней сонной артерией и зрительным нервом [2,4,6,7].

По данным ЛОР-клиники, в Республике Таджикистан юношеская ангиофиброма встречается одинаково во всех регионах страны, кроме высокогорной области – Горно-Бадахшанской автономной области, и удельный вес заболеваемости соответствует данным мировой литературы [9].

Цель исследования: совершенствование методов хирургического лечения юношеской ангиофибромы основания черепа и разработка новых подходов, обеспечивающих уменьшение интраоперационного кровотечения и предупреждение рецидива опухоли.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 35 больных с диагнозом ЮАОЧ, проходивших лечение в ЛОР-клинике Национального медицинского центра (за период 2000-2014 гг.). По возрасту больных распределили на три группы: 10-14 лет (n=4), 15-19 лет (n=28) и 20-25 лет (n=3). Основную массу больных составили лица мужского пола переходного возраста (15-19 лет).

С целью усовершенствования существующих методов и разработки новых хирургических подходов, обеспечивающих уменьшение интраоперационной кровопотери, а также более качественного удаления всех отрогов опухоли, в свою очередь приводящего к минимизации рецидивов, сотрудниками ЛОР-клиники был предложен и внедрён в клиническую практику совершенно новый подход лечения данной патологии.

Суть нашего подхода заключается в том, что всем больным II группы во время операции, с целью уменьшения интраоперационного кровотечения и качественного удаления опухоли, была проведена временная перевязка наружной сонной артерии на стороне поражения. После окончания основного этапа операции (удаление опухоли), передней и задней тампонады, сонная артерия развязывается, тем самым, восстанавливается кровоснабжение сосудистого русла в бассейне, идущего от наружной сонной артерии.

С учётом предложенного нами метода, обследуемых пациентов разделили на две группы: I группа (n=10) – без предварительной временной перевязки наружной сонной артерии (традиционный метод) и II группа (n=25) – с предварительной временной перевязкой наружной сонной артерии.

Всем больным были проведены общеклинические исследования: оториноларингологическое обследование, КТ и МРТ. В связи с большим распространением опухоли, 4 пациентам была проведена реоэнцефалограмма (РЭГ).

Объём ЮАОЧ оценивали по классификации U.Fish, что соответствовало 1-2-3а-3б стадиям. У 11 наблюдаемых больных была обнаружена 1-я стадия, у 22 – 2-я и у 2 пациентов – 3-я. Из общего количества обследованных больных (n=35) 6 человек были прооперированы по Муру и 29 – через естественные пути (рот и нос). В подготовительном периоде, с целью улучшения агрегационных механизмов крови, больным назначали лекарственные средства в таблетированном виде в течение 5 дней, а накануне операции – вечером рекомендовали успокаивающие средства, снотворные или транквилизаторы.

Приведём клинический пример. Больной К., 1996г., поступил в ЛОР-клинику 04.11.2013г. с диагнозом DS-ангиофиброма носоглотки. В момент осмотра у больного были следующие жалобы: отсутствие дыхания с левой половины носа, периодические носовые кровотечения и головные боли. Из анамнеза: считает себя больным в течение последних 6-8 месяцев. Первые месяцы жалобы были на затруднение носового дыхания и редкое кровотечение из носа – от нескольких капель до 2,0-3,0 мл. В последние месяцы произошла полная обтурация левой половины носа и носовые кровотечения участились, что вынудило больного обратиться к ЛОР-врачу. Больной был обследован амбулаторно и подготовлен к оперативному лечению. До и после операции больному была произведена КТ полости носа и его придаточных пазух и эндоскопическое обследование (рис.1,2).

Под эндотрахеальным наркозом сделали разрез кожи по передней поверхности грудинно-ключично-сосцевидной мышцы в проекции наружной сонной артерии, слева. Тупым путём дошли до сосудисто-нервного пучка, нашли наружную сонную артерию и полуузлом перекрыли её резиновой полоской. Затем приступили к основному этапу операции –

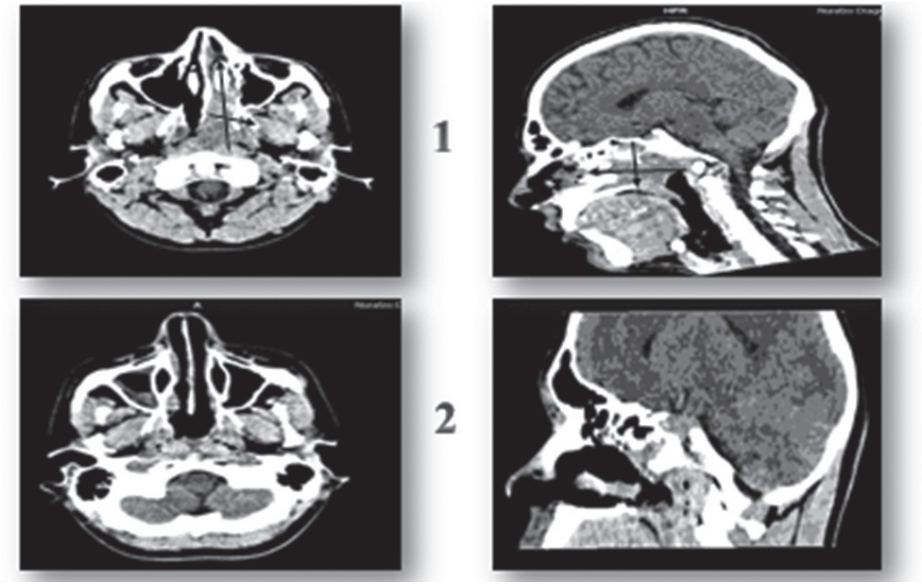

РИС. 1. КТ ПОЛОСТИ НОСА И ЕГО ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ БОЛЬНОГО К., 17 ЛЕТ С ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМОЙ НОСОГЛОТКИ ДО (1) И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ (2)

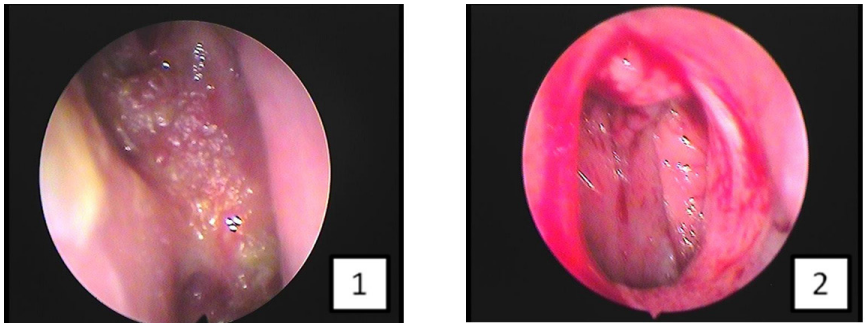

РИС. 2. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЬНОГО К., 17 ЛЕТ С ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМОЙ НОСОГЛОТКИ ДО (1) И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ (2)

РИС. 3. УДАЛЁННАЯ ОПУХОЛЬ У БОЛЬНОГО К., 17 ЛЕТ С ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМОЙ НОСОГЛОТКИ

удаление опухоли из носоглотки и прорастающей в носовую полость. Во время операции кровотечение было минимальным, что обеспечило хороший обзор операционного поля. Опухоль удалили полностью, целиком (рис.3).

Полость носа затампонировали передним и задним тампонами, наружную сонную артерию освободили от узла резиновой полоски и рану зашили послойно (07.11.2013г.). Послеоперационный период прошёл гладко, и через неделю больной был выписан в удовлетворительном состоянии.

Результаты и их обсуждение. Эффективность применяемых методов в исследуемых группах оценили по двум критериям: объёму потерянной крови во время операции и наличию рецидивов.

Данные исследования показывают, что у больных I группы, объём интраоперационной кровопотери составил 600,0-1200,0 мл, что, в свою очередь, затрудняло обзор операционного поля и принуждало к переливаниям одногруппной крови и плазмы. У 1 пациента было обнаружено осложнение в виде постоперационного рецидивирующего носового кровотечения. Рецидив заболевания в данной группе выявлен у 1 больного.

У больных II группы объём кровотечения во время операции составил от 250,0 до 550,0 мл крови, что обеспечивало лучший обзор операционного поля и не требовало переливания компонентов крови. Осложнение в виде профузного носового кровотечения после недельной выписки из стационара наблюдалось у одного больного. В данной группе рецидив заболевания отмечен не был.

Сравнительный анализ в исследуемых группах показал эффективность предложенного нами метода хирургического лечения юношеской ангиофибромы, так как в данной группе количество интраоперационной кровопотери было снижено в 2,0 и 2,5 раза, что можно считать более оптимальным, чем традиционная методика.

Современная технология позволяет менять взгляды на данную проблему с лучшей стороны. Появление высокотехнологичной аппаратуры намного устранило трудности, стоящие перед специалистами. К такому примеру можно отнести эмболизацию сосудов бассейна наружной сонной артерии, кровоснабжающей данную область [6]. Это может привести к минимизации интраоперационной кровопотери и улучшению обзора операционной полости. Однако это дорогое удовольствие и доступно не во всех регионах как в нашей стране, так и за рубежом.

Таким образом, хирургическое лечение юношеской ангиофибромы основания черепа с предварительной перевязкой наружной сонной артерии на стороне поражения при опухолях 1, 2, 3А и 3Б стадий по U.Fish можно широко использовать как альтернативу эмболизации во всех регионах, т.е. там, где ещё нет высокотехнологичной аппаратуры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булл Т.Р. Атлас ЛОР-заболеваний / Т.Р.Булл. - М., ГЭОТАР-МЕДИА. - 2007. -248с.
2. Виганд М.Э. Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух и переднего отдела основания черепа / М.Э.Виганд. Пер. с англ. - М. - 2010.
3. Юнусов А.С. Особенности ведения больных с ЮАОЧ / А.С.Юнусов, А.С.Закариев // Журнал «Российская оториноларингология». Приложение № 1. - 2009. - С.385-389.
4. Ковалёва Л.М. Диагностика рецидивов юношеской ангиофибромы носоглотки / Л.М.Ковалёва, А.А.Ланцов, А.А.Мефодевский // Журнал «Новости оториноларингологии и логопедии». - 1997. - № 2 (10). - С.4-5.
5. Современные представления о хирургическом лечении юношеской ангиофибромы основания черепа с интракраниальным распространением / Н.Н.Науменко, Д.А.Гуляев, А.Н.Науменко, В.А.Верезгов // Журнал «Российская оториноларингология» - 2010. - № 1(44). - С.90-94.
6. Ханс Бербом Болезни уха, горла и носа / Бербом Ханс [и др.] // Пер. с англ. - М. - 2012. - 234с.
7. Пальчун В.Т. Оториноларингология. Национальное руководство / В.Т.Пальчун. - М. - 2009. - 954с.
8. Шалабаев Б.Д. Хирургическое лечение объёмных деструктивных образований челюстно-лицевой области / Б.Д.Шалабаев. - Бишкек. - 2013. – 342с.
9. Икромов М.К. Лечение больных с ангиофибромами носоглотки по данным ЛОР-клиники НМЦ г.Душанбе / М.К.Икромов [и др.] // Материалы 4-го Петербургского форума оториноларингологов России. - 2015. - С.228-229.

Summary

Our experience of surgical treatment of juvenile angiofibroma located in the skull base

M.K. Ikromov, K.N. Azizov
State institution «National Medical Center of the Republic of Tajikistan»

The authors propose a temporary external carotid artery ligation on the side of lesion before the removal of tumor in patients with juvenile angiofibroma of the skull base (JASB).Taking into account the proposed method, the patients were divided into two groups: I group (n=10) - without first temporary ligation of the external carotid artery (the traditional method) and II group (n=25) - with a preliminary temporary ligation of the external carotid artery.

The intraoperative blood loss in patients of group I was 600,0-1200,0 ml, which, in turn, made it difficult to visualized the surgical field and forced to blood and plasma transfusion. Recurrence of the disease in this group was noted in 1 patient.

Bleeding during surgery in patients of group II ranged from 250.0 to 550.0 ml, i.e. in 2.0 and 2.5 times less than in group I, that provide better visualization of surgical field and did not require a transfusion of blood components. In this group no relapse was observed.

Comparative analysis has shown the effectiveness of proposed surgical treatment of JASB, so it can be used as an alternative to embolization of the external carotid artery basin, in all regions of the republic, ie, in those place where no high-tech equipment is not existed.

Key words: angiofibroma, juvenile angiofibroma of the skull base, nasopharyngeal angiofibroma

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Икромов Махмадуло Курбонович – врач-оториноларинголог Государственного учреждения «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан»;
Таджикистан, г.Душанбе, пр.И.Сомони, 59а
E-mail: ikromov.mk-71@mail.ru

Остеосинтез при лечении диафизарных переломов длинных трубчатых костей у детей

Д.С. Мусоев
Кафедра травматологии и ортопедии Воронежского государственного медицинского университета им.Н.Н. Бурденко, Россия;
Хатлонская областная клиническая больница им.Б. Вохидова, Таджикистан

В статье представлены результаты лечения 204 детей и подростков (в возрасте от 0 до 15 лет) с 309 диафизарными переломами длинных трубчатых костей.

Отличные результаты лечения были получены в 95% случаев у детей и подростков с диафизарными переломами длинных трубчатых костей, хорошие – в 0,4%, удовлетворительные – в 3,6% и неудовлетворительные – в 1,0%.

Важным показателем оценки эффективности лечения пациентов с диафизарными переломами являются средние сроки начала функциональной реабилитации. Так, при переломах бедренной кости у пациентов первой группы они составляли 7 недель, во второй – 7,5 недель и в третьей – 4 недели. При лечении переломов голени берцовой кости эти сроки составляли 6, 5,5 и 3,5 недели, соответственно. При лечении пациентов с переломами плечевой кости начало функциональной реабилитации представлялось возможным во второй группе через 4 недели, в третьей – 3 недели. При переломах костей предплечья эти сроки составляли, в среднем, во второй группе – 3 недели и в третьей – 2,5 недели.

Ключевые слова: остеосинтез, диафизарные переломы длинных трубчатых костей

Введение. На сегодняшний день в России ежегодно регистрируется более 500000 случаев переломов костей у детей и подростков, а частота случаев тяжёлой и множественной травмы достигает 7-12% [1-3]. Рост травматизма у детей и подростков составляет 11,4-17,8%, соответственно [4,5]. Более 90% случаев травм приходится на опорно-двигательный аппарат. Это можно объяснить неуклонным ростом дорожно-транспортных происшествий, ранним приходом детей в профессиональный и экстремальный виды спорта [6]. Мы считаем, что основной задачей современной травматологии, по праву, является совершенствование уже применяемых методов лечения и разработка новых, экономически эффективных.

Ортодоксальной можно считать тактику лечения повреждений опорно-двигательного аппарата, при которой сначала достигается консолидация, а потом восстанавливается функция повреждённой конечности. При сравнительном анализе результатов различных методов лечения переломов, включение в понятие эффективности лечения такого критерия, как сроки сращения перелома, не совсем целесообразно, так как практика показывает, что сроки консолидации переломов при консервативном и оперативном методах лечения, при прочих равных условиях, достоверно могут не различаться [7,8].

Не вызывает сомнения тот факт, что оперативное лечение пострадавших с переломами длинных трубчатых костей создаёт оптимальные условия для консолидации перелома, восстановления структуры и функции повреждённых отделов опорно-двигательного аппарата, что, в свою очередь, способствует снижению инвалидизации пациентов и улучшению анатомо-функциональных результатов лечения. К нашему глубокому сожалению, на сегодняшний день нет единой концепции, определяющей оптимальную тактику оказания специализированной медицинской помощи детям и подросткам с диафизарными переломами длинных трубчатых костей.

Цель исследования: улучшение результатов лечения детей и подростков с диафизарными переломами длинных трубчатых костей.

Материал и методы. Нами был проведён анализ результатов лечения 204 детей (в возрасте от 0 до 15 лет) с 309 диафизарными переломами длинных трубчатых костей, находившихся на лечении в отделении

RETRACTED

ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ И СПОСОБУ ЛЕЧЕНИЯ

Способы лечения	Локализация диафизарных переломов					Всего
	Плечевая	Лучевая	Локтевая	Бедренная	Кости голени	
Закрытая репозиция + гипсовая иммобилизация	1	3	4	-	43	[illegible]
Закрытая репозиция на фоне скелетного вытяжения	2	-	-	52	10	64 ([illegible]0,7%)
Открытый остеосинтез	30	29	30	51	[illegible]	194 (62,8%)
Всего переломов	33	32	34	103	[illegible]	309 (100%)

ТАБЛИЦА 2. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ И ВИДУ ОСТЕОСИНТЕЗА

Способы остеосинтеза	Локализации диафизарных переломов					Всего
	Плечевая	Лучевая	Локтевая	Бедренная	Кости голени	
Интрамедуллярный – спицами Киршнера	-	23	23	-	-	46 (23,7%)
Интрамедуллярный спицами Волкова	-	2	2	-	4	8 (4,1%)
Пластина АО	18	-	-	44	31	93 (47,9%)
Пластина Лена	1	3	[illegible]	-	2	9 (4,6%)
Пластина Лена усиленная	2	-	-	5	8	15 (7,8%)
Чрескостный спицами Киршнера	-	1	2	-	5	8 (4,1%)
Шурупы + спицы Киршнера	9	-	-	2	4	15 (7,8%)
Всего переломов	30	29	30	51	54	194 (100%)

RETRACTED

травматологии и ортопедии Хатлонской областной клинической больницы им. Б.Вохидова в период с 2000 по 2012 гг.

Для проведения комплексного анализа результатов лечения мы всех пациентов распределили на группы в зависимости от вариантов лечения. Первую группу составили дети обоего пола с 51 переломом, которым проведена закрытая репозиция с последующей гипсовой иммобилизацией; во вторую группу вошли пострадавшие с 64 переломами, лечение которых заключалось в закрытой репозиции на фоне скелетного вытяжения и к третьей группе мы отнесли пациентов с 195 переломами, которым проводилось оперативное лечение (табл. 1).

Всем пациентам проводилось общеклиническое и физикальное обследование, выполнялся общий анализ крови, биохимическое исследование крови, анализ мочи, определялись группа крови и резус-фактор, осуществлялся анализ крови на сифилис (старше 12 лет), гепатит В и С, ВИЧ, проводилась запись электрокардиограмм.

Мы считаем обязательным осуществление рентгенографии скомпрометированного сегмента опорно-двигательного аппарата в передне-задней и аксиальной проекциях, как при госпитализации – для верификации диагноза, так и в динамике – для контроля репозиции и консолидации перелома. При необходимости для уточнения величины и характера смещения костных отломков осуществлялась рентгенография в дополнительных «косых проекциях».

При выборе варианта остеосинтеза мы руководствовались локализацией и характером перелома, а также возрастом пациента (табл.2).

В случае диафизарных переломов костей предплечья, мы, как правило, проводили интрамедуллярный остеосинтез спицами Киршнера (23,7%) и Волкова (4,1%). В остальных случаях (переломы бедренной, большеберцовой, плечевой костей) проводили, преимущественно, накостный остеосинтез (пластинами АО и пластинами Лена). Пластины АО применены в 47,9% случаев диафизарных переломов (плечевой, бедренной и большеберцовой костей), пластины Лена – в 12,4% случаев переломов, погружной остеосинтез винтами и спицами Волкова – в 7,8%, чрескостный остеосинтез спицами Волкова – в 4,1%.

Необходимо отметить, что в 21 (70%) случае переломов плечевой кости был применён погружной остеосинтез пластиной. У детей 11-15 лет использовали имплантат АО, а в остальных возрастных группах – пластину Лена. При переломах костей предплечья в 78% случаев проведён интрамедуллярный остеосинтез.

Результаты и их обсуждение. Нами был проведён комплексный сравнительный анализ результатов лечения пациентов, длительности стационарного лечения, видов и частоты основных осложнений, проанализированы основные ошибки в лечении данных пациентов. Руководствуясь данными критериев можно оценить эффективность различных вариантов лечения рассматриваемой патологии.

Мы считаем, что отличные результаты лечения были получены в 95% случаев диафизарных переломов длинных трубчатых костей у больных, хорошие – в 0,4%, удовлетворительные – в 3,6% и неудовлетворительные – в 1,0%. Длительность стационарного лечения пациентов с переломами, леченными оперативным методом, значительно меньше, а именно: костей предплечья – на 1,5 недели, плечевой кости – на 2 недели, костей голени – от 1 до 2,5 недель, бедренной кости – от 1,5 до 2,5 недель.

Кроме того, мы считаем весьма важным показателем эффективности лечения пациентов с диафизарными переломами средние сроки начала функциональной реабилитации. Так, при переломах бедренной кости у пациентов первой группы они составляли 7 недель, во второй группе – 7,5 недель и в третьей группе – 4 недели. При лечении переломов большеберцовой кости эти сроки составляли соответственно, в первой группе – 6 недель, во второй – 5,5 недель и в третьей – 3,5 недели. При лечении пациентов с переломами плечевой кости начало функциональной реабилитации представлялось возможным во второй группе через 4 недели, в третьей – 3 недели. При переломах костей предплечья эти сроки составляли, в среднем, во второй группе – 3 недели и в третьей – 2,5 недели.

Основываясь на анализе средних сроков консолидации диафизарных переломов у пациентов, леченных различными способами, мы утверждаем, что сроки сращения в выделенных группах больных статистически достоверно не отличаются. Мы считаем, что при прочих равных условиях способ лечения (консервативно или оперативно) практически не влияет на сроки консолидации переломов. Но оперативное лечение (в частности – погружной остеосинтез) позволяет создать наиболее оптимальные условия для консолидации. К этим условиям мы относим возможность проведения точной анатомической репозиции и стабильной фиксации отломков. Именно стабильная фиксация отломков позволяет в максимально ранние сроки проводить раннюю функциональную реабилитацию пациента, тем самым значительно уменьшить частоту возможных осложнений. Кроме этого, оперативное лечение позволяет избежать многократных попыток закрытой репозиции перелома и, соответственно, дополнительной травматизации и нарушения кровоснабжения парафрактурных тканей.

Мы также установлено, что длительность госпитализации пациента при консервативном лечении больше, по сравнению с оперативным методом на 10-18 дней. При оперативном методе лечения функциональная реабилитация пациента возможна, в среднем, на 2-3 недели раньше, чем при консервативном варианте лечения.

Основываясь на изложенном, мы считаем необходимым выделить следующие показания к хирургическому лечению диафизарных переломов длинных трубчатых костей:

- интерпозиция мягких тканей или костных фрагментов между отломками;
- переломы обеих бедренных или большеберцовых костей со смещением отломков;
- повреждения диафиза длинных трубчатых костей нижних конечностей у детей с заболеваниями, связанными с расстройствами психики (в т.ч. с эпилепсией);
- сочетанные переломы бедренной кости и костей голени со смещением отломков;
- переломы, осложнённые повреждением сосудисто-нервного пучка;
- неэффективность проведённой закрытой репозиции (сохранение смещения костных отломков по длине более чем на 0,5 см и по ширине – более чем на 1/2 диаметра кости.

RETRACTED

На основании вышеперечисленного нам представляется возможным сформулировать следующие выводы:

- при оперативном методе лечения диафизарных переломов длинных трубчатых костей у детей срок пребывания в стационаре меньше на 1,5 недели, что значительно уменьшает экономические затраты на лечение больных;
- при оперативном методе лечения детей с переломами длинных трубчатых костей качество жизни ребёнка лучше, чем при консервативном;
- при лечении диафизарных переломов длинных трубчатых костей у детей и подростков необходим дифференцированный подход к выбору метода лечения в зависимости от возраста и состояния больного, локализации и характера перелома;
- выбор вида остеосинтеза зависит, в основном, от локализации перелома;
- отдалённые результаты оперативного лечения диафизарных переломов длинных трубчатых костей у детей и подростков в 94,5% отличные, несмотря на то, что в процессе лечения на догоспитальном этапе этой группы больных было допущено большое количество ошибок – 87,8%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Т.М. Травматизм в Российской Федерации в начале нового тысячелетия / Т.М.Андреева, Е.В.Огрызко, И.А.Редько // Вестник травматологии и ортопедии имени Н.Н.Приорова. – 2007. – № 2. – С. 59-63.
2. Васильчиков В.В. О некоторых особенностях переломов длинных трубчатых костей у детей / В.В.Васильчиков, Д.Ю.Волох, М.П.Филиппов // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – Барнаул. – 1983. – С. 46-49.
3. Кузьмин В.П. Монолатеральный малоинвазивный остеосинтез диафизарных переломов плеча у детей / В.П. Кузьмин, С.О. Тарасов, И.Н.Попов // Травматология и ортопедия России. – 2012. – №1. – С.94-99.
4. Мельцин И.И. Дифференцированный металлоостеосинтез при диафизарных переломах длинных трубчатых костей нижних конечностей у детей: автореф. дис.… канд. мед. наук / И.И.Мельцин. – М. – 2009. – 25с.
5. Особенности применения внеочагового остеосинтеза в лечении множественных переломов костей у детей / С.Н.Гисак [и др.] // ЦНИЛ-вчера, сегодня, завтра: сб. науч. тр. – Воронеж. – 2003. – С.292-295.
6. Тактика лечения переломов длинных трубчатых костей у детей с черепно-мозговой травмой / Н.С.Синица // Неотложная медицина в мегаполисе: программа тез. Докл. 2 межд. форума. – М. – 2006. – М.: ГЕОС. – 2006. – С.54-56.
7. Петров А.Г. Остеосинтез в детской травматологии / А.Г.Петров, А.В.Акинфиев, Я.М.Лазебников // Практическая медицина. – 2010. – № 46. – С. 101-101.
8. Погружной остеосинтез при нестабильных повреждениях тазового кольца у пострадавших с политравмой / В.А.Соколов [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. – 2009. – № 3. – С.74-79.

RETRACTED

Summary

Osteosynthesis in treatment of diaphyseal fractures of long bones in children

D.S. Musoev
Chair of Traumatology and Orthopedics of the Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko, Russian; Khatlon Regional Hospital named after B. Vohidov, Tajikistan

The article presents the results of treatment 204 children and adolescents (aged 0 to 15 years) with 309 diaphyseal fractures of long bones.

Excellent results were obtained in 95% of cases in children and adolescents with diaphyseal fractures of long bones, good – in 0,4%, satisfactory – in 3,6% and unsatisfactory - in 1,0%.

An important indicator of evaluating the effectiveness of treatment patients with diaphyseal fractures are the average terms of starting functional rehabilitation. Thus, for femur fractures in the first group of patients these terms were 7 weeks, in the second – 7,5 weeks, and in the third – 4 weeks. In the treatment of tibia fractures, these terms were 6; 5,5 and 3,5 weeks, respectively. In the treatment of patients with humerus fractures the start of functional rehabilitation was possible in the second group after 4 weeks, and in the third – after 3 weeks. For forearm bones fractures the average terms of rehabilitation in the second group were 3 weeks, and in the third – 2,5 weeks.

Key words: osteosynthesis, diaphyseal fractures of long bones

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Мусоев Давронбек Саидкулович – аспирант кафедры травматологии и ортопедии Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко; Россия, г.Воронеж, ул.Студенческая, 10
E-mail: dmusoev67@mail.ru

RETRACTED

НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК АВИЦЕННЫ»
ТАДЖИКСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО

Концентрация гормонов симпато-адреналовой системы в зависимости от вида анестезии при абдоминальном родоразрешении

К.Н. Гаджимурадов, Р.М. Асадов
Кафедра анестезиологии и реаниматологии Азербайджанского государственного института усовершенствования врачей им. А.Алиева;
отделение анестезиологии и реанимации Городской больницы №1 г.Баку

Обследовано 68 рожениц при операции кесарева сечения. Все пациентки разделены на две группы. В первой группе находились 44 беременных при операции кесарево сечение (КС), которым проводилась спинальная анестезия, во второй группе – 24 беременных, прооперированных под эндотрахеальной анестезии. У 10 беременных проходили нормальные физиологические роды. У всех пациенток определены гормоны симпато-адреналовой системы.

Сравнение влияния анестезии на результаты операций КС в обеих группах показало, что отмечается повышение концентрации адреналина, норадреналина и кортизола. Однако при спинальной анестезии эти изменения были менее выражены. Кроме того, было установлено, что при спинальной анестезии, несмотря на некоторое увеличение концентрации этих гормонов, показатели гемодинамики оставались в пределах нормы. Пациентки не чувствовали боли и находились в состоянии умеренной седации. Поэтому определение этих гормонов при спинальной анестезии является информативным методом при операции КС.

Ключевые слова: кесарево сечение, абдоминальное родоразрешение, спинальная анестезия, эндотрахеальная анестезия, гормоны симпато-адреналовой системы

Актуальность проблемы. В последнее время увеличилось число родоразрешений посредством кесарева сечения (КС), что снизило количество смертных случаев. Наряду с этим, для защиты роженицы и плода от последствий хирургических вмешательств, предложены основные принципы анестезии при кесаревом сечении [1-5]. Соответственно правильный выбор болеутоляющей методики и фармакологических препаратов является одним из основных условий [6-10]. Возникающие при операции гомеостатические нарушения и болевой синдром ставят перед анестезиологами серьёзные вопросы. В первую очередь, необходима адекватная защита нейровегетативной системы, которая влияет на гомеостаз [1,3-5].

Существует множество противоречивых мнений об эффективности и безопасности различных методов анестезии при операции КС. Известно, что первую реакцию на стресс и боль даёт гипофиз-надпочечниковая система. Есть работы, посвящённые изменению некоторых гормонов этой системы при хирургических вмешательствах. Однако при абдоминальном родоразрешении динамика гормонов этой системы в комплексе не изучена.

Цель исследования – изучение влияния различных методов анестезии при операции кесарево сечение на активность гормонов симпато-адреналовой системы.

Материал и методы. Исследование проведено за период 2011-2013 гг. в родильном отделении Городской больницы №1 г.Баку и АГИУВ им.А.Алиева. Обследованы 78 беременных в возрасте от 19 до 41 года. В зависимости от методов анестезии роженицы были разделены на 2 группы: 1 группа – 44 роженицы, при операции которым проводилась спинальная анестезия; 2 группа – 24 роженицы, получившие эндотрахеальную анестезию. В контрольную группу вошли 10 рожениц с нормально физиологическими родами. У рожениц с операцией КС учитывались сопутствующие заболевания (узкий таз, большой плод, положение плода, сахарный диабет, язвенная болезнь желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистая патология, гипертония, невроз и др.), количество родов и беременностей, длительность беременностей, общее физическое состояние, показания к операции.

ТАБЛИЦА 1. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДАННЫХ ПРООПЕРИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОК

Показатели	Спинальная анестезия (1 группа)	Эндотрахеальная анестезия (2 группа)	P
Возраст, лет	20-41	19-41	> 0,05
Рост, см	152-173	155-168	> 0,05
Вес, кг	56-91	44-81	> 0,05
Срок беременности (недели)	36-41	35-40	> 0,05
Количество беременностей	26 (I) – 16 (II) - 2-разные	18 (I) – 4 (II) - 2-разные	> 0,05
Количество родов	26 (I) – 16 (II) - 2-разные	18 (I) – 4 (II) – 2 (III)	> 0,05
Температура тела, С0	36,20 – 36,70	36,20 – 36,60	> 0,05
Срок извлечения плода, минут	6-6,5	6-6,5	> 0,05
Срок операции, минут	22-63	26-68	> 0,05

Во время операции проводилась стандартная спинальная анестезия на уровне L_2 – L_3 и L_3 – L_4. Сначала переливали 10-20 мл/кг раствора кристаллоида, а за 2 часа до операции инъекцировали H_2-блокатор, и за 30-40 минут – 2 мл церукала внутривенно. Затем инъекцировали 3,5 мл 0,5% бупивакаин (маркаин) или 3-3,5 мл 2% лидокаин + 0,5 мл 0,05% фентанила итратекала. После извлечения плода внутривенно вводили окситоцин.

Премедикация при общей анестезии проводилась следующим образом: за 2 часа до операции вводили H_2-блокатор, за 30-40 минут – 2 мл церукала, далее – кислородная гипервентиляция, введение наркоза (калипсол и/или тиопентал Na), после использования деполяризационных релаксантов (дитилин) – интубация трахеи. После извлечения плода использовались калипсол, реланиум, промедол, фентанил, ардуан. Затем внутривенно вводился окситоцин.

Для анализа кровь брали на основных этапах операции и анестезии: 1 – в палате до операции, 2 – после анестезии, 3 – после извлечения плода, 4 – в палате после операции.

В обеих группах изучали показатели гемодинамики (систолодиастолическое давление, среднее артериальное давление, сердечный пульс), ЭКГ, SpO_2, частота дыхания. В крови изучали концентрации адреналина, норадреналина и кортизола иммуноферментным способом, уровень глюкозы определяли при помощи автоматического глюкометра.

Полученные цифровые данные подвергались статистической обработке методами медицинской статистики с учётом современных требований. Для характеристики группы однородных единиц были определены их средние арифметические величины (M), стандартная ошибка (m) и диапазон изменений (min-max). Нами также был применён непараметрический критерий U (Уилкоксона-Манна-Уитни) и параметрический – t-критерий Стьюдента, как метод оценки различий показателей. Статистическое различие между группами считалось достоверным при значении $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. Не были получены достоверные статистические данные в обследуемых группах при оценке возрастных и антропометрических показателей (табл. 1). Срок беременности в 1 группе составил 36-41 неделя, во 2 группе – 35-40 недель. Разница температуры тела в исследуемых группах была незначительна ($36,2^0$-$36,7^0$). Вес тела в 1 группе составлял 56-91 кг, во 2-й – 44-81 кг. Время течения операции в 1 группе 22-63 минуты, во 2-й – 26-68 минут. Время извлечения плода оказалось практически одинаково в обеих группах (6,0-6,5 минут). Показатели роста рожениц изменялись в пределах 152-173 см.

В 1 группе у 26 женщин была первая беременность и первые роды, у 16 – вторая беременность и вторые роды, у других – разные беременности и роды. Во 2 группе у 18 женщин первая беременность и первые роды, у 4 – вторая беременность и вторые роды, у 2 женщин – третьи роды и третья беременность. У 44 (64,7%) обследованных женщин была первая беременность и, соответственно, роды, у 20 (29,4%) – вторая беременность и вторые роды. Как видно, операции КС при первых родах превалируют. Спинальная анестезия 1,8 раза проводилась чаще, из них 20% – по экстренным операциям. Но при изучении полученных данных достоверность не выявлена.

Перед операцией психоэмоциональное состояние рожениц влияет на показатели гемодинамики, что выражается в показателях частоты пульса и артериального давления. Но после проведения профилактики, эти показатели нормализовались. В зависимости от применяемых доз при наркозе изменяются показатели гемодинамики. Во второй группе при общем наркозе эти показатели оказались более вы-

ТАБЛИЦА 2. ДИНАМИКА ГОРМОНОВ И ГЛЮКОЗЫ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ НА ФОНЕ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Показатели	Нормальные роды		Спинальная анестезия (1 группа)			
	До родов	После Родов	Этапы исследования			
			I	II	III	IV
Кортизол, нмоль /л	687,0± 24,3 590-800	898,0±41,8 600-900	724,0±16,7 600-850	846,0±14,1*^ 630-1080	1193,0±16,7*^ 980-1350	1101,0±11,9*^# 970-1200
Адреналин, нг/мл	72,5 ±2,5 60-80	115,1±1,8 110-120	73,0±1,5 55-90	87,0±1,7*^ 70-120	102,0±1,6*^ 95-140	108,0±1,6*^# 95-140
Норадреналин, нг/мл	497±17 400-600	657±10 620-700	510±10 400-620	577±9*^ 500-680	632±8*^ 550-730	696±6*^ 600-790
Глюкоза, ммол/л	4,7±0,1 3,8- 5,1	4,7±0,1 4,6- 5,0	5,1±0,1 3,5-6,6	5,5±0,09*^ 4,0-6,8	5,7±0,09*^ 4,3-6,9	6,0±0,13*^# 4,3-7,0

Примечание: **p<0,001 – статистическая значимость различий показателей до родов, ^ p<0,001 – в сравнении с первым этапом исследования, # p<0,001 – после родов*

ТАБЛИЦА 3. ДИНАМИКА КОЛИЧЕСТВА ГОРМОНОВ И ГЛЮКОЗЫ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ НА ФОНЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ

Показатели	Нормальные роды		Общая анестезия (2 группа)			
	До родов	После Родов	Этапы исследования			
			I	II	III	IV
Кортизол, нмоль /л	687,0± 24,3 590-800	898,0±41,8 600-900	692,0±15,8 550-850	855,0±16,5*^ 700-1000	1231,0±23,1*^ 800-1300	1208,0±19,5*^# 1000-1350
Адреналин, нг/мл	72,5 ±2,5 60-85	115,1±1,8 110-120	69,0±1,8 50-90	84,0±25*^ 60-120	101,0±2,7*^ 80-130	107,0±1,8*^# 98-140
Норадреналин, нг/мл	497±17 400-600	657±10 620-700	510±8 404-620	582±7*^ 500-620	646±10*^ 570-750	709±10*^# 650-850
Глюкоза, ммол/л	4,7±0,1 3,8- 5,1	4,7±0,1 4,6- 5,0	5,1±0,1 4,0-6,5	5,7±0,12*^ 5,0-7,0	5,1±0,11*^ 5,2-7,5	6,4±0,13*^# 5,4-7,0

Примечание: **p<0,001 – статистическая значимость различий показателей до родов, ^ p<0,001 – в сравнении с первым этапом исследования, # p<0,001 – после родов*

ражены. Больные боль не чувствовали. Гемодинамические показатели были нестабильны и достоверно отличались от первоначальной стадии. Поэтому различие показателей гемодинамики во всех периодах операции было достоверным. Под влиянием анестезии артериальное давление, сердечный пульс, частота дыхания и др. изменяются и отличаются между группами.

При общей анестезии артериальное давление и сердечный пульс более заметно изменяются. После извлечения плода и введения анальгетиков снижается артериальное давление, но первоначальных показателей не достигает. Некоторые показатели гемодинамики также изменялись, но предрасположенности к гипертензии не отмечалось. При введении маркаина давление нормализуется и приближается к исходному. Аналогичные изменения отмечаются и в показателях сердечного пульса.

Показатели гормональной функции у больных с операцией КС представлены в таблицах 2 и 3.

Как видно из таблицы 2, при спинальной анестезии у рожениц концентрация норадреналина вначале была приближена к нормальной, впоследствии она увеличилась. Поэтому на 2 этапе, в сравнении с нормальной, увеличилась на 16,1% (p<0,05), затем продолжала нарастать (27,2% и 39,6%). Но показатели, полученные после родов, были слабо выражены (5,6%). В это время на 1 этапе операции показатели количества адреналина у рожениц с нормальными родами практически не различались, но на 2 этапе операции – разница между группами составляла 20% (p<0,001). Эта разница на 3 и 4 этапах, соответственно, была 40,7% (p<0,001) и 48,9% (p<0,001). На 4 этапе показатели, по сравнению с нормальными показателями, после родов уменьшились на 6,2%.

Концентрация кортизола на всех этапах операции была высокой: 5,4%, 23%, 73,6% и 60,3%, соответственно. Но, по сравнению с норадреналином, активность кортизола сильно возросла. Изученные показатели отличались в динамике. Например, на 1 этапе уровень норадреналина составлял 13,1%, 22,2%, 36%; адреналина – 20%, 40%, 50%, соответственно. Аналогичная закономерность наблюдается и с уровнем кортизола в крови.

Полученные данные показывают, что количество глюкозы в крови, по сравнению с нормой, увеличилось соответственно на 8,5%, 17,0%, 21,3% и 27,6% ($p<0,001$). Среди послеродовых показателей разница составляет 27,6% ($p<0,001$). Но если уровень глюкозы на 2 этапе, в сравнении с 1 этапом исследования, составлял всего 7,8%, то на следующих этапах– 11%, 8% и 17,6%.

У рожениц во 2 группе, получивших эндотрахеальный наркоз при операции кесарева сечения, норадреналин в крови на всех этапах исследования был высоким (табл. 3).

Сравнительный анализ показал, что на протяжении исследования эти показатели составляли 2,6%, 17,1%, 30% и 42,6%. Но послеродовые показатели составили разницу всего 7,9% ($p<0,001$), в сравнении с начальным этапом количество норадреналина в крови составляло 14,1%, 26,7% и 39,0% (табл.3).

Если при общей анестезии показатели адреналина у рожениц на 1 этапе были ниже нормы (4,8%), то на следующих этапах увеличились и соответственно составляли 15,9%, 39,3% и 47,6% ($p<0,001$). Но на 4 этапе исследования после нормальных родов сравнительный показатель был ниже 7,0% (табл.3).

Такой же закономерности подвержены показатели гормона стресса – кортизола. На всех этапах исследования динамики его показатели повышались (0,7%; 24,3%;79,2%;75,8%).

Концентрация глюкозы в группе рожениц, получивших общую анестезию, по сравнению с группой получивших спинальную анестезию незначительно увеличилась. Сравнения показателей на различных этапах исследования также отличались.

Динамика изменения концентрации в крови стресс-маркёров – кортизола, адреналина и норадреналина – в обеих группах протекала закономерно. Но при общей анестезии во время операции КС концентрация в крови трёх стресс-гормонов выше в сравнении с группой, получившей спинальную анестезию. Из этого следует, что во время применяемых методов анестезии концентрация стресс-гормонов в крови после операции сохраняется на невысоком уровне. Это показывает адекватность данного метода. Аналогичная закономерность наблюдается при общей анестезии.

При спинальной анестезии во время операции, при разрезе кожи и извлечении плода, жалоб на боль у пациенток не было. Во время операции не отличалось изменение внешнего дыхания. После операции отмечалась высокая эффективность анальгезии и быстрое восстановление всех функций. Пациентки были в состоянии покоя, и при оперативном вмешательстве гемодинамических изменений не отмечалось. Это указывает на краткосрочность латентного действия используемых препаратов. Следует учитывать роль адренергической системы (симпатической), в частности адреналина и норадреналина, играющей основную роль в урегулировании гомеостаза при различных функциональных состояниях организма. Катехоламины играют основную роль при передаче адренергических процессов.

Нами отмечено, что при спинальной анестезии отмечалась качественная анальгезия, оптимальный уровень сенсорной блокады и высокая степень гемодинамической стабильности.

Таким образом, использование спинальной анестезии при операции кесарево сечение является адекватным и оптимальным выбором. При этом концентрация стресс-гормонов в крови после операции сохраняется на невысоком уровне, что показывает адекватность данного метода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антинин Д.П. Пути оптимизации спинальной анестезии при оперативном родоразрешении: дис.... канд. мед. наук / Д.П.Антинин. - Екатеринбург. - 2005. - 161с.
2. Гаджимурадов К.Н. Сравнительная оценка методов обезболивания при операции кесарево сечение / К.Н.Гаджимурадов, Ф.Н.Эфендиев, Ф.М.Аманова // Азербайджанский медицинский журнал. - 2006. - № 3. - С.73-76.
3. Корячкин В.А. Односторонняя спинальная анестезия / В.А.Корячкин [и др.] // Анестезиология и реаниматология. - 2008. - № 4. - С.4-5.
4. Матлубов М.М. Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия при абдоминальном родоразрешении / М.М.Матлубов, А.У.Рахимов, А.А.Семенихин // - Анестезия и реаниматология. - 2010. - № 6. - С 71-73.
5. Рязанова О.В. Влияние анестезии при операции кесарево сечение на неврологический статус новорождённого: автореф. дис.... канд. мед. наук / О.В.Рязанова. - Санкт-Петербург. - 2012. - 23с.
6. Евдокимов Е.А. Безопасность больного в анестезиологии / Е.А.Евдокимов, В.В.Лихванцев, В.Л.Виноградов // Анестезиология и реаниматология. - 2009. - № 3. - С.4-9.

7. Макаров Р.А. Выбор метода анестезиологического пособия у беременных с хронической артериальной гипертензией при оперативном родоразрешении: дис.... канд. мед. наук / Р.А.Макаров. - Екатеринбург. - 2011. - 147с.
8. Полущин Ю.С. Контролируемая пациенткой анальгезия после оперативных вмешательств в акушерстве и гинекологии / Ю.С.Полущин [и др.] // Анестезиология и реаниматология. - 2010. - № 6. - С.41-46 .
9. Федосенко Л.И. Регионарные блокады абдоминальных родоразрешений: автореф. дис.… канд. мед. наук / Л.И.Федосенко. - М. - 2011. - 24с.
10. Kırsey A. Evaliition of test+weigtening for the assessment of milk volume intake of formulated instans and its application of breastfeed infamrs / A.Kırsey [et.al.] // Amer. Y. Nutr. - 2007. - V.43, N 3. - P.367-373.

Summary

Hormone concentration of sympathoadrenal system depending on type of anesthesia for abdominal delivery

K.N. Gadzhimuradov, R.M. Asadov
Chair of Anesthesiology and Intensive Care of the Azerbaijan State Extension Course Institute for Medical Practitioners namedafter A.Aliev;
Department of Anesthesiology and Intensive Care ofCity hospital №1, Baku

The study involved 68 pregnant women during cesarean section. All patients were divided into two groups. In the groupl were 44 pregnant women during cesarean section underwent to spinal anesthesia, in the group II - 24 pregnant women - to endotracheal anesthesia. Normal physiological delivery had 10 pregnant women. In all patients the tests ofsympathoadrenal system hormones were done.

Comparison of anesthesia effect on cesarean section in both groups showed increasingof epinephrine, norepinephrine and cortisol concentrations. However at spinal anesthesia these changes were less. Furthermore, at spinal anesthesia in spite of the slight increase in hormones concentrations, hemodynamic parameters remained within normal limits. Patients do not feel pain andwere in a state of mild sedation. Therefore, performing of these hormonal tests during spinal anesthesia is a valuable method for cesarean section.

Key words: cesarean section, abdominal delivery, spinal anesthesia, endotracheal anesthesia, tests of sympathoadrenal system hormones.

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Гаджимурадов Камиль Низам оглы – заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Азербайджанского государственного института усовершенствования врачей им. А.Алиева;
Азербайджан, г.Баку, пр.Тбилиси, 316
E-mail: sevilmm@rambler.ru

Синдром поликистозных яичников у женщин с бесплодием, диагностика клинико-гормональных и новых эхографических критериев

Д.А. Ходжамуродова, С.С. Хайридинова, З.Р. Нарзуллаева, С.И. Косимова
ГУ «Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии»

С целью определения диагностической ценности клинико-гормональных и новых эхографических критериев поликистоза яичников были обследованы 165 женщин с бесплодием и йоддефицитными заболеваниями.

Нарушение менструального цикла по типу олиго- и опсоменореи обнаружены в 41,2% случаев, недостаточность лютеиновой фазы – в 14,5%, гиперполименореи – в 20,6% и хроническая ановуляция – в 23,6%. Синдром поликистоза яичников у женщин с бесплодием протекал на фоне патологии щитовидной железы и среди них были диагностированы гиперпролактинемия в 46,1% случаев, инсулинорезистентность – в 41,8%, избыточный вес (индекс массы тела – 27,45±0,18) и ожирение (индекс массы тела – 32,82±0,52) – в 70,9%, а также подтверждён наследственный фактор заболевания (в 35,2% случаев), что указывает на полиэтиологичность заболевания и сложность диагностики патологий, которые приводят к нарушению репродуктивной системы у женщин.

Ключевые слова: поликистоз яичников, эхографические критерии поликистоза яичников, йоддефицитные заболевания, женское бесплодие, инсулинорезистентность

Актуальность. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является наиболее актуальной проблемой гинекологической эндокринологии. Частота СПКЯ составляет примерно 11-16% среди женщин репродуктивного возраста, а в структуре эндокринного бесплодия доходит до 75% [1-3].

В течение последних десятилетий не утихают дискуссии по вопросам патогенеза, диагностики и лечения СПКЯ. Несмотря на постоянно проводимые исследования, многие вопросы этиопатогенеза данного синдрома до настоящего времени остаются спорными. Изучение различных механизмов патогенеза показало многофакторность развития СПКЯ с вовлечением многих органов и систем, в частности гипоталамо-гипофизарного комплекса, овариальных и экстраовариальных факторов [4-6].

В соответствии с критериями Роттердамской согласительной конференции по СПКЯ (2004), диагноз синдрома поликистозных яичников устанавливали при наличии типичной триады клинико-лабораторных признаков: нарушение менструального цикла, гиперандрогения, эхографические признаки поликистозных яичников [7].

В ультразвуковой диагностике данного патологического состояния приоритет по праву принадлежит трансвагинальному сканированию, позволяющему получить полное представление о внутренней структуре яичников, оценить состояние стромы и фолликулярного аппарата [1,8,9].

Актуальность этой проблемы для нашей республики обусловлена тем, что женщины чаще обращаются с запущенными последствиями некорригированных нарушений репродуктивной системы, ставя перед специалистами ряд нерешённых проблем, касающихся своевременного выявления больных с нарушением менструальной и репродуктивной функций и проведения профилактических мероприятий в пубертатном и раннем репродуктивном возрасте [10,11].

Цель исследования: определение диагностической ценности клинико-гормональных и новых эхографических критериев поликистоза яичников у женщин с бесплодием и йоддефицитными заболеваниями.

Материал и методы. Всего за период 2012-2015 гг. обследовано 165 женщин с бесплодием и СПКЯ в отделении гинекологической эндокринологии ГУ ТНИИ АГиП.

Критериями включения больных в группу настоящего исследования явились: наличие СПКЯ, бесплодия и йоддефицитные заболевания.

Критериями исключения были: острые и хронические инфекционные и соматические заболевания.

Проанализированы анамнез заболевания, показатели объективного исследования, антропометрические, гормональные показатели (содержание в плазме крови ЛГ, ФСГ, ПРЛ, ДЭАС, 17КС, Е2, П), липидный спектр крови, глюкозы в сыворотке крови натощак с пероральным глюкоза-толерантным тестом, проведено ультразвуковое исследование матки и яичников, щитовидной железы, а также мониторинг фолликул (эхографическая оценка), гистероскопия, лапароскопия с хромосальпингоскопией.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась общепринятыми методами с использованием персонального компьютера, программ Microsoft Word 2007, Microsoft Excel.

Для оценки данных, распределение которых отличалось от нормальных, и при сравнении выборов применяли непараметрический метод статистического анализа: критический уровень значимости (р) нулевой гипотезы принимали меньше 0,05.

Результаты и их обсуждение. Клиническими признаками нарушения менструального цикла явились следующие показатели: олиго- и опсоменорея – у 68 (41,2%) пациенток, недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ) – у 24 (14,5%), гиперполименорея – у 34 (20,6%) и хроническая ановуляция – у 39 (23,6%).

Среди обследованных женщин 119 (72,1%) составили больные в возрасте от 18-24 лет и средний возраст составил 21,8±0,28 года.

Анамнестически было установлено – у 58 (35,2%) обследованных больных имел место наследственный фактор развития СПКЯ, у матери и сестёр больных также имелся клинико-диагностически подтверждённый СПКЯ.

В структуре бесплодия частота первичного бесплодия превалировала над показателями вторичного бесплодия у женщин с СПКЯ, первичное бесплодие составило 118 (71,5%) и вторичное – 47 (28,5%) случаев. Средняя длительность бесплодия – 4,01±0,18 года.

При клиническом осмотре у 121 (73,3%) из обследованных пациенток был установлен гирсутизм (среднее гирсутное число равнялось 17,2±0,3 баллов по шкале Ферримана-Галлвея). Акне обнаружено у 145 (87,9%) пациенток с СПКЯ.

Анализ показателей комплексного гинекологического и ультразвукового исследования у 165 больных свидетельствовал о том, что в 117 (70,9%) случаях размеры матки меньше нормы (гипоплазия I и II степени), и в 48 (29,1%) – в пределах нормы.

При проведении ультразвукового исследования обязательно учитывали наличие современного УЗ аппарата с чувствительностью датчика 7,5 МГц, предпочтение отдавали трансвагинальному доступу. Регулярно менструирующих больных обследовали в раннюю фолликулярную фазу (3-5 дни цикла), а пациенток с опсо/аменореей – в день обращения или на 3-5 день индуцированного кровотечения после гестагенного теста, и параллельно проводилось гормональное исследование. Проводился подсчёт фолликулов как в продольном, поперечном, так и в переднезаднем сечениях яичников, объём яичников, средний размер фолликулов измеренный в трёх срезах и индекс соотношения площади стромы к площади яичника.

Ультразвуковыми критериями наличия СПКЯ явились: увеличение объёма яичников за счёт гиперэхогенной стромы, выявленное у 161 (97,6%) больной. У 147 (89,1%) пациенток средний объём увеличенных яичников варьировал от 14,07±0,4 см^3 до 17,3±0,7 см^3 (в норме составляет 8,6±0,3 см^3) с множеством (от 9 до 11) фолликул диаметром 2-9 мм и с преобладанием 2-4 мм над 5-9 мм в диаметре, расположенных по периферии яичников. Общая площадь стромы составила 2,4±0,6 см^2. При лапароскопии УЗ-признаки СПКЯ были подтверждены с одно- и двусторонним увеличением размеров яичников с гладкой, блестящей и плотной оболочкой (рис.1-2).

Показатель индекса массы тела (ИМТ) свидетельствовал о наличии у пациенток метаболических нарушений. Из общего количества обследованных больных у 87 (52,7%) пациенток выявлен избыточный вес со средним ИМТ – 27,45±0,18 и ожирение у 30 (18,2%) женщин с ИМТ – 32,82±0,52, у 42 (25,5%) – нормальный вес тела с ИМТ – 23,11±0,14 и у 6 (3,6%) – дефицит массы тела со средним ИМТ – 18,1±0,11, по сравнению с ИМТ (21,14±0,12) в контрольной группе.

При тиреоэхографии отмечается отклонение размеров щитовидной железы от соответствующих размеров верхней границы нормы (18-20 мл), средний объём щитовидной железы составил 22,3±0,26 мл у 67,9% больных.

Эутиреоидный зоб с увеличением щитовидной железы I степени был выявлен у 94 (57,0%) пациенток и II степени – в 71 (43,0%) случае от общего количества обследованных больных с бесплодием. Субклинический гипотиреоз наблюдался у 41 (24,8%) больной.

У обследованных женщин с ановуляторным циклом в 41,2% случаев уровень ТТГ (2,95±2,21 мМЕ/л) отмечался в пределах верхней границы нормы и концентрация Т4 (101,2±2,1 нмоль/л) также колебалась у верхней границы нормы по сравнению с контрольной группой.

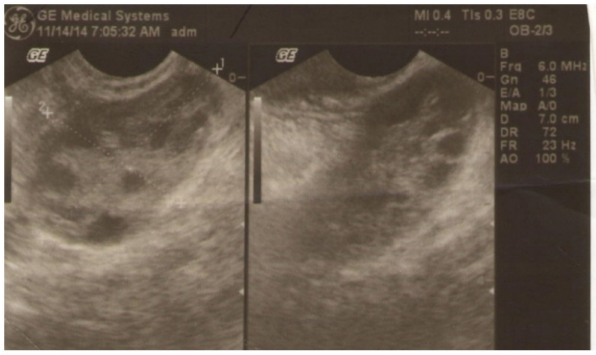

РИС. 1. ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОЛИКИСТОЗА ОБОИХ ЯИЧНИКОВ У БОЛЬНОЙ Б., 21 г.

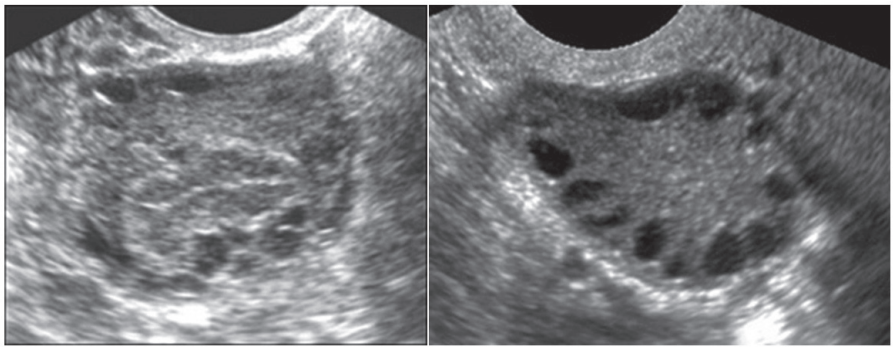

РИС. 2. ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СПКЯ У БОЛЬНОЙ А., 23 г.

Из общего количества обследованных больных с СПКЯ и бесплодием нарушение толерантности к глюкозе выявлено у 69 (41,8%). При пероральном глюкозо-толерантном тесте (ПГТТ) у 45 (27,3%) обследованных больных с СПКЯ гликемия натощак была в пределах нормы – 5,21±0,04 ммоль/л. Однако уровень гликемии после нагрузки глюкозой достигал 11,0±0,02 ммоль/л, а гликозированного гемоглобина HbA1c – 10,4%.

При гормональном исследовании больных с СПКЯ было выявлено умеренное повышение концентрации свободного тестостерона (3,7±0,3 нмоль/л) у 106 (64,2%) больных по сравнению с данными контрольной группы (1,8±0,3 нмоль/л) ($p<0,05$). Выявлено повышение уровня ЛГ (21,4±1,0 МЕ/л), по сравнению с показателями контрольной группы ($p<0,05$), у 129 (78,2%). У 104 (63,0%) женщин соотношение коэффициента ЛГ/ФСГ составило 3,1. Уровень пролактина у 76 (46,1%) больных был достоверно увеличен (748±41,1 мМе/л) по сравнению с показателями контрольной группы – 369,3±42,1 мМе/л ($p<0,05$).

При изучении функционального состояния яичников и щитовидной железы у бесплодных женщин с СПКЯ и субклиническим и клиническим гипотиреозом нами выявлены следующие характерные изменения: при эхоскопии – уменьшение среднего объёма матки, увеличение среднего объёма яичников; уменьшение переднезаднего размера М-эхо, и диаметра фолликула; увеличение общего объёма щитовидной железы, что подтверждается данными С.Г. Перминовой и др. [4] и Т.А. Назаренко [1].

Таким образом, проведённое комплексное исследование показало, что СПКЯ у женщин с бесплодием (с избыточном весом и ожирением, с гиперпролактинемией и инсулинорезистентностью, с подтверждённым наследственным фактором) протекал на фоне патологии щитовидной железы. Полученные данные указывают на полиэтиологичность заболевания и сложность диагностики патологии, которые приводят к нарушению репродуктивной системы у женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Назаренко Т.А. Синдром поликистозных яичников / Т.А.Назаренко // – М.: Медицина. – 2005. – 383с.
2. Эндокринно-метаболические особенности у пациенток с синдромом поликистозных яичников / Г.Т.Сухих, А.М.Бирюкова, Т.А.Назаренко, Э.Р.Дуринян // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 4. – С. 45-49.
3. Сухих Г.Т. Генетические аспекты метаболических изменений у женщин с синдромом поликистозных яичников (обзор литературы) / Г.Т.Сухих, А.М.Бирюкова, Т.А.Назаренко // Проблемы репродукции. 2011. № 4. С. 7-9.

4. Перминова С.Г. Репродуктивная функция женщин с патологией щитовидной железы / С.Г.Перминова [и др.] // Проблемы репродукции. – 2006. – № 1. – С. 70-77.
5. Диагностические тесты в оценке состояния репродуктивной системы у больных с синдромом поликистозных яичников / А.Т.Терешин, Н.К.Ахкубекова, О.Ю.Ермолаев, Р.Г.Гатаулина // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011. – № 2. – С. 65-69.
6. Azziz R. The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete task force report / R.Azziz, E.Carmina, D.Dewailly // J. Fertil. Steril. – 2009. – Vol.91 (2). – P. 456-488.
7. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome // Fertil. Steril. – 2004. –Vol. 81(1). – P. 19-25.
8. Balen A.H. Managing anovulatory infertility and polycystic ovary syndrome / A.H.Balen, A.J.Rutherford // British Medical Journal. – 2007. – Vol. 335 (7621). – P. 663-666.
9. Bayram N. Using an electrocautery strategy or recombinant follicle stimulating hormone to induce ovulation in polycystic ovary syndrome: randomised controlled trial / N.Bayram, M.V.Wely, E.M.Kaaijk // British Medical Journal. - 2004. - Vol. 328 (7433). - P. 192.
10. Анварова Ш.С. Особенности клинического течения синдрома поликистозных яичноков у женщин с бесплодием при патологии щитовидной железы / Ш.С.Анварова, Т.А.Назаренко, Д.А.Ходжамуродова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – М. – 2012. – № 1. С. 65-73.
11. Ходжамуродова Д.А. Общие принципы терапии эндокринных форм бесплодия у женщин / Д.А.Ходжамуродова, С.С.Хайридинова // Доклады АН РТ. - Душанбе. - 2012. - Том 55, № 3. - С. 256-262.

Summary

Polycystic ovary syndrome in women with infertility, diagnostics of clinical-hormonal and new ultrasonographic criterias

J.A. Khojamurodova, S.S. Hairydinova, Z.R. Narzullaeva, S.I. Kosimova
SI «Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology»

In order to determine the diagnostic value of clinical, hormonal and new sonographiccriteriasof polycystic ovary syndromewere examined 165 women with infertility and iodine deficiency diseases.

Violation of menstrual cycle- by type oligo- and opsomenorrheaare detected in 41,2% of cases, the lack of luteal phase – in 14,5%, hyperpolymenorrhea – in 20.6% and chronic anovulation – in 23,6%. Polycystic ovary syndrome in women with infertility occurs on the background of thyroid disease among them were diagnosed hyperprolactinemia in 46.1% of cases, insulin resistance - in 41,8%, overweight (body mass index - 27,45±0,18) and obesity (body mass index - 32,82±0,52) – 70,9%, and also confirmed by a hereditary factor of the disease (35,2% of the cases), which indicates that poly etiology of the disease and diagnosis difficulties of abnormalities that leads to a violation in female reproductive system.

Key words: polycystic ovary syndrome, polycystic ovary sonographic criteria, iodine deficiency disorders, female infertility, insulin resistance

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Хайридинова Ситора Саидмуродовна – соискатель ГУ ТНИИ АГиП; Таджикистан, г.Душанбе, ул.М. Турсун-заде, 31
E-mail: sitorakhairidinova@mail.ru

Заболевания шейки матки у женщин, перенёсших кесарево сечение

М.У. Юлдошева, М.Ф. Додхоева, М.Ф. Давлятова
Кафедра акушерства и гинекологии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Проведены кольпоскопия шейки матки и бактериологическое исследование содержимого цервикального канала у 80 женщин, имевших в анамнезе от одного до нескольких эпизодов операций кесарево сечение. Наиболее часто встречающейся патологией среди воспалительных заболеваний шейки матки явились эндоцервициты (32,5%), из дисгормональных заболеваний шейки матки преобладали эндоцервикозы (32,5%) и гипертрофия шейки матки (3,7%), однако разница показателей с группой сравнения оказалась незначительной.

При сопоставлении бактериального посева из цервикального канала с кратностью перенесённых кесаревых сечений, выявлено нарастание частоты обсеменения влагалища патогенными представителями микрофлоры. Так, частота обнаружения Klebsiellae после одного кесарева сечения составила 5,6±3,1%, и с увеличением кратности возросла, соответственно, в 4 раза, составив после четвёртого абдоминального родоразрешения 20,0±12,6%. Аналогичная прогрессия определяется в отношении Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermalis и E. Colli.

Ключевые слова: кесарево сечение, патология шейки матки, рубец на матке, бактериальный посев из цервикального канала

Актуальность. За последнее десятилетие в акушерстве произошли большие изменения, одним из которых является увеличение показаний к абдоминальному родоразрешению и уменьшение частоты вагинальных родоразрешающих операций. В связи с увеличением частоты операций кесарево сечение (КС) увеличивается количество женщин с «оперированной маткой» [1-3]. По г.Душанбе в 2008г. частота операций КС составляла 5%, в 2014г. этот показатель возрос до 8,7%.

Синдром «оперированной матки» включает в себя целый комплекс патологий данного органа, проявляющийся рядом гинекологических и акушерских проблем, с которыми сталкиваются как акушеры, так и гинекологи повседневно.

После абдоминального родоразрешения у 20-40% женщин отмечаются функциональные изменения в яичниках, проявляющиеся нарушениями менструального цикла [1,2]. Наиболее часто встречаются гиперполименорея (15%), опсоменорея с удлинением менструального цикла на фоне ановуляции (10%) и альгодисменорея (9,5%) [3-6]. Подобные изменения в яичниках способствуют возникновению абсолютной или относительной хронической гиперэстрогенэмии, которая может приводить к выраженной пролиферации эндометрия [7-9]. У пациенток после кесарева сечения при патогистологическом исследовании миометрия в области послеоперационного рубца, полученного в результате гистерэктомии, были выявлены участки очаговой гиперплазии и полипы эндометрия, клинически проявляющиеся меноррагиями [10-13]. По данным некоторых авторов, меноррагия после оперативного родоразрещения обусловлена воспалительной инфильтрацией с фиброзом и расширением нижнего сегмента матки [14,15]. Возможность возникновения таковых процессов не исключается и в области шейки матки. Интерес к проблеме заключается в том, что одновременное синхронное вовлечение в патологический процесс мышечной и эндометриальной ткани не может не касаться эпителиальной ткани шейки матки. Несмотря на то, что матка чётко подразделяется на два анатомо-функциональных раздела (верхний сегмент, включающий тело матки, и нижний сегмент – шейку) она имеет общее кровоснабжение, иннервацию, нейрогуморальную регуляцию и жизнеобеспечение как единый орган [16,17].

Цель исследования: изучение заболеваний шейки матки у женщин, перенёсших кесарево сечение. Материал и методы. Исследование выполнено на базе Городского родильного дома №3 г.Душанбе. Обследованы 80 женщин в возрасте от 19 до 45 лет, которые перенесли от одной до четырёх операций КС (основная группа) в 2013-2014 гг. Результаты исследования были занесены в индивидуальные карты

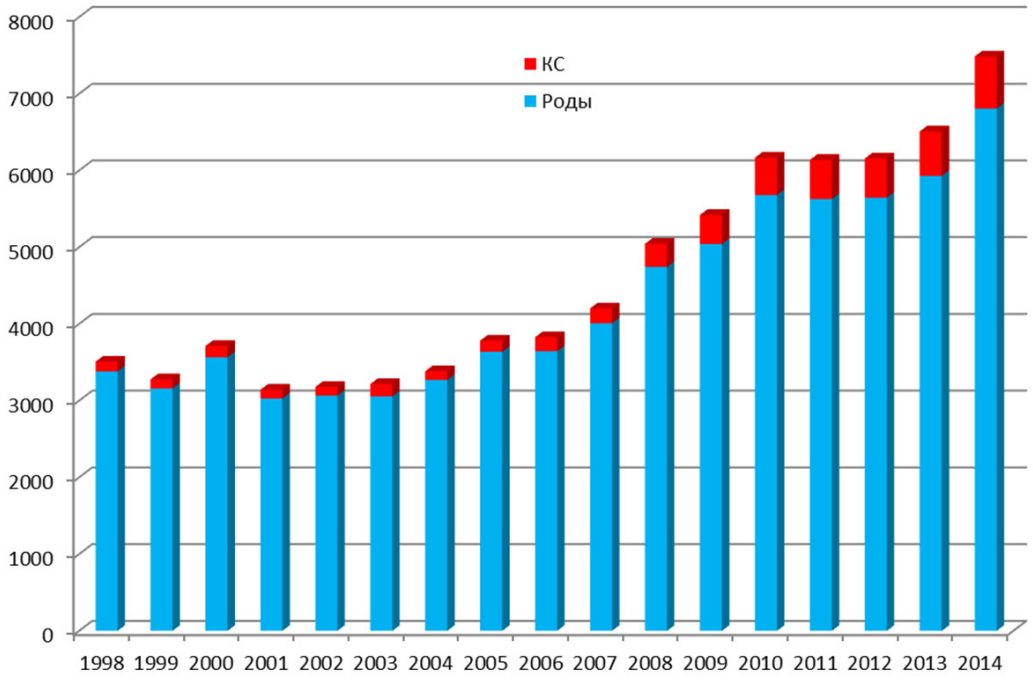

РИС. 1. ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ РОДОВ И ОПЕРАЦИЙ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ (КС)

пациенток, которые включали в себя общие сведения о пациентке, акушерский и гинекологический анамнез, данные клинического обследования. Была произведена кольпоскопия шейки матки и бактериологическое исследование содержимого цервикального канала. Метод кольпоскопии был проведён строго по правилам во второй фазе менструального цикла, предварительно до кольпоскопии был взят бактериальный посев из цервикального канала. Группу сравнения составили 34 женщины в возрасте от 19 до 45 лет, не имеющих в анамнезе оперативных вмешательств на органах малого таза.

Статистическая обработка проведена с вычислением относительных величин. Также проводился корреляционный анализ по критерию Спимана. Сравнения проводились методом углового распределения Фишера. Разница считалась статистически значимой при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. Анализ архивного материала Городского родильного дома №3 показал возрастание количества родов по сравнению с концом прошлого века более чем в 2 раза, а также увеличения частоты кесарева сечения в 2014 году по сравнению с 1998 годом в 2,5 раза – 3,6% и 9,0% (рис.1). Как видно из рисунка, низкие показатели родов в данном учреждении соответствовали показателям родов в стране и были обусловлены широкомасштабными мероприятиями по планированию семьи в эти годы. Показанием для абдоминального родоразрешения в 38,3% был рубец на матке – почти у каждой третьей беременной и роженицы.

Возрастной состав 80 обследованных женщин был следующим: количество женщин с рубцом на матке в возрасте 20-34 лет составило 64 (71,2%) женщины; 34 и более лет – 16 (28,8%) женщин. Из обследованного контингента повторнородящими были 70 (87,5%) и многорожавшими – 10 (12,5%). Одно кесарево сечение в анамнезе отмечалось у 53 (66,2%) женщин, наличие 2 кесаревых сечений – у 17 (21,2%), 3 и 4 – у 10 (12,5 %).

Клиническое исследование шейки матки, а также простая и расширенная кольпоскопии проведены во второй фазе менструального цикла после бактериологического исследования содержимого цервикального канала.

Результаты бактериолгического исследования содержимого цервикального канала у женщин с рубцом на матке после перенесённого кесарева сечения показали высокую обсеменнённость цервикального канала и выраженный рост колоний представителей патогенной микрофлоры как в основной группе, так и в группе сравнения (табл.1). Лидирующие позиции среди высеянной микрофлоры занял пиогенный стафилоккок, частота высеваемости которого достигала 61,2%. У каждой четвёртой определялся золотистый стафилоккок (26,2%) и в 15% случаев высеивался в составе микрофлоры влагалища эпидермальный стафилоккок.

Данные результатов бактериального посева представлены в таблице 1.

ТАБЛИЦА 1. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БАКТЕРИАЛЬНОГО СОСТАВА ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА ШЕЙКИ МАТКИ

Наименование возбудителя	Основная группа (n=80)	Группа сравнения (n=34)	p
Staphylococcus pyogenic	61,2% (49)	55,8% (19)	>0,05
Staphylococcus aureus	26,2% (21)	17,6% (6)	>0,05
Staphylococcus epidermidis	15,0% (12)	11,7% (4)	>0,05
Klebsiellae	6,2% (5)	5,8% (2)	>0,05
E.colli	5,0% (4)	2,9% (1)	>0,05

Примечание: *p– статистическая значимоть различий показателей между группами (по φ-критерию Фишера)*

ТАБЛИЦА 2. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БАКТЕРИАЛЬНОГО СОСТАВА ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА ШЕЙКИ МАТКИ

Вид возбудителя	Кратность операции кесарево сечение		
	1 КС (n=53)	2 КС (n=17)	3 КС (n=10)
Staphylococcus pyogenic	62,2% (33)	52,9% (9) p_1>0,05	60,0% (6) p_1>0,05 p_2>0,05
Staphylococcus aureus	30,1% (16)	32,5% (5) p_1>0,05	30,0% (3) p_1>0,05 p_2>0,05
Staphylococcus epidermidis	13,2% (7)	17,6% (3) p_1>0,05	20,0% (2) p_1>0,05 p_2>0,05
Klebsiellae	5,6% (3)	5,8% (1) p_1>0,05	20,0% (2) p_1>0,05 p_2>0,05
E. colli	3,7% (2)	5,8% (1) p_1>0,05	10,0% (1) p_1>0,05 p_2>0,05

Примечание: *p1 – статистическая значимость различий показателей по сравнению с таковыми у пациенток с одним кесаревым сечением (КС);*
p2 – по сравнению с таковыми у пациенток с двумя кесаревыми сечениями (по φ-критерию Фишера)

Следующим этапом исследования явилось сопоставление бактериального посева из цервикального канала с кратностью перенесённых кесаревых сечений в анамнезе (табл.2). Полученные данные потверждают влияние данного фактора на частоту патологической бактериальной обсеменённости влагалища у обследуемой группы женщин. С увеличением кратности наблюдалась тенденция к увеличению частоты обсеменения влагалища патогенными представителями микрофлоры, хотя разница показателей статистически была не достоверна. Так, частота обнаружения Klebsiellae после одного кесарева сечения составила 5,6±3,1% и с увеличением кратности возросла, соответственно, в 4 раза, составив после четвёртого абдоминального родоразрешения 20,0±12,6%. Аналогичная прогрессия определялась и в отношении Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermalis и E. Colli.

Структура заболеваний шейки матки у женщин с рубцом на матке, по данным кольпоскопии, представлена в таблице 3. Как видно из таблицы, среди воспалительных заболеваний шейки матки в исследуемой группе частота эндоцервицитов составила 32,5%, эндоцервикозы также отмечались у 32,5% женщин, в группе сравнения этот показатель был равен 20,5%, гипертрофия шейки матки – у 3,7%, полипы цервикального канала – у 1,25%, которые не были обнаружены у женщин в группе сравнения. Эктропион диагностирован в 18,7% и 17,6%, соответственно, т.е. особо не отличался в исследуемых группах.

ТАБЛИЦА 3. СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЁСШИХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Заболевания шейки матки	Основная группа (n=80)	Группа сравнения (n=34)	p
Воспалительные заболевания шейки матки:			
А. Истинные эрозии	3,7% (3)	2,9% (1)	>0,05
В. Эндоцервициты	32,5% (26)	17,6%(6)	>0,05
Дисгормональные заболевания шейки матки:			
А. Гипертрофия шейки матки	3,7% (3)	0	
В. Полип цервикального канала	1,25% (1)	0	
С. Эктопия (эндоцервикозы)	32,5% (26)	20,5%(7)	>0,05
Травматические заболевания шейки матки:			
А. Эктропион	18,7% (15)	17,6%(6)	>0,05

Примечание: *p – статистическая значимость различий показателей между группами (по φ-критерию Фишера)*

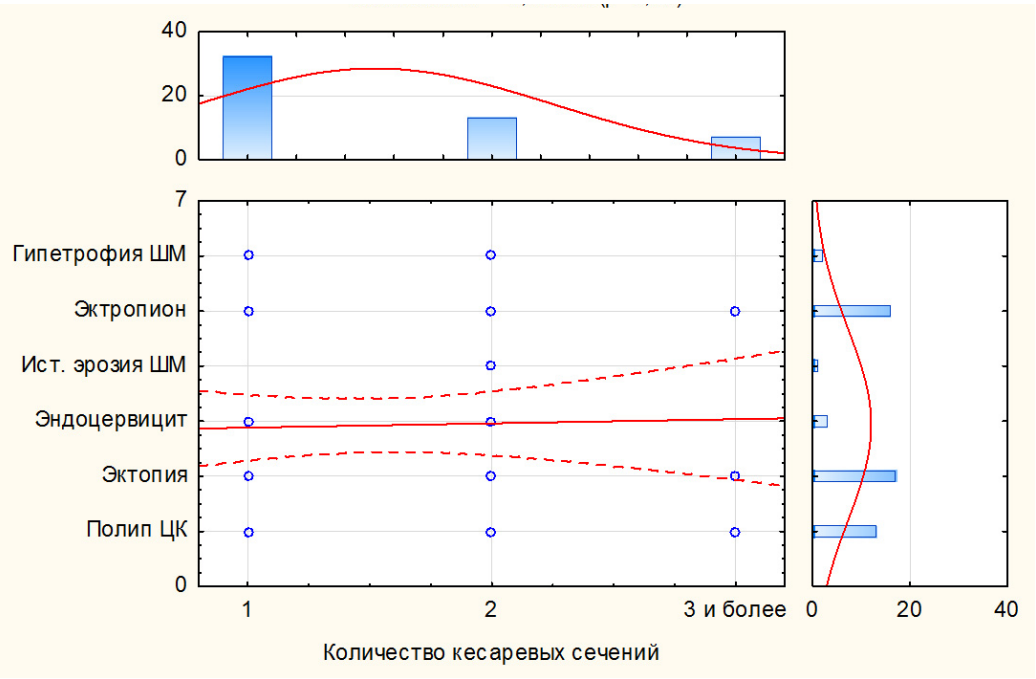

ДИАГРАММА 1. ЗАВИСИМОСТЬ ЧАСТОТЫ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ ОТ КРАТНОСТИ ПЕРЕНЕСЁННЫХ КЕСАРЕВЫХ СЕЧЕНИЙ

При изучении влияния факторов риска на частоту и структуру патологии шейки матки у женщин, перенёсших кесарево сечение, определялось отчетливое влияние кратности кесаревых сечений на данную ситуацию. В диаграмме 1 представлена структура патологии шейки матки у обследованного контингента в зависимости от количества перенесённых кесаревых сечений.

Анализ влияния кратности кесарева сечения на частоту развития патологии шейки матки показал отсутствие корреляции между этими категориями. С увеличением кратности кесарева сечения, хотя возрастала частота эндоцервицитов, разница показателей была минимальной и статистически недостоверной. После первого кесарева сечения частота их равнялась 28,3%, после второго – воз-

ростала до 41,1% и после 3-4 – оставалась на уровне 40%. Показатели частоты дисгормональных заболеваний шейки матки также не зависели от кратности перенесённых операций КС, и разница их оказалась статистически недостоверной.

Таким образом, проведённые исследования состояния шейки матки женщин, перенёсших в прошлом кесарево сечение, показали высокую обсеменённость содержимого цервикального канала представителями условно-патогенных штаммов бактерий, таких как Staphylococcus pyogenic, Staphylococcus aureus, Staphhylococcus epidermalis, Klebsiellae и E. Colli., частота которых не зависела от кратности перенесённых операций и минимально отличалась от показателей группы сравнения. Эндоскопическое исследование шейки матки этого контингента выявило высокую частоту эндоцервицита и эндоцервикоза, которое также не выявило особой разницы от группы сравнения и от кратности перенесённых кесаревых сечений. Следовательно, хотя особой разницы между показателями частоты исследуемых патологий в сравниваемых группах не выявлено, с целью оздоровления указанного контингента в комплекс реабилитационных мероприятий, проводимых в послеоперационном и послеродовом периодах, необходимо объязательное включение обследования и лечения шейки матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбачёва А.В. Ближайшие и отдалённые результаты повторного кесарева сечения: автореф. дис…. канд. мед. наук / А.В.Горбачёва. - М. - 2008. - 32с.
2. Милованов А.П. Диагностика состояния рубца на матке у беременных, перенёсших кесарево сечение / А.П.Милованов // Акушерство и гинекология.- 2008. - № 31. - С. 44.
3. Двирбаева Г.М. Особенности ФЛС у беременных, ранее перенёсших кесарево сечение: автореф…. дис. д-ра мед. наук / Г.М.Двирбаева. - Фрунзе. - 2009. - 39с.
4. Комисарова Л.М. Оптимизация кесарева сечения / Л.М.Комисарова, Е.А.Чернуха, Т.К.Пучков // Акушерство и гинекология. - 2000. - № 2. - С.14-16.
5. Крамарский В.А. Основные факторы риска развития неполноценного рубца на матке после кесарева сечения / В.А.Крамарский, Л.И.Машакевич, В.Н.Дудакова // Вестник Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. - 2008. - № 2. - С.33-39.
6. Подготовка шейки матки к родам с применением полупроводноковых светодиодов / Г.Б.Безнощенко, Г.Н.Бочарникова, Л.В.Нестеренко // Российский конгресс «Генитальные инфекции и патология шейки матки»: Тезисы докладов. - М. - 2004. - С. 89.
7. Нестеренко Л.В. Новый метод оценки состояния тканей шейки матки с применением электромагнитно-резонансной импедансометрии в акушерской клинике / Л.В.Нестеренко, Д.С.Рябоконь // Изобретательство и рационализация в медицине: Тезисы докладов. - Омск. - 2005. - С. 4-5.
8. Патент на изобретение № 2303394 РФ «Способ исследования состояния шейки матки у женщин и устройство для его осуществления» выдан 30 мая 2005г. (Соавт. Рябоконь Д.С., Безнощенко Г Б., Фардзинова Е М.)
9. Нестеренко Л.В. Диагностический мониторинг шейки матки при беременности после проведённого ранее деструктивного лечения / Л.В.Нестеренко // Всероссийская научно-практическая и учебно-методическая конференция «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии в постдипломном образовании врачей»: Тезисы докладов. - Пермь. - 2006. - С. 19.
10. Куклина Л.В. Электромагнитно-резонансная импедансометрия и оценка состояния шейки матки в акушерско-гинекологической клинике / Л.В.Куклина, Е.М.Фардзинова, Г.Б.Безнощенко // Уральский медицинский журнал. - 2008. - № 2. - С. 9-12.
11. Клинико-диагностические аспекты эктопии шейки матки / Н.Л.Овсянкина, Н.Ю.Мелехова, А.Н.Иванян, А.Л.Чернякова // Естественные и технические науки. - 2011. - № 4. - С.236-240.
12. Павлова Т.Ю. Комплекснач оценка характера репаративных процессов в области разреза на матке после кесарева сечения / Т.Ю.Павлова // Якутский медицинский журнал.- 2008.-№ 4.-С. 30-40.
13. Болотова О.В. Современные возможности состояния рубца на матке после кесарева сечения / О.В.Болотова // Журнал «Акушерство и гинекология». - 2009. - № 5. - С.7-9.
14. Казарян Р.М. Особенности течения беременности и родов у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения: дис…. канд. мед. наук / Р.М.Казарян. - М. - 2008. -131с.
15. Hadiati D.R. Skin preparation for preventing infection following caesarean section / D.R.Hadiati, M.Hakimi, D.S.Nurdiati // Cochrane DatabaseofSystematic Reviews. - 2012. - Issue 9.- DOL:10. 1002/14651858. CD007462. pub 2.
16. Эктопия шейки матки и папилломавирусная инфекция / Н.Л.Овсянкина, Н.Ю.Мелехова, А.Н.Иванян, А.Л.Чернякова // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. - 2011. - Т. 9, - № 3. - С. 76-79.
17. Иванян А.Н. Кольпоскопия и патология шейки матки: Учебно-методическое пособие / А.Н.Иванян [и др.]. - Смоленск. -2009. - 60с.

Summary

Cervical disease in women who underwent cesarean section

M.U. Yuldosheva, M.F. Dodkhoeva, M.F. Davlyatova
Chair of Obstetrics and Gynaecology №1 Avicenna TSMU

The colposcopy of cervix and bacteriological test of the cervical canal content in 80 women who had a history of one or several cesarean section was performed. The most common pathology of the cervix among inflammatory diseases of the cervix wereendocervicitis (32,5%), from cervical dishormonal disease are predominated endocervicoses (32,5%) and cervix hypertrophy (3,7%), but difference of indices with compared group was imperceptible.

When comparing the bacterial seeding from the cervical canal with a multiplicity of postponed caesarean sections increased the frequency of vaginal colonization by pathogenic microflora.repres Thus, the detection rate of Klebsiellae after a caesarean section was 5,6±3,1 and with increasing of multiplicity it is increased 4-times respectively, and after fourth abdominal delivery reaches 20,0±12,6%. Similar progression is determined regarding Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermalis and E. Coli.

Key words: cesarean section, the pathology of the cervix, uterine scar, bacterial seeding from the cervical canal

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Юлдошева Манижа Умарчоновна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии № 1 ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, ул.Айни, 55
E- mail: Uldoshev-M.U.@mail.ru

Успешное хирургическое лечение больного с «гигантской» гормонально-неактивной аденомой левого надпочечника

А.Р. Кодиров, Н.С. Саидов
Отделение эндокринной хирургии Городского медицинского центра г.Душанбе

В статье представлен случай успешного хирургического лечения больного с «гигантской» гормонально-неактивной аденомой левого надпочечника. В связи с отсутствием клинических проявлений отмечалась поздняя диагностика аденомы, вследствие чего она приобрела огромные размеры. В забрюшинном пространстве слева визуализировалось большое гиперэхогенное образование с чёткими и ровными контурами и тонкой капсулой, размером 109×81 мм.

Применение комплекса современных методов исследования, включающего изучение гормонального фона и компьютерной томографии надпочечников, позволило правильно поставить диагноз. Единственным методом лечения аденом надпочечников является радикальное хирургическое их удаление.

Оперированный больной на 13 сутки после операции в удовлетворительном состоянии выписан под диспансерное наблюдение, в течение которого рецидив аденомы не был отмечен.

Ключевые слова: «гигантская» аденома левого надпочечника, адреналэктомия

Актуальность. До недавнего времени опухоли надпочечников считались весьма редкой патологией [1]. Однако с появлением и внедрением современных методов топической диагностики частота их выявления возросла в десятки раз [2].

Среди многообразных нозологических форм опухолей надпочечников большую часть составляют доброкачественные адренокортикальные аденомы (38-42%), которые по данным большинства авторов, в основном, являются гормонально-неактивными [1,3].

Вследствие отсутствия клинических проявлений, гормонально-неактивные аденомы надпочечников часто диагностируются в поздние сроки заболевания или же при достижении больших размеров.

Согласно данным M.Terzolo et al. (2011), частота встречаемости аденом надпочечников больших размеров составляет 11,2% [4]. Несвоевременная диагностика приводит к увеличению роста опухоли, скорость которого по некоторым данным составляет от 0,5 до 2 см в год [5].

При поздней диагностике гормонально-неактивных аденом надпочечников риск перерождения их в злокачественные формы увеличивается до 5,2%, при которых результаты лечения в основном неудовлетворительны [4].

В последние годы обнаружение больших и гигантских аденом надпочечников является казуистическим случаем, в связи с чем проведение данной научной работы, касающейся вопросов комплексной диагностики и хирургического лечения больного с гигантской гормонально-неактивной аденомой левого надпочечника, является весьма обоснованным.

Клинический пример. Больной М., 1976 г.р., поступил 21.05.2014г. в отделение эндокринной хирургии Городского медицинского центра г.Душанбе с жалобами на тупые боли и наличие большого опухолевидного образования в левой половине живота. Со слов больного образование имеет место в течение одного года. В связи с прогрессирующим его увеличением обращался для консультации и лечения.

При поступлении состояние больного средней тяжести. Среднего телосложения. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца чёткие, границы сердца умеренно расширены. АД 120/70 мм рт. ст. При пальпации в брюшной полости слева от срединной линии в проекции мезогастрии определяется умеренно безболезненное образование мягко-эластической консистенции. Примерные размеры образования около 13 см в длину и 12 см в ширину. При аускультации над образованием шумы не выслушиваются.

РИС. 1. УЗИ. ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ БОЛЬШОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ЛЕВОМ ЗАБРЮШИННОМ ПРОСТРАНСТВЕ

РИС. 2. КТ В НАТИВНОМ РЕЖИМЕ. ВИДНО ОБРАЗОВАНИЕ, ИСХОДЯЩЕЕ ИЗ ПРОЕКЦИИ ЛЕВОГО НАДПОЧЕЧНИКА, ОДНОРОДНОЙ СТРУКТУРЫ, РАЗМЕРОМ 107×79 ММ

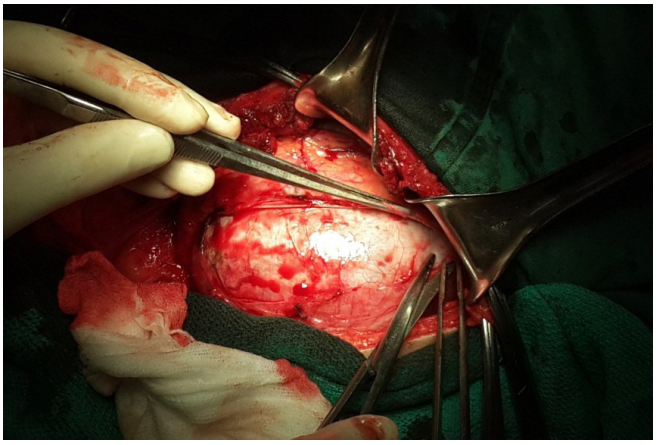

РИС. 3. ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ФОТО.
МОБИЛИЗАЦИЯ ОПУХОЛИ ИЗ ТОРАКО-ФРЕНИКО-ЛЮМБОТОМНОГО ДОСТУПА

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и забрюшинного пространства, печень, поджелудочная железа и почки – без особенностей. В забрюшинном пространстве слева визуализируется большое гиперэхогенное образование с чёткими и ровными контурами и тонкой капсулой, размером 109×81 мм (рис. 1).

С целью более детального определения топографии опухоли, больному была выполнена КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, на которой выявлено большое однородное образование, исходящее из проекции левого надпочечника нативной плотностью 7-14 ед. Н., размером 107×79 мм, сдавливающее левую почку (рис.2).

С целью определения гормональной активности аденомы был определён уровень всех гормонов надпочечников в венозной крови: кортизол – 241 нмоль/л (норма – 140-600), АКТГ – 39,8 пг/мл (норма – 8,3-57,8), метанефрин – 28,4 мкг/сут. (норма – 6-115), норметанефрин – 32 мкг/сут. (норма – 10-146).

На основании клинических данных и вышеуказанных методов исследования, больному был выставлен диагноз: гигантская гормонально-неактивная аденома левого надпочечника.

После проведения соответствующей предоперационной подготовки, 27 мая 2014 г. больному под эндотрахеальным наркозом, в положении на правом боку, была произведена торако-френико-люмбото-

РИС. 4. МАКРОПРЕПАРАТ УДАЛЁННОЙ АДЕНОМЫ ЛЕВОГО НАДПОЧЕЧНИКА

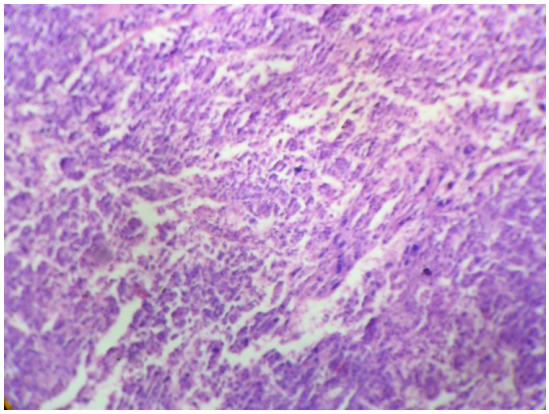

РИС. 5. СМЕШАННО-КЛЕТОЧНАЯ АДРЕНОКОРТИКАЛЬНАЯ АДЕНОМА ЛЕВОГО НАДПОЧЕЧНИКА. ОКРАСКА ГЕМАТОКСИЛИН-ЭОЗИНОМ, × 125

мия по девятому межреберью. После вскрытия плевральной полости и рассечения диафрагмы последовательно отсепаровывалась брюшина с обнажением забрюшинного пространства. При ревизии выявлено инкапсулированное мягкоэластической консистенции объёмное образование размером 11,0×9,0 см (рис.3).

Путём электрокоагуляции проводилось выделение и мобилизация образования со всех сторон. После перевязки всех приводящих и отводящих сосудов образования, оно тотально удалено. Проводился контроль гемостаза. Операция завершена дренированием правой плевральной полости и забрюшинного пространства и послойным ушиванием раны. Продолжительность операции составила 145 мин., объём кровопотери 350 мл.

Макропрепарат: образование надпочечника неправильной овальной формы размером 11,5×9,5 см с бугристой поверхностью и нежной капсулой. Образование мягко-эластической консистенции, красно-розового цвета (рис. 4). На одном крае видны участки интактного надпочечника. На разрезе в структуре имеются несколько участков кистозной трансформации.

Результаты морфологического исследования: микроскопически в опухоли местами имеются стромальные прослойки. Также характерно чередование полей тёмных и светлых клеток (рис.5). Заключение: смешанно-клеточная адренокортикальная аденома левого надпочечника.

Послеоперационный период протекал гладко. Больной в течение 8 суток продолжал приём антибиотиков, нестероидных противовоспалительных и обезболивающих препаратов. Осложнений со стороны операционной раны не отмечалось.

Швы сняты на 12 сутки. На 13 сутки после операции больной в удовлетворительном состоянии выписан под диспансерное наблюдение, в течение которого рецидив аденомы не отмечается.

ВЫВОДЫ:

1. Одной из основных причин поздней диагностики аденом, вследствие чего она приобретает большие размеры, является отсутствие специфических клинических проявлений.
2. Применение комплексных методов исследования, включающих определение уровня гормонов и компьютерную томографию, позволяют точно поставить диагноз.
3. Единственным методом лечения аденом надпочечников является радикальное хирургическое их удаление.

ЛИТЕРАТУРА

1. Willatt J.M. Radiologic evaluation of incidentally discovered adrenal masses / J.M.Willatt, I.R.Francis // American Family Physician. – 2010. – Vol. 81, N. 11. – P. 1361–1366.
2. Некоторые особенности диагностики и лечения больных с опухолями надпочечников / А.Д. Гаибов [и др.] // Вестник Авиценны. – 2011. – № 4. – С. 19-24.
3. Инциденталома надпочечников / Д.Г.Бельцевич [и др.] // Эндокринная хирургия. – 2009. – Т. 1. – № 4. – С. 19 – 23.
4. AME position statement on adrenal incidentaloma / M. Terzolo [et al.] // Europen Journal of Endocrinology. – 2011. – Vol. 164. – P. 851–870.
5. «Гормонально-неактивные» опухоли надпочечников / Н.А. Майстренко, В.С. Довганюк, Н.Ф. Фомин [и др.] – СПб.: ЭЛБИ, 2001. – 171с.

Summary

Successful surgical treatment of patients with «giant» hormonally inactive left adrenal gland adenomas

A.R. Kodirov, N.S. Saidov
Department of Endocrine Surgery Dushanbe City Medical Center

The article presents a case of successful surgical treatment of a patient with a «giant» hormonally inactive adrenal adenomas from left. In the absence of clinical manifestations observed late diagnosis of adenoma, whereby it acquired enormous size. In the left retroperitoneal space the large hyperechogenicformation with clear and smooth contours and thin capsule, the size of 109×81 mm was visualized.

Recent methods of investigation, including hormonaltestsand adrenal CT allowed to diagnosed this disease. The only treatment for adrenal adenomas is a radical surgical removal.

Patient was undergo to adrenalectomy and after 13 days in satisfactory condition was discharged. During dispensary at follow-up the recurrence of adenomas was no observed.

Key words: «giant» left adrenal adenoma, adrenalectomy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Кодиров Абдурауф Разокович – заведующий отделением эндокринной хирургии Городского медицинского центра г.Душанбе; Таджикистан, г.Душанбе, ул.Абая, 3
E-mail: abdurauf.kodirov@yandex.ru

Особенности течения основных форм нейролейкемии у пациентов с острыми лейкозами в Республике Таджикистан

Н.И. Мустафакулова, М.П. Ганиева, Т.И. Меликова, К.З. Уроков
Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В настоящей работе проанализировано 302 истории болезней пациентов с острыми лейкозами (ОЛ), в возрасте от 18 до 67 лет.

Установлено, что у пациентов с острым лимфоидным лейкозом (ОЛЛ; n=102; 33,7%), по сравнению с больными с острым миелоидным лейкозом (ОМЛ; n=200; 66,3%), в два раза чаще (55,0% и 29,5%) встречалось поражение нервной системы; наиболее часто отмечалась менингеальная форма нейролейкемии (НЛ), которая и тяжелее протекала. У пациентов с ОМЛ в жаркое время года показатели развития НЛ в 1,5 раза и у больных ОЛЛ в 2 раза чаще встречались по сравнению с холодным временем года. Возможно, это связано с высокой интенсивностью солнечной радиации, утяжелением и учащением рецидива заболевания.

Клинико-ликворологические данные у пациентов с ОЛ были различными в зависимости от формы НЛ. Менингеальная форма НЛ отличалась признаками внутричерепной гипертензии; энцефалитическая форма характеризовалась расстройствами сознания, судорожным синдромом и нарушением функции черепно-мозговых нервов; диэнцефальная форма отличалась вегето-сосудистыми, нервно-мышечными расстройствами и нарушением терморегуляции; при полирадикулической форме наблюдалось нарушение функции различных черепно-мозговых и периферических нервов.

Ключевые слова: нейролейкемия, миелоидный лейкоз, лимфоидный лейкоз, цитоз, полирадикулоневрит

Введение. Нейролейкемия (НЛ) – это инфильтрация (поражение) опухолевыми клетками центральной нервной системы (оболочек головного мозга, черепных нервов, вещества мозга). Нейролейкемия встречается у 12-18% больных острым лейкозом (ОЛ) и резко ухудшает прогноз [1,2]. Поражение нервной системы встречается при всех видах лейкозов, однако чаще (в 40–65% случаев) – при острых лимфобластных лейкозах. При миелобластных лейкозах неврологические проявления встречаются реже, преобладая при рецидивах заболевания [3-5].

При разрушении мягкой мозговой оболочки лейкемические инфильтраты могут проникать в вещество головного и спинного мозга [6-9]. По данным Hidetoshi N. et al. (2009), церебральные лейкемические очаги встречаются при миелобластных лейкозах в 12 раз чаще. Неврологические проявления зависят от основных клинических форм НЛ [11].

Различают следующие формы нейролейкемии: менингеальную (МНГ), энцефалитическую (ЭФ), менингоэнцефалитическую (МЭ), энцефаломиелитическую (ЭМ), менингоэнцефаломиелитическую (МЭМ), миелитическую (МЛ), мононевритическую (МН) – лейкемическую офтальмопатию, диэнцефальную (ДЭ), полирадикулоневритическую (ПРН). Наиболее часто встречается менингеальная лейкемия (лейкозный менингит) [10-13].

Климатогеографические особенности окружающей среды Республики Таджикистан (РТ) – континентально-жаркий климат с характерными для него резкими сезонными и суточными перепадами температуры и барометрического давления, с высокой интенсивностью солнечной радиации. Жаркий период года в РТ удлинён, и баланс солнечной радиации может привести к утяжелению и учащению рецидива заболевания.

В РТ практически не исследованы клинические особенности основных форм нейролейкемии у пациентов с острыми лейкозами.

Цель исследования: изучить клинико-ликворологические особенности основных форм нейролейкемии у пациентов с острыми лейкозами в РТ.

ТАБЛИЦА 1. ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ НЕЙРОЛЕЙКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ

Форма нейролейкемии	Миелобластный лейкоз (n=59)		Лимфобластный лейкоз (n=56)	
	Абс.	%	Абс.	%
Менингеальная	35	59,3	42	77,7*
Полирадикулоневритическая	2	3,4		
Менингомиелитическая	2	3,4	3	5,1
Диэнцефальная	9	15,3	3	5,1*
Энцефалитическая	7	12,0	8	14,3
Менингоэнцефалитическая	4	6,7	3	5,1
Всего	59	100,0	56	100,0

Примечание: **– статистическая значимость различий показателей между пациентами с ОМЛ и ОЛЛ (p<0,05)*

Материал и методы. В настоящей работе было отобрано и проанализировано 302 истории болезней пациентов с острыми лейкозами, поступивших в гематологическое отделение НМЦ РТ, в возрасте от 18 до 67 лет.

Пациенты с ОЛ подразделены на 2 группы: в I группу вошли 200 (66,3%) больных с острым миелоидным лейкозом (ОМЛ), во II группу – 102 (33,7%) больных с острым лимфоидным лейкозом (ОЛЛ). Среди пациентов мужчин было 170 (52,9%), женщин – 132 (47,1%). У 59 (29,5%) пациентов I группы и 56 (55,0%) – II группы была выявлена НЛ.

Диагноз основывался на данных жалоб, анамнеза, клинических, лабораторных методов исследования (гемограмма, биохимические анализы крови, миелограмма, цитологическое исследование спинномозговой жидкости).

При обнаружении в цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) цитоза выше 10 в 1 мкл и обязательно бластных клеток был выставлен диагноз – нейролейкемия.

Критериями включения явились: подтверждённый диагноз – ОМЛ, ОЛЛ и НЛ на основании клинических данных, анализов периферической крови, цереброспинальной жидкости, результатов морфологического, цитохимического исследований клеток костного мозга; наличие информированного согласия пациентов на обследование.

Критерии исключения: вторичные опухолевидные поражения с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями, пороками развития, с болезнями обмена веществ, а также несогласие пациентов.

Статистическую обработку первичного материала проводили на ПК с помощью применения прикладного пакета «Statistica 6,0». Вычисляли средние значения (M) и стандартную ошибку (+m), относительные величины (p) и их ошибку (+mp). Сравнение нескольких групп проводилось с помощью критерия ANOVA (H-критерий Крускала-Уоллиса). Нулевая гипотеза при анализе данных опровергалась при p<0,05.

Результаты и их обсуждение. У пациентов обеих групп менингеальная форма НЛ выявлена в более половины случаев (59,3% и 77,7%). Диэнцефальная форма в 3 раза чаще встречалась у больных с ОМЛ (15,3% и 5,1%) по сравнению с пациентами с ОЛЛ (табл. 1).

Клинико-ликворологические данные у пациентов с острыми лейкозами были различными в зависимости от формы НЛ.

Менингеальная форма НЛ у пациентов обеих групп (59,3% и 77,7%) отличалась интенсивными головными болями, тошнотой, рвотой, симптомами раздражения мозговых оболочек, выраженной светобоязнью (37,0% и 45,0%), появлением признаков застоя на глазном дне, гипералгезией (18,0% и 23,0%).

При энцефалитической форме НЛ у больных обеих групп (12,0% и 14,3%) появились интенсивные головные боли (78,0% и 87,0%), нарушение сна (83,0% и 85,0%), бред (33,0% и 54,0%), выраженная заторможенность (23,0% и 55,0%) и симптоматика признаков поражения ядер черепно-мозговых нервов (19,0% и 21,0%), тонико-клонические судороги (7,0% и 16,0%), гемипарезы (11,0% и 28,0%), моторная афазия (7,0% и 15,0%).

Менингоэнцефалитическая форма НЛ (6,7% и 5,1%) клинически проявлялась сочетанием симптоматики менингеальной и энцефалитической форм.

У больных обеих групп (15,3% и 5,1%) с диэнцефальной формой НЛ отмечалась сонливость (56,0%), булимия (45,0% и 37,0%), жажда (56,0% и 39,0%), полиурия (67,0% и 47,0%), нарушение дермографизма (35,1% и 31,0%), гипертония (77,1% и 45,2%) и нарушение терморегуляции в виде гипертермии (63,0% и 63,1%).

ТАБЛИЦА 2. СОСТОЯНИЕ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ

Показатели	Норма	Форма поражения			
		Р1 МНГ (n=35)	Р2 ПРН (n=2)	Р3 ЭФ (n=7)	Р4 МЭ (n=4)
Цитоз (ед.)	2-5	2180,0±65,0	3,3±1,7*	3,5±1,5**	3100,0±133,0****
Глюкоза (ммоль/л)	3,6-5,2	2,7±0,5	6,7±0,4	6,9±0,5	2,7±0,7
Белок (‰)	0,033	1,3±0,3	5,9±0,7*	0,66±0,33**	1,2±0,2
Бласты (%)	1-4	67,0±4,0	3,5±0,5*	2,9±0,1**	88,0±9,5 ***

Примечание: ** - статистически значимые различия между Р1-2; ** - различия между Р2-3; *** - различия между Р1-3; **** - различия между Р1-4*

ТАБЛИЦА 3. СОСТОЯНИЕ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ

Показатели	Норма	Форма поражения			
		МНГ (n=35)	ПРН (n=2)	ЭФ (n=7)	МЭ (n=4)
Цитоз (ед.)	2-5	2500,0±30,0	3,1±1,9*	3,7±1,3 ***	3100,0±23,0****
Глюкоза (ммоль/л)	3,6-5,2	2,3±0,7	6,3±0,7	6,3±0,5	2,3±0,9
Белок (‰)	0,033	1,0±0,03	5,8±0,8*	0,63±0,03**	1,2±0,03
Бласты (%)	1-4	70±1,5	3,0±1,0*	2,7±0,3 ***	77,0±5,0%

Примечание: ** - статистически значимые различия между Р1-2; ** - различия между Р2-3; *** - различия между Р1-3; **** - различия между Р1-4*

У пациентов с полирадикулоневритической формой НЛ (3,4% и 0,0%) наблюдалось нарушение функции различных черепно-мозговых нервов (57,0% и 45,1%), чувствительности в дистальных отделах рук (47,0% и 38,2%) и ног (63,3% и 56,0%), снижение сухожильных рефлексов (47,2% и 51,0%).

Наши наблюдения показали, что ОЛ встречался на протяжении всего года в обеих группах, с преимуществом частой госпитализации в жаркий период года в первой группе у 125 (62,5%) и во II группе – у 67 (65,6%) пациентов, тогда как в холодное время года – у 75 (37,5%) в I группе и у 35 (34,4%) – во II группе больных.

Из 125 пациентов с ОМЛ в жаркий период года НЛ развилась у 33 (60,0%) больных и у 26 (44,0%) – в холодное время года. В обеих группах отмечалось наибольшее количество, особенно тяжёлых форм течения НЛ, возможно связанных с особенностями климата РТ.

Из 102 больных с ОЛЛ в жаркий период года НЛ развилась у 37 (66,0%) человек и у 19 (34,0%) – в холодное время года.

Таким образом, у пациентов с ОМЛ в жаркое время года показатели развития НЛ 1,5 раза и у пациентов с ОЛЛ в 2 раза чаще встречались по сравнению с холодным временем года.

Исследования ЦСЖ при менингеальной форме НЛ у пациентов с ОМЛ показали более значительное повышение цитоза (2180,0±65,0), плецитоза за счёт бластов (количество бластов в 1 мкл колебалось – 67,0±4,0%), количества белка – 0,033 (1,3±0,3г/л) и снижение количества глюкозы (2,7±0,5ммоль/л) по сравнению с лицами с ОЛЛ.

У больных с энцефалитической формой НЛ в ЦСЖ обнаружено небольшое повышение количества белка (0,66±0,33%), повышение уровня глюкозы (6,9±0,5%), нормальный цитоз (3,5±1,5%).

При менингоэнцефалитической форме НЛ, при исследовании цереброспинальной жидкости определяли плеоцитоз (3000,0±133,0 ед.), белково-клеточную диссоциацию (1,2±0,2%), незначительное снижение уровня глюкозы (2,7±0,7 ммоль/л). Бластемия доходила до 88,0±9,5%.

У пациентов с полирадикулоневритической формой НЛ в ЦСЖ выявлены: повышение глюкозы до 6,7±0,4 ммоль/л, резко повышенное содержание белка (5,9±0,7%0), бласты – до 4,0%, нормальное содержание бластов (4,0%) и клеточных элементов (3,3±1,7 ед).

Исследование ЦСЖ у больных с диэнцефальной формой НЛ показало незначительное повышение клеточных элементов и белка, снижение содержания глюкозы (табл. 2).

У пациентов с менингеальной и менингоэнцефалитической формами НЛ наблюдалось резкое повышение цитоза и содержания бластных клеток по отношению к другим формам НЛ.

Состояние спинномозговой жидкости у больных с острым лимфолейкозом представлено в таблице 3.

При менингиальной форме НЛ у пациентов с ОЛЛ отмечено повышение цитоза (2500,0±30,0), содержания белка (1,0±0,03) и бластов (70±1,5%), а количество глюкозы в ликворе было снижено (2,3±0,7).

При полирадикулической форме нейролейкемии отмечено резкое повышение содержания белка (5,8±0,8) и уровня глюкозы (6,3±0,7), нормальное содержание бластов (3,0±1,0%) и клеточных элементов (3,1±1,9 ед).

При энцефалитической форме выявлено незначительное повышение белка (0,63±0,03‰) и глюкозы (6,3±0,5 ммоль/л).

Менингоэнцефалитическая форма нейролейкемии отличалась повышением цитоза (3100,0±23,0 ед.), снижением белка (1,2±0,03‰) и повышением содержания бластных клеток в ликворе до 77,0±5,0%.

Таким образом, у пациентов с ОЛЛ по сравнению с лицами с ОМЛ в два раза чаще встречалось поражение нервной системы. В РТ чаще встречалась и тяжелее протекала менингеальная форма НЛ. У пациентов с ОМЛ в жаркое время года показатели развития НЛ 1,5 раза и у больных ОЛЛ в 2 раза чаще встречались по сравнению с холодным временем года. Возможно, это связано с высокой интенсивностью солнечной радиации, утяжелением и учащением рецидива заболевания.

Клинико-ликворологические данные у пациентов с ОЛ были различными в зависимости от формы НЛ. Менингеальная форма НЛ отличалась признаками интоксикационного синдрома и внутричерепной гипертензии; энцефалитическая форма характеризовалась расстройствами сознания, судорожным синдромом и нарушением функции черепно-мозговых нервов; диэнцефальная форма отличалась вегетососудистыми, нервно-мышечными расстройствами и нарушением терморегуляции; при полирадикулической форме наблюдалось нарушение функции различных черепно-мозговых и периферических нервов. При менингеальной форме НЛ в ЦСЖ наблюдалось снижение уровня глюкозы, более значительное повышение цитоза и плеоцитоза за счёт бластных клеток, тогда как у пациентов с полирадикулической и энцефалитической формами НЛ обнаружено повышение содержания белков и уровня глюкозы при нормальном содержании бластов и клеточных элементов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляков К.М. Паранеопластические невропатии / К.М.Беляков, А.В.Густов. - Нижний Новгород: НижГМА. - 2007. - 95с.
2. Воробьёв В.Г. Дифференциация острых лейкозов взрослых, диагностика нейролейкемии и лейкозной инфильтрации почек: автореф.…д-ра мед. наук / В.Г.Воробьёв. - М. - 1996. - 25с.
3. Воробьёв А.И. Клиническая гематология / А.М.Воробьёв. - М.: Медицина. - 2007. - 526с.
4. Гофман Л.Н. . Риск развития нейролейкоза у взрослых больных острыми лейкозами // Л.Н.Гофман, Г.А.Яцик, В.И.Воробьёв // - М.: Медицина. - 2007. - 526с.
5. Евтушенко С.К. Паранеопластические неврологические синдромы / С.К.Евтушенко // Международный неврологический журнал. - 2011. - № 8 (46). - .35-38.
6. Пузиков М.И. Диагностика нейролейкемии / М.И.Пузиков, И.В.Пряников, А.А.Давтян // Клиническая неврология. - 2009. - № 1. - С.9-12.
7. Смирнова О.В. Клинические и иммунологические механизмы развития острых и хронических лейкозов: дис…. д-ра мед. наук / О.В.Смирнова. - Красноярск. - 2008. - 305с.
8. Филатов Л.Б. Нейролейкемия у взрослых пациентов с острым лимфобластным лейкозом: проблемы и перспективы / Л.Б.Филатов // Журн. тер. архив. - 2007. - Т. 79.- № 11. - С.79-87.
9. Шатрова И.Н. Профилактика нейролейкемии / И.Н.Шатрова, Н.М.Фокина // Неврологический журнал. - 2006. - № 4. - С.5-9.
10. Antoin J.C. Peripheral nervous system involvementin in patients with cancer / J.C.Antoin, J.P.Camdessanche // - Lancet Neurol. - 2007. - № 6. - P.75-86.
11. Hidetoshi N. Central nervous system directed therapy in acute lymphoblastic leukemia / N.Hidetoshi [et al.] // Eur. Spine J. - 2009. - Vol.18. - № 2. - P.220-223.
12. Laningham F. Identification of risk groups for development of central nervous system leukemia in adults with acute lymphoblastic leukemia / F.Laningham [et al.] // Neuroradiologi. - 2007. - Vol.49, № 11. - P. 873-888.
13. Манчук В.Т. Особенности прогнозирования возникновения инфекционных осложнений химиотерапии у больных с острыми лейкозами // В.Т.Манчук, О.В.Смирнова/ Журн. «Медицинская иммунология». - 2012. - Т.14, № 4-5. - С.403-408.

Summary

Currency features of basic forms of neuroleukemia in patients with acute leukemias in Tajikistan

N.I. Mustafakulova, M.P. Ganieva, T.I. Melikova, K.Z. Urokov
Chair of Internal Medicine №3 Avicenna TSMU

In the present study were analyzed 302 case histories of patients with acute leukemia (AL) aged 18 to 67 years. In patients with acute lymphoid leukemia (ALL; n=102; 33,7%) compared with patients with acute myeloid leukemia (AML; n=200; 66,3%), the nervous system lesions is occuredtwo times more frequently (55,0% and 29,5%).Most frequently is observed the meningeal neuroleukemia (NL), which has more severe currency. In patients with AML in hot season the rate of NL by 1.5 times and ALL by 2times was more frequent in comparison with the cold season. Perhaps this is due to high intensity of solar radiation, and rapid worsening of disease recurrence.

Clinical-liquorologic data in patients with AL were different depending on the NL form. NL meningeal form noted with signs of intracranial hypertension; encephalitic form is characterized by disorders of consciousness, convulsive disorders and dysfunction of the cranial nerves; diencephalicform – by vegetative-vascular, neuromuscular disorders and thermoregulation impaired; polyradiculitisform – by dysfunction of various cranial and peripheral nerves.

Key words: neuroleukemia, myeloid leukemia, lymphoid leukemia, cytosis,polyradiculitis

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Мустафакулова Намуна Ибрагимовна –
заведующая кафедрой внутренних болезней №3 ТГМУ.
Таджикистан, г.Душанбе, пр. И.Сомони, 59а
E-mail: dr.namuna@mail.ru

Влияние фармакотерапии на биоэлектрическую активность сердца у больных ХОБЛ в сочетании с ИБС

В.А. Абдуллаев
Научно-исследовательский институт лёгочных болезней, г.Баку, Азербайджан

Автор изучил влияние фармакотерапии на биоэлектрическую активность сердца у больных с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ; n=40) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС; n=65).

В составе комплексной терапии 20 больным с ХОБЛ и 30 пациентам с ХОБЛ в сочетании с ИБС был назначен препарат «Лизиноприл». Кроме того, 20 пациентов с ХОБЛ и 35 больных с ХОБЛ в сочетании с ИБС получали препарат «Амлодипин».

Сравнительный анализ показал более выраженное влияние амлодипина по сравнению с лизиноприлом, на среднее давление в лёгочной артерии у больных с ХОБЛ (p=0,02) и у пациентов с ХОБЛ в сочетании с ИБС (p=5,57; p=0,02), а также на систолическое давление в лёгочной артерии у больных ХОБЛ (p=5,23) и у больных с ХОБЛ в сочетании с ИБС (p=4,26; p=0,04).

В результате курсовой терапии амлодипином существенной динамики основных показателей морфометрии и насосной функции левого желудочка в обследованных группах больных не выявлено, однако у больных с ХОБЛ и ХОБЛ в сочетании с ИБС отмечено уменьшение конечно-диастолического размера правого желудочка.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь лёгких, ишемическая болезнь сердца, давление в лёгочной артерии

Актуальность проблемы изучения клинических, функциональных и патогенетических особенностей сочетания ИБС и ХОБЛ определяется их широкой распространённостью [1], трудностями диагностики [2], неблагоприятным прогнозом из-за взаимного отягощения и ускорения прогрессирования как коронарной, так и лёгочно-сердечной недостаточности [3,4], недостаточной эффективностью стандартного лечения и трудностями в подборе оптимальной терапии [5,6].

Система внешнего дыхания и лёгочный кровоток, тесно взаимодействуя друг с другом, обеспечивают жизненно важные функции организма человека, так что совместное рассмотрение во взаимосвязи говорило бы о функциональном состоянии их в более полном объёме, чем рассмотрение в отдельности.

Изучение механизмов взаимовлияния этих заболеваний позволило бы усовершенствовать методы их своевременной диагностики, целенаправленно проводить корригирующую терапию, разработать оптимальные способы контроля за её эффективностью и, тем самым, улучшить прогноз больных с сочетанной патологией. В то же время, фармакологическое лечение больных с сочетанной кардиореспираторной патологией носит черты противоречивой терапии, когда попытка активного воздействия на одно заболевание сопряжена с реальной угрозой ятрогенного обострения сопутствующего.

В лечении ХОБЛ краеугольным камнем является назначение ингаляционных бронхолитических препаратов. Предпочтительность ингаляционного пути введения лекарственных средств объясняется возможностью непосредственной доставки препаратов к органу-мишени, более быстрым достижением лечебного эффекта, минимальным числом и выраженностью нежелательных системных явлений [7].

Среди самых значительных достижений ушедшего века особое место занимает открытие и внедрение в практику нового класса лекарственных средств – ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и антогонистов кальция (АК). Необходимость применения ИАПФ у больных АГ и ИБС убедительно доказана, а ограничение применения нитратов, бета-адреноблокаторов и антагонистов кальция заставляет искать новые подходы к лечению изменений сердечно-сосудистой системы у больных ХОБЛ [8].

ТАБЛИЦА 1. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С ИБС ПОД ВЛИЯНИЕМ 6-НЕДЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИЗИНОПРИЛОМ

Показатели	ХОБЛ и ИБС (n=30)	
	До лечения	После лечения
ЧСС	73,6±1,4	72,2±1,5
Суточное количество наджелудочковых экстрасистол	267,5±102,4	134,5±27,4
Суточное количество желудочковых экстрасистол	346,1±84,9	131,3±74,1
Суточное количество желудочковых экстрасистол высоких градаций	2,21±0,2	1,08±0,26
Количество эпизодов депрессии сегмента ST за сутки, минут	2,78±0,38	1,09±0,28
Общая продолжительность депрессии сегмента ST за сутки, минут	12,3±1,1	3,18±0,99

Цель исследования: изучение влияния фармакотерапии на биоэлектрическую активность сердца у больных ХОБЛ в сочетании с ИБС.

Материал и методы. В составе комплексной терапии 20 больным с ХОБЛ и 30 пациентам с ХОБЛ в сочетании с ИБС был назначен препарат «Лизиноприл» (АЛСИ Фарма, Россия). Кроме того, 20 пациентов с ХОБЛ и 35 больных с ХОБЛ в сочетании с ИБС получали препарат «Амлодипин» (Пранафарм, Россия).

Лизиноприл принимается перорально 1 раз в сутки. Доза определяется индивидуально, в зависимости от показаний, состояния функции почек и сопутствующей терапии. Обычно начальная доза составляет 2,5-5 мг, средняя поддерживающая доза 5-20 мг.

Амлодипин назначается перорально, начальная доза 2,5-5 мг 1 раз в сутки, обычная доза 5 мг в сутки, при необходимости дозу постепенно увеличили до максимальной – 10 мг 1 раз в сутки.

Всем больным была проведена верификация диагнозов ХОБЛ и ИБС. Диагноз заболевания основывался на изучении анамнеза, проводилось медицинское обследование, включавшее клинический осмотр, электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию (ЭХО-КГ), исследование функции внешнего дыхания (ФВД). На данном этапе были выявлены сопутствующие заболевания, которые могли бы повлиять на гемодинамику малого круга кровообращения и наличие противопоказаний, обусловленных задачами данной программы.

Результаты и их обсуждение. Данные влияния лизиноприла на биоэлектрическую активность сердца у больных ХОБЛ в сочетании с ИБС представлены в таблице 1.

В нашем исследовании не было отмечено достоверного различия в частоте выявления и суточном количестве наджелудочковых и желудочковых аритмий у больных ХОБЛ в сочетании с ИБС и ХОБЛ.

На фоне лечения у данных больных отмечалось снижение частоты регистрации желудочковых аритмий высоких градаций ($p<0,01$), достоверное уменьшение количества наджелудочковых и желудочковых экстрасистол за сутки ($p<0,01$), средних значений максимальных градаций желудочковых аритмий ($p<0,01$).

Средняя ЧСС в результате проведённого лечения имела тенденцию к понижению, но достоверно не изменялась. В результате проведённого лечения наблюдалось достоверное уменьшение количества эпизодов депрессии сегмента ST и общей продолжительности эпизодов депрессии сегмента ST за сутки. Количество эпизодов депрессии сегмента БТ за сутки уменьшилось с 2,78±0,38 до 1,09±0,28 ($p<0,01$), общая продолжительность депрессии – с 12,3±1,1 до 3,18±0,99 минут ($p<0,01$).

Таким образом, у больных ХОБЛ в сочетании с ИБС курсовое лечение лизиноприлом привело к существенному снижению количества наджелудочковых и желудочковых аритмий, прежде всего желудочковых экстрасистол высоких градаций, а также к снижению выраженности ишемии, что проявлялось в уменьшении частоты и длительности депрессии сегмента ST.

Показатели влияния амлодипина на биоэлектрическую активность сердца у больных ХОБЛ в сочетании с ИБС приведены в таблице 2.

На фоне лечения в данной группе отмечалось снижение частоты регистрации наджелудочковых экстрасистол ($p<0,05$), наджелудочковых тахикардий ($p<0,05$), желудочковых аритмий высоких градаций ($p<0,05$).

Достоверно уменьшилось количество наджелудочковых ($p<0,01$) и желудочковых экстрасистол за сутки ($p<0,01$), отмечалось снижение средних значений максимальных градаций желудочковых аритмий ($p<0,01$). Средняя ЧСС в результате проведённого лечения достоверно не изменялась.

ТАБЛИЦА 2. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С ИБС ПОД ВЛИЯНИЕМ 6-НЕДЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ АМЛОДИПИНОМ

Показатели	ХОБЛ+ИБС (n=35)	
	До лечения	После лечения
ЧСС	72,2±1,4	73,2±1,5
Суточное количество наджелудочковых экстрасистол	254,5±74,4	194,5±27,4
Суточное количество желудочковых экстрасистол	369,1±74,9	241,3±44,1
Суточное количество желудочковых экстрасистол высоких градаций	2,23±0,2	1,04±0,26
Количество эпизодов депрессии сегмента ST за сутки, минут	2,38±0,43	1,44+0,21
Общая продолжительность депрессии сегмента ST за сутки, минут	11,3±2,1	2,81±0,76

ТАБЛИЦА 3. ДИНАМИКА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ИССЛЕДУЕМЫХ ГРУППАХ

Показатель	ХОБЛ (n=20)		ХОБЛ+ИБС (n=35)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ЛП, см	3,83±0,04	3,80±0,05*	3,96±0,06	3,94±0,04
КДР ЛЖ, см	5,01±0,07	5,04±0,07	5,32±0,09	5,33±0,08
КДР ПЖ, см	2,59±0,06	2,45±0,04	2,64±0,06	2,45±0,03
ТПЖ, см	0,55±0,03	0,51±0,02	0,57±0,02	0,54±0,02
ММЛЖ, г	243,2±8,5	244,1±28,3	272,9±9,4	267,8±7,9
ИММ, г/м2	133,6±4,2	134,4±4,0	148,1±4,7	145,7±5,1
ФВ, %	61,0±41,1	60,9±1,0	58,1±1,7	58,0±41,8

Примечание: *ЛП – левое предсердие; КДР ЛЖ – конечно-диастолический размер левого желудочка; КДР ПЖ – конечно-диастолический размер правого желудочка; ТПЖ – толщина правого желудочка; ММЛЖ – масса миокарда левого желудочка; ИММ – индекс массы миокарда; ФВ – фракция выброса*

Количество эпизодов депрессии сегмента ST за сутки уменьшилось с 2,38±0,43 до 0,91±0,22 (p<0,01), общая продолжительность депрессии – с 11,54±2,44 до 2,81±0,74 минут (p<0,01).

Таким образом, у больных ХОБЛ в сочетании с ИБС курсовое лечение амлодипином приводило к снижению количества наджелудочковых и желудочковых аритмий, в том числе желудочковых экстрасистол высоких градаций, а также к уменьшению частоты и длительности эпизодов депрессии сегмента ST.

В результате 6-недельного лечения амлодипином у больных ХОБЛ в сочетании с ИБС отмечено: выраженное снижение давления в лёгочной артерии, уменьшение диаметра правого желудочка (ПЖ).

У данной категории больных курсовое лечение лизиноприлом и амлодипином способствовало уменьшению количества и тяжести аритмий. Необходимо отметить выраженный антиишемический эффект лизиноприла, который выражался в снижении частоты и длительности эпизодов депрессии сегмента ST по данным суточного мониторирования ЭКГ.

В результате 6-недельной терапии амлодипином существенной динамики основных показателей морфометрии и насосной функции сердца в обследованных группах больных не выявлено (табл.3). Исключение составлял конечно-диастолический размер правого желудочка (КДР ПЖ), который достоверно уменьшался у больных с ХОБЛ с 2,59±0,06 см до 2,45±0,04 см (p<0,05), в группе больных с ХОБЛ в сочетании с ИБС – с 2,64±0,06 см до 2,45±0,03 см (p<0,05), а также ТПЖ – с 0,55±0,03 см до 0,51 ±0,02 см и с 0,57±0,02 см до 0,54±0,02 см, соответственно, что косвенно свидетельствовало об уменьшении объёмной перегрузки ПЖ и снижении давления в его полости.

В результате терапии амлодипином у пациентов с ХОБЛ и сочетанием ХОБЛ и ИБС отмечено снижение среднего давления в лёгочной артерии (СрДЛА) и систолического давления в лёгочной артерии (СДЛА) по сравнению с исходными значениями. Наиболее значимое снижение уровней давления в лёгочной артерии наблюдалось в группах ХОБЛ и ХОБЛ в сочетании с ИБС. В группе ХОБЛ отмечено снижение СрДЛА на 18,9% (с 20,6±1,1 мм рт. ст. до 16,7±1,2

мм рт. ст.; p<0,001), в группе ХОБЛ в сочетании с ИБС – на 20,3% (с 22,7±0,6 мм рт. ст. до 18,1±1,0 мм рт. ст.; p<0,001). СДЛА в группе ХОБЛ снизилось на 19,1% (с 29,8±1,1 мм рт. ст. до 24,1±0,7 мм рт. ст.; p<0,001), в группе ХОБЛ в сочетании с ИБС – на 21,0% (с 31,4±0,9 мм рт. ст. до 24,8±0,8 мм рт. ст.; p<0,001).

В нашем исследовании проведена сравнительная характеристика действия лизиноприла и амлодипина на СрДЛА и СДЛА.

Проведён однофакторный дисперсионный анализ, который показал более выраженное влияние амлодипина на СрДЛА по сравнению с лизиноприлом у больных ХОБЛ (p=0,02) и у больных ХОБЛ в сочетании с ИБС (p=5,57; p=0,02), а также на СДЛА по сравнению с лизиноприлом у больных ХОБЛ (p=5,23) и у больных ХОБЛ в сочетании с ИБС (p=4,26; p=0,04). Таким образом, амлодипин оказывал более выраженное воздействие на давление в лёгочной артерии у больных ХОБЛ и ХОБЛ в сочетании с ИБС по сравнению с лизиноприлом.

Резюмируя вышеизложенное, необходимо отметить, что в результате курсовой терапии амлодипином существенной динамики основных показателей морфометрии и насосной функции ЛЖ в обследованных группах больных не выявлено, однако у больных ХОБЛ и ХОБЛ в сочетании с ИБС отмечено уменьшение КДР ПЖ. Под влиянием курсового лечения амлодипином во всех группах больных отмечено значимое снижение давления в лёгочной артерии. Необходимо отметить более выраженное и дозозависимое воздействие амлодипина на давление в лёгочной артерии у больных ХОБЛ и ХОБЛ в сочетании с ИБС по сравнению с лизиноприлом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Некрасов А.А. Опыт длительного применения метопролола у больных с сочетанием ИБС и ХОБЛ / А.А.Некрасов // Сб. материалов XIV Национального конгресса «Человек и лекарство». - М., 2007. - С.165-166.
2. Диагностика и лечение пациентов с артериальной гипертонией и хронической обструктивной болезнью лёгких / И.Е.Чазова, А.Г.Чучалин, К.А.Зыков, Л.Г.Ратова // Системные гипертензии. - 2013. № 10(1). - С.5-35.
3. Бабченко П.К. Оценка и пути коррекции нарушений функции внешнего дыхания у больных хронической сердечной недостаточностью: дис.... канд. мед. наук / П.К.Бабченко. - М., 2004. - 110 с.
4. Карпов Р.С. Сердце – лёгкие: патогенез, клиника, функциональная диагностика и лечение сочетанных форм ишемической болезни сердца и хронических обструктивных болезней лёгких / Р.С.Карпов, В.А.Дудко, С.М.Кляшев // - Томск. - 2004. - 500с.
5. Миронов М.Б. ХОБЛ и сочетанная кардиологическая патология / М.Б.Миронов, А.Ф.Шепеленко, Ю.А.Сидоров // - Лечащий врач. - 2006. - № 8. - С. 22-26.
6. Chronic obstructive pulmonary disease and the risk of cardiovascular diseases / C.Schneider, U.Bothner, S.S.Jick, C.R.Meier // - Eur. J. Epidemiol. - 2010 Apr,25(4):253-60.
7. Dart R.A. Treatment of systemic hypertension in patients with pulmonary disease: COPD and asthma / R.A.Dart, S.Gollub, J.Lazar [et al.] // - Chest. - 2003;123:222-243.
8. Шилов А.М. Особенности лечения ИБС в сочетании с ХОБЛ / А.М.Шилов, О.Ф.Тарасенко, А.О.Осия // - Лечащий врач. - 2009. - № 7. - С.44-48.

Summary

Influence of pharmacotherapy on bioelectric heart activity in patients with COPD concurrent with CHD

V.A. Abdullayev
Scientific Research Institute of Lung Diseases, Baku, Azerbaijan

The authors studied the effect of pharmacotherapy on the bioelectrical heart activity in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD; n = 40) in combination with coronary heart disease (CHD; n = 65).

In the complex treatment of 20 patients with COPD and 30 patients with COPD combined with coronary artery disease the drug «Lisinopril» was appointed. In addition, to 20 patients with COPD and 35 patients with COPD in conjunction with CHD was administered the «Amlodipine».

Comparative analysis revealed a more intense impact of Amlodipine on mean pulmonary artery pressure as compared with Lisinopril in COPD patients (p=0,02) and in patients with COPD and CAD (p=5,57; p=0,02). Also revealed analogic influence of Amlodipin on systolic blood pressure in the pulmonary artery in compared withLisinopril: in COPD patients (p=5,23) and in COPD patients in conjunction with CHD (p=4.26; p=0,04).

Due to basic therapy by amlodipine essential dynamics of the main indicators of morphometryand left ventricle pumping function in the examined groups have not been identified, however, in patients with COPD and COPD in conjunction with coronary artery disease decreasing in end-diastolic size of right ventricle is noted.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, coronary heart disease, pulmonary artery pressure

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Абдуллаев Васиф Абдулла – заведующий терапевтическим отделом НИИ лёгочных болезней; Азербайджан, г.Баку, ул. Э. Сулейманова, 2514-й квартал
E-mail: doktor.vasif@mail.ru

Приверженность мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной артериальной гипертонией к выполнению врачебных рекомендаций

Н.А. Алимова[1], Х.Ё. Шарипова[1], Х.С. Султонов[1], Г.М. Негматова[1], Р.Г.Сохибов[2]
[1] *Кафедра пропедевтики внутренних болезней;*
[2] *Кафедра внутренних болезней №2 ТГМУ им.Абуали ибни Сино*

У 117 мужчин 40-60 лет (в данном исследовании принят как средний возраст) с артериальной гипертонией (АГ) изучена приверженность к выполнению врачебных рекомендаций по немедикаментозной (модификации образа жизни – МОЖ) и медикаментозной терапии (МТ) на фоне традиционной (при отсутствии постоянного врачебного контроля и обучения больных методам МОЖ, самоконтроля) и контролируемой терапии. Определялись сроки прекращения или регулярности выполнения врачебных рекомендаций по МОЖ и МТ (при выписке из стационара, на 18, 36 и 54 неделе наблюдения).

Установлено, что мужчины среднего возраста с гипертонической болезнью более длительно выполняли рекомендации врача по МОЖ и приёму лекарственных препаратов на фоне контролируемой терапии АГ с многофакторной профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний; в этой группе постепенное снижение частоты выполнения врачебных рекомендаций на 54 неделе наблюдения было незначимым ($p>0,05$), при сравнении с таковой при выписке.

Ключевые слова: мужчины среднего возраста, артериальная гипертония

Актуальность. Артериальная гипертония (АГ) – патология определяющая структуру сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и смертности [1]. Средний возраст у мужчин – наиболее уязвимый период и оптимальный плацдарм для развития патологии сердечно-сосудистой системы [2,3]. В этом возрасте наиболее часто наблюдается мягкая и умеренная АГ, при которой нередко определяется низкий или средний риск и, в связи с отсутствием настороженности не проводится контролируемое лечение. Кроме того, одна из важных причин высокой сердечно-сосудистой заболеваемости мужчин среднего возраста – это отсутствие лечебно- профилактической помощи в полном объёме, в связи с концентрацией большей части внимания и ресурсов на помощи пожилым людям с высоким риском, т.к. возраст – немодифицируемый фактор риска [4,5].

Контроль артериального давления (АД) и достижение целевого его уровня является основной задачей как традиционной, так и контролируемой терапии больных гипертонической болезнью (ГБ) с многофакторной профилактикой ССЗ. Тем не менее, показатель артериального давления (АД) отражает качество антигипертензивного контроля, но не может характеризовать всего многообразия состояния здоровья и, в целом, результативность антигипертензивной терапии [6].

Степень соответствия поведения пациента рекомендациям врача, т.е. приверженность лечению, является определяющим фактором эффективности антигипертензивной терапии, и в конечном итоге повышения качества жизни пациента. Кроме того, данный показатель позволяет прогнозировать ожидаемую эффективность рекомендованной немедикаментозной и медикаментозной терапии [7], однако ряд других факторов, таких как недостаточная грамотность, когнитивные нарушения (забывчивость), самостоятельное прекращение лечения в связи с улучшением состояния, могут в динамике непреднамеренно изменить приверженность пациента к лечению. Кроме того, отношение пациента к лечению определяется комплексом его личностных свойств, которые, не всегда удаётся количественно характеризовать и модифицировать. Так или иначе, прекращение выполнения той или иной рекомендации врача может быть первым проявлением снижения приверженности пациента к лечению. Фиксирование сроков прекращения пациентами выполнения рекомендаций врача по модификации образа жизни и медикаментозной терапии АГ, по данным пролон-

гированного наблюдения, может способствовать своевременной коррекции и рационализации индивидуальных программ лечения больных.

Цель исследования. Изучить приверженность мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ к выполнению врачебных рекомендаций при проведении традиционной и контролируемой терапии.

Материал и методы. В течение 54 недель проводилось проспективное наблюдение 117 мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ, госпитализированных с гипертоническим кризом.

Критерии включения: средний возраст мужчин (40-59 лет), мягкая и умеренная стадия АГ, подтверждённой согласно клиническим рекомендациям ВНОК.

Критерии исключения из исследования: вторичные формы АГ, острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, тяжёлая почечная и печёночная недостаточность.

Больные были разделены на 2 сопоставимые группы: 1) первая группа (n=61) – больные, которым терапевтическое обучение не проводилось, но давались традиционные рекомендации по МОЖ и фармакотерапии; 2) вторая группа (n=56) – больные, которым при личных и телефонных контактах проведено контролируемое лечение АГ с дифференцированной многофакторной профилактикой ССЗ: терапевтическое обучение с формированием мотиваций по коррекции имеющихся факторов риска (отказ от курения; нормализация или снижение массы тела; увеличение физической нагрузки с регулярной аэробной физической нагрузкой по 30–40 минут не менее 4 раз в неделю; снижение потребления поваренной соли до 5 г/сутки; изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, увеличением в рационе калия, кальция, а также уменьшением потребления животных жиров; минимизация стрессовых ситуаций). В связи с тем, что среди госпитализированных и согласившихся на длительное наблюдение мужчин с АГ «чрезмерно» употребляющих алкоголь не было, этот фактор не был включён в разработку.

Компонентами базисной терапии, направленной как для снижения АД, так и многофакторной профилактики ССЗ, были: диуретики (Д), ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), β-адреноблокаторы (ББ), антагонисты кальция (АК), антагонисты альдостерона (АА), диуретики (Д), антитромбоцитарные препараты (АТП), статины (С); при необходимости назначались антагонисты рецепторов ангиотензина (АРА), агонисты имидазолиновых рецепторов, миокардиальные цитопротекторы, сердечные гликозиды и пролонгированные нитраты.

Оценку приверженности больного к лечению и установление сроков прекращения или регулярности выполнения врачебных рекомендаций проводили исходно, при выписке, через 18, 36 и 54 недели.

Изучалась частота выполнения рекомендаций по опроснику «Точность выполнения врачебных рекомендаций» (II часть опросника приверженности к лечению) [7], по индивидуальному опроснику, который включал 6 прямых вопросов по МОЖ (контроль АД, рациональное питание, отказ от курения, физическая активность, снижение веса, минимизация стрессовых ситуаций) и от 2 до 6 прямых вопросов по выполнению рекомендаций по приёму медикаментов: основных групп АГП (от 1 до 4 наименований, с учётом того, что пациентов, получающих более 4 гипотензивных препаратов, не было; при приёме комбинированных препаратов учитывался каждый препарат) и влияющих на ведущие факторы риска (1-2 наименований; статины и АТП). При оценке выполнения рекомендаций по минимизации стрессовых ситуаций использовали шкалу (7 вопросов) психологического стресса L.Reeder (модифицированная О.С. Копиной с соавт.,1989) и сравнивали полученные результаты с таковыми при выписке: если при выписке уровень стресса был низким, то при более низких или равных его значениях на данный период – считали приверженность больного к выполнению данной рекомендации сохранённой, а при повышении уровня стресса – утраченной (как отсутствие приверженности к минимизации стрессовых ситуаций); если при выписке уровень стресса был умеренным или высоким, то его снижение на данный отрезок наблюдения расценивалось как появление приверженности больного к выполнению рекомендаций по снижению стресса, а при более высоких или равных его значениях – как отсутствие приверженности.

Статистическая обработка материала проведена методом вариационной статистики. Сравнение относительных величин проводилось по критерию χ^2 и по U-критерию Манна-Уитни; различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. Контроль немедикаментозной терапии АГ. Данные о выполнении рекомендаций по модификации образа жизни при проведении традиционной терапии ГБ (1 группа) и контролируемой многофакторной профилактики и лечения ССЗ у больных ГБ (2 группа) оценивались сравнительно.

Полученные результаты (табл. 1) свидетельствуют, что исходные данные по МОЖ в 1 и 2 группах не имеют существенных различий. Установлено, что рекомендации по МОЖ к выписке (контроль за АД, тенденция к снижению ИМТ и минимизация стрессовых ситуаций) выполнялись всеми больными, в связи с чем, частота выполнения рекомендаций по немедикаментозной терапии при выписке существенно выше исходных данных ($p<0,05$).

ТАБЛИЦА 1. ВЫПОЛНЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ БОЛЬНЫМИ АГ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ (1 группа, n=61) И КОНТРОЛИРУЕМОЙ МНОГОФАКТОРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ССЗ (2 группа, n=56)

Осознание и выполнение рекомендаций по МОЖ (абс./%)						
Рекомендации	Группы	Исходно	При выписке	18 неделя	36 неделя	54 неделя
Контроль АД	1	24/39,3	61/100,0***	51/83,6***	43/70,5*	40/65,6**
	2	21/37,5	56/100,0***	55/98,2***	53/94,6*	51/91,1***
	P_1	>0,05	>0,05	<0,01	<0,001	<0,001
Рациональное питание	1	29/47,5	58/95,1***	42/68,9**	38/62,3--	35/57,4
	2	26/46,4	53/94,6***	52/92,9***	50/89,3*	47/83,9***
	P_1	>0,05	>0,05	<0,01	<0,001	<0,01
Уменьшение количества выкуриваемых сигарет или отказ от курения	1	7 /25,9	19 /70,4**	13/48,2	10/37,0	8/29,6
	2	7/25,9	18 /66,7*	17/63,0*	15/55,6***	13/48,2
	P_1	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Физическая активность	1	25/41,0	54/88,5***	47/77,1***	41/67,2**	35/57,4
	2	24/42,9	52/92,9***	53/94,6 ***	50/89,3***	48/85,7***
	P_1	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01	<0,001
Снижение веса	1	12/35,3	34/100,0***	27/79,4***	23/67,7**	19/55,8
	2	12/36,4	33/100,0***	31/93,9***	29/87,9***	26/78,8***
	P_1	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05
Минимизация стрессовых ситуаций	1	21/34,4	60/98,4***	47/77,1***	38/62,3**	30/49,2
	2	20/35,7	56/100,0***	56/100,0***	51/91,1***	49/87,5***
	P_1	>0,05	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001

Примечание: **- p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001 – статистическая значимость различий показателей по сравнению с исходными данными; p1 – различие показателей между 1 и 2 группами*

Рациональное питание, отказ от курения и адекватная физическая активность также выполнялись значительной долей больных, существенно превышающей исходные данные (<0,05). В этой связи, у мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ при выписке из стационара, как при традиционном ведении, так и при контролируемой терапии с многофакторной профилактикой ССЗ, частота выполнения рекомендаций по МОЖ в сравниваемых группах существенных различий не имела (>0,05).

По данным проспективного наблюдения после выписки из стационара частота выполнения рекомендаций по МОЖ в динамике (18, 36 и 54 неделя) в обеих группах имела различия, которые заключались в следующем:

1) На фоне традиционной терапии на протяжении наблюдения контроль за АД проводился значительно большей долей больных, чем исходно (<0,05), однако имело место постепенное уменьшение количества больных, выполняющих регулярно данную рекомендацию: 83,6 – 70,5 – 65,6 %, соответственно на 18, 36 и 54 неделе наблюдения. При контролируемой терапии уменьшение количества больных, выполняющих данную рекомендацию, было незначительным и составляло 98,2 – 94,6 – 91,1%, соответственно на 18, 36 и 54 неделе наблюдения. Этим обусловлено существенное различие частоты контроля за АД больными 1 и 2 групп, с преобладанием при контролируемой терапии, начиная с 18 недели наблюдения (<0,05).

2) Регулярное выполнение рекомендаций по рациональному питанию, физической активности и предупреждению стрессовых ситуаций большинством больных на фоне традиционной терапии продолжалось примерно до середины наблюдения, значимо превышая исходные данные (<0,05), однако в последующем наблюдалось их снижение и с 36 недели различия с исходными данными не были существенными. При контролируемой терапии уменьшение больных, выполняющих данные рекомендации, было незначительным и до 54 недели наблюдения сохранялись значимые различия с исходными данными (<0,05). В этой связи отмечалось существенное различие частоты выполнения рекомендаций по рациональному питанию и физической активности

ТАБЛИЦА 2. ВЫПОЛНЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМИ АГ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ (1 группа) И КОНТРОЛИРУЕМОЙ МНОГОФАКТОРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ССЗ (2 группа)

Выполнение рекомендаций по медикаментозной терапии (абс/%)						
Терапия	Группы	Исходно	При выписке	18 неделя	36 неделя	54 неделя
ИАПФ	1	33/54,1	52/85,3***	49/80,3**	44/72,1*	40/65,6
	2	29/51,8	49/87,5***	49/87,5***	49/87,5*	49/87,5***
	P_1	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,01
АК	1	31/50,8	48/78,7**	44/72,1*	38/62,3	30/49,2
	2	30/53,6	43/76,8*	43/76,8*	41/73,2*	41/73,2*
	P_1	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01
ББ	1	19/31,2	39/63,9*	31/50,8*	29/47,5	26/42,6
	2	16/28,6	38/67,9*	38/67,9*	35/62,5*	35/62,5*
	P_1	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
АА	1	20/32,8	37/60,7**	35/57,4**	30/49,2	26/42,6
	2	19/33,9	35/62,5**	35/62,5**	34/60,7**	34/60,7**
	P_1	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
Д	1	10/16,4	23/37,7**	21/34,4*	14/22,9	13/21,3
	2	11/19,6	22/39,3*	22/39,3*	22/39,3*	21/37,5*
	P_1	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05
С	1	8/13,1	30/49,2***	21/34,4**	17/27,9*	12/19,7
	2	8/14,3	30/53,6***	30/53,6***	26/46,4***	23/41,1**
	P_1	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05
АТП	1	15/24,6	27/44,3*	21/34,4	16/26,2	15/24,6
	2	15/26,8	25/44,6*	25/44,6*	25/44,6*	24/42,9
	P_1	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05

Примечание: **- p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с исходными данными; p1- – различие показателей между 1 и 2 группами (по U-критерию Манна-Уитни)*

больными 1 и 2 групп, с преобладанием при контролируемой терапии, начиная с 18 недели наблюдения (<0,05).

3) Частота отказов от курения при выписке из стационара была выше исходной (<0,05), как в первой, так и во второй группе. В последующем, постепенное уменьшение доли больных, выполняющих эту рекомендацию, в обеих группах привело к тому, что при традиционной терапии, начиная с 18 недели, а при контролируемой терапии – к концу наблюдения (54 неделя). На всём протяжении наблюдения различия между группами также отсутствовали.

4) Значимость различия частоты выполнения рекомендаций по снижению веса больными с повышенным индексом массы тела и значений исходных показателей у мужчин 1 группы сохранялась до 36 недели, а во 2 группе – до конца наблюдения. В связи с этим, значимое преобладание доли больных, снижающих вес при контролируемой терапии, при сравнении с традиционным подходом, отмечалось с 36 недели.

Таким образом, отмечается низкая приверженность мужчин среднего возраста с АГ к выполнению рекомендаций по отказу от курения сигарет, как при традиционной, так и при контролируемой терапии. Что касается рекомендаций по снижению веса, то темпы снижения частоты их выполнения выше при традиционной терапии.

Контроль медикаментозной терапии АГ. Проанализирована частота регулярного выполнения больными рекомендаций по медикаментозной терапии (по группам лекарственных препаратов) в динамике: при поступлении в стационар (исходно) и выписке, на 18, 36 и 54 неделе (табл. 2).

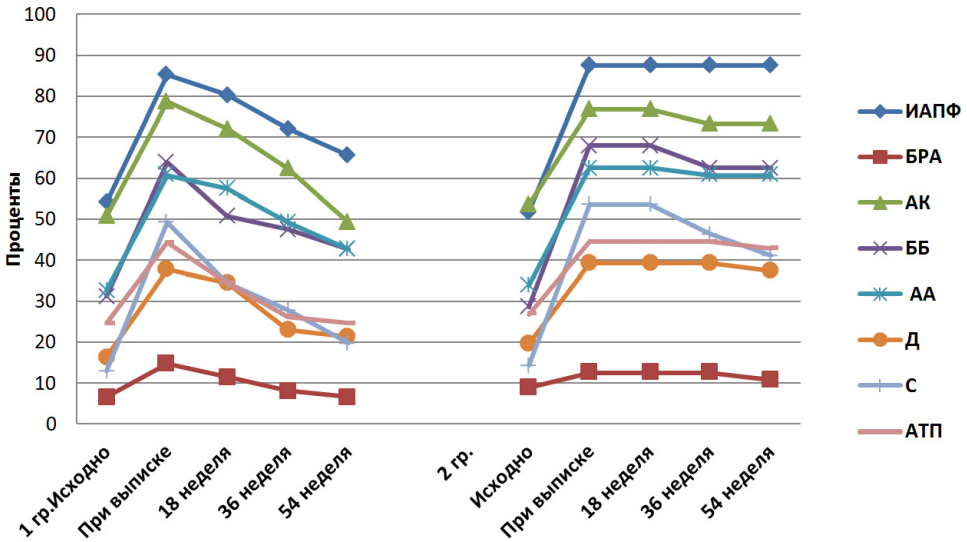

РИС. 1. ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ (1 ГРУППА – ПРИ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ, 2 ГРУППА – ПРИ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ТЕРАПИИ)

Следует отметить, что при выписке из стационара частота регулярного выполнения рекомендаций по медикаментозной терапии значимо повысилась при сравнении с исходной как в первой (например, ИАПФ – 54,1% и 85,3%; ББ – 31,2% и 63,9%), так и во второй группе (например, ИАПФ – 51,8% и 87,5%; ББ – 28,6% и 67,9%, соответственно, при поступлении в стационар и при выписке).

Установлено, что при выписке больные значительно чаще выполняли рекомендации по медикаментозной терапии ($p<0,05$), чем при поступлении (исходно). Это касается не только ИАПФ, БРА, АК, ББ, АА, мочегонных, но и статинов и антитромботических препаратов. Как в первой, так и во второй группе наблюдалось постепенное снижение частоты выполнения больными рекомендаций по приёму медикаментозных препаратов, однако темпы такого снижения были выше при традиционной терапии. В этой связи, значи-мость различия частоты выполнения больными рекомендаций по приёму медикаментозных препаратов на протяжении наблюдения при сравнении с исходной – исчезала.

Динамику частоты выполнения рекомендаций по медикаментозной терапии более наглядно демонстрирует рисунок 1.

В динамике, до 54 недели наблюдения выявлены особенности отношения больных к выполнению рекомендаций:

1) При традиционной терапии больные с ГБ наиболее длительно выполняли рекомендации по приёму ИАПФ, и значимость различия частоты выполнения рекомендаций с исходной исчезала только на 54 неделе. Что касается других препаратов, то снижение частоты выполнения рекомендаций по их приёму отмечалось ещё раньше: АК, ББ, АА, мочегонных, статинов – к 36 неделе, а к АТП – к 18 неделе. Такая динамика объясняется пациентами чаще всего забывчивостью в связи с чрезмерной занятостью (АК, ББ), дискомфортом при приёме во время работы из-за учащения диуреза (АА, Д), иногда – возникающим дискомфортом в эпигастрии (АТП), нередко – экономической недоступностью (С).

2) На фоне контролируемой терапии ГБ частота выполнения рекомендаций по приёму ИАПФ, АК, ББ, АА и статинов на протяжении наблюдения снизилась незначительно и различия с исходной частотой оставались значимыми. Это объясняется больными постоянным контактом (встречи, по телефону, сообщения) с лечащим врачом и своевременными советами и коррекцией лечения. Приверженность к приёму мочегонных снижалась к 36 неделе, антитромбоцитарных – к 54 неделе. БРА назначались редко и различие частоты их приёма на протяжении болезни отсутствовало.

Таким образом, мужчины среднего возраста с ГБ более длительно выполняли рекомендации врача по МОЖ и приёму лекарственных препаратов на фоне контролируемой терапии АГ с многофакторной профилактикой ССЗ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рабочая группа по лечению артериальной гипертонии Европейского общества гипертонии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC). Рекомендации ESH/ESC 2013 г. по лечению артериальной гипертонии// Journal of Hypertension. – 2013; 31(7):1281-1357.
2. Кравченко А.Я. Исследование влияния возрастного приобретенного андрогено-дефицита на течение и особенности терапии сердечно-сосудистых заболеваний: дис…. д-ра мед. наук / А.Я. Кравченко // Воронеж. – 2010. – 225с.
3. Скороходов А.П. Анализ влияния факторов риска развития повторных ишемических инсультов у лиц молодого и среднего возраста на тяжесть клинического течения / А.П. Скороходов, Т.И. Дутова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2013. - № 1. – С. 120-125.
4. Guidelines on the management of stable angina pectoris – executive summary. The Task Force on the Management of stable angina pectoris of the European Society of Cardiology / K. Fox [et al.] // Eur. Heart. J. – 2006; 27:1341-1381.
5. Трубачева И.А. Социальный градиент и 19-летняя смертность у мужчин 25-64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири / И.А.Трубачева, О.А Перминова, В.В. Гафаров // Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в первичном звене здравоохранения: тез. докл. Рос. конф. – Новосибирск. – 2008. – С. 192-193.
6. Блокаторы β1-рецепторов в комбинированной терапии больных гипертонической болезнью / Н.А. Николаев [и др.] // Успехи современного естествознания. – 2007. – № 1. – С. 78-79.
7. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: количественная оценка результата антигипертензивной терапии / Н.А. Николаев // М., Академия естествознания. – 2008.

Summary

Commitment of middle-aged men with mild to moderate arterial hypertension to implementation of medical recommendations

N.A. Alimova, Kh.Yo. Sharipova, H.S. Sultonov, G.M. Negmatova, R.G. Sohibov
Chair of Propaedeutics of Internal Diseases; Chair of Internal Diseases №2 Avicenna TSMU

In 117 men 40-60 years of age (in this study acceptedas average age) with arterial hypertension (AH) was studied the commitment to implementthe non-pharmacological medical recommendations (lifestyle modifications - LSM) and medical therapy (MT) against the traditional (in the absence of a permanent medical monitoring and patient education methods LSM, self-control), and controlled therapy. The terms of completion or regularity of carrying out medical recommendations for LSM and MT (at hospital discharge, 18, 36 and 54 weeks of observation) were identified. It was found that middle-aged men with hypertension over a long time followed todoctor's recommendations for LSM and receiving medications on a background therapy of controlled hypertension with multifactor prevention of cardiovascular disease. In this group the gradual reduction in performing of medical recommendations at 54 weeks of observation was not significant (p>0,05), when compared to that of discharge.

Key words: middle-aged men, hypertension

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Шарипова Хурсанд Ёдгоровна – профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, ул.Дилшоди Барно, д.19
E-mail: sharipovakh@mail.ru

Оценка эффективности применения метотрексата у больных с ревматоидным артритом в свете имплементации стратегии «Treat to Target» в реальной клинической практике

Х.Р. Махмудов, Ё.У. Саидов, Р.Н. Зубайдов
Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье проанализированы, оценены и представлены результаты эффективности и безопасности применения перорального и парентерального метотрексата у 57 больных с активным ревматоидным артритом (РА). Установлено, что в отличие от перорального приёма метотрексата, парентеральное его применение в адекватной дозе (15-20 мг/нед.) в сочетании с низкими дозами глюкокортикоидов (<10 мг/сут.) у пациентов с РА ассоциируется с более выраженным и стабильным клиническим улучшением и большой частотой развития низкой активности и клинической ремиссии (12,3% и 42,4%; 16,0% и 38,1%, соответственно).

Таким образом, применение парентерального метотрексата с быстрой эскалацией дозы препарата в условиях тщательного мониторинга эффективности терапии и активности РА и улучшением комплаентности больных является важнейшим мероприятием в практической реализации стратегии «Лечение до достижения цели» - «Treat to Target» (T2T).

Ключевые слова: ревматоидный артрит, метотрексат, стратегия «Лечение до достижения цели»

Актуальность. За последние два десятилетия усилиями ревматологического сообщества был достигнут существенный прогресс в изучении вопросов диагностики, патогенеза и, что особенно важно, терапии РА [1,2]. Это позволило исследователям представить РА как одну из наиболее ярких форм хронических воспалительных заболеваниях человека и обосновать общемедицинское значение болезни [3,4].

В последние годы важнейшими инновационными компонентами прогресса в фармакотерапии РА стало широкое внедрение терапии генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) и совершенствование стратегии лечения [5-7].

Эксперты EULAR в 2010 г. представили основные принципы и рекомендации по ведению больных с РА как международную концепцию T2T [8]. Концепция T2T, которая, с одной стороны, аккумулирует и всесторонне отражает научные достижения и богатый клинический опыт, накопленные за последние годы, а с другой стороны – широко инкорпорирована в национальные рекомендации по лечению РА, в настоящие время получила всемирное признание [4,9-11]. Несмотря на это, в реализации концепции T2T в реальной клинической практике существует ряд нерешённых и дискутабельных вопросов, которые требуют дальнейшего исследования [12-14].

В фармакотерапии РА метотрексат (МТ) – производное фолиевой кислоты и аминоптерина – имеет статус «золотого стандарта» и «якорного» препарата при проведении комбинированной терапии базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) [1,15,16]. Полученные в последние годы новые данные ещё больше укрепили статус МТ в лечении РА и, что особенно важно, показали, что МТ с позиции доказательной медицины – это единственный синтетический БПВП, который может быть использован с целью вторичной профилактики развития РА у пациентов с недифференцированным артритом и индукции ремиссии при раннем РА [1,17,18].

Согласно современным исследователям, выбор МТ в качестве первого БПВП или компонента комбинированной терапии при недостаточной эффективности монотерапии препарата является ключевым положением концепции T2T [1,4]. Однако, несмотря

ТАБЛИЦА 1. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С РА

Параметры	I группа (n=26)	II группа (n=31)
Пол, м/ж, n	4/22	5/26
Возраст, годы	47,4±3,6	49,2±3,8
Длительность РА, годы	7,8±1,2	8,2±1,8
Серопозитивность по РФ, n (%)	21 (73)	27 (73)
DAS28	6,2 (4,6-5,8)	6,4 (5,3-7,4)
Системные проявления, n (%)	11 (42,3)	13 (41,9)
Активность I/II/III	5/10/11	4/14/13
Рентгенологическая стадия I/II/III/IV	7/9/7/3	9/8/12/2
ВАШ, мм	75	78
СОЭ, мм/ч	38,4	40,1
СРБ, мг/л	24,2	22,5
Фибриноген, г/л	5,5±0,3	5,8±0,5
Серомукоид, ед.	0,44±0,03	0,42±0,06

Примечание: *DAS28 (disease activity score 28) - индекс активности заболевания*

на полувековой опыт применения МТ в терапии РА, оптимизация тактики с помощью применения МТ по-прежнему остаётся предметом активного изучения [1,19].

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности применения метотрексата в терапии ревматоидного артрита в зависимости от лекарственных форм препарата в условиях тщательного контроля и улучшения комплаентности больных.

Материал и методы. Обследовано 57 больных (48 женщин и 9 мужчин) с достоверным диагнозом по критериям Американской коллегии ревматологов (ACR, 1987 г.) и EULAR/ACR (2010г.), в возрасте от 18 до 66 лет (средний возраст 48,3±2,5) с длительностью заболевания от 6 мес. до 17 лет. У 16 (28%) была ранняя стадия РА, у 28 (49,1%) – развёрнутая и у 13 (22,9%) – поздняя стадия.

С целью изучения и оценки влияния МТ («Ebewe Pharma», Австрия) на ведущие клинико-лабораторные параметры, отражающие активность РА: визуальная аналоговая шкала (ВАШ), число воспалённых суставов (ЧВС), число болезненных суставов (ЧБС), С-реактивный белок (СРБ), СОЭ, серомукоид всем пациентам проводилось обследование при поступлении, через 3 и 6 мес. после лечения.

Критериями включения пациентов в исследование являлись: диагноз РА по критериям ACR, отсутствие приёма метотрексата.

Критериями исключения из исследования явились: вирусные гепатиты В, С и ВИЧ-инфекция; онкологические заболевания в течение последних лет; патологии органов дыхания и застойная сердечная недостаточность (III-IV функциональный класс по NYHA); В зависимости от тактики проводимой терапии, все пациенты были рандомизировано распределены на 2 группы. Обе группы были сопоставимы по основным характеристикам РА без достоверных различий по возрасту, полу и лабораторным показателям активности заболевания (табл. 1).

Пациенты I группы (n=26) после выписки из стационара наблюдались у ревматологов поликлиники по месту жительства. Пациентам II группы (n=31), помимо обучения в школе «Ревматоидный артрит»[16], мониторинг и тщательный контроль за эффективностью терапии проводились ежемесячно в условиях стационара.

Всем пациентам I группы МТ был назначен перорально в первоначальной дозе 7,5 мг/нед. (по 2,5 мг с интервалом в 12 ч.) с быстрой эскалацией дозы препарата до 15-20 мг/нед. (в течение 1-3 мес.) для достижения максимально возможного терапевтического эффекта. В итоге 2,3,6,7,8 пациентов получили 10; 12,5; 15; 20; 25 мг/нед. МТ в течение не менее 6 мес.

Пациентам II группы был назначен МТ парентерально – Методжект (МТЖ, «Medac GmbH» - Германия) 15-25 мг/нед. подкожно, в связи с недостаточной эффективностью и плохой переносимостью перорального приёма препарата. Среди пациентов II

ТАБЛИЦА 2. ДИНАМИКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ I ГРУППЫ (n=26)

Показатель	Исходно	Через 3 месяца	Через 6 месяцев
ВАШ (0–100 мм)	65,2±5,8	60,5±3,6	23,4±1,4**
УС, мин.	115,4 ± 8,6	90,4±7,6*	30,4±2,5***
Индекс Ричи, баллы	12,6±1,6	10,5±0,6	7,9±0,4*
ЧБС	12,4±1,3	10,2±1,4	4,2±0,2**
ЧВС	10,2±1,4	8,4±0,4	3,4±0,8***
СОЭ, мм/час	34,2±1,8	30,1±2,6	24,2±1,6**
СРБ, мг/л	18,5±1,6	12,6±1,4**	4,6±0,02***
Серомукоид, ед.	0,35±0,03	0,32±0,04	0,21±0,04**

Примечание: **-p<0,05; **-p<0,01; ***-p<0,001 - различия по сравнению с исходными данными*

ТАБЛИЦА 3. ДИНАМИКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ II ГРУППЫ (n=31)

Показатель	Исходно	Через 3 месяца	Через 6 месяцев
ВАШ (0-100 мм)	83,1±5,8	44,06±3,6**	14,6 ±1,4***
УС, мин.	163,3±8,6	92,9±7,6***	26,4±2,5***
Индекс Ричи, баллы	18,9±1,2	10,3±0,8**	6,0±0,4***
ЧБС	16,3±1,1	8,2±0,4**	3,8±0,2***
ЧВС	12,2±1,2	6,8±0,4**	3,2±0,8***
СОЭ, мм/час	44,6±3,2	30,9±2,6*	17,8±1,6***
СРБ, мг/л	24,6±1,6	15,2±1,4**	4,6±0,02***
Серомукоид, ед.	0,44±0,03	0,28±0,04*	0,18±0,04***

Примечание: **- p<0,05; **-p<0,01; ***-p<0,001 - различия по сравнению с исходными данными*

группы 15,20,25 мг/нед. МТЖ получили соответственно 7,14,10 пациентов. В дни, свободные от приёма МТ, пациенты принимали фолиевую кислоту в дозе 5 мг/нед.

В процессе исследования пациенты I и II групп, наряду с МТ и МТЖ, принимали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) (нимесулид, аэртал) и низкие дозы глюкокортикоидов (ГК) (<10 мг/сут). При этом суточная доза НПВП и ГК оставалась неизменной в первые три месяца терапии. В дальнейшем у всех пациентов, в зависимости от «ответа» на терапию, производилась соответствующая коррекция суточной дозы НПВП и ГК, вплоть до их отмены.

Степень активности РА определяли с помощью индекса DAS28 (disease activity score). Эффективность лечения оценивали по критериям EULAR (DAS28) и ACR [8].

При обработке результатов использовалась программа Statistica 6.0. Для оценки различий между значениями использовали t-критерии Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при p<0,05.

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты показали, что положительные сдвиги клинико-лабораторных показателей активности РА в первые 3 и 6 мес. терапии наиболее ярко были представлены у пациентов II группы (табл. 2,3).

В конце исследования все клинические проявления суставного синдрома и лабораторные показатели активности воспалительного процесса у подавляющего большинства больных I и II групп (54,7%) претерпели положительную динамику и большинство из них достоверно отличалось от исходных данных. Однако полученные результаты показали, что положительные сдвиги клинико-лабораторных показателей активности РА наиболее ярко были представлены у пациентов II группы (табл.2,3).

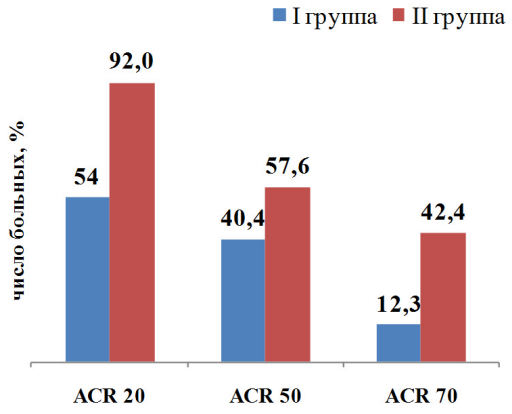

РИС. 1. ДОСТИЖЕНИЕ ОТВЕТА ПО КРИТЕРИЯМ ACR 20/50/70 У БОЛЬНЫХ РА I И II ГРУПП ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ

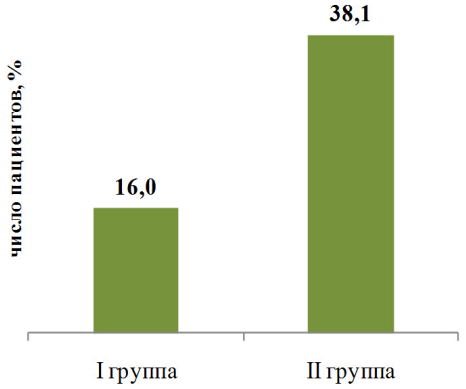

РИС. 2. ЧИСЛО СЛУЧАЕВ РЕМИССИИ (%) У БОЛЬНЫХ РА I И II ГРУППЫ ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ

При анализе числа ответивших на ACR 20/50/70 пациентов установлено, что лечебный эффект в результате применения МТЖ возникает быстрее, и через 6 мес. терапии значительное количество больных (по сравнению с пациентами I группы) достигает показателей ACR 20/50/70 (рис.1). Через 6 мес. терапии состояние клинической ремиссии было верифицировано соответственно у 16% и 38,1% больных с РА I и II группы (рис.2). Среди пациентов, у которых наблюдалось достижение конечной цели терапии – клинической ремиссии, подавляющее большинство составляли пациенты с ранним РА.

В итоге, спустя 6 месяцев от начала лечения, пересмотр терапевтической стратегии РА из-за неэффективности монотерапии МТ и МТЖ потребовался, соответственно, у 18 (31,5%) и 8 (14,0%) пациентов I и II групп. Это были пациенты с длительным ревматическим анамнезом, имеющие системные проявления РА и другие факторы неблагоприятного прогноза, что соответствует данным других исследователей [1,3,4,17].

В этом аспекте пациенты с ранним РА имеют более высокие шансы достигнуть ремиссии, чем больные, страдающие поздними стадиями болезни, о чём ранее сообщали другие исследователи [1].

Результаты настоящего исследования и данные литературы [1,4,19] показывают, что применение МТЖ в адекватной дозе в сочетании с низкими дозами ГК [20] у пациентов с ранним активным РА по сравнению с больными, страдающими поздними стадиями заболевания, ассоциируется с более выраженным и стабильным клиническим улучшением и большой частотой развития низкой активности и клинической ремиссии. Более того, МТЖ, в отличие от перорального приёма МТ, демонстрирует наиболее благоприятное соотношение (эффективность/токсичность) и позволяет на самых ранних этапах лечения добиться заметного уменьшения воспалительных изменений суставов и интенсивности болевого синдрома, что соответствует данным современных исследователей [19]. Столь быстрый ощутимый эффект от применения МТЖ, с одной стороны, показывает наличие собственно противовоспалительного действия препарата, а с другой – оказывает благоприятное психологическое воздействие на больного и позволяет не только ограничить приём НПВП и ГК, но и заметно уменьшить потребности в ГИБП [4].

Таким образом, раннее применение МТЖ с быстрой эскалацией дозы препарата до 20-25 мг/нед. в условиях тщательного мониторинга эффективности терапии и активности РА в сочетании с низкими дозами ГК и улучшением комплаентности больных является важнейшим мероприятием в практической реализации концепции T2T.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов Е.Л. Лечение ревматоидного артрита 2012: место метотрексата / Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. – 2012. – №51 (приложение). – С.1-24.
2. Proposal for a new nomenclature of disease-modifying antirheumatic drugs/ J.S. Smolen [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2014. – № 73(1). – P. 3-5.
3. Насонов Е.Л. Генно-инженерные биологические препараты в лечении ревматоидного артрита / Е.Л. Насонов. – М.: ИМА-ПРЕСС. – 2013. – 549 с.
4. Первое российское стратегическое исследование фармакотерапии ревматоидного артрита (РЕМАРКА) / Д.Е. Каратеев [и др.] // Науч.-практ. ревматология. – 2013. – № 51(2). – С.117-125.
5. Авдеева А.С. Европейский конгресс ревматологов (Мадрид, 12–15 июня 2013 г.) – проблемы ревматоидного артрита / А.С. Авдеева, Л.Н. Денисов, Е.Л. Насонов // Науч.-практ. ревматология. – 2013. – № 51(5). – С.590-597.
6. 2012 update of the 2008 American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis / J.A. Singh [et al.] // Arthritis Care&Research. – 2012. – № 64. – P. 625-639.
7. Treating rheumatoid arthritis to target: the patient version of the international recommendations / De Wit MPT [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2011. – № 70. – P.891-895.
8. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of a an international task force / J.S. Smolen [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2010. - № 69. – P. 631-637
9. For the T2T Expert Committee. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force / J.S. Smolen [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2010. –№69(4). – P.631-637.
10. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs / J.S. Smolen [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2010. –№ 69(6). – P.964-975.
11. Насонов Е.Л. Современные рекомендации по лечению ревматоидного артрита / Е.Л. Насонов, Д.Е. Каратеев. – М.: «ИМА-ПРЕСС». – 2013. – 549с.
12. Meta-analysis of tight control strategies in rheumatoid arthritis: protocolized treatment has additional value with respect to the clinical outcome / L.G. Schipper [et al.] Rheumatology. –2010. – №49(11). – P. 2154-2164.
13. Никитина Н.М. Амбулаторное ведение больных ревматоидным артритом в свете новой концепции терапии «Treat to Target» / Н.М. Никитина, А.П. Афанасьев, А.П. Ребров // Поликлиника. – 2013. – № 4. – С.68-72.
14. Орлова Е.В. Комплексная реабилитация больных ранним ревматоидным артритом: результаты 6-месячной программы / Е.В. Орлова, Д.Е. Каратеев, АВ. Кочетков // Науч.-практ. ревматология. – 2013. – № 51(4). С. – 398-406.
15. Практические результаты применения стратегии Т2Т в России – предварительные результаты исследования РЕМАРКА / Д.Е. Каратеев [и др.] // VI Съезд ревматологов России: Сб. тезисов / М. – 2013. – С.70.
16. Efficacy of conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs, glucocorticoids and tofacitinib – a systematic literature review informing the 2013 update of the EULAR recommendations for management of rheumatoid arthritis / C. Gaujoux-Viala [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2014. – № 73(3). – P.510-515.
17. Насонов Е.Л. Рекомендации EULAR по лечению ревматоидного артрита – 2013: общая характеристика и дискуссионные вопросы / Е.Л. Насонов, Д.Е. Каратеев, Н.В. Чичасова// Науч.-практ. ревматология. – 2013. № 51(6). – С. 609-622.
18. Salliot C. Long-term safety of methotrexate monotherapy in patients with rheumatoid arthritis: a systemic literature research / C. Salliot, D. van der Heijde // Ann Rheum Dis. – 2009. – № 68. – P.1100-1104.
19. Открытое контролируемое рандомизированное 24-недельное сравнительное исследование инъекционной и таблетированной лекарственных форм метотрексата при ревматоидном артрите / Ю.В. Муравьев [и др.] // Науч.-практ. ревматология. – 2011. – № 5. – С.58-61.
20. Сочетанная пульс-терапия метотрексатом и дексаметазоном у больных ранним ревматоидным артритом с неблагоприятными прогностическими факторами: открытое рандомизированное исследование / А.Л. Маслянский [и др.] // Науч.-практ. ревматология. – 2013. – № 2(51). – С.126-131.

Summary

Evaluation of methotrexate use for patients with rheumatoid arthritis during implementation of «Treat to Target» strategy in real clinical practice

H.R. Makhmudov, Yo.U. Saidov, R.N. Zubaidov
Chair of Propaedeutics of Internal Diseases Avicenna TSMU

In the articleare analyzed, evaluated and presented the results of efficacy and safety of oral and parenteral methotrexate use in 57 patients with active rheumatoid arthritis (RA). Unlike to oral intake of methotrexate, parenteral its application in an adequate dose (15-20 mg / week) in combination with low doses of glucocorticoids (<10 mg / day) in patients with RA is associated with a more marked and stable clinical improvement and greater frequency of low activity and clinical remission (12,3% and 42,4%, 16,0% and 38,1%, respectively).

Thus, the use of parenteral methotrexate with rapid escalation of dose under careful monitoring of the therapy effectiveness and activity of RA and the improvement of patients' compliance is the most important event in the practical implementation of the strategy «Treat to Target» (T2T).

Key words: rheumatoid arthritis, methotrexate, the strategy of «Treat to Target»

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Саидов Ёр Умарович – ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, ул.Санои, 33
E-mail: erumarovich@mail.ru

Эффективность применения внутривенного лазерного облучения крови в комплексном лечении больных с ХОБЛ в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

М.К. Назарова
Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе представлены результаты обследования 83 больных с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). У больных первой группы после лечения отмечалось улучшение симптоматики: связь приёма пищи с загрудинной болью – на 7,6% (p<0,001), изжога – на 9,6% (p<0,001), кашель – на 11,5% (p<0,001), одышка – на 7,6% (p<0,001), приступы удушья – на 7,6% (p<0,001).

У больных второй группы после лечения отмечалось улучшение симптоматики: изжога – на 29,0% (p<0,001), связь приёма пищи с загрудинной болью – на 19,3% (p<0,001), приступы удушья – на 25,8% (p<0,001), кашель – на 25,8% (p<0,001), одышка – на 22,5% (p<0,001).

Положительная динамика лечения отмечена в группе больных, принимавших омепразол с допрокином, причём отмечалось уменьшение кашля – на 100%, одышки – на 7,1%, изжоги – на 3,5%. Комплексное лечение, включающее внутривенное облучение крови, повышает эффективность проводимой терапии на 12%.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хроническая обструктивная болезнь лёгких, внутривенное лазерное облучение крови

Актуальность. Внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) – это метод светотерапии, основанный на воздействии энергии кванта на кровь. В целом, лазерное облучение крови вызывает выраженный положительный терапевтический эффект на клиническое течение заболевания. Имеются данные о стимулирующем влиянии лазерного излучения на клеточное и гуморальное звено иммунитета, противовоспалительном действии, влиянии на процессы перекисного окисления липидов, антигипоксическом и детоксикационном эффектах при хронических обструктивных заболеваниях лёгких [1].

В течение последних лет произошли важные концептуальные изменения в понимании патологических механизмов развития хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) [2]. Исследования, проведённые в 12 странах мира, показали, что распространённость среднетяжёлой и тяжёлой ХОБЛ у лиц в возрасте 30 лет составляет 6,3% [3]. Факторами риска являются: курение, табачный дым, воздействие профессиональной пыли и химикаты (пары, ирританты и дым), загрязнение воздуха внутри помещений, особенно обусловленное сжиганием биологических видов топлива в закрытом помещении [4]. Инфекции (вирусные, бактериальные) могут вносить свой вклад в патогенез и прогрессирование ХОБЛ [5]. Одним из основных клинических проявлений ХОБЛ является хронический кашель [6].

В клинической картине ГЭРБ первостепенное значение отводится пищеводным её проявлениям. Это изжога, жжение за грудиной, отрыжка, дисфагия, икота, срыгивание [7]. Вместе с тем, следствием ГЭРБ могут быть отоларингеальные и бронхолёгочные симптомы. К ним относится хронический кашель, приступы удушья, аспирационная пневмония, эпизоды удушья [8]. Установлено также, что микроаспирация, в результате ГЭРБ, может стать причиной развития хронического бронхита, повторных пневмоний, лёгочного фиброза, эпизодов удушья, апноэ [9].

Взаимосвязь между ГЭРБ и ХОБЛ кажется логичной, так как имеются анатомические изменения, которые могли бы быть причинной развития рефлюкса [10].

Для того чтобы оценить динамику лечения ХОБЛ, сочетающейся с ГЭРБ, нами применялась методика

внутривенного лазерного облучения крови и проводилась сравнительная характеристика эффективности лечения.

Цель работы: оценить эффективность применения внутривенного лазерного облучения крови в комплексном лечении больных с хронической обструктивной болезнью лёгких в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материал и методы. В пульмонологическом отделении Национального медицинского центра Республики Таджикистан нами обследовано 83 больных с ХОБЛ в сочетании с ГЭРБ. Больные были разделены на две группы. В первую группу было включено 52 больных с диагнозом ХОБЛ в сочетании с ГЭРБ, получавших ВЛОК. Вторую группу составляли 31 пациент с ХОБЛ в сочетании с ГЭРБ, не получавших ВЛОК. Обе группы соответствовали по полу и возрасту.

Критериями включения являлись клинические и рентгенологические признаки хронической обструктивной болезни лёгких, информированное согласие больного.

Критерии исключения: органические заболевания пищеварительной и дыхательной систем (эрозивно-язвенные поражения пищеварительного канала, злокачественные или доброкачественные новообразования), инфицирование H.pylori, бронхиальная астма, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, туберкулёз, психические, аутоиммунные заболевания, сахарный диабет, злоупотребление алкоголем, беременность, отказ пациента от участия в исследовании.

В работе использованы общеклинические и специальные исследования. В комплекс общеклинических исследований входили: данные объективного осмотра и обследования больного; инструментальные методы исследования: измерение функции внешнего дыхания, ПСВ с помощью пикфлуометра, рентгенография лёгких, эзофагогастродуоденоскопия и лабораторные анализы (общий анализ крови, мочи, исследование мокроты).

Спирометрия проводилась с помощью пикфлуометров «Mini-Wright», измерение ПСВ выполнялось в положении больного стоя, при этом просили больных сделать максимально глубокий вдох. Диагноз ХОБЛ верифицировали с учётом критериев Global initiative for chronic obctructive Lung Disease GOLD (2008).

Для выявления пищеводных проявлений, а также для диагностики формы ГЭРБ (эндоскопически негативная (НЭРБ) или эндоскопически позитивная (ЭРБ степень A, B, C, пищевод Баретта) выполняли эндоскопию с использованием видеоэндоскопа фирмы «Olimpus Gif-v-70». Степень выраженности рефлюкс-эзофагита оценивали согласно Лос-Анджелесской классификации (1994).

Среди больных ХОБЛ с ГЭРБ в исследование отбирались пациенты средней степени тяжести (ОФВ1 – от 50% до 80% от должного). Все больные получали базисную терапию ХОБЛ и обследовались в фазе ремиссии. На основании перечисленных выше критериев в исследование было включено 83 больных ХОБЛ с ГЭРБ. При этом учитывалось наличие изжоги, отрыжки, жжения за грудиной и жалоб со стороны органов дыхания в горизонтальном положение тела.

Больным с подтверждённым диагнозом ГЭРБ, наряду с базисной терапией ХОБЛ (бронхолитики, антибиотики, муколитики, ингаляционные), проводилась консервативная терапия ГЭРБ (ингибитор протонной помпы (ИПП), прокинетик, антацид). Во-первых, рекомендовалось соблюдение режима: частое и дробное питание 5-8 раз в день, отказ от ношения тугих поясов, горизонтальное положение тела в течение 1,5-2 часов после еды. Во-вторых, соблюдение диеты: исключить жирные и острые блюда, лук, перец, алкоголь, курение, кофе, кислые фруктовые соки, газированные напитки. В-третьих, медикаментозная терапия представляла собой монотерапию ингибитора протонной помпы, (омепразол – 20 мг 2 раза в день), прокинетики (допрокин – 10 мг 3 раза в день за 20 минут до еды), антисекреторные препараты (квамател, ранитидин), антациды (альмагель, фосфолюгель).

Лазеротерапия проводилась со 2-3 дня поступления больных первой группы в стационар после уточнения диагноза и степени тяжести. Для больных ХОБЛ выбрана методика дневного лазерного облучения крови с помощью красного спектра, длиной волны 0,63 мкм. Для этого использовали полупроводниковый аппарат «Матрикс ВЛОК», фирмы «Техника», головка КЛ-ВЛОК-М с мощностью излучения 2 мВт в непрерывном режиме. Для облучения были выбраны области проекции локтевых вен, длительность процедуры 20 минут. Результаты комплексной медикаментозной терапии с применением ВЛОК эффективнее традиционной медикаментозной терапии, как в отношении улучшения формулы эритроцитов, так и функции мембраны эритроцитов.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью персонального компьютера. Определялись относительные величины показателей (P, %). Сравнение относительных величин проводилось с помощью критерия $\chi 2$ с поправкой Йатса. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. Наше наблюдение показало, что основные клинические симптомы и частота их встречаемости у больных 1 группы до лечения (у 42% больных) имело место нарастание выраженности респираторных расстройств в течение

ТАБЛИЦА 1. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С ГЭРБ, ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ВЛОК

Симптомы	1 группа (n=52)			2 группа (n=31)		
	До лечения	После лечения	p	До лечения	После лечения	p
Кашель	100% (52)	11,5% (6)	<0,001	86,7% (27)	25,8% (8)	<0,001
Одышка	100% (52)	7,6% (4)	<0,001	100% (31)	22,5% (7)	<0,001
Выделение мокроты	96,1% (50)	5,5% (3)	<0,001	100% (31)	19,3% (6)	<0,001
Приступы удушья	100% (52)	7,6% (4)	<0,001	100% (31)	25,8% (8)	<0,001
Боль при глотании	92,3% (48)	7,6% (4)	<0,001	96,7% (30)	19,3% (6)	<0,001
Осиплость голоса	76,9% (40)	3,8% (2)	<0,001	86,7% (27)	25,5% (8)	<0,001
Изжога	96,1% (50)	9,6% (5)	<0,001	90,3% (28)	29,0% (9)	<0,001
Изжога в ночное время	88,4% (46)	11,5% (6)	<0,001	86,7% (27)	25,8% (8)	<0,001
Связь приёма пищи с загрудинной болью	88,4% (46)	7,6% (4)	<0,001	96,7% (30)	19,3% (6)	<0,001
Отрыжка	88,4% (46)	5,5% (3)	<0,001	93,5% (29)	16,1% (5)	<0,001
Регургитация	94,2% (49)	7,6% (4)	<0,001	77,4% (24)	22,5% (7)	<0,001
Першение в горле	80,7% (42)	3,8% (2)	<0,001	93,5% (29)	19,3% (6)	<0,001

Примечание: *p – статистическая значимость различий показателей до и после лечения (по критерию χ^2 с поправкой Йатса)*

последнего года. Всех больных (100%) беспокоил кашель с мокротой, 87,1% – периодические обострения ХОБЛ (не реже двух раз в год), 88,4% – жалобы на усиление кашля после приёма пищи, а также в горизонтальном положении тела.

В клинической картине у больных 1 группы до лечения отмечались регургитация (94,2%), отрыжка (88,4%), связь приёма пищи с загрудинной болью (88,4%), изжога (96,1%), боль при глотании (92,3%), першение в горле (80,7%), кашель (100%), одышка (100%), приступы удушья (100%).

В клинической картине у больных 2 группы до лечения отмечалась регургитация (77,4%), отрыжка (93,5%), связь приёма пищи с загрудинной болью (96,7%), изжога (90,3%), боль при глотании (96,7%), першение в горле (93,5%), кашель (100%), одышка (100%), приступы удушья (100%). Результаты этих данных приведены в таблице 1.

У больных 1 группы после лечения отмечалось улучшение симптоматики: отрыжка – до 5,5% (p<0,001), изжога – до 9,6% (p<0,001), связь приёма пищи с загрудинной болью – до 7,6% (p<0,001), боль при глотании – до 7,6% (p<0,001), одышка – до 7,6% (p<0,001), удушье – до 7,6% (p<0,001), першение в горле – до 3,8% (p<0,001), кашель – до 11,5% (p<0,001).

У больных 2 группы после лечения также снизилась частота выявляемости симптомов: отрыжка – до 16,1% (p<0,001), изжога – до 29,0% (p<0,001), связь приёма пищи с загрудинной болью – до 19,3% (p<0,001), боль при глотании – до 19,3% (p<0,001), одышка – до 22,5% (p<0,001), удушье – до 25,8% (p<0,001), першение в горле – до 19,3% (p<0,001), кашель – до 25,8% (p<0,001).

Сравнительная характеристика основных ларингеальных и бронхолёгочных симптомов при моно- и комбинированной терапии ХОБЛ с ГЭРБ до и после лечения представлена в таблице 2.

Согласно данным таблицы 2, у больных ХОБЛ в сочетании с ГЭРБ, при комплексном лечении с применением ВЛОК, улучшились показатели ларингеальных и бронхолёгочных симптомов. Причём, существенно активируя дренажную функцию бронхов, ВЛОК способствовало восстановлению бронхиальной проходимости и чувствительности бронхиального дерева к симпатомиметикам.

Эффективность лечения оценивали в конце курса терапии. После лечения заметная положительная динамика отмечена в группе больных, принимавших омепразол с допрокином. У больных отсутствовал кашель – в 100%, одышка осталась – в 7,1%, изжога – в 3,5%, першение в горле – в 3,5%, отрыжка – в 7,1%. Изжога купирована у 86,0% больных, леченных только омепразолом, у 81,0% – допрокином и у 98,0% – омепразол+допрокин.

ТАБЛИЦА 2. ВЛИЯНИЕ МОНО- И КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ОМЕПРАЗОЛОМ И ДОПРОКИНОМ НА КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХОБЛ С ГЭРБ

Симптомы	Омепразол (n=28)			Допрокин (n=27)			Омепразол+допрокин (n=28)		
	До лечения	После лечения	p	До лечения	После лечения	p	До лечения	После лечения	p
Изжога	100% (28)	14,2% (4)	<0,001	100% (27)	29,6% (8)	<0,001	100% (28)	3,5% (1)	<0,001
Першение в горле	92,8% (26)	14,2% (4)	<0,001	92,5% (25)	25,9% (7)	<0,001	32,1% (9)	3,5% (1)	<0,05
Отрыжка	53,5% (16)	21,4% (6)	<0,05	51,8% (14)	18,5% (3)	<0,05	67,7% (19)	7,1% (2)	<0,001
Тошнота	28,5% (8)	3,9% (1)	<0,05	100% (27)	22,2% (6)	<0,001	67,7% (19)	-	
Кашель	100% (28)	14,2% (4)	<0,001	100% (27)	22,2% (6)	<0,001	100% (28)	-	
Одышка	100% (28)	14,2% (4)	<0,001	100% (27)	29,6% (8)	<0,001	100% (28)	7,1% (2)	<0,001
Загрудинная боль	100% (28)	21,6% (6)	<0,001	100% (27)	33,3% (9)	<0,001	100% (28)	-	

Примечание: *p – статистическая значимость различий показателей до и после лечения*

При применении омепразола в сочетании с допрокином у больных ХОБЛ в сочетании с ГЭРБ значительно снизилась выраженность субъективных симптомов ГЭРБ. ИПП не только достоверно купировал симптомы рефлюксной болезни, но и способствовал отчётливому улучшению течения ХОБЛ. Комплексное лечение, включающее внутривенное лечение облучения крови, повышает эффективность проводимой терапии на 12%, сокращает в 1,5 раза сроки наступления ремиссии, позволяет уменьшить потребность в глюкокортикоидах, прокинетиках – на 81,0%, ингибиторах протонной помпы – на 86,0% у больных ХОБЛ в сочетании с ГЭРБ.

По мнению Чучалина А.Г. (2013), при появлении бронхопульмональной и ларингеальной симптоматики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни следует отдавать предпочтение более активной базисной терапии с применением внутривенного лазерного облучения крови и консервативной терапии (ингибиторы протонной помпы, антациды, прокинетики) [2].

Аналогичные результаты приводят Л.Б. Лазебник с соавт. (2012), утверждая, что консервативная терапия оказывается эффективной лишь у 64% пациентов [8].

Таким образом, комплексное лечение у больных ХОБЛ в сочетании с ГЭРБ, с применением ВЛОК, существенно улучшает дренажную функцию бронхов, способствует восстановлению бронхиальной проходимости и чувствительности бронхиального дерева к симпатомиметикам.

Использование омепразола с допрокином в терапии ХОБЛ в сочетании ГЭРБ, с применением ВЛОК, существенно снижает выраженность симптомов и способствует купированию клинических проявлений ХОБЛ с ГЭРБ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гейниц А.В. Внутривенное лазерное облучение крови / А.В.Гейниц, А.Москвин, А.А.Ачилов / М. – Тверь: Триада. – 2008. – 144с.
2. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь лёгких и сопутствующие заболевания / А.Г.Чучалин // Тер. архив. – 2013. – № 8. – С. 43-48.
3. Трофименко И.Н. Бронхиальная гиперреактивность и хроническая обструктивная болезнь лёгких / И.Н.Трофименко // Клин. медицина. – 2013. – № 5. – С.9-14.
4. Aqusti Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease proc // J. Am. Thorac. Soc. – 2005. – V. 2. – P.367-370.
5. Прощаев К.И. Особенности ведения пожилых пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких / К.И.Прощаев [и др.] // «Клиническая медицина». – 2012. – № 2. – С.58-61.
6. Синопальников А.И. Обострение хронической обструктивной болезни лёгких: современные подходы к антибактериальной терапии // А.И.Синопальников, И.А.Гучев / Клиническая медицина. – 2002. – № 6. – С.57-62.

7. Ишанкулова Д.М. Распространённость и клинико-эндоскопические особенности эрозивной и неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Д.М.Ишанкулова [и др.]// Ж. «Проблемы гастроэнтерологии». – 2012. – № 1-2. – С.32-36.
8. Лазебник Л.Б. Факторы влияющие на эффективность лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни ингибиторами протонного насоса / Л.Б.Лазебник [и др.] // Тер. архив. – 2012. – № 2. – С.16-21.
9. Lundell L. Advances in treatment strategies for gastroesophageal reflux disease. EAGE Postgraduate Course. Geneva. – 2002. – P.13-22.
10. Расулов У.Р. Клинико-функциональные особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, сочетающейся с хроническим обструктивным заболеванием лёгких / У.Р.Расулов [и др.] // Ж. «Проблемы гастроэнтерологии». – Материалы респ. науч.-практ. конф. с межд. участием «Достижения современной гастроэнтерологии». – Душанбе. – 2012. – № 3-4. – С.157-159.

Summary

Effectiveness of intravenous laser irradiation of blood in complex treatment of chronic obstructive pulmonary disease combined with gastroesophageal reflux disease

M.K. Nazarova
Department of Internal Medicine №3 Avicenna TSMU

The paper presents the results of examination 83 patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in combination with gastroesophageal reflux disease (GERD). Patients from first group after treatment showed improvement of symptoms: connection meals intakingwith chest pain - by 7,6% (p<0,001), heartburn – 9,6% (p<0,001), cough – by 11.5% (p<0,001), shortness of breath - by 7,6% (p<0.001), asthma – 7,6% (p<0,001).

In patients of the second group after treatment showed improvement of symptoms: heartburn - by 29,0% (p<0,001), communication meal intake with chest pain - by 19,3% (p<0,001), asthma – 25,8% (p<0,001), cough – 25,8% (p<0,001), shortness of breath – by 22,5% (p<0,001).

Positive dynamics in treatment is observed in patients taking omeprazole Doprokin with marked reduction in cough – 100%, shortness of breath – by 7,1%, heartburn - by 3,5%. Comprehensive treatment including intravenous irradiation of blood increases the effectiveness of therapy by 12%.

Key words: gastroesophageal reflux disease, chronic obstructive pulmonary disease, intravenous laser irradiation of blood

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Назарова Мунаввара Кодировна – доцент кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, ул. И.Сомони, 59
E-mail: farshedn@mail.ru

НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК АВИЦЕННЫ»
ТАДЖИКСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО

Клинические особенности и основные факторы риска начальных форм цереброваскулярной болезни

Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.Дж. Джалолова, Т.Б. Тоджиддинов
Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Обследовано 100 больных с начальными формами цереброваскулярной болезни в возрасте 40-59 лет. Из них 39 – с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения и 61 – с дисциркуляторной энцефалопатией 1 степени. Основным фактором риска в обеих группах была артериальная гипертензия (61%). Субъективная неврологическая симптоматика у обследованных пациентов выражается снижением памяти (98,7%) и внимания (96,4%), головной болью (80%), несистемным головокружением (25,9%), шумом в голове (21,7%). Причиной, ухудшающей самочувствие пациентов, является длительная головная боль.

Ключевые слова: начальные формы цереброваскулярной болезни, головная боль, когнитивные нарушение

Актуальность: Изучение цереброваскулярных болезней (ЦВБ) – одно из приоритетных направлений в современной неврологии. Смертность от ЦВБ уступает лишь смертности от заболеваний сердца и опухолей всех локализаций и достигает в экономически развитых странах 11-12% [1]. Наряду с высокой смертностью, нарушения мозгового кровообращения являются ведущей причиной инвалидизации у взрослых, обусловливая до 80% частичной и до 10% полной нетрудоспособности [2].

Ведущее место по распространённости в структуре цереброваскулярной патологии занимает синдром начальных проявлений недостаточности мозгового кровообращения. По данным НИИ неврологии РАМН, частота начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга составляет 4,8-8,1% среди мужчин от 20 до 54 лет, занимая в общей структуре ЦВБ до 70%. Данные скринингов популяции показали увеличение сосудистых заболеваний головного мозга с каждым десятилетием жизни, а среди лиц старше 40 лет происходит резкий скачок ЦВБ, в то же время, в возрастной группе 40-59 лет преобладают начальные формы хронических ЦВБ [3]. Очевидно, что чем раньше будет выявлен патологический процесс и начато лечение, тем больше вероятность предотвратить развитие осложнений и тяжёлых форм заболеваний [4].

Республика Таджикистан является одним из регионов, где на протяжении нескольких лет имеет место влияние неблагоприятных социально-экономических и стрессовых факторов на здоровье населения. Наличие длительно существующего психоэмоционального стресса, депрессии, а также факторов внешней среды (климатического, экологического, метеорологического), дисбаланс в питании привели к росту сердечно-сосудистой патологии, а вместе с тем, и цереброваскулярных заболеваний. Подробный клинико-эпидемиологический анализ с учётом распространённости, заболеваемости, определения факторов риска в Республике Таджикистан не проводился. Следует иметь в виду, что данные статистического анализа прошлых лет не дают удовлетворительной информации по данному заболеванию в популяции, что препятствует совершенствованию качества оказываемой медицинской помощи больным, профилактики цереброваскулярных заболеваний. Изучение как острых, так и хронических форм нарушений мозгового кровообращения имеет огромное значение для здравоохранения Таджикистана.

Цель исследования. Изучить клинические особенности и выявить основные факторы риска развития начальных форм цереброваскулярной патологии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе 6-го отделения Городского центра здоровья №1 г.Душанбе. Обследовано 100 больных (39 мужчин, 61 женщина) в возрасте 40-59 лет (средний возраст 52,0±4,8) с начальными формами цереброваскулярной болезни. Диагноз: начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения (НПНМК) был поставлен на основании критериев Шмидта (1985) [5]. В исследование не включались пациенты, у которых наличие симптомов НПНКМ и дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) 1 степени могло быть связано с другими причинами, такими как травмы головного

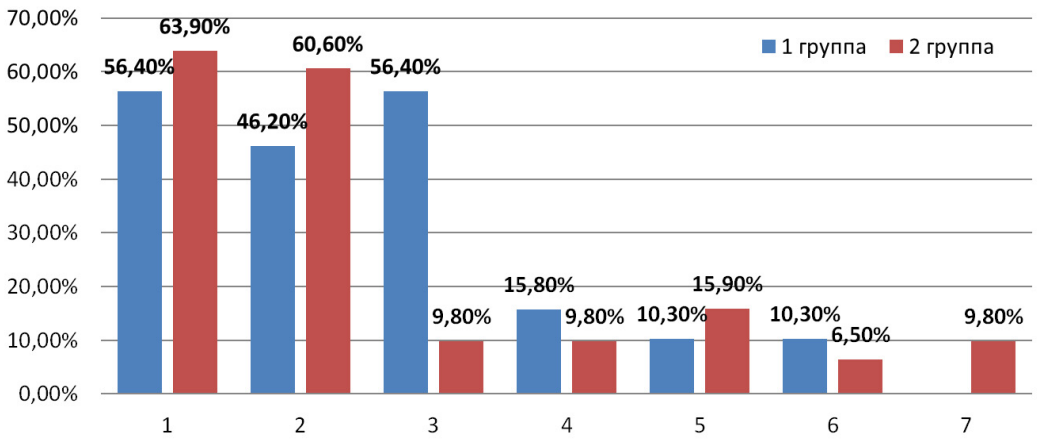

РИС. 1. ФАКТОРЫ РИСКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ В ПОПУЛЯЦИИ 40-59 ЛЕТ (1 – АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, 2 – ОЖИРЕНИЕ, 3 – НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ ПО ЦВБ, 4 – НИЗКАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ, 5 – ИБС, 6 – АРИТМИЯ, 7 – САХАРНЫЙ ДИАБЕТ)

мозга, инфекционными и тяжёлыми соматическими заболеваниями. В ходе обследования пациентов выяснялись их анамнестические данные (с учётом возможных факторов риска развития цереброваскулярных заболеваний, сопутствующей патологии, особенно сердечно-сосудистой системы), проводились общий осмотр, исследование неврологического статуса, измерение уровня АД аускультативным методом, консультации терапевта, эндокринолога для исключения выраженной соматической патологии. Индекс массы тела оценивали формулой Кетле (вес/рост^2). Для проверки когнитивных функций использовались тест Мюнстерберга и проба Лурия. Психическое состояние оценивали Модифицированной госпитальной шкалой тревоги и депрессии [6]. Во время скрининга выявили 39 больных с синдромом НПНМК (1 группа) и 61 больного с ДЭ 1 степени (2 группа).

Статическая обработка данных проводилась с использованием методов математической статистики. Данные представлены в виде: среднее ± стандартная ошибка (M±SE) – для количественных признаков; в виде процентов от числа суммарной выборки (для качественных признаков).

Результаты и их обсуждение. Основным фактором риска в обеих группах была артериальная гипертензия (АГ), которая выявлена у 61 человека. На втором месте среди осмотренных составил контингент людей, страдающих ожирением (n=55). Особую группу риска по ЦВБ составляют лица, страдающие ишемической болезнью сердца (ИБС) [7], которая в нашем исследовании была выявлена у 15 человек и, в основном, во 2 группе (15%). Наряду с ИБС, аритмия была выявлена у 8 человек. Сахарный диабет, как причина развития ЦВБ, была выявлена у 6 обследованных, причём, только во 2 группе (рис.1).

У большинства больных выявлен не один фактор риска, а, как правило, сочетание нескольких факторов. Чаще всего сочетаются артериальная гипертензия и ожирение (n=40); артериальная гипертензия и сахарный диабет (n=4); ожирение, сахарный диабет и артериальная гипертензия (n=4).

Наши данные по факторам риска развития начальных форм ЦВБ соответствуют результатам исследований, полученных Ким И.В., Кравченко М.А. [5,8]. Такие факторы риска, как применение алкоголя и курение у осмотренных встречались реже, в связи с тем, что большинство обследуемых были лица женского пола, а также с особенностью традиций и восточного менталитета населения.

Основной жалобой в обеих группах была головная боль (80%). В результате анализа особенностей головной боли по частоте, давности, характеру, времени возникновения, продолжительности и интенсивности выявлены следующие данные. У 31% пациентов 1 группы и 49% – 2 группы головная боль отмечалась 2-3 раза в неделю. Постоянная головная боль чаще наблюдалась у больных 2 группы (13% и 15,7%, соответственно). В основном, больные жаловались на головную боль в течение нескольких месяцев (41,2% больных 2 группы и 34,4% – 1 группы). Больные давали разные характеристики головным болям: сжимающая, давящая, пульсирующая, распирающая, покалывающая, тяжесть в голове, но, в основном (44,8% – в 1 группе, 56,8% – во 2 группе) отмечали тяжесть в голове. Головная боль после сна или в первой половине дня беспокоила 20,7% больных 1 группы и 39,2% – 2 группы. В большинстве же случаев (75,9% – 1 группы и 56,9% – 2 группы) головные боли возникали во второй половине дня, протекая по типу головной боли напряжения. На головокружение и шум в голове жаловались реже. Головокружение было обнаружено в 10 случаях среди больных 1 группы и в 16 – 2 группы. На шум в голове жаловались в таких же соотношениях (рис. 2).

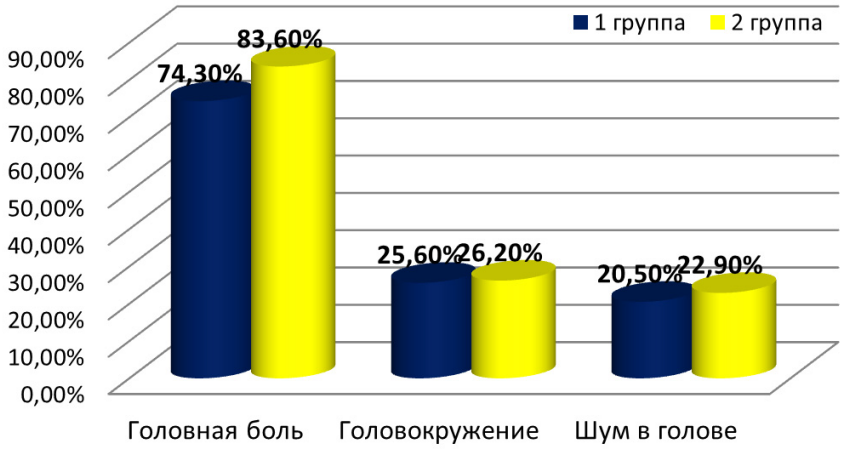

РИС. 2. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ В ИССЛЕДУЕМЫХ ГРУППАХ

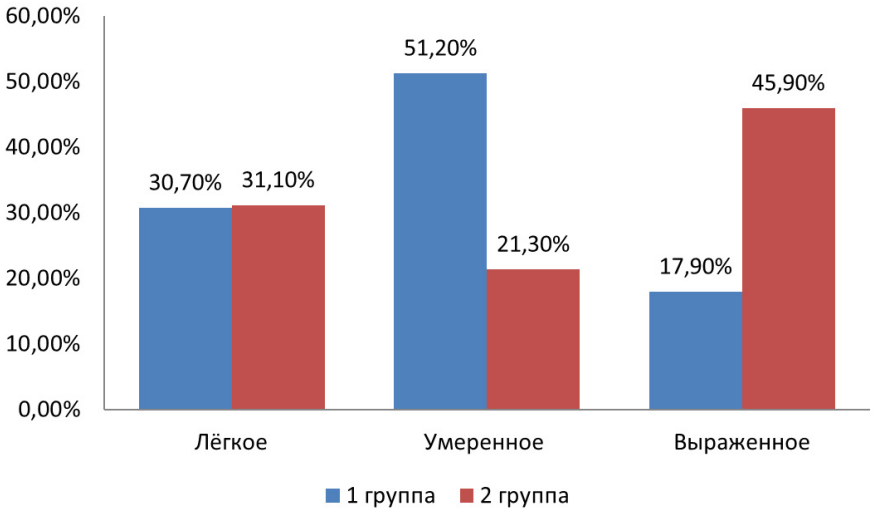

РИС. 3. НАРУШЕНИЕ ПАМЯТИ (ПО ПРОБЕ ЛУРИЯ)

Наряду с вышеуказанными жалобами, у больных 2 группы при осмотре наблюдались неврологические микросимптомы (асимметрия носогубной складки, девиация языка), тремор рук. Из анамнеза выяснилось, что больные 2 группы перенесли транзиторные ишемические атаки и гипертонические кризы.

По данным теста Мюнстерберга у пациентов 1 группы отмечалась разная степень нарушения концентрации внимания: у 35,8% больных выявлены выраженные нарушения внимания, у 2,5% – отмечалось умеренное нарушение внимания, у 56,4% – определили лёгкое нарушение внимания, и только 5,2% больных смогли за предоставленное время найти нужное количество слов. У пациентов 2 группы нарушение внимания было более выраженным: у 44,2% – наблюдалось выраженное нарушение, у 16,3% – умеренное нарушение и 37,7% – лёгкое нарушение.

Проба Лурия позволила установить, что в 1 группе, в основном (51,2%), наблюдались умеренные нарушения памяти, во 2 группе чаще (45,9%) отмечались выраженные нарушения памяти (рис. 3).

Кроме когнитивных нарушений, у больных выявили тревожно-депрессивный (церебрастенический) синдром. У 38,4% больных 1 группы наблюдался лёгкий и у 29% больных 2 группы выраженный тревожно-депрессивный синдром по модифицированной госпитальной шкале тревоги и депрессии.

Субъективная неврологическая симптоматика в исследуемых группах не отличалась, однако имелись различия в частоте предъявляемых жалоб. Если 74,3% больных 1 группы жаловались на головную боль, то во 2 группе – 83,6%. Другие симптомы также чаще встречались у больных 2 группы.

Анализ жалоб больных свидетельствует о гетерогенности проявлений начальных форм ЦВБ, на которые больные, в большинстве случаев, не обращают особого внимания, связывая с обыкновенными проявлениями утомления, или проявлениями соматического заболевания. Это исследование и данные литературы [9,10] дают основание проводить более тщательный осмотр и сбор анамнеза данной категории людей.

Оценка психического и когнитивного статуса также выявила более выраженные нарушения у больных 2 группы. Согласно нашим результатам и данным литературы [11], для начальных форм ЦВБ характерно преобладание таких клинических проявлений, как церебрастенический и когнитивный симптомокомплексы.

Таким образом, основными факторами риска начальных форм ЦВБ являются артериальная гипертензия, ожирение, наследственная обусловленность по ЦВБ, и эти факторы риска, в основном, не отличаются от таковых при более тяжёлых сосудистых заболеваниях мозга. В связи с чем, следует уделять особое внимание диагностике начальных форм ЦВЗ с целью проведения ранней и своевременной профилактики острых нарушений мозгового кровообращения. Субъективная неврологическая симптоматика у пациентов с начальными формами ЦВБ выражается головной болью, несистемным головокружением, шумом в ушах, снижением памяти и внимания. Самой частой причиной, ухудшающей общее состояние пациентов, является длительная головная боль.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И. Эпидемиология инсульта в России / Е.И.Гусев, В.И.Скворцова, Л.В. Стаховаская. / Coneilium Medicum. – 2003. – № 5. – С.12-18
2. Alberts M.J. Ischemic stroke / M.J.Alberts // Cerebrovascular Diseases. – 2002. – Vol. 13. – P.12-16.
3. Суслина З.А. Сосудистые заболевания головного мозга / З.А.Суслина, Ю.Я. Варакин, Н.В.Верещагин. – М.: «Медпресс-информ». – 2006. – 254с.
4. Факторы риска, цереброваскулярная и кардиальная патология, выявляемые при скрининге открытой популяции / М.А.Кравченко [и др.] // Материалы XIV Международной конференции «Возрастные аспекты неврологии». – Судак. – 2012. – С.55-57.
5. Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга / Е.В. Шмидт // Журнал невропатол. и психиатр. – 1985. – Т. 85, № 9. – С.1281-1288.
6. Zigmond A.S. The hospital anxiety and depression scale / A.S.Zigmond, R.P.Snaith // Acta. Psychiat. Scand. – 1983. – Vol. 67. – P.361-367.
7. Суслина З.А. Кардионеврология: современное состояние и проспективное направление / З.А.Суслина, А.В.Фонякин, Л.А.Гераскина // Вестник академии медицинских наук – 2012. – № 2. – С.4-11.
8. Ким И.В. Применение скрининговой методики для выявления хронических форм цереброваскулярных заболеваний в учреждениях первичного звена здравоохранения / И.В.Ким, Е.В.Бочкарева, Ю.Я.Варакин, Е.В.Кокурина // Профилактическая медицина. – 2013. – Т.16, № 4.– С.27-30.
9. Александрийский А.А. Особенности начальных проявлений недостаточности мозгового кровообращения у пациентов с различным уровнем артериального давления / А.А.Александрийский, А.Е.Новиков, С.С.Мазина // Вестник новых медицинских технологий. – 2006. – Т.13, № 3. – С.74-77.
10. Сахарова Н.Ю. Начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга и дисциркуляторная энцефалопатия у работающих железнодорожников: дис.… канд. мед. наук / Н.Ю.Сахарова. – СПб. – 2008. – 138с.
11. Хяникяйнен И.В. Профилактика начальных проявлений недостаточности мозгового кровоснабжения в организованных воинских коллективах: дис.… канд. мед. наук / И.В.Хяникяйнен. – СПб. – 2009. – 259с.

Summary

Clinical features and main risk factors of initial form of cerebrovascular disease

R.A. Rakhmonov, M.B. Isoeva, M.J. Jalolova, T.B. Tojiddinov
Chair of Neurology and Bases of Medical Genetics Avicenna TSMU

The study involved 100 patients with early forms of cerebrovascular disease at the age of 40-59 years. The initial manifestations of cerebrovascular insufficiency were in 39, dyscirculatory encephalopathy I degree - in 61 patients. The main risk factor in both groups was hypertension (61,0%). Subjective neurological symptoms in the examinees manifested by memory loss (98,7%) and attentionlack (96.4%), headache (80,0%), non-systemic dizziness (25,9%), noise in the head (21,7%). The reason impairing health of patientsis prolonged headache.

Key words: initial forms of cerebrovascular disease, headache, cognitive impairment

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Рахмонов Рахматулло Азизович – заведующий кафедрой неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, пр.И.Сомони, 59а
E-mail: rahmonov-r@mail.ru

Влияние антиретровирусной терапии на электрическую систолу желудочков сердца у больных с ВИЧ-инфекцией

Э.Р. Рахмонов, Н.М. Хурсанов, К.Р. Воронецкая, Р.А. Турсунов
Кафедра внутренних болезней №2; инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Представлены результаты исследования электрокардиографических параметров реполяризации сердца у 95 больных с ВИЧ-инфекцией на фоне антиретровирусной терапии. Корригированный интервал Q-T и его дисперсию изучали с помощью формулы Базетта. Установлено, что антиретровирусные препараты улучшают процессы электрической систолы желудочков сердца, что подтверждается укорочением длительности и дисперсии интервала Q-T. Данное обстоятельство свидетельствует о том, что проведённая терапия снижает риск развития внезапной сердечной смерти.

Ключевые слова: длительность и дисперсия интервала Q-T, ВИЧ-инфекция, антиретровирусная терапия, реполяризация сердца

Актуальность. Более четверти века эпидемия ВИЧ-инфекции распространяется по всему миру, нанося значительный социально-демографический, политический и экономический ущерб не только национальным бюджетам здравоохранения, но и в целом экономике многих стран [1]. За последние три десятилетия ВИЧ-инфекция унесла более 36 миллионов человеческих жизней [2-4]. В странах СНГ, в том числе в Республике Таджикистан, начался давно предсказуемый взрыв эпидемии, и количество инфицированных ВИЧ здесь растёт быстрее, чем где-либо ещё в мире. В настоящее время эпидемия ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан находится в концентрированной стадии. Состояние проблемы ВИЧ-инфекции в стране вызывает серьёзную обеспокоенность в связи с нарастанием интенсивности эпидемического процесса. Согласно данным 2014 года, за весь период эпидемии ВИЧ-инфекции в республике было зарегистрировано 6558 ВИЧ-инфицированных граждан республики: 4587 мужчин и 1971 женщина [5].

Изменения, происходящие в сердечной мышце при инфекционных заболеваниях, были впервые описаны ещё в 1806 г. французским патологоанатомом Корвизаром [6]. Кардиальные патологии, встречающиеся у больных ВИЧ-инфекцией, до настоящего времени остаются проблемой, вызывающей огромное количество вопросов и разногласий среди практикующих врачей и исследователей [7]. Успехи антиретровирусной терапии (АРТ) с использованием современных препаратов позволили сократить смертность от ВИЧ-инфекции в ряде стран на различных континентах. Но существенно повысился риск сердечно-сосудистых заболеваний у данной категории больных [8].

С наличием ВИЧ-инфекции ассоциируется удлинение интервала Q-T и развитие желудочковых аритмий (чаще torsades depoints). В исследовании C. Nordin et al. [9] было продемонстрировано, что риск удлинения интервала Q-T у пациентов с ВИЧ-инфекцией составляет 16%. В связи с этим, важное значение придаётся влиянию лекарственных препаратов на процессы реполяризации у данной категории больных [10,11]. Между тем, исследования, посвящённые изучению действия АРТ на сердечно-сосудистую систему, в том числе на длительность и дисперсию интервала Q-T, малочисленны и во многом противоречивы. В условиях Республики Таджикистан подобные исследования не проводились.

Цель исследования: изучить влияние антиретровирусной терапии на длительность и дисперсию интервала Q-T у больных с ВИЧ-инфекцией.

Материал и методы. Обследовано 98 больных ВИЧ-инфекцией, находившихся на стационарном лечении в городской клинической инфекционной больнице г.Душанбе. Пациенты были распределены на 2 группы. Трое больных изначально включённых в исследование, выбыли в связи с летальным исходом.

В основную группу входили 60 больных с ВИЧ-инфекцией, получавших АРТ. Возраст пациентов колебался от 24 до 52 лет (в среднем – 37,6±6,7 года). Мужчин было 49 (81,6%; средний возраст – 38,4±6,2 года) и женщин – 11 (18,4%; средний возраст – 34,1±7,8).

ТАБЛИЦА 1. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ И ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА Q-T У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ДО ПРОВЕДЕНИЯ АРТ

Показатель	Контрольная группа (n=30)	Основная группа (n=60)	P
ЧСС	73,2±0,9	82,9±0,5	0,000
Q-T	376,9±2,5	497,3±4,2	0,000
Q-Tc	416,1±3,8	585,2±6,5	0,000
Q-Tcmax	422,5±3,6	592,7±6,4	0,000
Q-Tcmin	380,6±3,7	519,4±6,3	0,000
dQ-Tc	41,9±0,7	73,3±0,6	0,000

Примечание: *p – статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)*

Группа сравнения состояла из 35 пациентов с ВИЧ-инфекцией, которые по тем или иным причинам не получили АРТ. Средний возраст обследованных составил 38,4±5,8 года. Среди них: мужчин – 23 (65,7%), женщин – 12 (34,3%).

Критерии включения больных в исследование: диагноз – ВИЧ-инфекция, подтверждённый экспресс-тестом, иммуноферментным анализом и иммуноблотингом; возраст пациентов до 55 лет; согласие пациентов проходить плановые обследования; отказ от приёма наркотических препаратов в течение последних 6 месяцев.

Критерии исключения больных из исследования: гипертоническая болезнь II-III стадии, ишемическая болезнь сердца, аритмии, пороки сердца, кардиомиопатии, хроническая сердечная недостаточность II-IV ФК (по РОССН, 2002), выраженная почечная и печёночная недостаточность, декомпенсированный сахарный диабет.

В контрольную группу входили 30 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу с ВИЧ-инфицированными пациентами.

Больным основной группы в стационаре назначали АРТ по национальному протоколу ВИЧ/СПИД РТ: зидовудин/ламивудин, эфаверенц в общепринятых дозах.

У всех обследованных ЭКГ оценивалась от начала и после 3 месяцев исследования. Для оценки длительности и дисперсии интервала Q-T ЭКГ регистрировалась одновременно в 12 стандартных отведениях при скорости записи 50 мм/с. В каждом возможном отведении (но не менее 9) интервал Q-T и предшествующий ему интервал R-R измерялись в трёх последовательных циклах с расчётом средних значений. Продолжительность интервала Q-T определялась временем от начала комплекса QRS до конца зубца T при пресечении им изоэлектрической линии T-P. Коррекция интервала Q-T (Q-Tc) с учётом ЧСС проводилась при помощи формулы H.C. Базетта: $Q\text{-}Tc=Q\text{-}T/\sqrt{R\text{-}R}$. Неблагоприятным признаком считали эпизоды удлинения Q-Tc более 450 мс [12].

Корригированная дисперсия интервала Q-T (dQ-Tc) определялась путём вычитания из наибольшего Q-Tc наименьшего, в миллисекундах.

Статистическая обработка данных осуществлялась программой «Statistica 6» с применением стандартных методов вычисления средних величин и стандартных отклонений (M±m). Достоверность данных для зависимых выборок определялась по T-критерию Вилкоксона и независимых – по U-критерию Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. При обследовании больных ВИЧ-инфекцией выявлено, что у большинства из них продолжительность заболевания от момента предполагаемого заражения (со слов пациентов) составила от 5 до 20 лет: в основной группе – в среднем 8,5±6,6 года, в группе сравнения – 9,3±7,4.

В момент исследования все пациенты находились на III и IV стадиях ВИЧ-инфекции: 74,7% – на IV стадии и 25,3% – на III.

Основным путём передачи заболевания у обследованных больных являлся инъекционный. Он встречался у 55 (57,9%) пациентов. Половой путь передачи ВИЧ-инфекции был выявлен в 33,7% случаев (32 больных). У 8 (8,4%) ВИЧ-инфицированных источник заражения установить не удалось.

Общее состояние у большинства пациентов было средней тяжести. ВИЧ-инфекция сопровождалась различными сопутствующими заболеваниями, с поражениями органов и систем. Больные предъявляли жалобы, в основном, на слабость, утомляемость, повышение температуры, диарею, похудание. До начала терапии у больных наблюдалась глубокая иммуносупрессия. Количество CD4+-лимфоцитов составляло в среднем 108,8±4,9 кл/мм^3.

Исходно у больных с ВИЧ-инфекцией также было выявлено значительное ухудшение и со стороны процессов реполяризации сердца, по сравнению с контрольной группой. Это подтверждалось показателями электрической систолы сердца (табл.1).

ТАБЛИЦА 2. ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ДО И ПОСЛЕ АРТ

Показатель	Основная группа (n=60)		P	Группа сравнения (n=35)		P
	До лечения	После лечения		Исходно	Через 3 месяца исследования	
ЧСС	82,9±0,5	79,0±0,6	0,000	80,4±0,6	82,7±0,5	0,000
Q-T	497,3±4,2	476,2±3,2	0,000	499,8±4,3	504,1±4,2	0,000
Q-Tc	585,2±6,5	546,9±5,4	0,000	578,6±5,5	591,8±5,4	0,000
Q-Tcmax	592,7±6,4	554,4±5,3	0,000	586,2±5,3	596,9±5,3	0,000
Q-Tcmin	519,4±6,3	487,4±5,2	0,000	512,2±5,2	522,1±5,2	0,000
dQ-Tc	73,3±0,6	67,0±0,5	0,000	73,9±0,8	74,9±0,7	0,000

Примечание: *p – статистическая значимость различия показателей в основной и группе сравнения (по Т-критерию Вилкоксона)*

При сравнении величин корригированного интервала Q-T (Q-Tc) и его дисперсии (dQ-Tc) наблюдалось превышение данных показателей у пациентов основной группы: Q-Tc – на 16,6% (585,2±6,5 против 416,1±3,8 мс) и dQ-Tc – на 74,9% (73,3±0,6 против 41,9±0,7 мс).

После трёхмесячного курса лечения антиретровирусными препаратами в основной группе отмечалось значительное улучшение общего самочувствия пациентов. Больные меньше предъявляли жалоб на: слабость, отсутствие аппетита, похудание. Отмечался прирост CD4+-лимфоцитов, в среднем, на 25 кл/мм^3. Положительный клинический эффект сопровождался улучшением функциональных параметров сердца. Наблюдалось уменьшение корригированного интервала Q-T на 6,5% (от 585,2±6,5 до 546,9±5,4 мс) и его дисперсии на 8,6% (от 73,3±0,6 до 67,0±0,5 мс).

В группе сравнения, в отличие от больных, получивших АРТ на фоне отсутствия существенной динамики со стороны общего состояния, отмечено снижение количества CD4+-лимфоцитов, в среднем, на 13 кл/мм^3. Аналогичная динамика наблюдалась и со стороны функциональных показателей сердца. Так длительность корригированного интервала Q-T увеличилась на 2,8% (до лечения – 578,6±5,5 мс, после – 591,8±5,4 мс) и dQ-Tc также имела тенденцию к удлинению (от 73,9±0,8 до 74,9±0,7 мс) (табл. 2).

В настоящее время имеется недостаточно исследований, изучавших воздействие антиретровирусных препаратов на показатели длительности и дисперсии интервала Q-T, во многом они противоречивы. По результатам нескольких работ, АРТ приводит к удлинению корригированного интервала Q-T. К такому риску увеличения Q-Tc, в основном, приводят препараты, относящиеся к группе ингибиторов протеаз [13,14]. Но имеются литературные источники, которые склоняются к другим результатам по поводу антиретровирусных препаратов у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Так, авторы связывали удлинение показателя Q-Tc с наличием сопутствующих заболеваний [15,16].

Полученные нами данные свидетельствуют об увеличении степени электрической неоднородности миокарда у пациентов, не получавших терапию по вышеуказанной схеме.

Таким образом, антиретровирусные препараты у больных с ВИЧ-инфекцией способствуют улучшению показателей длительности и дисперсии интервала Q-T, тем самым снижают риск возникновения желудочковых тахикардий и развитие внезапной сердечной смерти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Онищенко Г.Г. ВИЧ-инфекция – проблема человечества //ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – СПб. 2009. – Т. 1, № 1. – С.5-9.
2. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические рекомендации / В.В.Покровский // – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 192с.
3. Подходы к определению оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных в популяции / В.В.Розенталь, Н.А.Беляков, В.В.Рассохин, П.А.Дубикайтис // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2011. – Т.3. – № 3. – С.7-12.
4. Хоффман К. Лечение ВИЧ-инфекции / К.Хоффман, Ю.К.Рокштро. – М.: Р.Валент. – 2010. – 648с.
5. Турсунов Р.А. Современное эпидемиологическое состояние проблемы ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан / Р.А.Турсунов // Вестник Авиценны (Паёми Сино). – 2014. – № 2 (59). – С.110-116.
6. Corvisart J.N. An essay on the organic diseases and lesions of the heart and great vessels / J. Corvisart // - Boston: Bradford and the Read. - 1812. - P.299-303.

7. Руженцова Т.А. Перспективы изучения поражений сердца при инфекционных заболеваниях / Т.А.Руженцова, А.В.Горелов // Эпидемиология и инфекционные болезни, актуальные вопросы. – 2014. – № 2. – С.80-87.
8. Беляков Н.А. ВИЧ-медицина / Н.А.Беляков, А.Г.Рахманова // – СПб. – 2011. – С.116-126.
9. Nordin C. Importance of hepatitis C coinfection in the development of QT prolongation in HIV-infected patients / C.Nordin, A.Kohli, S.Beca // - J. Electrocardiol. – 2006. – Vol. 39. – P.199-205.
10. Fisher S.D. Cardiovascular Abnormalities in HIV-infected Individuals / S.D.Fisher, S.E.Lipshultz / – Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 7th ed. Saunders, An Imprint of Elsevier. – 2005. – Vol. 2. – P.1719-1730.
11. Neumann T. Cardiovascular risk factors and probability for cardiovascular events in HIV-infected patients: Part I: Differences due to the acquisition of HIV-infection / T.Neumann, T.Woiwod, A.Neumann // – Eur J Med Res. – 2003. – Vol. 8. – P.229-235.
12. Макаров Л.М. Холтеровское мониторирование / Л.М.Макаров // – М.: Медпрактика. – М. – 2008. – 456с.
13. Del Rosario M.E. Drug-induced Q-T prolongation and sudden death / M.E. Del Rosario, R.Weachter, G.C.Flaker // Mo Med. – 2010. – № 107. – P.53-58.
14. Ly T. Prolonged Q-T interval and torsades de pointes associated with atazanavir therapy / T. Ly, M.E. Ruiz // Clin Infect Dis. – 2007. – № 44. – P. 67-68.
15. Methadone-induced torsade de pointes after stopping lopinavir-ritonavir / B. Luthi[et al.] // Eur J Clin Microbiol Infect Dis. - 2007. - № 26. - P. 367-369.
16. Frequency of electrocardiogram testing among HIV-infected patients at risk for medication-induced Q-Tc prolongation / N. Patel [et al.] // HIV Medicine. – 2013. – № 14. – P. 463-471.
17. Importance of hepatitis C coinfection in the development of Q-T prolongation in HIV-infected patients / C. Nordin [et al.] // J Electrocardiol. – 2006. – V. 39, № 2. – P. 199-205.

Summary

Influence of antiretroviral therapy on the electrical ventricular systole in patients with HIV infection

E.R. Rakhmonov, N.M. Khursanov, K.R. Voronetskaya, R.A. Tursunov
Chair of internal diseases №2; Chair of Infectious Diseases, Avicenna TSMU

The results of electrocardiographic parameters of cardiac repolarization in 95 HIV-infected patients on base of antiretroviral therapy are presented. Corrected QT interval and its dispersion were studied using Bazett formula. The antiretroviral drugs improve the processes of electrical ventricular systole, which is confirmed by shortening of duration and dispersion of QT interval. This fact indicates that proposed therapy reduces the risk of sudden cardiac death.

Key words: the duration and dispersion of the interval QT, HIV infection, antiretroviral therapy, cardiac repolarization

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Хурсанов Наджмиддин Маматович – заведующий кафедрой внутренних болезней №2 ТГМУ;
Республика Таджикистан, г.Душанбе, ул.Абая, 3
E-mail: 9@tajmedun.tj

RETRACTED

Санаторно-курортная реабилитация больных с остеопеническим синдромом, ассоциированным с функциональной гиперпролактинемией

Н.К. Ахкубекова, Н.В. Ефименко

Федеральное государственное учреждение «Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУ ПГНИИК ФМБА России), г.Пятигорск, Россия

В статье авторами представлены результаты отдалённых исследований радонотерапии и акупунктуры в комплексной медицинской реабилитации больных с остеопеническим синдромом, ассоциированным с функциональной гиперпролактинемией. Адекватно разработанные принципы санаторно-курортной реабилитации (питьевые минеральные воды, радонотерапия, акупунктура) больных с остеопеническим синдромом, ассоциированным с функциональной гиперпролактинемией, способствуют эффективному устранению симптоматической гиперпролактинемии, улучшению минеральной плотности костной ткани у пациенток с синдромом поликистозных яичников и овуляторными нарушениями поствоспалительного генеза, а у больных с синдромом первичного пустого турецкого седла, для повышения минеральной плотности костной ткани, требуется более длительное лечение.

Ключевые слова: остеопения, гиперпролактинемия, минеральная плотность костной ткани, минеральные воды, радонотерапия

Актуальность. Гиперпролактинемия (ГП) – одно из проявлений гипоталамо-гипофизарной дисфункции и распространённый нейроэндокринный синдром, чаще встречающийся у женщин репродуктивного возраста. Исследованиями последних лет установлено, что гиперпролактинемия оказывает негативное влияние на состояние костной системы, обуславливая ускоренную потерю костной массы, предопределяющую возникновение остеопенического синдрома (ОС) и, впоследствии, остеопороза (ОП) [1,2]. В последнее время достигнут значительный прогресс в изучении этиологии, патогенеза, в диагностике и лечении эндокринных болезней, состояний и синдромов, связанных с нарушением продукции пролактина (ПРЛ) [1].

Исследованиями курортологов России доказана высокая эффективность питьевых минеральных вод и радонотерапии в коррекции клинико-метаболических, гормональных нарушений при различных заболеваниях. Основными звеньями механизма действия питьевых минеральных вод и радонотерапии являются: наращивание резервов функционирования стресслимитирующей системы, повышение мощности аппарата гормональной регуляции как в специфической гастроэнтеропанкреатической системе, так и в неспецифических регуляторных системах [3-7]. Однако роль природных лечебных факторов в медицинской реабилитации данной категории больных изучена недостаточно.

Цель исследования. Определить эффективность питьевых минеральных вод, радонотерапии и акупунктуры в комплексной медицинской реабилитации больных с остеопеническим синдромом (ОС), ассоциированным с функциональной гиперпролактинемией (ФГП), по данным отдалённых результатов исследования.

Материал и методы. На основе информированного добровольного согласия обследовано 236 пациенток с ОС, ассоциированным с ФГП (средний возраст – 32,3±3,2 года), а также 40 здоровых женщин того же возраста.

Пациентки методом рандомизации были разделены на 3 группы: 1 группу составили больные с синдромом поликистозных яичников (СПЯ); 2 – с овуляторными нарушениями поствоспалительного генеза; 3 группу – больные с синдромом первичного пустого турецкого седла (ПТС).

ТАБЛИЦА 1. ДИНАМИКА БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЁРОВ КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПОСЛЕ РАЗНЫХ МЕТОДОВ И СРОКОВ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ОС, АССОЦИИРОВАННЫМ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ

Сроки лечения	Через 1 год	Через 2 года	Через 3 года	Через 1 год	Через 2 года	Через 3 года	Контроль ([illegible]ровые, n=[illegible])
1 группа (n=70)							
Подгруппы	1к	1к	1к	1о	1о	1о	
ЩФ, Ед/л	62,5±3,1	62,7±3,5	63,1±3,6	62,8±3,5	63,4±3,7	[illegible]3,8*	64,0±4,6
ОК, нг/мл	22,6±1,6	23,5±1,7	23,6±1,8	23,0±1,7	24,1±1,8	[illegible]	24,5±2,4
СТх, нг/мл	0,40±0,07	0,35±0,07	0,29±0,06	0,35±0,06	0,34±0,05	[illegible]	0,24±0,03
2 группа (n=80)							
Подгруппы	2к	2к	2к	2о	2о	2о	
ЩФ, Ед/л	63,5±3,1	63,6±3,5	63,0±3,7	63,5±4,1	[illegible]	64,0±4,4*	
ОК, нг/мл	22,7±1,6	23,5±1,7	23,2±1,9	23,1±1,8	24,2±[illegible]	24,4±2,3*	
СТх, нг/мл	0,44±0,08	0,36±0,08	0,34±0,07	[illegible]	0,35±0,06	0,24±0,03*	
3 группа (n=76)							
Подгруппы	3к	3к	3к	[illegible]	3о	3о	
ЩФ, Ед/л	62,5±2,4	62,6±2,5	62,8±2,7	63,0±[illegible]	63,1±3,2	63,8±3,4	
ОК, нг/мл	22,5±1,5	22,6±1,5	22,8±[illegible]	22,4±1,6	22,5±1,7	22,9±1,7	
СТх, нг/мл	0,44±0,08	0,36±0,08	0,34±[illegible]	[illegible]7±0,08	0,35±0,06	0,34±0,05*	

Примечание: ** p<0,05 – статистическая значимость различий показателей в сравнении с контролем*

ТАБЛИЦА 2. ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ МПКТ ПО Т-КРИТЕРИЮ (SD) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ МЕТОДОВ И СРОКОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОС, АССОЦИИРОВАННЫМ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ

Сроки лечения в [illegible]	Через 1 год	Через 2 года	Через 3 года	Через 1 год	Через 2 года	Через 3 года
1 группа (n=70)						
Подгруппы	1к	1к	1к	1о	1о	1о
Минеральная плотность костной ткани – область исследования: Neck	+0,72	+0,81	+0,93	+1,21	+1,23	+2,50*/**
2 группа (n=80)						
Подгруппы	2к	2к	2к	2о	2о	2о
Минеральная плотность костной ткани – область исследования: Neck	+0,65	+0,75	+0,88	+1,13	+0,89	+2,54*/**
3 группа (n=76)						
Подгруппы	3к	3к	3к	3о	3о	3о
Минеральная плотность костной ткани – область исследования: Neck	+0,34	+0,37	+0,41	+0,50	+0,43	+0,52

*Примечание: * - p<0,05 – статистическая значимость различий показателей между подгруппами;*
*** p<0,05 – между исследуемыми участками скелета внутри подгрупп*

RETRACTED

Всем больным была назначена радонотерапия (РТ): ванны, гинекологические орошения и микроклизмы радоновой водой, при этом пациенткам 1 группы были назначены ванны и гинекологические орошения с концентрацией радона 6,5 кБк/л, во 2 и 3 группах – 1,5 кБк/л. Каждая группа была разделена на 2 репрезентативные подгруппы, отличающиеся тем, что в основных (1о, 2о, 3о) была дополнительно применена акупунктура – использовали методику аурикулоакупунктуры с сочетанием тонизирующего варианта в точках живота RN 6-4, KI 11-12, BM 46, и тормозного в точках пояснично-крестцовой области BL 23, BL 25-34, DU 2, на курс лечения – 10 процедур.

Лечение проводилось на фоне низкокалорийного дробного питания (5 раз в день малыми порциями), лечебной физкультуры, ходьбы пешком до 4 км в день, плавания в бассейне (2 раза в неделю), внутреннего приёма слабоуглекислой сульфатно-гидрокарбонатно-хлоридно-кальциево-натриевой воды малой минерализации источника №7 им. акад. И.П. Павлова, 200 мл 3 раза в день за 30 минут до еды, и препаратов кальция и витамина Д (кальций-Д3 никомед из расчёта 1000 мкг чистого элемента кальция и витамин Д3 400 МЕ в сутки и активный метаболит витамина Д3 – Альфа-Д3-ТЕВА (Израиль) 0,25 [illegible] сутки по интермиттирующей схеме).

В начале и конце курса курортной терапии всем пациенткам были проведены следующие методы исследования: определение уровня пролактина сыворотки крови (422±74,3 мМ/л в норме); биохимических маркёров костного ремоделирования – кост-ной резорбции: С-терминальный телопептид коллагена 1 типа (CTx) в сыворотке крови (нормативные значения – 0,2[illegible],2 нг/мл); костного формирования: остеокальцин (OC) в крови (нормативные значения – 24,5±2,4 нг/мл), активность щелочной фосфатазы (ЩФ) в сыворотке крови (нормативные значения – 64,0±4,6 Ед/л). Исследование минеральной плотности костной ткани (МПКТ) проводили методом Д[illegible] на костном денситометре, серии DPX-NT GE компании LUNAR (США) в проксимальном отделе бедренной кости в шейке бедра (Neck). Результаты оценивались в величинах стандартного отклонения пика костной массы (Т-критерий) здоровых лиц соответствующего пола и возраста. Величина SD [illegible]1 – норма, от 1 до 2,5 – остеопения, ниже 2,5 SD – остеопороз (ВОЗ, 1994). Костная денситометрия проводилась до лечения, через 1 год, 2 и 3 года лечения.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ «Statistika 6.0», при этом результаты анализа считались статистически значимыми при значении p<0,05.

Результаты и их обсуждение. Показатели биохимических маркёров костного ремоделирования проанализированы в зависимости от используемых методов и сроков немедикаментозной коррекции у пациенток всех трёх групп с ОС, ассоциированным с ФГП. Как видно из таблицы 1, у больных 1о и 2о подгрупп после комплексной дифференцированной РТ и акупунктуры активность ЩФ и уровень ОК-маркёров костеобразования в крови через 3 года нормализовались, а уровень CTx-маркёра костной резорбции в крови имел тенденцию к постепенному снижению в течение трёх лет и также нормализовался (p<0,05) через 3 года, в то время как аналогичные показатели достоверно улучшились (p<0,05) в сравнении с исходными данными у пациенток контрольных подгрупп (1к, 2к) – после проведения только лишь радоновых ванн различной концентрации. Однако при этом не выявлено положительной динамики биохимических маркёров костного ремоделирования после проведения разных методов немедикаментозной коррекции в отдалённом периоде у больных с синдромом первичного ПТС.

Одним из основных критериев эффективности лечения ОС, ассоциированного с функциональной гиперпролактинемией, является достижение прироста МПКТ. Как видно из таблицы 2, при проведении анализа МПКТ по Т-критерию (SD), в зависимости от используемых методов и сроков лечения, отметили достоверный прирост МПКТ через 3 года, составивший + 2,5 SD в шейке бедра (p<0,05) у больных основных подгрупп (1о и 2о) – после комплексной дифференцированной РТ и акупунктуры в сравнении с аналогичными показателями у пациенток контрольных подгрупп (1к, 2к) – после проведения только лишь радоновых ванн различной концентрации, однако, у пациенток в 3к и 3о подгруппах – не отмечен прирост МПКТ.

Анализ отдалённых результатов исследования показал, что после комплексной дифференцированной РТ и акупунктуры произошло достоверное (p<0,05) устранение ФГП, что подтверждает эффективность и преимущество перед использованием только лишь радоновых ванн различной концентрации у женщин со СПЯ (1 группа) и хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза (2 группа); при этом у пациенток с синдромом первичного ПТС (3 группа) уровень пролактина сыворотки крови практически не изменялся, что было обусловлено наличием гидроцефалии у данных больных.

Таким образом, результаты отдалённых наблюдений свидетельствуют о том, что после комплексной курортной терапии (питьевые МВ, радонотерапия, акупунктура, кальций и витамин Д) у больных с ОС, ассоциированным с функциональной гиперпролак-

RETRACTED

тинемией, выявлена нормализация биохимических маркёров костного ремоделирования, наблюдается тенденция к обратимости остеопении в шейке бедренной кости, при этом в течение трёх лет после курортного лечения, прирост МПКТ в трабекулярных костях происходит достоверно у женщин со СПЯ и хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза, что обусловлено, на наш взгляд, устранением гиперпролактинемии. Пациенткам с синдромом первичного ПТС для улучшения костного метаболизма требуется более длительное лечение, чем в наших наблюдениях. Показано также, что с целью остеопротективной терапии в течение трёх лет после санаторно-курортного лечения данной категории больных необходимо назначать фармакологические препараты: кальций – 1000 мкг/сут., витамин Д3 – 400 МЕ/сут. и активный метаболит витамина Д3 (Альфа-Д3-ТЕВА, Израиль) по интермиттирующей схеме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власова Т.С. Изменение минеральной плотности костной ткани у женщин с гиперпролактинемией / Т.С.Власова, Т.Ю.Беркетов, Г.А.Мельниченко // Остеопороз и остеопатия. – 2000. – № [illegible] С.16-18.
2. Seibel M. Interlaboratory variation o[illegible]iochem[illegible]al markers of bone tumover / M.Seibel, [illegible]ang, W.J.Geilenkeuser // Clin. Chem. – 2001, [illegible]7. – P.1347-1349.
3. Ахкубекова Н.К. Радон[illegible]ерапия в курортном лечении больных с [illegible]ой гиперпролактинемией / Н.К.Ахкуб[illegible]ва, А.С.Кайсинова, А.Т.Терешин // Вопр. курор[illegible], физиотерапии и леч. физкул[illegible]ры. – 2010. – № 2. – С.22-24.
4. Гусаров [illegible]И. [illegible]еханизмах лечебного и профилакти[illegible]ского [illegible]ствия радоновых процедур в свете со[illegible]ременных исследований в [illegible]сти молекулярной биологии / И.И.Гусаров, И.П.Бобровницкий, Б.Н.Семёнов // Вопр. курортоло-гии. [illegible] 2002. – № 2. – С.46-47.
5. [illegible]бова А.С. Система медицинских технологий санаторно-курортной реабилитации больных с эрозивно-язвенными эзофагогастродуоденальными заболеваниями: автореф. дис…д-ра мед. наук / А.С.Кайсинова. – Пятигорск. – 2013. – 44с.
6. Кайсинова А.С. Курортное лечение больных с эрозивно-язвенными эзофагогастродуоденальными заболеваниями в фазе затухающего обострения // Н.В.Ефименко, А.С.Кайсинова // Цитокины и воспаление. – 2014. – Т.13, № 3. – С.102-104.
7. Фёдорова Т.Е. Курортная терапия неалкогольной жировой болезни печени с применением питьевых минеральных вод ессентукского типа / Т.Е.Фёдорова, Н.В.Ефименко, А.С.Кайсинова // Вопр. курортол., физиотерапии и леч. физкультуры. – 2012. – Т.89, № 6. – С.21-23.

RETRACTED

Summary

RETRACTED

Sanatorium-and-spa rehabilitation of patients with osteopenia syndrome, associated with functional hyperprolactinemia

N.K. Akhkubekova, N.V. Efimenko
Federal State Institution «Pyatigorsk State Scientific-research Institute of Resort Study of Federal medico-biological agency» (FSBI PSSRIRS FMBA of Russia), Pyatigorsk, Russia

In the article the authors present the results of the long-term researches of radonotherapy and acupuncture in complex medical rehabilitation of patients with osteopenia syndrome associated with functional hyperprolactinemia. Adequately developed principles of sanatorium-and-spa rehabilitation (drinking mineral waters, radonotherapy, acupuncture) of patients with osteopenia syndrome associated with functional hyperprolactinemia promote effective elimination of symptomatic hyperprolactinemia, improvement of bone mineral density with women suffering from polycystic ovarian syndrome and ovulatory abnormalities of post-inflammatory genesis, and with patients suffering from elementary empty sella syndrome to increase bone mineral density but it requires a more long-term treat

Key words: osteopenia, hyperprolactinemia, bone mineral density, mineral waters, radonotherapy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ефименко Наталья Викторовна – директор Федерального государственного учреждения «Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии Федерального медико-биологического агентства»;
Россия, Ставропольский край, г.Пятигорск, пр.Кирова, д.30
E-mail: orgotdel@fmbamail.ru

Основные факторы, обусловливающие первичную инвалидность населения Республики Таджикистан

Г.И. Камилова, Н.С. Ашурова[1], А.В. Чудинов, М.Г. Гаибова[2]

Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;

[1] Частный медицинский колледж района Рудаки,

[2] Городской центр здоровья Управления здравоохранения и социальной защиты населения г. Душанбе

В статье освещается ряд медико-социальных аспектов первичной инвалидности (ПИ) как важнейшей составляющей общественного здоровья населения страны.

С 2010 по 2014 гг. в Республике Таджикистан медико-социальное освидетельствование прошли 109429 человек, из них 52897 лиц, впервые получившие статус инвалида. В структуре ПИ мужчины составили 31885 (60%) человек, женщины – 21514 (40%). К началу 2015г., по данным официальной статистики, демографические показатели инвалидности в Таджикистане составили в пределах 2-2,5%. На учёте в органах социальной защиты состояло 165 тыс. инвалидов, из них 24 тыс. детей. Анализ ПИ по группам инвалидности свидетельствует о значительном числе инвалидов II группы (n=26107; 52,4%) по сравнению с инвалидами III группы (n=18467; 37%) и I группы (n=5244; 11%).

Среди нозологических групп, приведших к инвалидности, по данным 2014 года превалировали болезни нервной системы (21,8%), психические расстройства (18,8%), болезни костно-мышечной системы (13,8%), сердечно-сосудистые (12,6%) и онкологические заболевания (10,2%).

Ключевые слова: медико-социальные аспекты, первичная инвалидность

Актуальность. В условиях переходного периода особое значение в Таджикистане приобретают показатели общественного здоровья, важнейшим среди которых является состояние инвалидности. Это связано с тем, что, несмотря на достигнутый научно-технический прогресс, качественные и количественные показатели здоровья человека имеют отрицательные тенденции. Всё больше обнаруживается превалирование отклонений в психофизиологическом и социальном развитии личности, вследствие увеличения в стране числа «социальных маргиналов», алкоголиков, наркоманов, а также лиц, инфицированных ВИЧ, и случаев социально значимых заболеваний.

Вместе с тем, рост продолжительности и уровня жизни повышает возможность выживать при сложных патологических состояниях, получать социальные блага растущему слою пожилых и хронических больных [1]. Так, к началу 2015г., по данным официальной статистики, на учёте в органах социальной защиты состояло 165 тыс. инвалидов, из них 24 тыс. детей, т. е. в целом более 2% от всего более 8 млн. населения Таджикистана.

Следует отметить, что значимость проблемы инвалидности, носящей сложный многофакторный характер, заключается в сокращении продолжительности здоровой жизни и в существенных экономических расходах государства на предоставление лицам с инвалидностью, часто прибегающих к услугам амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений, достойной медико-социальной помощи.

При этом лица с адекватными ограничениями по здоровью не всегда имели соответствующий юридический статус [2]. В целом, по мнению экспертов, статистика в лучшем случае даёт представление лишь о половине числа реально существующих в обществе инвалидов, что связано с рядом обстоятельств. Поэтому задачи корректного учёта инвалидности и бремени, обусловленного её болезнями, ждут своего решения, прежде всего, из-за различных подходов к понятию «инвалидность», в т.ч. медико-социальных [1].

Проявляя общественные отношения, инвалидность свидетельствует о социальной зрелости, экономической самостоятельности, нравственной полноценности общества, а также является одним из важней-

ших индикаторов национального благосостояния и здоровья населения [1]. В современном понимании она характеризуется нарушением связи человека с обществом, вследствие болезни, расстройством жизненно важных функций его организма и ограниченными возможностями их включения в инклюзивное общество [3,4].

В настоящее время, в Таджикистане отсутствует целостное изучение первичной инвалидности (ПИ) населения, как предмета научного исследования, в силу чего, она отражается, как правило, по материалам статистической отчётности, либо выборочно по отдельным её причинам и, в большинстве случаев, без оценки соответствующей динамики [3,5].

В связи с этим, требуется углублённый анализ и оценка существующего измерения инвалидности для разработки оптимальных мер по реабилитации лиц с ограниченными возможностями.

Целью исследования являлся многофакторный анализ первичной инвалидности взрослого населения, с использованием обобщённой оценки показателей здравоохранения и конструктивной логики, а также определение особенностей её формирования в Республике Таджикистан.

Материал и методы. В работе использованы годовые отчёты Государственной службы медико-социальной экспертизы (ГСМСЭ) и данные статистических ежегодников Республики Таджикистан за период с 2010 по 2014 годы, а также нормативно-правовая документация по социальной защите инвалидов. Исследование базируется на методологии медико-социального мониторинга и структурных особенностей контингента инвалидов (поло-возрастной, нозологической, групповой принадлежности согласно степени тяжести трудовой деятельности).

Результаты и их обсуждение. Материалы национальных переписей населения, подворные опросы и акты гражданской регистрации позволили определить приблизительные пределы показателя инвалидности, который представляется в качестве доли инвалидов от общей численности населения в пределах от 0,2% до 20,9%. Межгосударственные различия в показателях инвалидности обусловлены не только различиями по странам, но и использованием разных статистических понятий и определений, разницей в структуре исследований, особенностями анкетирования и скрининга.

В РТ созданы законодательные условия для перехода на международные сопоставимые критерии инвалидности, которые вывели определение её за пределы медицинского диагноза.

Основанием при определении инвалидности взрослого человека (18 лет и старше) и ребёнка (лицо до 18-летнего возраста) служили положения Закона Республики Таджикистан «О социальной защите инвалидов», охватывающие отдалённые физиологические, поведенческие и социально-экономические последствия инвалидности. Следовательно, в настоящее время она рассматривается в качестве медицинской и социальной проблемы. В этой связи, спектр критериев установления инвалидности значительно расширился, так как ранее из всех ограничений жизнедеятельности учитывалось только ограничение трудоспособности [6].

Инвалидность учитывалась только при её юридическом оформлении в ГСМСЭ РТ, при котором гражданину предоставляется право на социальную помощь или освобождение от профессиональных обязанностей.

В период с 2010 по 2014 гг. в Республике Таджикистан медико-социальное освидетельствование прошли обратившиеся в ГСМСЭ 109429 человек, из них 52897 лиц, впервые получившие статус инвалида. В структуре ПИ женщины составили 21514 (40%) человек, мужчины – 31885 (60%). Результаты освидетельствования отражены в таблице 1.

За исследуемый 5-летний период наибольшее число лиц - претендентов на инвалидность и получивших её статус впервые было зарегистрировано в 2010 году – 14219 (26,8%) человек. В последующие годы их численность заметно снижалась – до 7321 (13,8%) человека, т.е. почти в 2 раза. При этом удельный вес, в частности, детской инвалидности также уменьшался, но значительно более низкими темпами – с 27% до 20,3% или всего на 6,7%.

В 2010г. количество пациентов, впервые оформивших свою инвалидность пожизненно, было наибольшим – 2446 (45,8%) против 1017 (26,9%) и 1027 (27,3%) – в 2012 и 2014 гг., соответственно, причём практически каждому второму лицу пенсионного возраста инвалидность была узаконена в первые два года наблюдения, при наступившей затем тенденции к её снижению в 2012 г. – до 4,7%, в 2013г. – до 3,9%, в 2014 г. – до 2,4%.

Анализ ПИ в зависимости от степени тяжести трудовой деятельности, т.е. по группам инвалидности, свидетельствует о значительном превалировании числа инвалидов II группы – 26107 (52,4%) человек, над контингентами III группы – 18467 (37%) и I группы – 5244 (11%). При этом соответствующие уровни показателей в динамике по годам были наивысшими в 2010г. Распределение первичной инвалидности по классам различных заболеваний и нозологий за период 2011-2014 гг. представлено в таблице 2.

ТАБЛИЦА 1. ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ, ПОЛУЧИВШИХ СТАТУС ИНВАЛИДНОСТИ В ПЕРИОД 2010-2014 гг.

Структура	2010		2011		2012		2013		2014		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Первично обратившиеся	39681	36,2	42776	39	8964	8,2	10016	9,2	7992	7,4	109429	100
Получившие инвалидность впервые	14219	26,8	13948	26,4	8087	15,3	9322	17,7	7321	13,8	52897	100
Мужчины- инвалиды	8399	26,4	8609	27	4707	14,8	5942	18,6	4228	13,2	31885	100
Женщины- инвалиды	5820	27	5339	24,8	3378	15,8	3887	18	3092	14,4	21514	100
Первичная бессрочная инвалидность	2446	30,6	1777	22,2	1017	12,7	1728	21,6	1027	12,9	7995	100
Дети, признанные инвалидами впервые	1524	27,4	398	7,2	1324	23,8	1180	21,3	1126	20,3	5552	100
Лица пенсионного возраста первично признанные инвалидами	2449	44,3	2460	44,6	262	4,7	219	3,9	137	2,4	5527	100
Распределение первичной инвалидности по группам (степени тяжести)												
	2010		2011		2012		2013		2014		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I группа	2011	24,6	1132	21,6	829	15,8	1119	21,3	871	16,7	5244	100
II группа	6705	25,6	6205	23,8	4247	16,2	5051	19,4	3899	15	26107	100
III группа	4901	26,5	4857	26,4	3009	16,3	3150	17	2550	13,8	18467	100
Всего	12899	25,9	12194	24,5	8085	16,2	9320	18,7	7320	14,7	49818	100

ТАБЛИЦА 2. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В ТАДЖИКИСТАНЕ ПО КЛАССАМ БОЛЕЗНЕЙ И ОТДЕЛЬНЫМ НОЗОФОРМАМ В ПЕРИОД 2011-2014 гг.

Нозологии	2011		2012		2013		2014	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Туберкулёз	1032	11,2	692	14	668	9,6	489	8,8
Онкологические заболевания	760	8,2	666	13,6	690	9,8	567	10,2
Психические заболевания	1198	13	875	17,8	1255	18	1051	18,8
Болезни нервной системы	1514	16,6	946	19,1	1274	18,2	1214	21,8
Сердечно-сосудистые заболевания	1976	21,6	81	1,7	1107	15,8	700	12,6
Болезни органов дыхания	314	3,4	204	4,1	206	3,0	149	2,7
Болезни органов пищеварения	397	4,3	285	5,8	291	4,1	216	3,8
Болезни костно-мышечной системы	1234	13,4	730	14,8	977	14	774	13,8
Травмы	729	8,0	447	9,0	522	7,5	416	7,5
Профессиональные заболевания	3	0,3	6	0,1	0	0	0	0
ВСЕГО	**9157**	**100**	**4932**	**100**	**6990**	**100**	**5576**	**100**

Как видно из данных таблицы, абсолютное число лиц с ограниченными возможностями, признанными по данным службы медико-социальной экспертизы первичными инвалидами, находилось в пределах от 4932 до 9157 человек, и в среднем составляло 6664 случая.

При этом, в 2011 году в структуре заболеваний и травм, составленной из 9157 (100%) случаев первичной инвалидности, первые места занимали болезни сердечно-сосудистой системы – 1976 (21,6%) случаев и болезни нервной системы – 1514 (16,6%), болезни костно-мышечной системы – 1234 (13,4%), за ними – психические расстройства – 1198 (13%) случаев и туберкулёз – 1032 (11,2%). В 2012 году, по сравнению с предыдущим годом, ПИ резко уменьшилась до уровня 4932 случаев (или более чем на 47%), причём на первое место вышли: болезни нервной системы – 1514 (16,6%). По другим нозологическим группам статистика имеет следующие показатели: психические расстройства – 1198 (13%), болезни костно-мышечной системы – 314 (3,4%), туберкулёз – 1032 (11,2%), травмы – 729 (8,0%) и онкологические заболевания – 760 (7,2%) случаев. Спорность статистических данных вызывает резкое снижение числа случаев ПИ, вследствие значительного уменьшения случаев определения инвалидности при сердечно-сосудистых заболеваниях – с 21,6% (2011 г.) до 1,7% (2012г.) случаев, то есть более чем в 20 раз, а также крайне низкий и практически нулевой уровень детерминирующих первичную инвалидность профессиональных болезней. В 2013-2014 гг. ПИ вновь увеличилась до 6990 случаев, однако сохранилась структура обусловивших её заболеваний. Среди нозологических групп, приведших к инвалидности, превалировали болезни нервной системы, психические расстройства, сердечно-сосудистые заболевания, болезни костно-мышечной системы (14%) и онкологические заболевания (9,8 %).

Таким образом, первичная инвалидность, как сложное многофакторное явление, изучаемое в медико-социальном аспекте, зависит от эффективности методов лечения и профилактики, уровня медицинской науки, а также всей работы системы общественного здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Осадчих А.И. Проблемы инвалидности в России. Состояние и перспективы / А.И.Осадчих [и др.] // -М.,Медицина. - 2002. - 7с.
2. Иванова А.Е. Состояние здоровья и инвалидность / А.Е.Иванова, Э.В.Кондракова // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2006. - № 2. - С.45
3. Гаибов А.Г. Здоровье населения и методы его изучения. Мат. регионального науч.-практ. семинара: Эпидемиология неинфекционных заболеваний и реабилитация инвалидов в Республике Таджикистан / А.Г.Гаибов. - Душанбе. - 2014. - С.11-29.
4. Пяткина О.П. Медико-социальные аспекты первичной инвалидности населения Республики Беларусь: автореф. дис…. канд. мед. наук / О.П.Пяткина. - Минск. -2002. - 23с.
5. Медико-социальная характеристика моделей инвалидности в аспекте оказания населению социальных услуг в Таджикистане / З.И.Юнусова, Г.С.Суфишоев, Ш.А.Ходжаева, К.Д.Пулотов. Материалы науч.-практ. конф. «Развитие межсекторального сотрудничества – основа профилактики инвалидности». - Куляб. - 2013. - С.30-38.
6. Ситуационный анализ: состояние сферы реабилитации в Республике Таджикистан. - ВОЗ. – 2015. - 100с.

Summary

Main factors determining primary disability in the Republic of Tajikistan

G.I. Kamilova, N.S. Ashurova, A.V. Chudinov, M.G. Gaibova
Scientific Research Institute of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of the Disabled;
Private Medical College of RudakiDistrict, City Health Center Department of Health and Social Protection, Dushanbe

In the article reflected a number of medical and social aspects of primary disability (PD) as an important component of public health of the country. From 2010 to 2014 in Tajikistan social health survey passed 109,429 people, of whom 52 897 persons for the first time received the status of a disabled person. The structure of the PD:male were 31885 (60%), female - 21,514 (40%). According to official statisticsat the beginning of 2015 demographics disability in Tajikistan amounted to 2-2,5%. In social security agencies registered 165 thousand persons with disabilities, of which 24 thousandare children. Analysis of PD on disability groups shows a significant prevalence of disabilities of group II (n=26107; 52,4%) over the contingents of group III (n=18467; 37%) and group I (n=5244; 11%).

According to 2014 among nosological groups that led to the disability areprevailed nervous system diseases (21,8%), mental disorders (18,8%), diseases of the musculoskeletal system (13,8%), cardiovascular (12, 6%) and cancer (10,2%).

Key words: medical and social aspects, primary disability

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Камилова Гулнора Ибрагимовна – соискатель
Научно-исследовательского института медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов РТ;
Таджикистан, г.Душанбе, ул.Хувайдуллоева, 270А
E-mail: S_amon@mail.ru

Сравнительная оценка эффективности различных методов лечения тромбоцитопений у детей

Б.Э. Исаева
Национальный центр охраны материнства и детства, Бишкек, Кыргызская Республика

В статье показано, что в структуре тромбоцитопений преобладает острая форма болезни, которая чаще всего диагностируется у детей первых 5-ти лет жизни. Идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (ИТП) чаще страдают дети в возрасте старше 6-ти лет. При этом частота кровотечений на фоне кожных геморрагий при острой тромбоцитопении (ОТП) и ИТП не имеет достоверного различия.

В результате комплексного лечения при ОТП полная клинико-гематологическая ремиссия наступила у 90,2% детей, у 9,8% – сформировалось рецидивирующее течение. При ИТП базисная терапия оказалась эффективной у 81,4% детей. Неэффективность пульс-терапии можно считать показанием к операции спленэктомии.

Ключевые слова: дети, тромбоцитопения, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, внутривенный иммуноглобулин

Актуальность. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) – это заболевание, которое возникает вследствие иммунного конфликта, направленного на антигены собственных тромбоцитов или мегакариоцитов, и характеризуется геморрагическим синдромом и снижением количества тромбоцитов менее 150 тыс./л при отсутствии других отклонений в крови.

По мнению ряда исследователей, ИТП формируется у больных с функциональной недостаточностью иммунной системы и дефицитом интерферонового статуса, одной из причин которых могут быть частые вирусные и бактериальные заболевания [1,2]. При этом установлено, что у больных с ИТП, у которых обнаруживалась персистенция вирусов и других внутриклеточных возбудителей, содержание тромбоцитов в крови оставалось низким на фоне базисной терапии, включающей глюкокортикоидные препараты (ГКС).

Довольно сложную проблему представляет собой дифференциальная диагностика между дебютом ИТП и острой тромбоцитопенией (ОТП) у детей, поскольку при первичном обращении больного ребенка ведущими клиническими признаками являются геморрагический синдром и тромбоцитопения [3,4]. В то же время, дифференцированная терапия с самого начала болезни может значительно улучшить исходы ИТП и ОТП и позволяет избежать случаев необоснованного назначения ГКС.

В литературе имеются противоречивые сведения об эффективности использования в лечении ИТП иммуноглобулинов [1,3] и противовирусных препаратов [4].

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности различных методов лечения при острой и идиопатической тромбоцитопении у детей.

Материал и методы. В исследование включены все дети с тромбоцитопенией, которые поступали на лечение в период с 2010 по 2012 гг. В зависимости от формы болезни дети были разделены на две группы: дети с ОТП и дети с ИТП.

В зависимости от состояния детей при поступлении на стационарное лечение назначалась симптоматическая (дицинон, эпсилон-аминокапроновая кислота) или базисная терапия. Базисная терапия включала, наряду с симптоматическими препаратами, преднизолон из расчёта 2 мг/кг в сутки.

Показанием к назначению симптоматической терапии при ОТП были не обильная кожная геморрагическая сыпь и отсутствие кровотечений (сухая форма), не зависимо от степени снижения количества тромбоцитов.

При наличии кровотечений (влажная форма), в т.ч. в анамнезе, и при обильном геморрагическом высыпании на коже детям с ОТП с первых дней назначалась базисная терапия.

При состояниях с угрозой кровотечений с критически низким числом тромбоцитов в пределах 6-12x10^9/л на фоне симптоматической терапии решался вопрос о подключении внутривенного иммуноглобулина (ВВИГ) из расчёта 0,4 мг/кг в сутки.

Для оценки эффективности терапии выделяли следующие критерии:

- Полная клинико-гематологическая ремиссия, которая характеризовалась купированием геморрагического синдрома и увеличением количества циркулирующих тромбоцитов выше 100x10^9/л;
- При частичной клинико-лабораторной ремиссии у детей также отмечалось купирование геморрагического синдрома, но число циркулирующих тромбоцитов оставалось ниже чем 100 x 10^9/л;
- Наличие свежих геморрагий и кровотечений на фоне симптоматического или базисного лечения указывало на его неэффективность.

При неэффективности терапии решался вопрос о подключении пульс-терапии с дексазоном из расчёта 20 мг/$м^2$ внутривенно 5 инъекций в течение 5 дней, детям с ОТП с критически низким числом тромбоцитов назначали внутривенный иммуноглобулин (ВВИГ) в дозе 0,4 г/кг.

Отсутствие эффекта от пульс-терапии с дексазоном, при наличии угрожающих кровотечений, считали показанием к спленэктомии.

Результаты и их обсуждение. Под наблюдением находились 206 детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет. Из них ОТП установлена у 163 (79,1%) детей, ИТП – у 43 (22,3%). ОТП чаще диагностировалась среди детей первых 5-ти лет жизни (65,4%), ИТП – среди детей в возрасте старше 6-ти лет (75,5%).

При ИТП непрерывно рецидивирующее течение болезни имело место у 3 (7%) детей, частые рецидивы – у 19 (44,2%). У 21 (48,8%) ребёнка заболевание протекало с редкими рецидивами.

Основными причинами госпитализации детей с ИТП были выраженный кожно-геморрагический синдром (у 48,8%) и кровотечения (у 51,2%): носовые (у 41,9%), дёсневые (у 7%) и длительные менструации (у 2,3%).

У 76 (46,6%) детей с ОТП геморрагический синдром при поступлении проявлялся обильными кожными геморрагиями (петехии, синяки, экхимозы), носовыми кровотечениями (у 21,5%) и кровотечением из дёсен (у 2,6%), желудочно-кишечного тракта (у 4%). У 2 (2,6 %) девочек подросткового возраста имели место маточные кровотечения.

Таким образом, частота кровотечений на фоне кожных геморрагий при ОТП (у 77,3±8,9%) и ИТП (у 51,2±7,6%) имеет достоверное различие.

При комплексном исследовании у 108 (66,2%) детей с ОТП обнаружены сопутствующие заболевания различных органов и систем, при этом у каждого третьего ребёнка (29,6%) имело место сочетание нескольких сопутствующих заболеваний. Из сопутствующих заболеваний чаще диагностировались острые или хронические заболевания ЛОР-органов, патология желудочно-кишечного тракта (дискинезия жёлчных путей, холециститы, реактивный гепатит), несколько реже обнаруживались паразитарные инвазии и бронхолёгочные заболевания (табл.1).

При ИТП сопутствующие заболевания обнаружены у всех (100%) детей. При этом практически у каждого второго ребёнка диагностировались острые или хронические заболевания ЛОР-органов и патология со стороны желудочно-кишечного тракта. Более половины детей с ИТП имели сочетанную патологию (табл.).

67 (41,1%) детям с ОТП проведено симптоматическое лечение в течение 10-12 дней. Из них у 38 (56,8%) больных достигнута полная клинико-гематологическая ремиссия, у 4 (5,9%) детей наступило только клиническое улучшение, а у 25 (37,3%) – положительного эффекта не было отмечено. Отсутствие полной ремиссии через 10-12 дней от начала симптоматического лечения послужило основанием для подключения ГКС-терапии. Таким образом, 29 детям с ОТП была назначена ГКС-терапия на 10-12 день от начала симптоматического лечения, в результате которой была достигнута клинико-гематологическая ремиссия у 27 (93,1%) детей, у 2 (6,9%) детей сформировалась хроническая форма.

Наличие кровотечений у 76 (46,6%) больных стало основанием для назначения базисной терапии при ОТП. При этом в течение 2-3-х недель достигнута полная клинико-гематологическая ремиссия у 61 (80,2%) ребёнка, неполная клиническая ремиссия – у 12 (15,7%) детей. У 3 (3,9%) больных базисная терапия оказалась не эффективной. В последующем у 20 (17%) детей с ОТП, которые получали базисную терапию, отмечены рецидивы, у 14 (12%) больных заболевание приобрело хроническое течение.

20 (9,7%) детям с ОТП с критически низким числом тромбоцитов проводилась терапия ВВИГ. Курс ВВИГ-терапии составил 3 инъекции из расчёта 0,4 мг/кг в сутки в течение 3-х дней. После 3-х инъекций у 18 (90%) детей отмечено восстановление абсолютного числа тромбоцитов, у 2 (10%) детей достигнута неполная клиническая ремиссия.

ТАБЛИЦА 1. ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ И ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ

Сопутствующие заболевания	ОТП (n=108)		ИТП (n=43)	
	Абс.	%	Абс.	%
Острые/хронические заболевания ЛОР-органов	49	30,0	19	44,2
Бронхолёгочные заболевания	6	3,6	4	9,3
Патология желудочно-кишечного тракта	43	26,3	16	37,2
Кариес	16	9,8	8	18,6
Паразитарные инвазии	10	6,1	4	9,3
Инфекции мочевыводящих путей	2	1,2	2	4,6
Наличие нескольких сопутствующих заболеваний	48	29,4	25	58,1

Всем детям с ИТП назначалась базисная терапия с первых дней поступления на стационарное лечение, из них у 35 (81,4%) достигнута полная клинико-гематологическая ремиссия. У 8 (18,6%) детей отмечено улучшение в виде неполной клинической ремиссии, которым назначена пульс-терапия с дексазоном из расчёта 20 мг/м^2 поверхности тела в сутки, всего 5 иньекций. Из них 7 детям проведена операция спленэктомии в связи с отсутствием улучшения на фоне пульс-терапии с дексазоном.

Обобщая вышеизложенное можно заключить, что в структуре тромбоцитопений преобладает острая форма болезни, которая чаще всего диагностируется у детей первых 5-ти лет жизни. ИТП чаще страдают дети в возрасте старше 6-ти лет. При этом частота кровотечений на фоне кожных геморрагий при ОТП преобладает, в сравнении с частотой кровотечений у детей с ИТП. Назначение симптоматического лечения при сухой ОТП привело к полной клинико-гематологической ремиссии у 56,8% детей, базисной терапии при влажной форме – у 80,2% больных. При этом следует отметить, что при сухой форме назначение базисной терапии при неэффективности симптоматического лечения способствовало достижению полной клинико-гематологической ремиссии у 93,1% детей. Более эффективным оказалось назначение ВВИГ при ОТП с критически низким числом тромбоцитов, при котором восстановление абсолютного числа тромбоцитов отмечено у 90% детей. При ОТП полная клинико-гематологическая ремиссия наступила у 90,2% детей, у 9,8% – сформировалось рецидивирующее течение.

Базисная терапия с первых дней госпитализации оказалась эффективной у 81,4% детей с ИТП. У 2,3% детей отмечена частичная ремиссия. Подключение пульс-терапии с дексазоном, при неэффективности базисной терапии, не давало желаемого эффекта, в связи с чем, этим детям проведена операция спленэктомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Меркурьев Д.В. Заболеваемость, возрастная эволюция клинико-лабораторных показателей и лечение идиопатической тромбоцитопенической пурпуры у детей: автореф. дис.…канд. мед. наук / Д.В. Меркурьев. – Пермь. – 2007. – 24с.
2. Петров Ю.В. Современные аспекты этиопатогенеза, клинического течения и терапии острой тромбоцитопенической пурпуры у детей: автореф. дис.… д-ра мед. наук / Ю.В. Петров. – М. – 2005. – 21с.
3. Карачункий А.И. Механизмы действия внутривенных иммуноглобулинов и перспективы их применения в детской онкогематологической практике / А.И. Карачункий, Ю.В. Румянцева, Е.Г. Мансурова // Вопросы гематологии/онкологии в педиатрии. – 2010. – Т.9, № 4. – С.29-37.
4. Рыжова О.Б. Гематологические синдромы при заболеваниях вирусной этиологии: автореф. дис. … канд. мед. наук / О.Б. Рыжова. – М. – 2005. –24с.

Summary

Comparative evaluation of different methods of treatment thrombocytopenia in children

B.E. Isayeva
National Center for Maternal and Child care, Bishkek, Kyrgyz Republic

In the structure of thrombocytopeniaacute form of the disease is dominatedthat is most commonly diagnosed in children first 5 years of life. Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) usually affects children older than 6 years. The frequency of bleeding in patients having skin hemorrhage in acute thrombocytopenia (ATP), and ITP has no significant difference.

As a result of the complex treatment of ATP complete clinical remission occurred in 90.2% of children,in 9.8% - observed a relapsing course. Basic therapy at ITP was effective in 81.4% of children. Inefficiency of pulse therapy can be considered an indication for surgery splenectomy.

Key words: children, thrombocytopenia, idiopathic thrombocytopenic purpura, intravenous immunoglobulin

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Исаева Бактыгуль Эсенбаевна – соискатель
Национального центра охраны материнства и детства КР;
Кыргызстан, г.Бишкек, ул.Ахунбаева, 190
E-mail: yrys999@mail.ru

Особенности клинико-гемостатического проявления и корригирующей терапии 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 приведены результаты исследования гемостаза у 65 новорождённых и детей первого года жизни с бактериальной пневмонией. В зависимости от степени тяжести патологического процесса больные были разделены на две группы. Первую группу составляли 31 ребёнок с тяжёлым течением, вторую группу – 34 пациента с очень тяжёлым течением пневмонического процесса.

Установлено, что у детей первого года жизни с тяжёлым и очень тяжёлым течением бактериальной пневмонии наблюдается дисбаланс в коагуляционной и антикоагуляционной системах гемостаза. У детей первого года с тяжёлым течением пневмонии почти в равных соотношениях наблюдается склонность к гиперкоагуляции (43,3%) и коагулопатии потребления (56,7%). Тогда как у детей с очень тяжёлым течением пневмонии довольно редко отмечается тенденция к гиперкоагуляции (3%), у 2/3 (66,7%) отмечается существенная коагулопатия потребления, а у 1/3 больных имела место выраженная фибринолитическая активность с универсальным геморрагическим синдромом.

При подключении к комплексу традиционной терапии небольших доз препарата антикоагуляционного действия, заместительного характера и антипротеазного эффекта, в более ранние сроки достигнуто сбалансирование коагуляционно-антикоагуляционной системы крови с нивелированием клинических проявлений пневмонического процесса.

Ключевые слова: бактериальная пневмония, пневмония у детей

Актуальность. В структуре детской заболеваемости и младенческой смертности в Среднеазиатском регионе, в том числе в Республике Таджикистан, пневмония всё ещё занимает одно из ведущих мест [1-4].

Как известно, при пневмонии у детей раннего возраста, наряду с симптомами интоксикации, наблюдаются проявления дыхательной недостаточности в виде нарушения вентиляционной функции лёгких, диффузии кислорода и углекислого газа через альвеолокапиллярную мембрану и перфузии в лёгких, как пульмональные, так и экстрапульмональные проявления пневмонического процесса, способствующие возникновению различной степени изменений всех звеньев гомеостаза, как газового состава крови, водно-электролитного баланса, так и состояния коагуляционно-антикоагуляционной системы крови [5-9]. Несмотря на очевидную значимость последнего аспекта проблемы, он не подвергался целенаправленному изучению, а так же всё ещё не разработаны некоторые нюансы корригирующего лечения данной категории больных.

Цель исследования. Изучить состояние гемостаза и разработать корригирующую терапию выявленных нарушений при пневмонии у детей первого года жизни.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 65 детей с пневмонией в возрасте от 4 дней до 12 месяцев, мальчиков было 38 (58,5%), девочек – 27 (41,5%). Наблюдаемые дети по тяжести состоянии и степени тяжести дыхательной недостаточности были разделены на две группы: I группу составили 31 ребёнок с тяжёлым течением пневмонии и проявлениями ДН II степени, II группу – 34 ребёнка с очень тяжёлым течением пневмонии с проявлениями ДН II-III степени.

Контрольную группу составили 23 здоровых ребёнка соответствующего возраста. Наблюдаемым больным были проведены общеклинические (общий

анализ крови с определением количества тромбоцитов), коагуляционные (время свёртывания крови по Ли-Уайту, время кровотечения по Дьюке, степень тромботеста, протромбиновый индекс, фибриноген, антитромбин-III, фибринолитическая активность крови), паракоагуляционные (этаноловый, протиаминсульфатный) тесты.

Статистическую обработку данных производили методами параметрической и непараметрической статистики. Для оценки различий между группами использовали t-критерий Стьюдента, а также U -критерий Вилкоксона-Манна-Уитни, точный метод Фишера (ТМФ) и критерий χ^2 Пирсона.

Результаты и их обсуждение. Больные первой группы были госпитализированы в клинику на первой неделе заболевания, при поступлении состояние всех детей данной группы расценено как тяжёлое, что было обусловлено симптомами интоксикации с повышением температуры от 38,6°С до 39°С, сопровождающейся проявлениями микроциркуляторных нарушений в виде бледности кожи с мраморно-цианотическим оттенком (100%). Интоксикационный синдром сочетался с явной дыхательной недостаточностью в виде тахипноэ – от 54 до 66 дыхательных движений в минуту, умеренного участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания у 87% больных, напряжения крыльев носа – у 41% детей, цианоз губ и носогубного треугольника – у 76%.

Укорочение перкуторного звука над пневмоническим очагом выявлено в 91,3% случаев. Наряду с этим, у 67,9% больных аускультативно выслушивались сухие и разнокалиберные влажные хрипы. Со стороны сердца у 86% больных выслушивались приглушённые тоны, тахикардия констатирована у 96,9% детей. Следует отметить, у детей данной группы клинические проявления пневмонического процесса сочетались с циркуляторным изменением со стороны кожи, кровоточивостью из мест инъекций (56,7%) и уменьшением суточного диуреза (60-73%). Кроме того, у 45% детей наблюдалась кровавая рвота в виде кофейной гущи, а у 6,3% больных отмечался дёгтеобразный стул.

Состояние всех 34 детей второй группы при поступлении в стационар было очень тяжёлым за счёт выраженной интоксикации и дыхательной недостаточности, гипертермия колебалась в рамках от 39°С до 41°С во всех случаях, что сочеталось с гипервентиляционным синдромом с нарастанием частоты дыхания от 70 до 82 в минуту. Кашель отмечался у 84,1% больных. Во всех случаях наблюдалась бледность кожных покровов с выраженным мраморным оттенком и цианозом носогубного треугольника, напряжение крыльев носа у 96% пациентов. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, и втяжение уступчивых мест грудной клетки (межрёберных промежутков, ярёмной, подключичной и надчревной ямок) отмечались у 100% больных, перкуторно над пневмоническим очагом определялось укорочение перкуторного звука у 94,1% больных, при аускультации у 68,4% детей с пневмонией выслушивались сухие и разнокалиберные влажные хрипы.

Расширение границ относительной сердечной тупости обнаружено у 67,3% больных. У 83,6% детей отмечалась тахикардия. Кроме того у больных с очень тяжёлым течением пневмонии, наряду с основными клиническими признаками патологического процесса, имели место проявления циркуляторных нарушений, кровоточивость из мест инъекций в 100% случаев. Суточный диурез у 2/3 больных уменьшился от 61% до 79%, а у 1/3 пациентов его объём снизился до 50%. У 33,4% больных данной группы так же отмечались геморрагические пятна на коже, в большей степени на нижних конечностях, что сочеталось с кровавой рвотой и чёрным стулом, кроме того, у одного ребёнка констатировано разлитое кровоизлияние в конъюнктиву глаз.

Для верификации диагноза, у всех больных проводились лабораторные и дополнительные методы исследований.

У детей с пневмонией первой группы общее количество эритроцитов находилось в пределах 3,7–4,1x10^9 г/л. Гемоглобин составил 94–123 г/л; имел место небольшой лейкоцитоз – до 9,4x10^9/л, палочкоядерный сдвиг – 5-14%; СОЭ – 13-21 мм/ч. Отмечалось некоторое повышение гуморальной активности крови. Значение гематокрита (Ht) у детей этой группы находилось в пределах 34–38%. Биохимический анализ крови показал гипопротеинемию (г/л) у 10 детей с пневмонией, общий билирубин был в пределах нормы. У пациентов второй группы исследования (34 ребёнка первого года жизни с пневмонией) общее количество эритроцитов составило 2,7–3,6x10^{12}/л, гемоглобин находился в пределах 83–96 г/л, а лейкоциты – 12-18,3x10^9/л, палочкоядерный сдвиг влево (17-36%). Скорость оседания эритроцитов колебалась от 21 до 39 мм/ч у 12 больных. Заметные сдвиги со стороны показателей периферической крови, обнаруженные у детей с пневмонией, опосредованы бактериальным поражением лёгких, которые были умеренного отклонения при тяжёлом течении и выраженными при очень тяжёлом течении патологического процесса.

У всех 65 (100%) обследованных больных пневмония подтверждена данными обзорной рентгенографии грудной клетки. Рентгенологическим исследованием обнаружено преобладание правостороннего поражения лёгких (31,4%) над двусторонним (30,5%) и левосторонним (19,1%), что обусловлено спецификой анатомофизиологических особенностей обследуемой возрастной группы.

Показатели коагуляционной и антикоагуляционной систем периферической крови представлены в таблице 1.

ТАБЛИЦА 1. СРЕДНИЕ ЗНАЧЕНИЯ КОАГУЛОГРАММЫ У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЕЙ

Группы / Показатели	Контрольная	I группа	II группа
Время кровотечения (минут)	3,1±0,13	3,8±0,14*	6,1±0,08*,**
Время свёртывания (минут)	5,8±0,16	7,1±0,14*	11,8±0,21*,**
Протромбиновый индекс	89,0±4,17	61,7±3,7*	43,1±2,9 *,**
Степень тромботеста	5,4±0,01	3,3±0,21*	2,01±0,04*,**
Фибриноген (г/л)	2,96±0,14	1,81±0,33*	0,96±0,007*,**
Антитромбин III	73 – 118	67 – 93	47 - 75
Фибринолитическая активность	226,4±18,35	224,6±4,41	167,1±4,9*,**

Примечание: - статическая значимость различий по сравнению с контрольной группой;*
*** - по сравнению с показателями I группы*

Как следует из представленных в таблице данных, среднее значение времени длительности кровотечения у больных первой группы (3,8±0,14) по Ли-Уайту оказалось незначительно больше по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы (3,1±0,13; p<0,05). Такая же ситуация выявлена в отношении длительности кровотечения по Дьюке, т.е. длительность кровотечений у больных с тяжёлым течением пневмонии была значимо больше по сравнению с этими же показателями группы здоровых детей. Наряду с этим, средняя величина протромбинового индекса, степени тромботеста и содержания фибриногена в плазме крови (61,7±3,7; 3,3±0,21; 1,81±0,03, соответственно) у больных I группы, оказалась достоверно ниже по сравнению с соответствующими показателями контрольной группы. В тоже время, среднее значение фибринолитической активности крови (224,6±18,35) у детей I группы практически не отличалось от этого же значения здоровых детей (226,4±2,11; p<0,05).

При индивидуальном анализе, тенденции к нарастанию содержания фибриногена в плазме крови, с уменьшением времени свёртывания крови, длительности кровотечения по Дьюке обнаружены у 43,3% детей первой группы. Диаметрально противоположные коагуляционные изменения имели место у 56,7% детей данной группы больных.

При исследовании свёртывающей системы крови у детей второй группы обнаружено существенное укорочение средней величины времени свёртывания крови по Ли-Уайту (11,8±0,41) и длительности кровотечения по Дьюке (6,1±0,08) по сравнению аналогичными показателями у детей как контрольной, так и первой группы (p<0,001). Вместе с тем, средние показатели протромбинового индекса, степени тромботеста, фибриногена у детей с очень тяжёлым течением пневмонии оказались значительно ниже (43,2±2,9; 2,01±0,04; 0,96±0,007, соответственно) по сравнению с этими же показателями здоровых детей и больных первой группы исследования (p<0,001). Тогда как средняя величина фибринолитической активности крови данной группы больных значительно превосходила (167,1±4,9 минут) таковой же показатель контрольной группы (226,4±8,45 мин) и первой группы исследования (p<0,001).

Индивидуальный анализ показал, что у 3% детей с очень тяжёлым течением пневмонии в гемостатических показателях наблюдалась тенденция к укорочению времени свёртывания крови по Ли-Уайту и длительности кровотечения по Дьюке, что сочеталось с повышением содержания фибриногена в плазме крови у данной категории больных. У 2/3 детей этой группы выявлено существенное уменьшение показателей протромбинового индекса, степени тромботеста, а почти у 1/3 (30,4%) больных данной группы, наряду со значительным снижением показателей протромбинового комплекса, выявлено достоверное повышение фибринолитической активности крови.

Таким образом, результаты проведённого исследования показали, что у детей первого года жизни с тяжёлым и очень тяжёлым течением бактериальной пневмонии наблюдается дисбаланс в коагуляционной и антикоагуляционной системам гемостаза. У детей первого года с тяжёлым течением пневмонии почти в равных соотношениях наблюдается склонность к гиперкоагуляции (43,3%) и коагулопатии потребления (56,7%). Тогда как у детей с очень тяжёлым течением пневмонии довольно редко отмечается тенденция к гиперкоагуляции (3%), у 2/3 (66,7%) отмечается существенная коагулопатия потребления, а у 1/3 больных имела место выраженная фибринолитическая активность с универсальным геморрагическим синдромом.

С учётом выявленных нами изменений в гемостатическом статусе больных с тяжёлым течением пневмонии, наряду с этиопатогенетическим препаратом,

ТАБЛИЦА 2. ГЕМОСТАТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У ДЕТЕЙ С БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В ДИНАМИКЕ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТОВ КОАГУЛЯЦИОННО-АНТИКОАГУЛЯЦИОННОГО ЭФФЕКТА

Группы / Показатели	I группа		II группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Время свёртывания (мин)	3,2±0,009	2,3±0,004*	6,1±0,02	2,9±0,06*
Время кровотечения (мин)	4,1±0,14	4,4±0,08*	11,8±0,21	8,6±0,13*
Протромб. индекс (%)	61,7±3,7	82,8±4,3*	43,1±2,9	79,3±3,3*
Степень тромботеста	3,3±0,2	5,4±0,31*	2,01±0,04	4,8±0,4*
Фибриноген (г/л)	1,8±0,08	2,53±0,05*	0,96±0,007	2,44±0,006*
Фибринолитическая активность (мин)	224,0±4,41	229,7±6,1*	167,0±4,9	218,0±8,1*

Примечание: ** - статистическая значимость различий по сравнению с исходными данными*

в комплексе лечения использовались препараты корригирующего эффекта для устранения дисбаланса в свёртывающей и антисвёртывающей системах крови.

Так, с целью нивелирования клинико-параклинических нарушений, всем больным проведено комплексное лечение, состоявшие из антибиотиков (пенициллин и ампициллин, гентамицин и цефалоспарины), метаболических средств (ККБ, пантотенат кальция, липоевая кислота, рибофлавин, мононуклеотид), препаратов, способствующих сбалансированию реологических изменений крови, с использованием коллоидо-кристаллоидных растворов из расчёта 120 мл/кг, а так же осуществляли коррекции респираторных потерь посредством лёгких и кожи объёмом по 10 мл/кг растворов на каждый градус температуры тела сверх (выше) нормы.

Кроме этого, больным как с тяжёлой, так и с очень тяжёлой пневмонией, с проявлениями микроциркуляторных нарушений, с цианотично-мраморным оттенком кожи, с укорочением длительности кровотечения по Дьюке менее 2 минут, времени свёртывания крови по Ли-Уайту менее 5 минут, в ранее упоминающуюся традиционную терапию подключили гепарин из расчёта 150 ЕД/кг сутки в/в капельно на физрастворе. А больным с увеличением длительности кровотечения по Дьюке более 4 минут и времени свёртывания крови, превышающего 7 минут, снизили дозу гепарина до 100 ЕД/кг в сутки в сочетании со свежезамороженной плазмой в дозе 10,0 мл/кг. Тогда как детям с пневмонией с длительностью кровотечения превалирующей 8-10 минут, временем свёртывания крови более 12 минут, суточную дозу гепарина далее убавили до 50 ЕД/кг в сутки в комбинации со свежезамороженной плазмой в дозе 10-15 мл/кг и контрикалом – 300 ЕД/кг в сутки.

Наряду с этим, в качестве препаратов симптоматического эффекта, больным вводили эуфиллин 2,4% по 0,1мл/кг и сердечные гликозиды (корглюкон 0,06% по 0,1 мл на год жизни). На фоне комплексного лечения, на 3-5 день состояние у обследуемых детей заметно улучшилось, симптомы интоксикации уменьшились, температура тела нормализовалась, бледность кожи значительно уменьшилась, цианотично-мраморный оттенок перетерпел обратное развитие. Изменения геморрагического характера нивелировались, одышка практически исчезла (ЧД 42-44 в минуту).

Гемостатические показатели периферической крови в динамике на фоне комплексной терапии приведены в таблице 2.

Представленные данные свидетельствуют о том, что гемостатические показатели крови, в частности длительность кровотечения по Дьюке и время свёртывания по Ли-Уайту, у больных как первой, так и второй группы на фоне комплексного лечения с использованием антикоагуляционно-коагуляционных лекарственных средств, а у больных с очень тяжёлым течением – ещё и дополнительного применения препарата антипрозного эффекта, на 3-5 сутки достоверно уменьшились по сравнению с исходными данными ($p< 0,05$).

Среднее значение протромбинового индекса, степень тромботеста и содержание фибриногена у больных после лечения практически приблизились к таковым у детей контрольной группы. Средняя величина фибринолитической активности крови у больных первой группы оставалась на уровне исходных значений, а у детей второй группы существенно снизилась ($p<0,001$).

Итак, подключение гепарина в сочетании со свежезамороженной плазмой и препарата антипротеазного эффекта в комплекс традиционного лечения тяжёлой формы пневмонии у детей первого года жизни способствуют сбалансированию всех звеньев гемостаза, более ранней оптимизации гемостаза и восстановлению функции внешнего дыхания.

Таким образом, при тяжёлом течении пневмонии у детей первого года жизни, на фоне выраженной интоксикации, гипертермии и дыхательной недостаточности, у данной категории больных развивается дисбаланс в гемостатической системе в виде развития гиперкоагуляции, коагулопатии потребления и повышения фибринолитической активности крови, нередко с появлением экстравазатов и других проявлений геморрагического синдрома. При подключении к традиционной комплексной этиопатогенитической терапии в ранние сроки гепарина по показаниям со свежезаморожённой плазмой и препаратов антипротеазного эффекта довольно быстро происходит сбалансирование и стабилизация коагуляционного и антикоагуляционного потенциала гемостатической системы организма с оптимизацией в гемостазе и восстановление функции внешнего дыхания, как правило, в полном объёме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радченко Е.А. Современные особенности течения острых респираторных вирусных инфекций (суперинфекционные, исходы) / Е.А.Радченко. - Бишкек. - 2006.
2. Зиновский Е.П. Тенденции смертности в Казахстане, специфика республики Центрального-азиатского региона / Е.П. Зиновский // Сборник научный трудов IX. Межд. науч.-практ. конф. // - Усть-Каменогорск. - 2008. - 127с.
3. Зеленская Д.И. Динамика смертности от пневмонии детей первого года жизни: автореф. дис…. канд. мед. наук / Д.И.Зеленская. - М. - 1988. - 25с.
4. ЮНИСЕФ. Анализ причины младенческой смертности Таджикистане 2012г.
5. Мамот А.П. Патология гемостаза / А.П.Мамот // С-Пб. - 2006. -58с.
6. Румянцев А.Г. Физиология и патология гемостаз в период новорождённости / Под ред. В.Ф.Коколиной, Г.Румянцева. - М., Медпрактика. - 2004. - 89с.
7. Чупрова А.В. Система неонатального гемостаза в норме и патология / А.В.Чупрова. - РАМН. - 2005. - № 4. - С.13-19.
8. Заболотский И.Б. Диагностика и расстройства система гемостаза / И.Б.Заболотский, С.В.Сиников, С.А.Шапошников // - М., « Практическая медицина». - 2008. - 134с.
9. Папаян Л.П. Новые представления процесса свёртывания крови / Л.П.Папаян // - Трансфузиология. - 2004.- № 1. - Т.5. - С.12-13.

Summary

Clinical features of hemostatic manifestations and corrective therapy for pneumonia children first year of life

K.I. Ismoilov, S.T. Davlatov, M.A. Ismoilova
Chair of childhood diseases №2 Avicenna TSMU

The results of a study of hemostasis in 65 newborns and infants with bacterial pneumonia were presented in the article. Depending on the severity of pathological process, the patients were divided into two groups. The first group consisted of 31 patients with severe currency, the second group - 34 patients with very severe course of pneumonic process.

In infants with severe and very severe course of bacterial pneumonia is revealed an imbalance in the coagulation and anticoagulation system of hemostasis. In infants first year of life with severe pneumonia almost in equal ratios is observed a tendency to hypercoagulability (43,3%), consumption coagulopathy (56,7%). While children with very severe currency of pneumonia is quite rare over the tendency to hypercoagulability (3%), in 2/3 of patients (66,7% is observedsubstantial consumption coagulopathy, and in 1/3 of patients - is noted a marked fibrinolytic activity with universal hemorrhagic syndrome.

In addition to traditional therapythe small doses of medications with anticoagulation, substitution and anti-proteasic effect at an earlier terms, balancing coagulation-anticoagulation system of blood with leveling clinical manifestations of pneumonic process was achieved.

Key words: bacterial pneumonia, pneumonia in children

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Исмаилов Комилджон Исроилович –
заведующий кафедрой детских болезней №2 ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, ул. Сомони, 59А
E-mail: IsmoilovK.I@mail.ru

Перекисное окисление липидов и антиоксидантная защита организма у детей с вегето-сосудистой дистонией

Т.К. Артыкова, К.И. Исмаилов
Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье описываются изменения антиоксидантной защиты организма ребёнка и процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) у 25 детей, при различных типах вегето-сосудистой дистонии.

Установлено напряжение антиоксидантной системы в сравнении со здоровыми детьми. У детей с симпатико-тоническим типом вегето-сосудистой дистонии показатели составили 11,17±2,04 ммоль/л в младших возрастных группах и 11,09±2,02 – у старшего возраста, что по сравнению в этих же возрастных группах с ваготоническим и смешанным типами ниже, соответственно (11,43±1,04 ммоль/л и 11,32±1,01) и (11,69±3,01 ммоль/л и 11,52±1,42). Полученные данные свидетельствуют о наиболее выраженных нарушениях ПОЛ у детей с вегето-сосудистой дистонией.

Ключевые слова: вегето-сосудистая дистония, антиоксидантная защита, перекисное окисление липидов

Актуальность. Одним из механизмов формирования вегетативной дистонии, особенно нейровегетативных кардиальных изменений, является свободнорадикальная агрессия, изменения энергетики, метаболические сдвиги [1,2]. На современном этапе многие вопросы патологии сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и других заболеваний рассматриваются в аспекте мембранных нарушений, механизм которых неразрывно связан с гипоксией, активацией или угнетением ферментных систем, нарушением целостности самой мембраны, в конечном итоге приводящим к липопероксидации и накоплению в избыточном количестве токсичных продуктов перекисного окисления липидов. Установлено, что накопление в мембранах клеток продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) меняет их структуру и приводит к изменению их функциональной активности [2-4].

У детей ослабление антиоксидантной защиты (АОЗ) и неконтролируемое усиление процессов перекисного окисления липидов является одним из важных звеньев патогенеза хронических патологических состояний и формирования дисметаболических процессов. Доказано, что усиление активности процессов ПОЛ может влиять на структуру и барьерные свойства клеточных мембран, вызывая нарушение их нормального функционирования [3,4]. Кроме того, установлено, что в основе нарушения функции, в данном случае функции адаптации организма в условиях вегето-сосудистой дистонии (ВСД), лежит процесс неадекватного энергообеспечения клетки, приводящий к неадекватной реакции на внешние воздействия как самой клетки, так и всех органов и систем [4].

Всё вышесказанное побудило изучить особенности функционирования системы биогенеза АКМ при клиническом дебюте кардиореспираторных нарушений у детей с вегето-сосудистой дистонией и использовать полученные результаты как для характеристики процессов адаптации, так и для определения степени выраженности вегетативных нарушений. Вопрос, насколько нарушения перекисного окисления липидов отражаются на формировании кардиореспираторных нарушений у детей с вегето-сосудистой дистонией, до сих пор остаётся малоизученным.

Цель исследования: изучить состояние антиоксидантной защиты и перекисного окисления липидов у детей с вегето-сосудистой дистонией.

Материал и методы. Исследование состояния перекисного окисления липидов проведено у 35 детей в возрасте от 5 до 15 лет на базе Биохимической лаборатории санэпидстанции г.Душанбе в

ТАБЛИЦА 1. ПОКАЗАТЕЛИ ПОЛ И АОС У ДЕТЕЙ КОНТРОЛЬНОЙ И ОСНОВНОЙ ГРУПП

Показатели	Возраст	Дети с ВСД			Контрольная группа (n=10)
		Ваготонический тип (n=9)	Симпатико-тонический тип (n=9)	Смешанный тип (n=7)	
МДА, ммоль/л	3-7	6,32±0,21*	6,62±0,18 *	6,57±0,25*	4,12±0,02*
	8-11	6,37±0,15*	6,66±0,11*	6,61±0,17*	4,24±0,08*
	12-15	6,71±0,33*	6,95±0,08*	6,72±0,07*	4,32±0,01*
ДК, ммоль/л	3-7	25,43±0,16*	27,11±0,22*	26,14±0,15*	16,11±0,11*
	8-11	25,47±0,11*	27,17±0,12*	26,17±0,11*	16,17±0,11*
	12-15	25,51±0,02*	27,23±0,11*	26,27±0,15*	16,18±0,17*
АК, ммоль/л	3-7	11,43±1,04*	11,17±2,04*	11,69±3,01*	12,06±1,01*
	8-11	11,41±1,11*	11,11±1,44*	11,63±2,10*	12,16±1,04*
	12-15	11,32±1,01*	11, 09±2,02*	11,52±1,42*	12,26±1,06*
ГП, ммоль/л	3-7	0,32±0,03*	0,38±0,02*	0,34±0,01*	0,24±0,04**
	8-11	0,35±0,01*	0,45±1,02*	0,38±0,02*	0,27±0,01**
	12-15	0,41±0,12*	0,54±0,01*	0,45±0,02*	0,29±0,04**

*Примечание: *p<0,05; ** p<0,01 – статистическая значимость различий показателей ПОЛ и АОЗ у детей контрольной и основной групп*

2013 году. Обследуемые дети были разделены на 2 группы. Основную группу составили 25 пациентов, находившихся на стационарном лечении с диагнозом вегето-сосудистая дистония: ваготонический тип (n=9), симпатико-тонический тип (n=9) и смешанный тип (n=7). Контрольная группа состояла из 10 практически здоровых детей.

О состоянии ПОЛ судили по изменению показателей диенового коньюгата и малонового диальдегида. По показателям активности каталазы (АК) и глутатионпероксидазы (ГП) судили об антиоксидантном состоянии организма детей. Забор крови для исследования осуществляли утром натощак в первые часы после поступления в стационар. Определение вторичных, стабильных продуктов ПОЛ по уровню МДА в сыворотке крови проводилось по реакции с тиобарбитуровой кислотой с последующей спектрофотометрией.

Определение активности глутатионпероксидазы в эритроцитах осуществляли с помощью метода, предложенного D.E. Paglia в модификации Маркина А.А. (1992), базирующегося на регистрации скорости окисления НАДФН при восстановлении глутатионредуктазы, окисленного глутатиона, образующегося при декомпозиции перекиси водорода глутатионпероксидазой. Активность каталазы (АК) определяли методом основанном на образовании окрашенного комплекса H2O2 с молибдатом аммония (Королюк М.А. и др.).

Статистическая обработка результатов исследования проведена на персональном компьютере с применением пакета «Statistica 6.0». Различия считались статистически значимыми при p<0,05.

Результаты и их обсуждение. При исследовании показателей ПОЛ у детей с ВСД независимо от её типа, выявлено значительное, более чем в 1,6 раза повышение содержания в крови первичных (ДК) и вторичных (МДА) продуктов перекисного окисления. При оценке показателей ПОЛ и антиоксидантной системы (АОС) в обеих группах, выявлены отклонения от нормы у детей с ВСД, по сравнению с контрольной группой. При сравнении уровней концентрации МДА и ДК в основной и контрольной группах, было отмечено, что содержание МДА и ДК значительно больше в группе детей с ВСД, что свидетельствует о более интенсивном протекании у них процессов свободнорадикального окисления (табл.1).

Наиболее выраженные сдвиги показателей активности МДА наблюдались в группе детей с симпатико-тоническим типом ВСД, которые в младших возрастных группах составили 6,62±0,18 ммоль/л, а в пубертатном возрасте – увеличились до 6,95±0,08. Эти показатели были выше, чем у детей с ваготоническим типом ВСД (6,34±0,17 и 6,71±0,33 ммоль/л, соответственно) и при смешанном типе (6,57±0,25 и 6,72±0,07 ммоль/л, соответственно). Показатели ДК также наиболее высокие в группе детей с симпатико-тоническим типом ВСД.

У детей старшей возрастной группы отмечены наиболее высокие показатели МДА – 6,71±0,33 ммоль/л, тогда как в младшей и средней возрастных группах достоверных различий между ними не имеется (6,32±0,21 и 6,37±0,15 ммоль/л).

Такие же изменения наблюдались и при оценке содержания ДК у детей с ВСД. У детей 12-15 лет показатели ДК составляют 27,23±0,11 ммоль/л, что значительно больше, чем у детей младших возрастных групп (25,43±0,16 и 25,47±0,11 ммоль/л).

Являясь ключевыми ферментами антиоксидантной системы, показатели АК и ГП указывают на распространённость и степень свободнорадикального окисления.

В наших исследованиях их показатели были наиболее выражены в группе с детей с симпатико-тоническим типом ВСД. Так, показатели АК при данном типе ВСД имели тенденцию к снижению: от 11,17±2,04 ммоль/л в младших возрастных группах до 11,09±2,02 – у детей старшего возраста, что по сравнению в этих же возрастных группах ваготонического и смешанного типа ниже, соответственно (11,43±1,04 и 11,32±1,01 ммоль/л) и (11,69±3,01 и 11,52±1,42 ммоль/л), то есть, в старших возрастных группах, интенсификация ПОЛ и тенденция к снижению АОЗ указывает на выраженное нарушение процессов свободнорадикального окисления у данного контингента детей. Выявленная активация уровня ПОЛ у детей с ВСД может свидетельствовать о нарушении равновесия между образованием радикалов, перекисей липидов и о воздействии на них системы антиоксидантов.

Таким образом, у детей, страдающих ВСД, отмечается напряжение антиоксидантной системы глутатиона и повышенная активность каталазы по сравнению со здоровыми детьми. Наиболее выраженные нарушения ПОЛ и АОЗ выявлены у детей с симпатико-тоническим типом ВСД. Стрессорное воздействие выраженных функциональных нарушений при симпатико-тоническом типе ВСД, очевидно, может быть причиной формирования окислительного стресса у детей и приводить к снижению антиоксидантных механизмов защиты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Панова Т.И. Оценка адаптации кардиореспираторной системы подростков к экологии мегаполиса / Т.И.Панова // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2010. – № 7 (79). – С.41-45.
2. Беляева Л.М. Перекисное окисление липидов и антиоксидантная защита у детей с ревматическими заболеваниями / Л.М.Беляева [и др.] // Кардиология в Беларуси. – 2014. – № 4 (35). – С.36-45.
3. Сидоренко Н.Д. Перекисное окисление липидов и антиоксидантная защита при хроническом гастродуодените у детей / Н.Д.Сидоренко// Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 2-1. – С.59-61.
4. Lung F.W. Parental bonding in males with adjustment disorder and hyperventilation syndrome / F.W.Lung, T.H.Lee, M.F.Huang // Journal BMC Psychiatry. – 2012. – P.12-56.

Summary

Lipid peroxidation and antioxidant protection in children with vegetative-vascular dystonia

T.K. Artykova, K.I. Ismailov
Chair of childhood diseases №2 Avicenna TSMU

This article describes the changes in antioxidant protection of the child and lipid peroxidation (LPO) in 25 children with different types of vegetative-vascular dystonia.

Distress of the antioxidant system in comparison with healthy children is revealed. In children with sympathetic-tonic type of vegetative-vascular dystonia indices were 11,17±2,04 mmol / l in younger age groups and 11,09 ± 2,02 - in older, compared to the same age group with vagotonic and mixed types are lower, respectively (11,43±1,04 mmol / l and 11,32±1,01) and (11,69 ± 3,01 mmol / l and 11,52 ± 1,42). The findings testify about marked disorders of lipid peroxidation in children with vegetative-vascular dystonia.

Key words: vegetative-vascular dystonia, antioxidant protection, lipid peroxidation

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Исмаилов Комилджон Исроилович –
заведующий кафедрой детских болезней №2 ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, ул. Сомони, 59А
E-mail: tahmina_artikova@mail.ru

Особенности клинико-иммунологического течения атопического дерматита у детей

У.Х. Рахимова, О.И. Косимов*, З.К. Умарова
Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино;
**кафедра дерматовенерологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения» МЗ и СЗН РТ*

В статье приведены результаты исследования особенностей клинического проявления и изменения реактивности иммунной системы у 100 детей с атопическим дерматитом.

Установлено, что у детей раннего возраста превалировала (58%; n=58) экссудативная форма атопического дерматита (АтД), затем – эритематозно-сквамозная (22%; n=22), эритематозно-сквамозная с лихенизацией (10%; n=10) и меньше всех – лихеноидная (5%; n=5) и пруригинозная (5%; n=5) – у детей старшего возраста.

Выявлено снижение клеточного и гуморального иммунитета у больных с АтД, по сравнению с контрольной группой, которое проявлялось уменьшением количества Т-лимфоцитов (CD3 – 39,4%), Т-хелперов (CD4 – 26,0%), рецепторов пролиферации (CD71 – 9,0%), Ig A – 0,33%, Ig M – 0,34% и Ig G – 4,12%, снижением фагоцитарной активности (CD32 – 31,5%), Т-супрессоров (CD8 – 11,0%), В-лимфоцитов (CD20 – 13,4%), апоптоза (CD95 – 17,5%), рецепторов к IL-2 (CD25 – 71,6%).

Ключевые слова: атопический дерматит, эритематозно-сквамозная, лихеноидная и пруригинозная формы, клеточный и гуморальный иммунитет

Актуальность. Значительную часть больных детей составляют дети с аллергией. По данным ВОЗ, аллергические заболевания занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, а в ближайшие 20–30 лет выйдут на первое место. На долю дерматозов приходится 56-66,4% всех форм аллергических заболеваний, среди которых преобладает атопический дерматит (АтД) [1].

Атопический дерматит – это хроническое рецидивирующее заболевание воспалительно-аллергического генеза, для которого характерен комплекс признаков атопии, вегетативно-сосудистые расстройства, локальные системные изменения иммунной реактивности и провоцирующие факторы окружающей среды, с зудом, сухостью и лихенизацией кожи [2]. Результаты иммунологического обследования детей с кожными проявлениями аллергии свидетельствуют о том, что у них имеет место значительное изменение в функционировании различных звеньев иммунитета.

По данным разных авторов, по всему миру, в настоящее время АтД встречается от 5% до 25% населения [3,5]. Рост заболеваемости связывают с социально-экономическими кризисами, экологическими, климатическими изменениями, ухудшением условий жизни и многими другими факторами. Учитывая тенденцию к неуклонному росту заболеваемости и частым рецидивам АтД среди населения, а также развитие тяжёлых форм дерматозов, на наш взгляд, особую актуальность представляет изучение клинико-иммунологических проявлений заболевания.

Цель исследования. Изучить клинико-иммунологические особенности атопического дерматита у детей в зависимости от тяжести течения заболевания.

Материал и методы. За период с 2012 по 2014 гг., под нашим наблюдением в городском центре здоровья №12 г.Душанбе находились 100 детей с атопическим дерматитом, в возрасте от 0 до 14 лет.

По клиническим формам различались: экссудативная – у 58 (58%) детей, эритематозно-сквамозная – у 22 (22%), эритематозно-сквамозная с лихенификацией – у 10 (10%), лихеноидная – у 5 (5%) и пруригинозная – у 5 (5%).

РЕПРИНТ ЗАПРЕЩЕН

РИС. 1. ЭКССУДАТИВНАЯ ФОРМА

РИС. 2. ЭРИТЕМАТОЗНО-СКВАМОЗНАЯ ФОРМА

РИС. 3. ЛИХЕНОИДНАЯ ФОРМА

РЕТРАКТИРОВАНО

По тяжести течения все больные были разделены на 3 группы. Первую группу составили 38 (38%) больных с лёгким течением заболевания, вторую – 51 (51%) со средней тяжестью, третью – 11 (11%) с тяжёлым. Всем больным проводилось клинико-лабораторное обследование, включающее: осмотр, сбор анамнестических данных, исследование общего анализа крови, мочи, кала, кал на я/г, бактериологическое исследование поражённых участков кожи на флору и чувствительность к антибиотикам; иммунологическое исследование крови (клеточный и гуморальный иммунитет, иммуноглобулин Е) с использованием метода непрямого розеткообразования моноклональными антителами; циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) – методом иммуноферментного анализа; УЗИ внутренних органов; консультации специалистов: дерматолога, иммунолога, аллерголога.

В качестве контрольной группы было обследовано 20 практически здоровых детей, в возрасте от 0 до 14 лет, у которых в анамнезе не было указаний на аллергические проявления и отсутствовала наследственная отягощённость, которым также проводились иммунологические исследования крови.

Результаты и их обсуждение. У всех наблюдаемых детей наследственность по АтД была отягощена: у 39 (39%) из них аллергические заболевания отмечались у обоих родителей, у 61 (61%) – страдал один из родителей (мать – в 41% случаев, отец – в 20%). У 53 (53%) больных первые проявления аллергии диагностировались, в основном, на 1-3 году жизни. Клиническое обследование показало, что выраженные симптомы АтД отмечены у больных с экссудативной формой (рис.

В 100 % случаев у этой группы больных отмечалось небольшое шелушение кожи лица, лёгкая гиперемия, незначительная экссудация. В дальнейшем высыпания распространялись на кожу наружной поверхности предплечий (13%), туловища (7%) голеней (12%) и ягодиц (19%). Наблюдались единичные

папулы, везикулы, зуд слабый, не нарушающий сон ребёнка, увеличение лимфатических узлов (размером с горошину) у 43% больных.

Эритематозно-сквамозная форма характеризовалась поражением шеи, кожи складок конечностей и туловища. Основными клиническими проявлениями были мелкие сухие чешуйки с небольшой отёчностью кожи (17%), лихенификацией (7%), расчёсами (13%), геморрагическими корками (14%), трещинами за ушами (8%); лимфатические узлы увеличены (размером с фасоль), умеренный зуд (рис.2).

Эритематозно-сквамозная с лихенификацией форма характеризовалась папулёзными высыпаниями и повышенной сухостью кожи. Кожа лихенизирована с большим количеством экскориаций и мелкопластинчатых чешуек (10%). Высыпания преимущественно на сгибательной поверхности конечностей (8%), передней поверхности шеи (10%), тыльной поверхности кистей и стоп (7%).

Лихеноидная форма наблюдалась чаще всего у детей старшего возраста и у подростков, характеризовалась сухостью, отёчностью и инфильтрацией. У всех детей с этой формой имелись крупные сливающиеся очаги лихенизации на коже локтевых и подколенных сгибов, шеи, кистей и стоп. Лимфатические узлы увеличены (размером с лесной орех). Зуд упорный, стойкий (рис.3).

Пруригинозная форма у детей наблюдалась на фоне лихенизированной кожи в виде множественных изолированных плотных отёчных папул, на вершине которых часто выявлялись мелкие пузырьки с уплотнением эпителия. Очаги поражения локализовались на лице (4%) (веки, периоральная область), шее (2%), верхней части груди (1%), локтевых сгибах (2%), на тыле кистей (2%), ягодично-поясничной области (3%). Лимфатические узлы равномерно увеличены до размера лесного ореха. Зуд сильный, нарушающий сон ребёнка.

Среди обследованных нами больных, лёгкая степень АтД была определена у 38 (38%) детей (1-2 обострения в год, продолжительность ремиссии – от 6-8 месяцев).

Среднетяжёлое течение заболевания (частота обострения 3-4 раза в год, длительность ремиссии 2-3 месяца) отмечалось у 52 (52%) детей.

Тяжёлое течение АтД обнаружено у 10 (10%) детей, то есть не менее 5 обострений в течение последнего года при непродолжительной ремиссии в 1-2 месяца или персистирующее течение заболевания. При этом у 1 из них (st.aureus) тяжёлое течение заболевания осложнилось вторичной бактериальной инфекцией.

С учётом площади поражения кожных покровов выделяли ограниченный (n=74), распространённый (n=21) и диффузный (n=5) АтД.

Всем больным было проведено исследование общего анализа крови. Со стороны показателей периферической крови у детей с АтД в периоде обострения заболевания констатировались гипохромная анемия, небольшое увеличение общего числа лейкоцитов, умеренный лимфоцитоз и выраженная эозинофилия.

Нами исследован иммунный статус у 50 детей с атопическим дерматитом: 20 детей с лёгкой степенью тяжести, 20 – со средней и 10 – с тяжёлой. Распределение детей по возрасту и полу было равнозначным. У всех обследованных детей был высоким Ig E. Проведённые исследования показателей иммунного статуса у детей с АтД, в сравнении с контрольной группой, выявили изменения в различных звеньях клеточного и гуморального звена иммунитета в острый период заболевания и в период ремиссии (табл.1).

В соответствии с представленными данными, у больных с лёгкой степенью АтД показатели Т-клеток и их субпопуляции имели тенденцию к снижению, по сравнению с контрольной группой. Итак, у детей с лёгким течением заболевания выявлены минимальные изменения в иммунограмме от аналогичных показателей контрольной группы, которые носили транзиторный характер, и нам не удалось выявить глубоких статически достоверных отклонений. У детей со средней степенью тяжести АтД, по сравнению со здоровыми детьми и лёгкой степенью заболевания, имело место заметное достоверное снижение Т-лимфоцитов с различными иммунологическими маркёрами (CD3, CD4, P<0,01) и IgA, IgM, IgG в сыворотке крови. По сравнению с лёгкой степенью также отмечены достоверные отличия Т-клеток и их субпопуляций (p<0,01). У больных с тяжёлой степенью, по сравнению со здоровыми детьми и соответствующими показателями детей с лёгкой и средней тяжестью заболевания, более выраженное снижение (p<0,001). У этой группы больных имело место нарастание частоты заболевания и его осложнений. Снижение Т-лимфоцитов и их субпопуляций, показатели иммуноглобулинов A, M, G в сыворотке крови зависело от тяжести АтД.

У детей с АтД наблюдался дефицит на уровне клеточного и гуморального звена иммунитета, что привело к ослаблению всей иммунной активации. Так, отмечалось снижение общего звена Т-лимфоцитов (CD3), дисбаланс субпопуляции Т-хелперов (CD4),

РЕПРАСТЕД

ТАБЛИЦА 1. СРЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В РАЗГАР БОЛЕЗНИ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Показатели (M±m)	Контрольная группа (n=20)	Основная группа			P
		Лёгкая степень (n=20)	Средней тяжести (n=20)	Тяжёлой степени (n=10)	
CD 3	[illegible]7±0,9	46,5±0,5 p1<0,05	38,5+0,5 p1<0,001 p2<0,05	33,2±0,6 p1<0,001 p2<0,001 p3>0,05	<0,001
CD 4	38,0±0,[illegible]	31,3±0,3 p1<0,05	26,4±0,3 p1<0,001 p2<0,05	23,1±0,3 p1<0,001 p2<0,001 p3>0,05	<0,001
CD 8	19,0[illegible]4	14,2±0,2 p1<0,05	11,0±0,2 p1<0,001 p2<0,05	7,9±0,3 p1<0,001 p2<0,001 p3>0,05	<0,001
CD 20	21,2±0,6	[illegible]3±0,2 [illegible]1<0,05	13,7+0,2 p1<0,001 p2<0,05	10,3±0,3 p1<0,001 p2<0,001 p3>0,05	<0,001
CD 95	28,0±0,5	21,5±[illegible] p1<[illegible]	17,8±0,3 p1<0,001 p2<0,05	13,4±0,5 p1<0,001 p2<0,001 p3>0,05	<0,001
CD 25	16,1±0,5	10,[illegible] p1<0,[illegible]	7,9±0,3 p1<0,001 p2<0,05	4,1±0,3 p1<0,001 p2<0,001 p3>0,05	<0,001
CD 71	18,7±0,6	12,1±0,4 p1<0,01	9,0±0,2 p1<0,001 p2<0,05	5,9±0,3 p1<0,001 p2<0,001 p3>0,05	<0,001
CD 32	52,4±0,8	38,1±1,6 p1<0,05	31,9+0,4 p1[illegible] p[illegible],01	24,7±0,8 p1<0,001 p2<0,001 p3>0,05	<0,001
CD 16	8,6±0,3	4,5±0,1 p1<0,05	2[illegible]±0,1 p1[illegible]001 p2<0,01	1,6±0,2 p1<0,001 p2<0,001 p3>0,05	<0,001
Ig E	23,1±5,6	81,3±5,6 p1<0,01	115,4±3,5 p1<0,001 p2<0,05	128,9±33,0 p1<0,001 p2>0,05 p3>0,05	<0,001
Ig A	0,44+0,03	0,35±0,04 p1>0,05	0,36+0,04 p1>0,05 p2>0,05	0,68[illegible]06 p1[illegible] p[illegible],00[illegible]	<0,001
Ig M	0,59±0,03	0,46±0,05 p1>0,05	0,39±0,05 p1<0,05 p2>0,05	0,[illegible]9±0,02 p1[illegible]01 p2<[illegible],01 p3<0,05	<0,001
Ig G	5,25+0,16	4,50±0,12 p1<0,05	4,12±0,14 p1<0,001 p2>0,05	3,74±0,15 p1<0,001 p2<0,05 p3>0,05	<0,001
ЦИК	124,2±1,0	102,8±1,6 p1<0,05	70,3±1,4 p1<0,001 p2<0,05	53,0+0,8 p1<0,001 p2<0,001 p3>0,05	<0,001

Примечание: *p – статистическая значимость различий показателей между всеми группами (по H - критерию Крускела-Уоллиса – ANOVA); p1 – по сравнению с таковыми в контрольной группе; p2 – по сравнению с таковыми при лёгкой степени в основной группе; p3 – по сравнению с таковыми при средней тяжести в основной группе (p1–p3 высчитывались по U-критерию Манна-Уитни)*

РЕТРАКТЕД

Т-субпрессоров (CD8) и NK-клетки (CD16), что привело к снижению фагоцитоза (CD32), а следовательно, и количества фагоцитирующих клеток. Отмечалось снижение относительных и абсолютных показателей зрелых В-лимфоцитов (CD20), низкий уровень клеток экспрессирующих рецептор к IL-2 (CD25), рецептор пролиферации (CD71) и показателей апоптоза клеток (CD95). Итак, показатели иммунного статуса у детей с АтД в острый период отличались снижением клеточного звена иммунитета и гуморального IgA, IgM, IgG, ЦИК.

Всё это свидетельствует о неадекватной иммунной реакции и можно интерпретировать, как вторичный иммунодефицит. В период ремиссии показатели повысились, однако они не достигли данных контрольной группы. Однако выявленные нами изменения в иммунном статусе больных с АтД и противоречивые данные ранее проведённого исследования Гостищевой Е.В. (2013), доказывают, что в основе иммунных нарушений больных с АтД лежит повышение аллергической активности, что связано с неблагоприятными экологическими условиями, а повышенный уровень Ig E – с влиянием триггеров на развитие аллергического воспаления [1], а не с тяжестью течения заболевания.

Таким образом, установлено, что более чем у половины обследованных детей с АтД аллергия отмечалась в раннем возрасте, что может быть связано с морфофункциональной незрелостью пищеварительной и иммунной системы ребёнка. Также у всех обследованных больных отмечена отягощённая наследственность по аллергии, что доказано повышением уровня Ig E.

У всех исследуемых больных наслоение вирусной и бактериальной инфекции усугубляло течение заболевания. Клиническое обследование показало, что у детей раннего возраста преобладала экссудативная форма АтД, затем эритематозно-сквамозная форма, эритематозно-сквамозная с лихенификацией и меньше всех – лихеноидная и пруригинозная форма – у детей старшего возраста.

Нами выявлено, что в патогенезе АтД значимое место в функционировании иммунной системы отводится снижению показателей клеточного и гуморального звена иммунитета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищева Е.В. Функциональные изменения иммунологического статуса у детей при атопическом дерматите / Е.В.Гостищева // Материалы ежегодной науч.-практ. конференции с международным участием. 7-й выпуск. - Барнаул. - 2013. - С.123-128.
2. Маланичева Т.Г. Атопический дерматит у детей – современные особенности течения и диагностика / Т.Г.Маланичева, С.Н.Денисова, С.Н.Вахрамеева // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2012. - № 2. - С.109-117.
3. Баранов А.А. Аллергология и иммунология: клинические рекомендации для педиатров / А.А.Баранов, Р.М.Хаитов. - М.: Союз педиатров России. - 2011. - 248с.
4. Novak N. Atopic dermatitis: from new pathophysiologic insights to individualized therapy / N.Novak, D.Simon // Allergy. - 2011. - Vol.66, № 7. - P.830-839.
5. Beikert F.C. Willingness to pay and quality of life in patients with atopic dermatitis / F.C.Beikert, A.K.Langenbruch, M.A.Radtke [et al.] // Arch. Dermatol Res. – 2014;306:279-286.

РЕПРИНТ
СТЕЕ

Summary

RETRACTED

Features of clinical and immunological course of atopic dermatitis in children

U.H. Rahimova, O.I. Kosimov , Z.K. Umarov
Chair of Family Medicine №2 Avicenna TSMU
Chair of dermatology SEI «Institute of Postgraduate Education in Healthcare»MH and SPP of RT

The results of survey study of clinical manifestationsand immune system reactivity in 100 children with atopic dermatitis are presented in the article.

In infants primarily prevailed exudative form of atopic dermatitis (AD) (58%; n=58), furthermore – the erythematous-squamous (22%; n=22), erythematous-squamous with lichenification (10%; n=10).Less than all - in older children prevailed lichenoid (5%; n=5) and pruriginous (5%; n=5) forms of AD.

There was a reduction of cellular and humoral immunity in patients with AD, as compared with the control group, which appeared decreasing number of T-lymphocytes (CD3 - 39,4%), T-helper cells (CD4 – 26,0%), proliferation receptors (CD71 - 9,0%), Ig A – 0,33%, Ig M – 0,34% and Ig G - 4,12%, a decrease in phagocytic activity (CD32 - 31,5%), T-suppressor (CD8 – 11,0%), B-lymphocytes (CD20 - 13,4%), apoptosis (CD95 – 17,5%), receptors for IL-2 (CD25 - 71.6%).

Key words: atopic dermatitis, erythematous-squamous, lichenoid and pruriginous form, cellular and humoral immunity

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Рахимова Умеда Халимовна –
аспирант кафедры семейной медицины №2 ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, ул.Титова, 24
E-mail: Rakhimova.8@mail.ru

Результаты изучения мнения пациентов при применении различных форм организации лечебно-диагностического процесса при травмах и ортопедической патологии

Н.Ф. Салимов, А.А. Раззоков
Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Изучено мнение 1000 пациентов, пролеченных с применением традиционных и новых форм в организации лечебно-диагностического процесса при травмах и ортопедической патологии. Внедрение современных технологий и новых механизмов финансирования позитивно повлияли на мнение больных на различные аспекты оказания медицинских услуг.

Удельный вес недовольных больных, среди лечившихся оптимизированной тактикой, был значительно ниже по сравнению с лечившимися традиционными подходами, что связано с улучшением финансовых возможностей, которые были направлены на приобретение медицинской аппаратуры и ремонт лечебных учреждений, а также на повышение заработной платы медицинского персонала, что, в свою очередь, улучшило мотивацию к качественной работе.

Удельный вес неофициальных оплат за все приведённые в анкете пункты после внедрения новых механизмов финансирования статистически достоверно ниже, чем при применении традиционных подходов. В целом, в 10,1% работа медицинских учреждений оценена очень хорошо, в 20,7% – хорошо, в 39,5% – удовлетворительно, в 13,6% – плохо, в 8,5% – очень плохо и 7,6% – затруднялись ответить.

Ключевые слова: травма, ортопедическая патология, оказание медицинских услуг

Введение. В современных условиях, когда в странах СНГ, в связи с изменением социально-экономического уклада, идёт поиск новых подходов к повышению качества оказания медицинских услуг, изучение мнения пациентов относительно качества предоставляемых услуг может служить одним из объективных критериев в комплексной оценке деятельности медицинского учреждения. Эти результаты достаточно точно отражают позитивные и негативные тенденции в организации медицинской помощи, позволяют выявить факторы, снижающие удовлетворённость пациентов медицинским обслуживанием [1,2]. Это позволяет своевременно принимать превентивные меры, направленные на устранение недостатков при организации лечебно-диагностического процесса [3]. В настоящее время оценка удовлетворённости пациентов качеством медицинского обслуживания, в основном, проводится на основании анкетирования по специально разработанной программе [4]. В Таджикистане при совершенствовании травматолого-ортопедической помощи эти исследования вообще не проводились, чему посвящена настоящая работа.

Цель исследования – изучение влияния внедрения новых технологий и механизмов функционирования травматолого-ортопедической помощи на мнение пациентов.

Материал и методы. Впервые в научных исследованиях в травматологии и ортопедии в Таджикистане проведено изучение мнения пациентов с включением вопросов, касающихся оценки больными состояния учреждения, диагностических и лечебных процедур, оплаты услуг и качества лечения. Оценка выполнялась с применением модифицированной нами универсальной анкеты, разработанной специ-

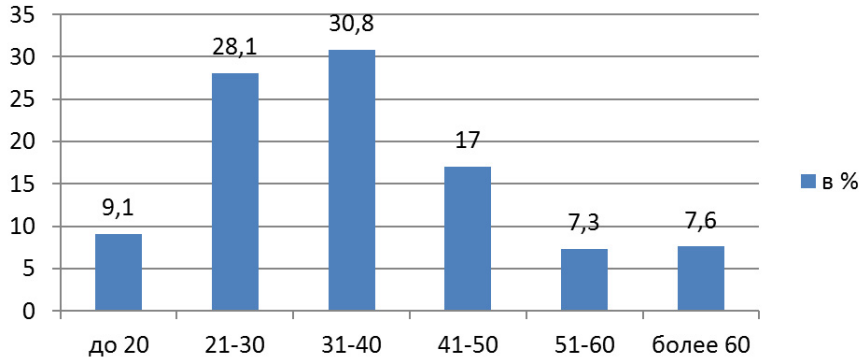

РИС. 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО ВОЗРАСТУ

алистами НИИ общественного здравоохранения Российской Федерации.

Проводилось анонимное анкетирование 1000 больных, в том числе 529 (52,9%) пациентов с травмами и 471 (47,1%) – с ортопедическими заболеваниями. Мужчин было 57,4%, женщин – 42,6%. В зависимости от тактики лечения и формы оплаты анкетированные больные распределились на 5 групп:

- 1 группа – пролеченные в стационаре с применением оптимизированной тактики без официальной сооплаты медицинских услуг – 200 больных;
- 2 группа – пролеченные в стационаре с применением традиционной тактики без официальной сооплаты медицинских услуг – 200 больных;
- 3 группа – пролеченные в стационаре с применением оптимизированной тактики с официальной сооплатой медицинских услуг – 200 больных;
- 4 группа – пролеченные в стационаре с применением традиционной тактики с официальной сооплатой медицинских услуг – 200 больных;
- 5 группа – пролеченные в амбулаторных условиях – 200 больных.

Распределение больных в зависимости от места лечения: республиканские травматолого-ортопедические отделения – 17,8% межрайонные травматолого-ортопедические отделения – 19,1%, областные травматолого-ортопедические отделения – 8,9%, районные травматолого-ортопедические отделения – 15,2%, частные клиники – 10,6% и амбулаторное лечение в условиях поликлиник – 20,0%.

Распределение больных в зависимости от возраста представлено на рисунке 1.

В зависимости от образования больные распределились следующим образом: незаконченное среднее – 1,7%, среднее – 68,1%, среднее специальное – 12,9%, незаконченное высшее – 3,2% и высшее – 14,1%. Исследование проводилось среди больных из различных регионов: г.Душанбе – 35,6%, Согдийская область – 24,7%, Хатлонская область – 20,4%, РРП – 15,2% и ГБАО – 4,1%. В выборке 60,3% проживали в сельской местности и 39,7% – в городе. Профессия больных: рабочие – 27,5%, служащие – 20,5%, неработающие пенсионеры – 6,5%, работающие пенсионеры – 1,1%, учащиеся – 8,5%, предприниматели – 9,4%, безработные – 25,4% и другие слои – 1,1%. В промышленности работали 3,5% больных, 3,5% – в сфере транспорта, 14,6% – в строительстве, 0,3% – в сфере связи, 26,8% – в сельском хозяйстве, 1,1% – в здравоохранении, 4,3% – в сфере образования, 0,2% – в сфере культуры, 14,0% – в сфере обслуживания, 1,9% – в государственных органах, 0,1% – связаны с наукой, а остальные 39,7% – составили пенсионеры и безработные.

Результаты и их обсуждение. До обращения в медицинские учреждения 2,5% больных свое состояние оценивали как хорошее, 36,5% – удовлетворительное, 55,1% – плохое и 5,9% – затруднялись ответить. Хроническими заболеваниями страдали 54,9% анкетированных. Среди исследуемых инвалидность имели 13,5% больных, в том числе инвалидность I группы – 0,3%, II группы – 5,7% и III группы – 7,5%. Установлено, что 29,7% анкетированных лечатся в районных поликлиниках, 1,7% – в платной поликлинике, 0,3% – у участкового врача, 10,4% – в стационаре, 39,2% – у семейного врача, 15,4% – не лечились и 3,3% – у народных целителей. Среди исследуемых 87,5% знали свой диагноз.

Среди госпитализированных больных с ортопедической патологией (47,1%) сроки от момента обращения до госпитализации составили: менее недели – 8,1%, от недели до одного месяца – 10,7%, 1-3 мес. – 5,7%, 3-6 мес. – 3,6%, 6-12 мес. – 8,5%, более одного года – 0,5%. Среди пациентов, госпитализированных в сроки более одного месяца, преобладали пациенты, которым были выполнены операции с применением современных технологий (эндопротезирова-

ТАБЛИЦА 1. УДЕЛЬНЫЙ ВЕС БОЛЬНЫХ НЕДОВОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ АСПЕКТАМИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Характер недовольства	Удельный вес недовольных в группах, %					Итого
	1	2	3	4	5	
Работа приёмного покоя и регистратуры	5,4	11,4	3,1	8,4	3,4	31,7
Развитие осложнений	3,8	11,2	3,4	9,2	3,0	30,6
Внешний вид и санитарное состояние медучереждений	4,7	4,6	4,0	3,9	3,9	21,1
Внешний вид палаты и её санитарное состояние	9,6	10,1	4,9	5,3	-	29,9
Отношение врачей	1,9	4,9	1,4	4,5	2,9	15,6
Отношение медсестёр	4,7	7,3	4,3	5,0	3,4	24,7
Отношение младшего персонала	7,3	11,3	4,6	6,4	1,6	31,2
Уровень обследования и лечения	6,9	12,2	2,1	6,4	6,9	33,5
Отношение лечащего врача	4,0	8,3	1,2	6,5	4,1	24,1
Отношение зав.отделением	5,6	6,7	4,9	5,1	1,3	23,6
Лекарственное обеспечение в стационаре	26,4	28,7	4,5	4,1	-	63,7
Наличие медоборудования	9,4	11,6	3,3	3,5	9,6	37,4
Полнота обследования	5,1	5,9	1,1	1,2	4,4	18,7
Работа вспомогательных служб	7,1	7,5	3,3	3,1	5,7	26,7
Питание	21,0	20,7	6,1	5,9	-	63,7

ние, интрамедуллярный блокирующий остеосинтез и другие реконструктивные операции). Заслуживает внимания тот факт, что среди госпитализированных в плановом порядке (47,1%) 27,4% в стационар обратились без направления.

В 30,6% больные имели проблемы при госпитализации в приёмном покое, в том числе среди которых основная часть (23,6%) лечились в условиях ЦРБ.

В качестве проблем при госпитализации в приёмном отделении были названы: в 7,6% – долгое ожидание осмотра врача, в 9,4% – длительное оформление документов, в 9,1% – невнимательное и грубое отношение медперсонала, в 4,5% – другие причины.

С точки зрения больных, серьёзные осложнения в процессе лечения имели 9,4% пациентов, незначительные осложнения – 21,2%. Из указанного количества (30,6%) 26,3% лечились с применением традиционных подходов, остальные 4,3% – с помощью оптимизированной тактики.

Удельный вес больных, недовольных различными аспектами оказания медицинской помощи, колебался в широком диапазоне (табл. 1).

Как видно из данных таблицы, в целом внедрение новых механизмов финансирования на втором этапе исследования позитивно повлияло на мнение больных на различные аспекты оказания медицинских услуг. Естественно, удельный вес недовольных больных среди лечившихся оптимизированной тактикой был значительно ниже по сравнению с лечившимися традиционными подходами. Выявленные закономерности объясняются следующими обстоятельствами:

- улучшением финансовых возможностей, которые были направлены на приобретение медицинской аппаратуры и ремонт лечебных учреждений;
- повышением заработной платы медицинского персонала, что улучшило мотивации к качественной работе.

Результаты проведённого исследования свидетельствуют не только о выраженной корреляции мнения пациентов от тактики лечения и новых механизмов финансирования в отдельности, но и о том, что они существенно лучше при их совместной реализации в группе 3.

В настоящей выборке удельный вес больных, которым были оказаны медицинские услуги в условиях стационара на платной основе, составил 40,0%. Но с учётом оплаты амбулаторных платных медицинских услуг количество больных, официально оплативших медицинские услуги, составило 61,1%.

ТАБЛИЦА 2. УДЕЛЬНЫЙ ВЕС НЕОФИЦИАЛЬНЫХ ОПЛАТ ЗА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ В ГРУППАХ

Вид неофициальной оплаты	Удельный вес неофициальных оплат в %					Итого
	1	2	3	4	5	
Госпитализация без очереди	0,4	0,2	0,2	0,1	-	0,9
Проведение операции	9,8	7,1	2,1	2,6	-	21,6
Лекарства	8,3	19,1	9,1	10,6	19,4	76,5
Осмотр специалиста	14,3	15,2	6,1	8,3	9,4	53,3
Лечебные процедуры	6,4	6,1	1,1	1,1	7,1	21,8
Реабилитация	7,4	8,2	1,6	1,8	3,2	22,2
Диагностические исследования	7,6	7,8	1,3	1,2	3,1	21,0
Уход	6,3	6,6	0,9	0,7	-	14,6
Комфортабельная палата	0,8	0,3	0,6	0,4	-	2,1
Другие услуги	6,7	7,4	1,2	1,1	2,6	19,0

ТАБЛИЦА 3. ОЦЕНКА РАБОТЫ МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ (в%)

Оценка работы медучреждения	Группы					Итого
	1	2	3	4	5	
Очень хорошо	0,9	0,7	3,7	3,4	1,4	10,1
Хорошо	3,9	2,8	4,1	3,4	6,5	20,7
Удовлетворительно	9,2	6,9	8,7	8,4	6,3	39,5
Плохо	2,5	5,5	1,3	1,9	2,4	13,6
Очень плохо	2,1	2,5	0,9	1,3	1,7	8,5
Затруднились ответить	1,4	1,6	1,3	1,6	1,7	7,6
Итого	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	100,0

Согласно данным анкетирования, удельный вес больных, оплативших за оказание медицинских услуг, неофициально зависел от формы оказанной помощи (табл.2).

Удельный вес неофициальных оплат за все приведённые в анкете пункты после внедрения новых механизмов финансирования в группах 3 и 4 был статистически достоверно ниже, чем в группах 1 и 2 (за исключением пунктов «за комфортабельную палату»).

В целом, по данным изучения мнения пациентов, в 10,1% наблюдений работа медицинских учреждений оценена очень хорошо, в 20,7% – хорошо, в 39,5% – удовлетворительно, в 13,6% – плохо, в 8,5% – очень плохо и 7,6% – затруднились ответить. Оценка работы отделения, как и предыдущие показатели, зависела от тактики лечения и формы оплаты медицинских услуг (табл.3).

При оценке работы медицинских учреждений в целом удельный вес плохих и очень плохих результатов в группе 1 составил 6,0%, в группе 2 – 8,0%, в группе 3 – 2,2% и в группе 4 – 2,9%, в группе 5 – 3,4%. Суммарный удельный вес плохих и очень плохих оценок при оценке работы медицинских учреждений до внедрения платных услуг составил 12,6%, после – 5,3% ($p<0,05$), что свидетельствует о положительном влиянии реализованных подходов на качество оказания медицинской помощи населению.

Таким образом, результаты исследования по изучению мнения пациентов свидетельствуют об эффективности предложенной оптимизированной тактики лечения и реализованной модели функционирования медицинской службы на качество оказания медицинской помощи населению. Последнее заключение подтверждается не только данными по изучению традиционных клинических подходов, но и исследованием мнения пациентов в исследуемых группах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи / Н.Г.Петрова [и др.] // Проблемы управления здравоохранением. - 2009. - № 1. - С.59-61.
2. Шулаев А.В. Факторный анализ удовлетворённости родителей организацией медицинского обслуживания в детских поликлиниках г.Казани / А.В.Шулаев, Г.С.Гатауллина, Л.З.Рашитов // Медицинский альманах. - 2011. - № 6. - С.19-22.
3. Набережная Ж.Б. Анализ удовлетворённости больных медицинской помощью в стационарах / Ж.Б.Набережная, А.Г.Сердюков // Главный врач. - 2005. - № 3. - С.49-53.
4. Гатауллина Г.С. Оценка удовлетворённости пациента медицинской помощью как показатель деятельности детской поликлиники / Г.С.Гатауллина, М.Я.Галиуллин // Городское здравоохранение. - 2008. - № 6. - С.29-31.

Summary

Results of opinion patient study in using various forms of organization of clinical processes in trauma and orthopedic pathology

N.F. Salimov, A.A. Razzokov
Chair of Traumatology, Orthopaedics in Military Field Surgery Avicenna TSMU

Opinion at the 1000 patients treated with traditional and new forms of the organization of medical-diagnostic process in trauma and orthopedic pathology is studied.

The introduction of modern technologies and new mechanisms for financing research positively influenced on patients' opinion in various issues of medical services. The proportion of dissatisfied patients among treated using optimized tactic was significantly lower compared with treated by traditional approaches. It is deal improved financial opportunities that have been used for acquisition of medical equipment and repair of medical institutions, as well as to increase salaries of medical staff, which, in its turn, has improved the motivation for quality work.

The share of informal payments for all of the items in the questionnaire after the introduction of new funding mechanisms significantly lower than with conventional approaches. In total, 10,1% of health facilities assessed very good, 20,7% - well, at 39,5% - satisfactory, 13,6% - bad, 8,5% - very bad and 7,6% - difficult to answer.

Key words: trauma, orthopedic pathology, medical services

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Раззоков Абдували Абдухамитович –
заведующий кафедрой травматологии и ортопедии
ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г.Душанбе,
ул.Федина, М.4, дом 5, кв. 92
E-mail: rfiruz@mail.ru

Личностно-трудовой портрет врачей, оказывающих медицинские услуги по профилактике соматических заболеваний, являющихся факторами риска нарушения репродуктивной функции у мужчин

В.В. Сазанов, М.А. Ратманов, Т.П. Васильева, М.Ю. Осипов, С.И. Назарова, А.С. Чумаков
Департамент здравоохранения Ивановской области;
ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н.Городкова», Российская Федерация

Программа исследования включала: выборочный метод наблюдения за 408 врачами общелечебной сети, оказывающих медицинские услуги мужчинам репродуктивного возраста с заболеваниями, являющимися факторами риска нарушения репродуктивной функции.

По данным контент-анализа литературы выявлено, что исследователями выделены 130 трудовых и нетрудовых характеристик врача (профессиональные знания и умения, компетенция, инновационные характеристики, личностные качества), влияющих на качество медицинских услуг (независимо от их профиля).

Из числа этих характеристик, по полученной в исследовании консолидированной оценки мнения экспертов трёх фокус-групп, имели влияние на повышение качества медицинских услуг исследуемого профиля 40 характеристик (44,4%), а по данным экспертного анализа качества этих услуг – 35 характеристик, причём 14,2% относились к поведенческим, 22,8% – к психологическим, 40,0% – к трудовым, 8,6% – к культурным и 14,4% – к медико-биологическим. При этом, к управляемым относилось 91,4% вышеуказанных характеристик, а по рисковой значимости, с учётом величины относительного риска, 40,6% управляемых характеристик относилось к группе крайне важных и 46,9% – к средневажным, для повышения качества исследуемых медицинских услуг.

Ключевые слова: качество медицинских услуг, личностно-трудовой портрет врачей, соматические заболевания, нарушение репродуктивной функции

Актуальность исследования врачебного ресурса качества медицинской помощи по сохранению здоровья мужчин обосновывается, с одной стороны, данными об их высокой заболеваемости, смертности, инвалидизации и нарушениях репродуктивной функции [1-3], а с другой стороны – внимание к проблеме профилактики заболеваний внутренних органов и систем у мужчин вызвано выявленной принадлежностью их к факторам риска нарушения репродуктивной функции супружеской пары [4-7]. В частности, ряд исследователей выявили, что в прогнозе риска перинатальной смертности, невынашивания беременности в супружеской паре существенную долю составляют «мужские» факторы, а именно: специфические инфекции половых органов, хронические заболевания органов дыхания, ожирение, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, сахарный диабет, хронический пиелонефрит, хронический бронхит, хронический холецистит, частые острые респираторно-вирусные инфекции, артериальная гипертензия, нарушения репродуктивной функции в анамнезе [8-11].

Выявленные факты свидетельствовали о необходимости оказания медицинских профилактических услуг мужчинам, имеющим соматические заболевания, относящиеся к факторам риска нарушения их репродуктивного здоровья, с двух позиций, а именно: с позиций профилактики прогрессирования самого соматического заболевания как причины инвалидизации и смертности, а с другой стороны – с позиций профилактики прогрессирования заболевания как фактора риска нарушения репродуктивной функции мужчины. Эта ситуация требует наличия у врачей общелечебной сети соответствующих знаний

и умений. В то же время отмечено, что со своими специфическими проблемами мужчины обращаются либо к урологу поликлиники, который, в первую очередь, занят вопросами лечения патологии мочевыделительной системы; либо к венерологу, который проводит санацию мочеиспускательного канала; либо к сексопатологу, который занимается проблемой половых расстройств психогенного происхождения, и все эти врачи мало уделяют внимания профилактике соматогенной природы расстройств функции половых органов у мужчин.

В проблеме повышения качества медицинских услуг по профилактике прогрессирования соматических факторов риска нарушения репродуктивной функции у мужчин существенное значение имеет анализ его врачебного ресурса. При этом одной из необходимых явится информация о соотношении характеристик врача, получение которой даст возможность построить современный личностно-профессиональный портрет врачей, оказывающих исследуемые медицинские услуги, а это, в свою очередь, даст основу поиска направлений улучшения качества врачебного ресурса профилактической медицинской помощи мужчинам репродуктивного возраста.

Целью исследования явилось получение новой теоретической информации о личностно-трудовом портрете врачей общелечебной сети, оказывающих медицинские услуги мужчинам репродуктивного возраста по вторичной профилактике заболеваний внутренних органов и систем, основанном на характеристиках, влияющих на качество этих услуг (далее – медицинские услуги исследуемого профиля).

Материал и методы. Методологической основой исследования определён системный подход, который позволяет рассматривать в системе здравоохранения врачебные кадры как ресурс качества медицинских услуг, что обосновывает методический подход определения личностно-трудового портрета врача, включающего только те характеристики, которые оказывают достоверное влияние на качество оказываемых им медицинских услуг.

На первом этапе исследования осуществлён сбор информации о характеристиках, которыми должен обладать врач независимо от профиля оказываемых услуг, методом контент-анализа 399 источников литературы и нормативных документов.

На втором этапе произведён сбор информации о характеристиках врача, которые влияют на качество медицинских услуг исследуемого профиля методом Дельфи с привлечением трёх фокус-групп (408 врачей, оказывающих исследуемые услуги, 400 мужчин, получающих исследуемые услуги, 176 экспертов качества медицинской помощи). Экспертам предлагали в перечне характеристик, составленном по данным контент-анализа, отметить мнение о влиянии на повышение качества медицинских услуг данного профиля (вариант мнения: категорически не влияет – 0 баллов, скорее не влияет – 1 балл, возможно влияет – 2 балла, скорее влияет – 3 балла, категорически влияет – 4 балла). При соответствии эталону (эталон – 4 балла) среднебалльной оценки трёхстороннего мнения экспертов в пределах от 25 до 100% характеристика относилась к категории «влияет», 25% и менее – к категории «не влияет».

На третьем этапе проведён сбор информации о влиянии характеристик врача на качество медицинских услуг исследуемого профиля с использованием результатов его экспертизы.

Использована методика экспертизы, дифференцированная по 16 свойствам качества (безопасность, адекватность, своевременность, оптимальность, результативность, удовлетворённость больного, непрерывность, преемственность, достаточность, действенность, уникальность, эффективность, научно-технический уровень, результативность) [12] (400 сл.), которая основана на отнесении случая к низкой или высокой категории качества по отклонению от эталона полученной комплексной оценки.

Сбор информации о характеристиках врачей проведён по методике, основанной на использовании комплекса методов: социологический опрос, экспертный, выкопировки данных, психометрический, клинический. Методом социологического опроса по «Анкете социально-гигиенического исследования врача, оказывающего медицинскую услугу исследуемого профиля» осуществлён сбор информации о поведенческих, культурных, социальных, медико-биологических и трудовых характеристиках, условиях жизни в семье и трудовом коллективе. Эти данные дополнены экспертным методом с использованием специальных тест-карт «Умение обучать», «Знания и умения по профилактической медицине», «Знания и умения по охране репродуктивного здоровья мужчин», «Стрессоустойчивость», «Умение рационально расходовать время», комплексным медицинским осмотром с определением биологического возраста, выкопировкой данных из первичной медицинской документации, психометрическим методом по 7-ми психологическим тестам (определение типа темперамента по опроснику Г. Айзенка, ценностных ориентаций по опроснику М. Рокича, личностного профиля по методике Т. Лири, уровня коммуникабельности по опроснику В.Ф. Ряховского, индивидуальной стратегии и тактики поведения в конфликтной ситуации по опроснику К.Н.Томаса, уровня эмпатийности по анкете И.М. Юсупова, уровня мотивации к успеху по методике Т. Элерс). Программа обработки включала формирование групп сравнения (90 групп) по числу исследуемых характеристик врача и определение достоверности межгрупповых различий частоты высокого качества оказанных медицинских услуг по критерию t, относительных рисков, доверительных интервалов.

На четвёртом этапе проведён сбор информации о частоте характеристик, влияние которых на медицинские услуги исследуемого профиля выявлено на предыдущем этапе, среди 456 врачей, их оказывающих, по методике третьего этапа. Программа обработки данных обеспечила расчёт показателя частоты регистрации характеристик (в сл. на 100 врачей).

Результаты и их обсуждение. По данным контент-анализа литературы выявлено, что исследователями установлено влияние 130 трудовых и нетрудовых характеристик врача (профессиональные знания и умения, компетенция, инновационные характеристики, личностные качества) на оказание медицинских услуг высокого качества (независимо от их профиля) [13]. Анализ консолидированной оценки мнения экспертов трёх фокус-групп, полученной в данном исследовании, показал, что эксперты относят 40 характеристик (44,4%) к необходимым для оказания медицинских услуг исследуемого профиля высокого качества.

По данным экспертного анализа качества медицинских услуг исследуемого профиля, выявлено, что оно было достоверно выше по 35 характеристикам (87,5% выявленных методом Дельфи). При этом среди достоверно влияющих характеристик 14,2% относились к поведенческим, 22,8% – к психологическим, 40,0% – к трудовым, 8,6% – к культурным и 14,4% – к медико-биологическим. Так, по поведенческим характеристикам достоверно выше частота высокого качества медицинских услуг исследуемого профиля в случаях оказания их врачами с такой характеристикой как высокий уровень рекреационной активности, чем низкий (p=0,002; 95% ДИ – 19,1-37,5% и 44,9-56,3%, соответственно), высокая медицинская активность, чем низкая (p=0,001; 95% ДИ – 18,7-34,7% и 46,0-57,4%), низкая хозяйственно-бытовая активность, чем высокая (p=0,002; 95% ДИ – 20,6-39,4% и 43,5-54,5%), соблюдение принципов здорового образа жизни, чем несоблюдение (p=0,002; 95% ДИ – 27,2-42,4% и 47,0-58,8%), отсутствие привычки к курению, чем наличие высокой степени привычки (p=0,001; 95% ДИ – 32,7-44,0% и 48,6-65,1%).

По трудовым характеристикам достоверно выше частота высокого качества медицинских услуг исследуемого профиля в случаях оказания их врачами с такой характеристикой как высокий уровень умения обучать, чем такой как низкий уровень (p=0,001; 95% ДИ – 26,4-41,7% и 44,4-56,6%, соответственно), наличие высшей и первой категории, чем отсутствие (p=0,001; 95% ДИ – 22,4-37,6 % и 46,1-57,8%), нарушение срока подтверждения категории против соблюдения сроков (p=0,001; 95% ДИ – 39,6-49,0% и 50,3-100,0%), наличие сертификата специалиста, чем отсутствие и просроченность (p=0,002; 95% ДИ – 37,6-47,0% и 51,3-99,0%), высокий уровень умения рационально расходовать время, чем низкий (p=0,002; 95% ДИ – 25,2-40,4% и 45,0-56,8%), высокий уровень информированности об охране репродуктивного здоровья мужчин, чем низкий (p=0,001; 95% ДИ – 21,5-35,6% и 48,7-60,9%), высокий уровень исполнительской дисциплины, чем низкий (p=0,05; 95% ДИ – 24,8-38,7% и 47,7-60,23%), высокий уровень подготовленности по профилактической медицине (КП≥0,75), чем низкий (КП<0,75) (p=0,001; 95% ДИ – 21,5-33,7% и 54,2-67,6%), опыт оказания медицинских услуг исследуемого профиля более 10 лет, чем до 10 лет (p=0,001; 95% ДИ – 25,9-40,8% и 45,7-57,9%).

По характеристикам инновационной активности достоверно выше частота высокого качества медицинских услуг исследуемого профиля в случаях оказания их врачами с такой характеристикой как регулярное выполнение Программы саморазвития, чем отсутствие (p=0,001; 95% ДИ – 20,7-34,1% и 50,4-62,9%, соответственно), внедрение собственных и чужих инноваций, чем отсутствие (p=0,01; 95% ДИ – 14,1-39,2% и 42,0-52,9%), регулярное знакомство с новинками медицинской литературы, чем нерегулярное (p=0,001; 95% ДИ – 21,8-38,6% и 44,5-55,9%), регулярное посещение информационных мероприятий, чем не регулярное (p=0,05; 95%ДИ – 36,2-46,8 % и 47,6-69,6%), участие в научных исследованиях, чем отсутствие участия (p=0,05; 95% ДИ – 5,1-40,3 % и 41,1-50,9%).

По культурным характеристикам достоверно выше частота высокого качества медицинских услуг исследуемого профиля в случаях оказания их врачами с такой характеристикой как высокая культура речи, чем низкая (p=0,002; 95% ДИ – 24,9-40,6% и 44,9-56,6%, соответственно), высокая информационная культура, чем низкая (p=0,001; 95% ДИ – 23,2-38,4% и 45,7-57,5%), высокий уровень санологической культуры, чем низкий (p=0,002; 95% ДИ – 34,2-45,1% и 49,9-68,7%).

По психологическим характеристикам достоверно выше частота высокого качества медицинских услуг исследуемого профиля в случаях оказания их врачами с такой характеристикой как сформированность отношения к работе как к приоритетной ценности, чем других ценностей (p=0,05; 95% ДИ – 24,8-38,7% и 47,7-60,23%, соответственно), высокая удовлетворённость работой, чем низкая (p=0,002; 95% ДИ – 24,0-38,2% и 47,9-60,5%), высокая мотивация к успеху деятельности, чем низкая (p=0,002; 95% ДИ – 27,1-42,1% и 44,7-56,9%), высокий уровень эмпатийности, чем низкий (p=0,001; 95% ДИ – 26,8-39,8% и 50,1-63,4%), высокий уровень коммуникабельности (p=0,001; 95% ДИ – 30,9-43,4% и 47,3-61,8%), дружелюбный стиль личности, чем авторитарный и эгоистический (p=0,002; 95% ДИ – 26,9-42,1% и 44,2-56,4%), сангвинический тип темперамента, чем другие типы (меланхолический, флегматический и холерический) (p=0,002; 95% ДИ – 22,3-38,0% и 45,7-57,4%), высокая стрессоустойчивость, чем низкая (p=0,002; 95% ДИ – 25,1-40,9% и 44,6-56,4%).

По медико-биологическим характеристикам достоверно выше частота высокого качества медицинских услуг исследуемого профиля в случаях оказания их врачами с такой характеристикой как отсутствие субкомпенсированного хронического заболевания, чем в стадии субкомпенсации (p=0,001; 95% ДИ – 35,2-48,9% и 35,2-48,9%, соответственно), высокая резистентность организма, чем низкая (p=0,002; 95% ДИ – 29,4-41,2% и 52,5-67,8%), возраст старше 50 лет, чем до 50 лет (p=0,001; 95% ДИ – 31,9-43,3% и 55,38-73,0%), отсутствие личных ограничений, нарушающих общение с пациентом (p=0,05; 95% ДИ – 33,0-44,6% и 44,8-58,4%) отсутствие признаков преждевременного старения (биологический возраст соответствует или меньше календарного), чем наличие высокой степени преждевременного старения (p=0,05; 95% ДИ – 22,5-37,7% и 46,1-58,3%).

По данным экспертного анализа к управляемым относилось 91,4% вышеуказанных характеристик. Оценка рисковой значимости этих характеристик по величине относительного риска показала, что 40,6% относилось к группе крайне важных для повышения качества исследуемых медицинских услуг, 46,9% – средневажных и остальные – к менее важным. Среди крайне важных первые места заняли: наличие регулярного подтверждения квалификационной категории (1), выполнение индивидуальной Программы саморазвития (2), высокий коэффициент общепрофилактической подготовленности (3), наличие внедрения инноваций (4), высокий коэффициент подготовленности по охране репродуктивного здоровья мужчин (5).

При анализе частоты регистрации у врачей общелечебной сети, оказывающих медицинские услуги исследуемого профиля, управляемых характеристик, обеспечивающих повышение качества этих услуг, установлено, что частота характеристики «высокий уровень коммуникабельности» составила 50,8%, «высокий уровень эмпатийности» – 52,9%, «высокий уровень мотивации к успеху деятельности» – 61,3%. Эти данные согласуются с результатами исследования характеристик, связанных с ценностными ориентациями и отношением врачей к выполняемой работе, показавшими, что у существенной части опрошенных имеется такая характеристика как «отношение к работе как к приоритетной жизненной ценности» (37,3%) и «высокая удовлетворённость работой» (43,1%). Неблагоприятным фактом является выявление у 45,1% врачей, оказывающих исследуемые услуги, такой характеристики как «низкая стрессоустойчивость», то есть наличие повышенной реакции на психоэмоциональную нагрузку, положительным – достаточно высокая частота такой характеристики как «дружелюбный стиль личности» (39,4%). Эти данные необходимо учитывать для предупреждения развития конфликта в системе «врач-пациент», «врач-врач», «врач-медсестра». Они также являются обоснованием организации в медицинских учреждениях службы психологической поддержки лечебного процесса.

При анализе частоты регистрации медико-биологических характеристик выявлено наличие у большинства обследованных врачей таких характеристик как «высокий уровень резистентности организма» (77,0%), о чём свидетельствовало отсутствие/или развитие острых заболеваний и обострений хронической патологии с частотой менее 2 раз в год; «отсутствие обострений хронической соматической патологии» (75,6%), «отсутствие личных ограничений (нарушение зрения, слуха, психоэмоциональные расстройства, физические отклонения и др.), мешающих общению с пациентами» (89,3%), что вероятно определило наличие хорошего самочувствия по данным самооценки у большинства обследованных врачей (60,5%). Эти данные показывают необходимость реализации для повышения качества врачебного ресурса исследуемых медицинских услуг территориальных и учрежденческих Программ укрепления здоровья врачей.

При этом, как показывают полученные данные о характеристиках образа жизни врачей, оказывающих исследуемые медицинские услуги, одним из направлений этих Программ должны явиться меры по их коррекции. Так, установлено, что было практически совпадающим число лиц, имеющих такие характеристики как «высокая» и «низкая» степень рекреационной активности (49,0% и 51,0%, соответственно) и «высокая» и «низкая» степень медицинской активности (41,6% и 58,1%, соответственно), что свидетельствует о необходимости усиления этих здоровье-охранительных активностей.

При анализе данных о культуре врачей, оказывающих медицинские услуги исследуемого профиля, выявлено, что «высокая степень информационной культуры» имелась в 50,0%, показывающие постоянство использования умений по поиску источников медицинской информации, в том числе интернет-ресурсов, имелись у 75,0% врачей, «низкая степень» – у 25%, такая характеристика как «высокая культура общения» – у 72,5%. Эти данные обосновывают введение в медицинских учреждениях должности культуролога и постоянных обучающих семинаров по информатизации.

Анализ трудового поведения врачей, оказывающих исследуемые медицинские услуги, проведен комплексно на основе одновременного изучения инновационной активности, саморазвития, организованности и профессиональной профилактической подготовленности. Выявлено, что достаточно большое количество исследуемых врачей имело такую характеристику как «значительный положительный опыт оказания данных услуг (более 10 лет стажа)» (55,4%), подтверждаемую такими характеристиками как «наличие высшей квалификационной категории»

и «наличие первой квалификационной категории» (69,6%) и такую как «высокая инновационная активность», подтверждаемую такими характеристиками как «наличие регулярного посещения тематических научно-практических мероприятий» (81,3%), «наличие регулярного знакомства с новинками медицинской литературы» (60,7%), «наличие участия в научно-исследовательских работах», «разработке и внедрении инноваций» (у каждого третьего опрошенного), а также таких как «наличие тематических усовершенствований по разным направлениям своей деятельности» (у каждого третьего опрошенного), «высокое умение рационально расходовать время» (43,1%) и «высокое умение обучать» (52,9%). По данным профессионального тестирования выявлено, что такая характеристика как «высокий уровень подготовленности по общим вопросам профилактической медицины» имелась у 85,0%, а такая как «высокий уровень подготовленности по вопросам охраны репродуктивного здоровья мужчин и риска его нарушения, в том числе при соматических факторах» выявлена только в 33,4%. Эти данные необходимо учитывать при формировании индивидуальных и учрежденческих Программ саморазвития и развития врачей общелечебной сети, оказывающих медицинских услуги мужчинам репродуктивного возраста с соматическими факторами риска нарушения их репродуктивной функции.

Анализ семейной и учрежденческой микросреды, которую имеют врачи, оказывающие медицинские услуги исследуемого профиля, показал, что часть врачей испытывает постоянное психоэмоциональное напряжение (34,8%), что определяет необходимость целенаправленного формирования благоприятного социально-психологического микроклимата в учреждении и в семье, используя в необходимых случаях консультации психолога.

Таким образом, проведённое социально-гигиеническое исследование показало, что оценка характеристик врачей, оказывающих медицинские услуги по профилактике прогрессирования соматической патологии у мужчин, являющейся фактором риска нарушения их репродуктивной функции, имеет существенное медико-социальное значение, в связи с выявленным влиянием ряда из них на качество этих услуг, причём имеются характеристики, рисковая значимость которых установлена при данном профиле медицинских услуг в отличие от ранее установленного базового перечня характеристик, имеющих влияние независимо от профиля медицинских услуг. При анализе характеристик врачей необходимо учитывать установленное достоверное влияние их на качество оказываемых медицинских услуг. При этом необходимо учитывать, что данные о влиянии характеристик на качество медицинских услуг, полученные методом Дельфи (мнение экспертов), и данные, полученные на основе статистической значимости различий в группах медицинских услуг, оказанных врачами с наличием и отсутствием характеристики, частоты низкого их качества, установленного экспертным методом, различаются.

При формировании территориальных и учрежденческих Программ улучшения качества врачебного ресурса исследуемых медицинских услуг необходимо учитывать ранжирование влияющих характеристик по риску и по распространённости как обоснование приоритетности выбора мер коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чеченин Г.И. Потери жизненного потенциала по причине болезней системы кровообращения взрослого населения / Г.И.Чеченин [и др.] // Здравоохранение РФ. - 2009. - № 1. - С.35-41.
2. Соловьёва Ю.А. Репродуктивное здоровье мужчин: состояние и пути решения / Ю.А.Соловьёва. Под ред. профессора Ю.А. Тюкова. - Челябинск. - 2008. - 221с.
3. Вяльцин С.В. Первичная инвалидность вследствие болезней системы кровообращения у взрослого населения Оренбургской области / С.В.Вяльцин, А.С. Вяльцин, Н.Е. Вяльцин // Научные труды VIII межд. конгресса «Здоровье и образование в XXI веке; концепции болезней цивилизации».- М. - 2007. - С.190-191.
4. Борзова Н.Ю. Оптимизация системы профилактики нарушений здоровья ребёнка, рождающегося в супружеских парах после гибели предыдущего в перинатальном периоде: автореф. дис….д-ра мед. наук / Н.Ю.Борзова. - СПб. -2000. - 50с.
5. Посисеева Л.В. Реабилитация репродуктивного здоровья супружеских пар с невынашиванием беременности / Л.В.Посисеева // - Иваново. - Изд-во «Иваново». - 2008. - 240с.
6. Хачирова З.Х. Совершенствование медико-организационных подходов к охране здоровья беременных: автореф. дис…. канд. мед. наук / З.Х.Хачирова. - М. - 2000. - 22с.
7. Усков Р.П. Социально-гигиенические и медико-организационные аспекты первичной профилактики урологической патологии в семье / Р.П.Усков, Т.П.Васильева // Вестник Ивановской медицинской академии. - № 1. - 2005. - С.9-12.
8. Герюгова А.В. Медико-организационные аспекты профилактики нарушений здоровья городских мужчин репродуктивного возраста / А.В.Герюгова, Е.Б.Бостриков //Актуальные проблемы здоровья семьи: Сб. науч. тр. - Иваново. - Издательство «МИК». - 2000. - С.361-364.
9. Вишняков Н.И. Медико-социальные аспекты бесплодия (по результатам анкетирования пациентов) / Н.И.Вишняков, Ю.С.Петрова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2002. - № 3. - С.20-22.

10. Подсвирова О.В. Оптимизация методических и медико-организационных аспектов управления факторами, определяющими качество перинатальной профилактики / О.В.Подсвирова //- Иваново. - 2004. - 24с.
11. Малышкина А.И. Семейно-ориентированный подход к профилактике ранних репродуктивных потерь / А.И.Малышкина, Т.П.Васильева, Е.Л.Бойко // Иваново. - Издательство «Энергия». - 2011. - 283с.
12. Дифференцированный подход к экспертизе качества оказания медицинских услуг, основанный на фрагментации экспертизы по свойствам качества (на примере восстановительного лечения) / Методическое пособие. - М.: Федеральный фонд ОМС. - 2004. - 320с.
13. Халецкий И.Г. Кадровый ресурс качества медицинских услуг / И.Г.Халецкий, Т.П.Васильева // Изд-во «Энергия». - 2012. - 241с.

Summary

Personality labor portrait of a doctors providing medical services for the prevention of somatic diseases, being risk factor in impaired reproductive function in men

V.V. Sazanov, M.A. Ratmanov, T.P. Vasilieva, M.Yu. Osipova, S.I. Nazarova, A.S. Chumakov
Department of Healthcare of the Ivanovo region;
FSBI «Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood named after V.N.Gorodkov», Russian Federation

The research program included: selective method of monitoring under 408 physiciansof generalpractice providing medical services for men of reproductive age with the disease having a risk of reproductive disorders.

According to content analysis of the literature are revealed 130 labor and non-labor characteristics of the physician (professional knowledge and skills, competence, innovative features, personality traits) that influences on the medical services quality (regardless of their profile).

Among these characteristics, resulting in consolidated evaluation study of expert opinions of three focus groups, 40 characteristics (44,4%) had an influence on quality improving of health services investigated in profile, and according to expert analysis of quality of these services - 35 characteristics, with 14,2% related to behavioral, 22,8% - to psychological, 40,0% - to labor, 8,6% - to cultural and 14,4% - to biomedical. At the same time to a manageable related 91,4% of the above characteristics and by significance of risk, taking into account the relative risk, 40,6% of manageable characteristics refer to a group of very important and 46,9% - to moderate important for improving the quality of health services.

Key words: quality of health services, personality-labor portrait of doctors, somatic diseases, reproductive disorders

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Васильева Татьяна Павловна – главный научный сотрудник ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова» Минздрава РФ; Россия, г.Иваново, ул.Победы, д.20
E-mail: vasileva_tp@mail.ru

Хирургическое лечение сложных форм эпителиального копчикового хода

Т.Н. Зубайдов, М.К. Гулов
Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им.Абуали ибни Сино

Представлен анализ данных литературы по состоянию проблемы хирургического лечения сложных форм эпителиального копчикового хода.

Для выбора рационального метода лечения сложных форм эпителиального копчикового хода, необходимо чётко представлять топографию свищевого хода, отношение его к кожным покровам, наличие разветвлений свищевого хода и гнойных полостей, расположение наружного отверстия от первичного очага и затёков.

Выяснение этих вопросов в предоперационном периоде позволит улучшить точность диагностики и даст возможность более дифференцированно подойти к выбору метода операции и послеоперационного ведения больных в каждом конкретном случае, а также уменьшить число неудовлетворительных результатов лечения.

Несмотря на то, что имеется много методов хирургического лечения сложных форм эпителиального копчикового хода, ни один из них не гарантирует избавления больного от рецидива свища и образования грубых рубцов.

Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, свищевой ход, рецидив свища

Выбор метода хирургического лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом должен быть дифференцированным и зависеть, как от распространённости патологического процесса, так и от анатомических особенностей крестцово-копчиковой области. Хирургическое лечение с иссечением копчикового хода и первичным закрытием раневого дефекта наиболее предпочтительно для уменьшения времени заживления раны и быстрой реабилитации [1,2]. Недостатками данной методики является большое количество раневых осложнений, достигающих 40%, а также высокий риск рецидива заболевания, как правило, превышающий 10% [3,4].

Несмотря на спорность этиологии эпителиального копчикового хода (ЭКХ), почти все колопроктологи согласны с тем, что неблагоприятному заживлению раны и рецидиву заболевания способствует увеличение глубины межъягодичной складки при, так называемом, «высоком» стоянии ягодиц, ожирении, чрезмерно развитом волосяном покрове [5,6].

Существует много способов пластических операций для закрытия послеоперационной раны крестцово-копчиковой области. Так, послеоперационный дефект тканей предлагают закрывать кожно-подкожным лоскутом на питающей ножке так, чтобы рубец располагался косо по отношению к межъягодичной складке [7], а также пластическое закрытие раны с помощью кожно-подкожного мышечного лоскута [8]. Это, по замыслам автора, должно способствовать процессу заживления раны. Однако эти методики из-за сложности не нашли широкого применения. Многие хирурги идут по пути глухого ушивания раны [1,9-13], используя при этом проволоку, О-образные и другие швы [7,8,14-17]. Однако наличие обширной операционной раны создавало трудности для её ушивания, а под ушитой кожей иногда оставалась полость, которая впоследствии инфицировалась.

В.Н.Мальцев, А.Я.Яремчук (1985) при лечении острого воспаления ЭКХ накладывали на гранулирующую рану вторичные швы [18].

В.Х.Косумян (1986) у больных с глухим швом раны производил активную аспирацию экссудата по Субботину-Редону [19]. У пациентов с выраженным натяжением краёв раны, перед ушиванием её наглухо швами Донати, делали послабляющие разрезы [20]. После радикального иссечения ЭКХ ушивали рану наглухо, но в последующие дни осуществляли её ревизию, получив при этом хорошие результаты лечения [21]. Alberti P. с соавт. (1990) подчёркивают совершенство закрытого метода лечения ЭКХ, особенно, если использованы некоторые усовершенствованные методики [5,21]. Nahas S.C. с соавт. (1997) описывают результаты лечения 154 пациентов. Из них 83% находились в возрасте от 11 до 30 лет.

Вскрытие и дренирование ЭКХ выполнено 74,7% больным, методика иссечения выполнена 25,3%. У пациентов, перенёсших иссечение ЭКХ, рецидив отмечен в 2 (5,1%) случаях, после вскрытия и дренирования гнойника – в 1 (0,9%) случае. Авторы считают, что иссечение ЭКХ более эффективно при хронической форме заболевания. В последние годы такие операции производят под прикрытием механической, химической, физической и биологической антисептики [22].

Наибольшее удовлетворение, как с точки зрения радикальности лечения, так и при оценке его исхода, получила методика, при которой после удаления ЭКХ, всех патологически изменённых тканей, края раны подшиваются к её дну [2,3,8,9,23,24].

Существует несколько модификаций [25-27], где предлагается для уменьшения раны подшивать кожные края с двух сторон, однако суть метода от этого не меняется. Эта методика, с одной стороны, позволяет широко иссечь поражённые ткани, значительно сократить размеры послеоперационной раны, осуществить достаточный отток раневого отделяемого и контролировать состояние раны, с другой – существенно сократить сроки лечения больных [27-30].

И, наконец, в последние годы нашла широкое применение ещё одна «полузакрытая» методика, при которой после иссечения ЭКХ и очага воспаления на дно раны укладывают дренаж или микроирригатор с несколькими отверстиями по ходу трубки, которые выводят через нижний и верхний угол раны или отдельные проколы, а рану ушивают наглухо [7,19,22,27,31-33]. Выведение дренажа в нижнем углу раны вызывает опасение в плане возникновения гнойно-воспалительных осложнений [34].

В общем, при всех вариантах воспаления копчикового хода вмешательство должно быть минимальным, и в этом плане отдаётся предпочтение методике Лорда. Но, как он сам отмечает, во многих случаях воспаление распространяется вширь и вглубь, и тогда не обойтись без широкого иссечения поражённых тканей тем или иным методом при лечении послеоперационной раны. Проведённый анализ показывает, что до сих пор оперативные пособия при эпителиальном копчиковом ходе не унифицированы.

В связи с этим, некоторые авторы считают основными три метода хирургического лечения в зависимости от клинической картины и в большинстве случаев, от характера патологического очага.

1. Иссечение эпителиального копчикового хода с ушиванием раны наглухо.
2. Иссечение эпителиального копчикового хода с частичным ушиванием раны.
3. Иссечение эпителиального копчикового хода с открытым лечением раны.

При специально проведённых нами топографоанатомических измерениях крестцово-копчиковой области выявлены три основных типа строения этой зоны. Наиболее благоприятные анатомические отношения отмечены у меньшинства больных с эпителиальным копчиковым ходом. Решение о том, ушивать ли рану наглухо, частично, подшивать ли края её ко дну или вообще не ушивать рану, должно складываться не только на основании оценки размеров, т.е. ширины и глубины воспалительного процесса. Нужно учитывать и анатомический вариант строения операционной зоны. В частности, ушивать рану наглухо можно при малом распространении воспалительного процесса, плоском расположении ягодиц, неглубокой и сравнительно короткой межъягодичной складке и относительно высокой локализации первичного отверстия эпителиального хода. Первый момент любой радикальной операции по поводу копчикового хода примерно одинаков. Он состоит в иссечении эпителиального хода и всех его разветвлений в пределах здоровых тканей под контролем введения какой-либо окрашивающей жидкости, чаще всего метиленового синего. Вторая часть операции выполняется по-разному. Имеется три способа радикальных операций при хроническом нагноении (свищах) эпителиального хода: 1) радикальная операция с глухим швом раны; 2) радикальная операция с частичным ушиванием раны; 3) экономное иссечение поражённой ткани с подшиванием краев раны ко дну.

Некоторые авторы считают, что выбор метода операции сугубо индивидуален, в зависимости от количества свищей, размеров поражённой поверхности, состояния кожи, расстояния между свищами и первичным отверстием хода, количества и сроков предыдущих вмешательств. От всех этих данных зависят объём и характер оперативного пособия, заключающегося в иссечении задней стенки эпителиального копчикового хода прилегающего к коже [25]. Затем кожные края разреза подшивают к стенкам хода, прилежащим к поверхности крестца и копчика. Автор данной методики опубликовал результаты хирургического лечения более 600 больных, оперированных по этому способу без осложнений и рецидивов.

В период 1970 – 1972 гг. была разработана методика подшивания краёв раны ко дну после иссечения эпителиального копчикового хода – марсупилизация [1], получившая большое распространение среди проктологов. Но при обширных ранах, толстом слое подкожной клетчатки марсупилизация часто оказывается неэффективной – дно раны открыто для вторичного инфицирования, швы сильно натянуты и быстро прорезываются, на коже впоследствии остаются некрасивые рубцы [9,21]. Были предложены различные модификации шва, которые позволяют максимально уменьшить размер раны и эффективно дренировать её. При наличии абсцесса можно

сразу осуществить радикальную операцию – иссечь сам ход и стенки абсцесса [21], или подшивают края раны ко дну. Обширная инфицированная рана, обычно, заживает довольно долго, рубец получается грубым. Поэтому многие специалисты предпочитают при остром воспалении эпителиального копчикового хода оперировать в два этапа: вначале вскрывается абсцесс, санируется (ежедневные промывания, введение в полость абсцесса мазей на водорастворимой основе), и после стихания воспаления производится радикальная операция [11,25,26]. Отсроченную операцию вполне можно выполнить через 4 – 5 дней после первого этапа, не выписывая больного из стационара.

Второй этап операции осуществляется в плановом порядке и в более поздний срок – через 2-3 месяца. Отсроченная операция имеет преимущества: можно более экономно иссечь кожу межъягодичной складки, можно наложить швы таким образом, чтобы края раны были максимально сближены, но дно её хорошо дренировалось.

Однако, согласно данным других исследователей [10,22], число рецидивов нагноения достигает 21%. Следует согласиться с тем, что эта методика не приемлема в случае нагноения [32]. В странах СНГ метод марсупилизации не нашёл широкого применения. В последующем была предложена схожая с вышеуказанной, другая операция – подшивание краёв раны ко дну. Сущность её заключается в иссечении хода единым блоком с окружающими тканями, после чего кожные края раны подшиваются отдельными швами к крестцово-копчиковой фасции так, что между краями разреза остаётся узкая раневая поверхность. Существует несколько модификаций данной операции, отличающихся разными способами подшивания краёв раны ко дну – только с двух сторон [11,35], или подшивают края раны с четырёх сторон. По некоторым данным [8,19,34] после иссечения эпителиального копчикового хода подшивают кожные края ко дну раны или крестцово-копчиковой связки.

При сложных формах эпителиального копчикового хода необходимо применять методы лечения, направленные на создание условий для оптимального заживления раны и предупреждения рецидивов с исправлением анатомии крестцово-копчиковой области, что достигается использованием Z-пластики для закрытия раневого дефекта [25,28]. Одномоментные и двухэтапные операции, выполняемые больным с пиодермическими очагами промежности, имеющими изолированный характер поражения или сочетающимися с другими проктологическими заболеваниями, целесообразно выполнять в период минимальной активности гнойного процесса. С этой целью в период подготовки к операции, после определения состава микрофлоры отделяемого свищей и чувствительности микробов к антибиотикам и антисептикам, производили дренирование абсцессов и целенаправленные инстилляции гнойных полостей и ходов до возможно максимального процесса стихания воспалительного процесса. Указанные мероприятия позволяли достаточно хорошо подготовить кожные покровы для использования их во время вмешательств с целью пластического прикрытия обширных раневых поверхностей после удаления поражённых тканей [17,22].

По данным некоторых авторов, иссекая патологически изменённый участок, некоторые хирурги обыкновенно делают эллипсоидный разрез. Он прост, однако имеет ряд недостатков. При очень большой оси эллипсоидного разреза иногда приходится удалять большее, чем необходимо, количество здоровой ткани. После заживления раны определяется слишком длинный рубец. При удлинении короткой оси может получиться такой дефект, что невозможно будет непосредственно наложить швы на края раны.

В 2001 году А.В. Воробей, используя метод пластического закрытия ромбовидных дефектов на поверхности тела, применил новую оперативную технику при первичном закрытии ран больших размеров. Ромбовидное иссечение эпителиальных копчиковых кист и закрытие возникшего дефекта лоскутом, взятым по соседству, считается весьма эффективным. По принципам местной пластики, ромбовидное иссечение патологически изменённого участка и дополнительные разрезы обеспечивает пластическое закрытие дефекта. Необходимое условие: ромб должен состоять из 2 равносторонних треугольников. После тщательного гемостаза электрокоагуляцией приступаем к ромбовидной пластике. Основные и определяющие компоненты её следующие: 1) простое сближение и сшивание краёв раны; 2) пластика с перемещением двух встречных треугольных лоскутов. Накладываем по периметру операционной раны двухрядные П-образные швы кетгутом: первый – вблизи дна раны, а второй – субдермально. Это создаёт условия для лучшей адаптации и гемостаза. Как правило, при таких операциях не оставляем дренажей. На кожу накладываем единичные шелковые швы [10].

Некоторые авторы считают, что для большей радикальности следует углублять разрезы при эпителиальном копчиковом ходе до крестцовой фасции и иссекать визуально поражённые рубцами участки. Впоследствии исследователи от этого отказались. Во-первых, стало ясно, что гнойный процесс при ЭКХ распространяется не вглубь, а только вширь. Область поражения может быть какой угодно ширины, но процесс ограничивается только подкожно и не переходит на надкостницу крестца. Во-вторых (и это очень важный, с нашей точки зрения, аргумент), после манипуляции на крестцовой фасции, у многих больных остаётся упорный послеоперационный болевой синдром, справиться с которым бывает трудно. Мы не рекомендуем иссекать или даже

надсекать фасцию крестца при операциях по поводу эпителиального копчикового хода. Основные моменты предлагаемой нами операции и основные отличия её от стандартной методики заключаются в следующем. После иссечения копчикового хода и вторичных свищей (рубцов), проводят тщательный гемостаз с коагуляцией сосудов и с обеих сторон раны треугольными лоскутами вырезают подкожную жировую клетчатку. Эта манипуляция направлена на создание условий для более адекватного прилегания кожных краев раны во время их подшивания ко дну [7].

Принцип латерального смещения раны при асимметричном иссечении копчикового хода за счёт смещения одного из краёв раны на противоположную сторону был впервые описан Karydakis G.E. [13].

Такая техника оперативного лечения была усовершенствована в дальнейшем Bascom J. [36] с целью создания условий для лучшего заживления послеоперационной раны, расположенной в стороне от средней линии, а также уменьшения глубины межъягодичной складки. В отличие от метода, описанного Bascom J., мы полностью иссекали все свищевые ходы выстланные грануляционной тканью, сохраняя при этом максимальное количество здоровой подкожной жировой клетчатки для облегчения выравнивания межягодичной складки. Вместо кожного лоскута, отделённого от подкожной клетчатки, мы использовали мобилизацию края раны на всю его толщу с сохранением подкожного жирового слоя. Такая модификация позволяла эффективно выровнять межъягодичную складку, улучшить условия заживления раны с удовлетворительным косметическим результатом.

Таким образом, исходя из данных литературы, можно сделать вывод, что для выбора рационального метода лечения сложных форм эпителиального копчикового хода, необходимо чётко представлять топографию свищевого хода, отношение его к кожным покровам, наличие разветвлений свищевого хода и гнойных полостей, расположение наружного отверстия от первичного очага и затёков. Выяснение этих вопросов в предоперационном периоде позволит улучшить точность диагностики и даст возможность более дифференцированно подойти к выбору метода операции и послеоперационного ведения больных в каждом конкретном случае, позволит уменьшить число неудовлетворительных результатов лечения.

Анализ литературы показал, что имеется много методов хирургического лечения сложных форм эпителиального копчикового хода, но ни один из них не гарантирует избавления больного от рецидива свища и образования грубых рубцов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев М.С. Разработка и обоснование дифференцированной тактики хирургич. лечения эпителиального копчикового хода: автореф.... дис. канд. мед. наук / М.С.Алексеев. - М. - 1990. - 25с.
2. Барышев В.С. Обоснование хирургической тактики при эпителиально-копчиковой области / В.С.Барышев, В.А.Бауэр, О.Б.Одинец // Амбулаторная хир. - 2001;1:46.
3. Бхимани И.К. Выбор хирургического лечения эпителиальных копчиковых ходов: автореф.…дис. канд. мед. наук / И.К.Бхимани. - Минск. - 1997. - 21с.
4. Вознюк И.В. Некоторые результаты радикальной операции у больных с нагноившимися эпителиально-копчиковыми ходами / И.В.Вознюк. В кн.: Актуальные проблемы проктологии. - Душанбе. - 1988. - С.105-107.
5. Аминев А.М. Руководство по проктологии / А.М.Аминев. - Куйбышев. - 1965. - Т. 1. - 486с.
6. Безлуцкий Г.С. Атипичная локализация эпителиального копчикового хода / Г.С.Безлуцкий, В.М.Бенсман, В.А.Горбань // Актуал. пробл. колопроктологии: материалы конф. - Н. Новгород. - 1995. - С.234-235.
7. Дульцев Ю.В. Эпителиальный копчиковый ход / Ю.В.Дульцев, В.Л.Ривкин. - М. - 1988. - 125с.
8. Карташев А.А. Способ хирургического лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом / А.А.Карташев, А.Л.Чарышкин, Е.Г.Евтушенко // Хирургия. - М. - 2011. - № 1. - С.3-5.
9. Алекперов Э.Э. Отсроченные радикальные операции при остром нагноении эпителиального копчикового хода: дис.… канд. мед. наук / Э.Э.Алекперов. - М. - 2002. - 118с.
10. Воробей А.В. Ромбовидная кожная пластика в лечении абсцедирующего эпителиального копчикового хода / А.В.Воробей, В.Л.Денисенко, М.И.Римжа // Актуал. пробл. колопроктологии. - Ростов н/Д. - 2001. - С.19-21.
11. Даценко Б.М. Оптимизация программы двухэтапного хирургического лечения острого нагноения эпителиального копчикового хода / Б.М.Даценко, А.Б.Даценко / Актуал. пробл. колопроктологии. - М. - 2005. - С.61-62.
12. Фёдоров В.Д. Проктология / В.Д.Фёдоров, Ю.В.Дульцев. - М. - 1984. - 372с.
13. Karydakis G.E. Easv and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process / G.E.Karydakis // Aust. N. Z. J. Surg. - 1992. - V.62, № 5. - P.385-389.

14. Карташев А.А. Улучшение результатов хирургического лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом /А.А.Карташев, А.Л.Чарышкин, Е.Г.Евтушенко// Медицинская наука и образование. Урал-Тюмень. - 2010. - № 3. - С.150-152.

15. Кузин В.В. Результаты хирургического лечения эпителиального копчикового хода / В.В.Кузин // Вестник хирургии. - 1990. - № 2. - С. 132-133.

16. Mansoory A. Z-plasty for treatment of disease of the pilonidal sinus / A.Mansoory, D.Dickson // Surg. Gynecol. Obstet. - 1982. - Vol.155. - P. 409-411.

17. Nahas S.C. Results of the surgical-treatment of non-complicated pilonidal disease / S.C.Nahas, C.W.Sobrado, S.E.Araujo // Rev. Hos. Clin. Fac. Med. Sao. Paulo. - 1997. - Vol.52. - № 6. - P.287-290.

18. Мальцев В.Н. О хирургическом лечении эпителиальных копчиковых погружений / В.Н.Мальцев, А.Я.Яремчук // Клин. хир. - 1985. - № 2. - С.38-41.

19. Косумян В.Х. Причины рецидива эпителиального копчикового хода / В.Х.Косумян // Вестник хирургии. - 1986. - № 2. - С.68-69.

20. Муртазаев Т.С. Клинико-анатомическое обоснование выбора метода хирургического лечения эпителиального копчикового хода и его осложнений: автореф.... дис. канд. мед. наук / Т.С.Муртазаев. – Ставрополь. - 2008. - 22с.

21. Арсенюк В.В. Программированная ревизия раны после радикального иссечения эпителиального копчикового хода / В.В.Арсенюк, А.Н.Бартош, В.Г.Горбань / Клин. хирургия. - 1993. - № 1. - С.27-29.

22. Mosguera D.A. Bascomis operation for pilonidal sinus / D.A.Mosguera, J.B.Quayle // J. R. Soc. Med. - 1995. - V.88, № 1. - P.45-46.

23. Мулина, В.Н. Дифференцированный подход к хирургическому лечению эпителиальных копчиковых ходов / В.Н.Мулина, СЮ.Минчин, А.В.Конычев. // Клин. хирургия. - 1990. - № 2. - С.40-41.

24. Morell V. Surgical treatment of pilonidal diseas: Comparison of threedifferent methods in fifty-nine cases / V.Morell, B.L.Charlton, N.Deshmukh // Milin. Med. - 1991. - V.156, № 3. - P.144-146.

25. Помазкин В.И. Анализ результатов лечения эпителиального копчикового хода при дифференцированном выборе операции / В.И.Помазкин // Уральский медицинский журнал. - 2010. - № 4. - С.36-39.

26. Рудин Э.П. Лечение эпителиального копчикового хода / Э.П.Рудин, С.Б.Дубов // Хирургия. - 1996. - № 6. - С.73-74.

27. Bacon, J. Pilonidal disise / Bacon J. // Disise Colon Rectum. - 1983. - V.26, № 12. - P.800-807

28. Помазкин В.И. Выбор операции для лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом / В.И.Помазкин, Ю.В.Мансуров // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 2008. - Т.167. - № 1. - С.85-87.

29. Сахаутдинов, В.Г. Хирургическое лечение эпителиальных копчиковых ходов / В.Г.Сахаутдинов, И.Л.Шеренберг, В.М.Тимербулатов // Хирургия. - 1983. - № 4. - С.86-88.

30. Alberti P. Pilonidal sinus: our exderience in the surgical treatment byclosed metod / P.Alberti, G.Antoc, M.Pasini // Minerva Chil. - 1990. -V.31, № 10. - P.733-777.

31. Болюх Б.А. О редко встречающихся свищах промежности и околоанальной области, симулирующих хронический паропрактит / Б.А.Болюх // Клин. хирургия. - 1980. - № 2. - С.19-22.

32. Грабовецкий Д.Е. Профилактика и лечение рецидивов эпителиального копчикового хода / Д.Е.Грабовецкий, Д.К.Туребаев // Здравоохранение Казахстана. - 1991. - № 1. - С.63-64.

33. Лаврешин П.М. Диагностика и лечение эпителиального копчикового хода, осложнённого свищами ягодично-крестцово-копчиковой области / П.М.Лаврешин, В.Е.Смирнов, Ю.Б.Кириллов // Вестник хирургии. - 1996. - № 1. - С.83-86.

34. Коплатадзе А.М. Активная подготовка больных с острым нагноением эпителиального копчикового хода к отсроченным радикальным операциям / А.М.Коплатадзе, Ю.А.Бондарев, Р.З.Низамов // Вестник хирургии. - 1990. - № 4. - С. 117-118.

35. Джураев А.А. Тактика радикального хирургического лечения острых гнойно-воспалительных заболеваний эпителиального копчикового хода /А.А.Джураев, И.Н.Мадалиев // Актуал. пробл. колопроктологии: материалы конф. - Н. Новгород, 1995. - С. 249-251.

36. Bascom J. Failed pilonidal surgery new paradigm and new operation leading to cures / J.Bascom, T.Bascom // Arch. Surg. - 2002. - Vol.137.- № 10. -P.1146-1150.

37. Лалеян М.А. Ромбовидная пластика при лечении осложнённых копчиковых кист / М.А.Лалеян, Е.Б.Калчев // Клин, хирургия. - 1983. - № 1. - С. 35-36.

Summary

Surgical treatment of complicated forms of epithelial coccygeal fistula

T.N. Zubaidov, M.K. Gulov
Chair of General Surgery №1 Avicenna TSMU

The analysis of the literature devoted to surgical treatment of complicated forms of epithelial coccygeal fistula is presented.

For choice of rational treatment of complicated forms of epithelial coccygeal fistula, it is necessary to understand topography of the fistulous tract, its location related to skin, the presence of fistulous branches and purulent cavities, the location of external opening from primary focus and leaks.

Clarification of these issues in preoperative time will improve the diagnostics and make enable more differentiated approach to the choice of surgery and postoperative management in each case and will reduce the number of unsatisfactory outcomes.

Despite on existing various methods of surgical treatment complicated forms of epithelial coccygeal fistula no one does not guarantee from fistula recurrence and the formation of rough scars.

Key words: epithelial coccygeal fistula pilonidal sinuses, fistulous tract, recurrent fistula

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Гулов Махмадшох Курбоналиевич –
профессор кафедры общей хирургии №1 ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, ул.Санои, 3
E-mail: gulov_m@mail.ru

НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК АВИЦЕННЫ»
ТАДЖИКСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО

Состояние метаболизма костной ткани при синдроме гиперпролактинемии

Ш.С. Анварова, М.А. Пирматова
Кафедра эндокринологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В общей структуре развития вторичного остеопороза одно из ведущих мест занимает эндокринная патология, в частности заболевания гипоталамо-гипофизарной системы. В обзорной статье приводятся этиопатогенетические особенности синдрома гиперпролактинемии, характеризующегося повышенным уровнем пролактина в крови и возникающими вследствие этого метаболическими изменениями, особенно при нарушениях ремоделирования костной ткани.

Ключевые слова: гиперпролактинемия, ремоделирование, костная ткань, остеопороз

Известно, что синдром гиперпролактинемии (ГПРЛ) – одно из распространённых нейроэндокринных заболеваний, характеризующееся стойким повышением пролактина, приводящее к гипогонадизму у женщин и мужчин [1,2]. Данная патология сопровождается недостаточностью лютеиновой фазы со стойкой ановуляцией, олигоменареей, аменореей, галактореей, себореей, гирсутным синдромом, вирилизацией, снижением либидо. Отмечены также изменения со стороны иммунного статуса, психологической сферы, водно-электролитного баланса. В последние годы авторами обсуждается вопрос о нарушениях жирового и углеводного обмена, костной системы при данной патологии [3].

Первые заметки с описанием клинических симптомов характерных для ГПРЛ встречаются в древних трактатах, в том числе и в трудах Гиппократа. Попытка объединить ряд характерных симптомов в одну нозологическую форму была впервые произведена в XIX веке. Данный симптомокомплекс был назван синдромом Клари Фромелля [4].

В XX веке Argonz del Castilio высказал предположение о гормональной природе выявленных нарушений. В 1954г. Олбрайт и Форбс описали женщин со спонтанной лактацией и аменореей, снижением уровня гонадотропинов в крови, причём у половины из них была выявлена опухоль гипофиза [5].

В настоящее время диагностика ГПРЛ не вызывает особых затруднений. Известно, что он характеризуется избыточной секрецией пролактина (ПРЛ). Между тем, ПРЛ впервые был выявлен в 1971г. радиоиммунологическим методом. В среднем норма пролактина в сыворотке крови у женщин составляет 240 мЕд/л (12 нг/мл), у мужчин – 140 мЕд/л (7 нг/мл). Это гормон, секретируемый передней долей гипофиза клетками пролактотрофами, расположенными в заднелатеральной области, которые составляют от 10% до 25% от всех клеток передней доли гипофиза, однако их количество увеличивается до 70% во время беременности. ПРЛ представляет собой полипептид, состоящий из 199 аминокислот с молекулярной массой 23,5 кДа. Последовательность расположения аминокислот схожа с гормоном роста и плацентарным лактогеном человека, что долгое время создавало трудности для идентификации пролактина [6]. Кроме того существуют промежуточные клетки маммосоматотрофы, обладающие свойством дифференцироваться в клетки, которые секретируют и СТГ, и ПРЛ. В лактотрофы они дифференцируются под действием эстрогенов в период кормления грудью ребёнка [7].

ПРЛ не секретируется под действием релизинг гормона, т.к. все попытки его обнаружения не увенчались успехом. Регуляция происходит за счёт ингибирующего действия гипоталамуса, что обусловлено действием дофамина (ДА). Последний синтезируется в тубероинфундибулярном дофаминергическом тракте, его нейроны расположены в медиобазальной области гипоталамуса. Идентифицировано два типа дофаминовых рецепторов – D1 и D2. D1-рецепторы стимулируют аденилатциклазу, а D2-рецепторы её угнетают. Дофамин и его агонисты стимулируют D2-рецепторы, вызывая ингибирование аденилатциклазы и уменьшение внутриклеточного цАМФ, что в свою очередь приводит к снижению высвобождения ПРЛ. Ингибирование высвобождения ДА антагонистами D2-рецепторов приводит к повышению секреции ПРЛ. Высвобождение ПРЛ контролирует вазоактивный интестинальный пептид (ВИП), который находится в аденогипофизе и гипоталамусе и оказывает паракринное и аутокринное действие. ТТГ также является мощным стимулятором

секреции ПРЛ, однако их секреция контролируется независимо друг от друга: лактация не приводит к увеличению секреции ТТГ, а первичный гипотиреоз не сопровождается повышением ПРЛ [8].

ПРЛ имеет уникальную способность, в отличие от других гормонов гипофиза, спонтанно секретироваться в больших количествах, как лактотрофами, так и в меньшем количестве клетками мозга и др. тканями, может выполнять функции гормона и нейропептида. Особенностью ПРЛ также является отсутствие эндокринного органа - мишени, конечной точкой его приложений являются не эндокринные органы, следовательно, отсутствует гормонально опосредованная система обратной связи.

К факторам, подавляющим секрецию ПРЛ, относят дофамин, серотонин, норадреналин, эндогенные опиоиды и галанин. У больных с гиперпролактинемией, наряду с повышенным пролактином, выявлено снижение уровня норадреналина и дофамина по сравнению со здоровыми [9].

Что касается половых гормонов, то эстрогены ингибируют активность нейроэндокринных дофаминергических нейронов в гипоталамусе. Они также стимулируют рост и дифференцировку пролактотрофов, усиливая экспрессию гена пролактина, путём прямого воздействия на ген, или уменьшая количество рецепторов к дофамину на пролактотрофах и блокируя секрецию дофамина [10]. Относительно влияния андрогенов на секрецию пролактина данные противоречивы. Некоторые авторы считают, что неароматизированные андрогены, в частности дигидротестостерон, не влияют на секрецию ПРЛ. Однако другие источники утверждают, что секрецию ПРЛ может активизировать тестостерон посредством его эстрогенных метаболитов, и повышенные значения ДГЭА и ДГЭА-С в надпочечниках связаны с нарушением метаболизма андрогенов именно под действием ПРЛ, регулирующего секрецию надпочечниковых андрогенов, это подтверждается фактом выделения рецепторов к ПРЛ в сетчатой зоне надпочечников [11].

ПРЛ имеет циркадный ритм на протяжении суток, который появляется в пубертатном возрасте. Пиковые значения достигаются в ночное время, через 60-90 минут после засыпания. После пробуждения уровень ПРЛ резко снижается. Минимальная концентрация ПРЛ наблюдается с 9-10 часов до полудня. Период его полувыведения составляет 20-30 минут [7,8].

В свою очередь ПРЛ имеет около 300 биологических функций [6], в частности: а) участвует в процессах созревания фолликула и овуляции [12]; б) поддерживает функцию жёлтого тела. Установлено, что в лютеиновую фазу, в норме, уровень ПРЛ выше, а также коррелирует с более высоким уровнем прогестерона, и наоборот, но иногда при гиперпролактинемии отмечается снижение уровня прогестерона в крови, что связано с нарушением метаболизма холестерина и ферментов; в) участвует в регуляции объёма и состава амниотической жидкости, контролируя транспорт воды и ионов; г) стимулирует развитие секреторного аппарата молочной железы (МЖ) при беременности, при этом также участвуют кортизол, плацентарный лактоген, эстрогены и прогестерон. Выявлено, что в период беременности повышаются уровни прогестерона и эстрогенов, при этом блокируя действие ПРЛ на МЖ, в послеродовом периоде же, при резком снижении уровней этих гормонов в крови, повышается количество рецепторов в железистой ткани к ПРЛ, приводящих к активации лактогенеза и лактации [13]; д) оказывает влияние на поведение и стимулирует родительские инстинкты; е) является регулятором половой функции у мужчин – усиливая обменные процессы в яичке, увеличивает массу яичек и семенных канальцев; ё) действует синергично с тестостероном, за счёт торможения активности 5α-редуктазы, оказывая влияние на обмен андрогенов, что приводит к стимуляции секреции предстательной железы; ж) потенцирует действие ЛГ и ФСГ на восстановление и поддержание сперматогенеза; з) влияет на углеводный обмен в сперматозоидах, способствует образованию цАМФ, окислению глюкозы и повышению активности мальтазы; и) участвует в регуляции секреции инсулина [14]; к) участвует в регуляции секреции надпочечниковых андрогенов и в их метаболизме; л) воздействует на рост МЖ и стимуляцию ангиогенеза [15-17].

ПРЛ имеет несколько изоформ:

- «малый» (ММ – 23,5кДа) – мономерная форма, обладает высокой биологической активностью;
- «Big» (ММ – около 50кДа) и «Big-Big» или макропролактин (ММ – около 100 кДа) – димерная и тримерная формы, обладают меньшей рецепторной и соответственно биологической активностью, характеризуются отсутствием клинических признаков при высоких показателях ПРЛ. В норме содержание макропролактина в крови колеблется от 0 до 10%, однако в некоторых случаях достигает и 80% [18]. Учитывая большие размеры макропролактина, затрудняется его прохождение через сосудистую стенку, соответственно снижен клиренс, и на уровне почечных клубочков вызывает накопление его в организме. Данное состояние называют «макропролактинемией», причина которой до сих пор не известна. Некоторые авторы называют данный процесс аутоиммунным, т.к. он сопровождается образованием неспецифических иммуноглобулинов класса G, и антипролактиновые антитела сохраняют стабильность в течение 5 недель, в результате чего следует относить макропролактинемию к хроническим заболеваниям [19]. Клинически макропролактинемия в 46-61% случаев протекает бессимптомно [10,20].

Кроме этого, были выявлены и другие изоформы ПРЛ, например:

- с молекулярной массой 16 кДА образуется в МЖ, но также обнаружен в тканях печени и мозга, оказывает подавляющее действие на ангиогенез;
- с молекулярной массой 22 кДА образуется в клетках тимуса, селезёнки и переферическими лимфоцитами;
- «гликозилированная» форма (ММ – 25 кДа) – биологическая активность в 4 раза ниже, составляет около 15-25% от всего количества гормона, влияет на секрецию и клиренс пролактина;
- фосфорилированная форма – участвует в аутокринной регуляции путём подавления секреции нефосфорилированного ПРЛ [21];

Синдром гиперпролактинемии характеризуется, и как самостоятельное гипоталамо-гипофизарное заболевание, и как один из самых распространённых синдромов при различных эндокринопатиях, соматогенных и нервно-рефлекторных воздействиях. Гиперпролактинемия – это патология, имеющая гетерогенное происхождение и проявление. Причиной такой гетерогенности является, в ряде случаев, несоответствие клинической картины и уровня общего иммунореактивного пролактина (ПРЛ) в сыворотке крови [22]. Причины, вызывающие гиперпролактинемию делятся на: 1) физиологические, такие как медицинские манипуляции, физические упражнения, сон, гипогликемия, психологический стресс, период беременности, лактация, половой акт, приём белковой пищи; 2) патологические – распространённость которых составляет около 17 человек на 1000 населения [23].

В свою очередь патологические причины, вызывающие гиперпролактинемию, подразделяются на:

- Первичные – избыточный биосинтез ПРЛ при гиперфункции гипофиза; гипоталамо-гипофизарная недостаточность по типу синдрома Шиена (синдром «пустого» турецкого седла); нарушение функции гипоталамуса со снижением продукции ПИФ; аденомы гипофиза (пролактиномы); гормонально неактивные опухоли, повреждающие гипоталамус; воспалительные процессы гипоталамо-гипофизарной системы; акромегалия, синдром Иценко-Кушинга;
- Вторичные – при различных эндокринных заболеваниях (синдромы Штейна-Левенталя, предменопаузальный и предменструальный, адреногенитальный, первичный гипотиреоз, синдром поликистозных яичников), применении контрацептивных средств (оральные гормональные средства и ВМС) и различных лекарственных препаратов (адренергические, адреноблокаторы, резерпин, транквилизаторы), патологии печени, почек, поджелудочной железы [24].

Имеющееся значительное повышение уровня ПРЛ в крови без патологии со стороны гипоталамо-гипофизарной системы или какой-либо другой видимой причины, относят к идиопатической ГПРЛ, по данным разных авторов она составляет 8,5-40% [25].

Наиболее частой причиной стойкого повышения уровня ПРЛ в крови является гормонально-активная опухоль гипофиза, секретирующая избыточное количество ПРЛ.

Пролактиномы или пролактинсекретирующие аденомы составляют до 45% от общего количества опухолей гипофиза [26]. Эти опухоли, в основном, встречаются у взрослых, и редко у детей. Аденомы гипофиза обычно хорошо отграничены и отделены от нормальной ткани гипофиза псевдокапсулой, содержащей ретикулин. В некоторых случаях, когда границы аденомы плохо определяются, псевдокапсула сформирована недостаточно, и клетки аденомы распространяются на «нормальную» ткань железы, прилежащую к опухоли [7].

Аденомы гипофиза разделяют следующим образом. По направлению роста: 1) инфраселлярный – в пазуху клиновидной кости или носоглотку; 2) антеселлярный – в сторону площадки основной кости, в решетчатый лабиринт; 3) ретроселлярный – за спинку, на скат, разрушая спинку, либо в обход на скат под твердую мозговую оболочку (ТМО); 4) латероселлярный – в кавернозный синус или под ТМО средней черепной ямки, в латеральное пространство супраселлярного отдела; 5) супраселлярный.

По размеру: 1) микроаденома – нормальное турецкое седло; 2) небольшая (16-25 мм); 3) средняя (26-35 мм); 4) большая (36-59 мм); 5) гигантская (>60 мм).

Диагноз микроаденомы гипофиза (диаметр <10 мм) должен основываться, прежде всего, на клинических и лабораторных данных, а методы визуализации служат для подтверждения или для исключения этой патологии.

К макроаденомам относят опухоли диаметром >10 мм. Их визуализация при современной компьютерной томографии и МРТ не представляет особых сложностей. Более трудным является дифференциальный диагноз с другими объёмными образованиями хиазмальноселлярной области. При относительно небольших размерах опухоль заполняет лишь турецкое седло. Однако в большинстве случаев опухоль имеет экстраселлярный рост. В таких случаях важно определить распространённость процесса и его отношение к образованиям околоселлярной области – хиазме, зрительным нервам, внутренней сонной артерии, кавернозному синусу и др. Это необходимо для выбора оптимального хирургического доступа к опухоли: транскраниального, трансназального или комбинированного [25,26].

Клинические проявления варьируют в зависимости от наличия таких симптомов, как репродуктивные, сексуальные, метаболические и эмоционально-личностные нарушения. Гиперпролактинемия встречается у женщин в 7 раз чаще, чем у мужчин, причём является наиболее частой причиной половых расстройств: эректильной дисфункции – до 20% и бесплодия – до 30% [27]. При макропролактиномах отмечаются признаки и симптомы наличия объёмного процесса в гипоталамо-гипофизарной области [7].

Симптоматика аденомы гипофиза располагает широким спектром проявлений, в числе которых выделяют эндокринно-обменный синдром, а также симптомы офтальмоневрологического и рентгенологического масштаба. Степень выраженности, свойственная эндокринно-обменному процессу, указывает на уровень избыточности выработки гипофизом гормона, а также на степень актуальных тканевых повреждений, возникших вокруг опухоли [28].

Офтальмоневрологическая симптоматика, указывающая на наличие аденомы, заключается в первичной атрофии, которой подвергаются зрительные нервы, а также в изменении полей зрения, гипоксии и прочих проявлениях. Клинические особенности и интенсивность зависят напрямую от роста опухолевого образования. В результате прогрессирования состояния может появляться головная боль, которая чаще локализуется в глазничной, височной и лобной областях. Как правило, головная боль носит тупой характер, тошнотой она не сопровождается, как и не зависит от конкретного положения тела. Использование анальгезирующих препаратов, зачастую, не приносит облегчения [29]. При продолжении роста опухоли к верхней области, происходит повреждение гипоталамических структур. Если рост опухоли происходит книзу, то сопровождаться процесс может ощущением заложенности носа, а также истечением цереброспинальной жидкости из носа.

Психоэмоциональные расстройства при гиперпролактинемии проявляются в виде астений, смены настроения, психонегативных нарушений, замедления ассоциативных процессов, нарушения памяти и внимания. Иногда встречается специфический психоэндокринный синдром в виде повышенной раздражительности, тревожности, склонности к депрессивным и психовегетативным реакциям, эмоциональной лабильности, пониженной толерантности и аутизма, психосоциальной дезадаптации [30]. Эндокринно-обменные изменения проявляются в виде инсулинорезистентности, ожирения, нарушения липидного обмена и метаболизма костной ткани.

Метаболические изменения, связанные с повышенным содержанием пролактина в крови, позволили отнести ГП к заболеваниям, сопровождающимся ожирением, и дифференцировать их при диагностике причин ожирения. По данным авторов, у 40-60% больных с ГП наблюдаются инсулинорезистентность и избыточная масса тела [30]. Нарушения метаболизма костной ткани проявляются снижением минеральной плотности костной ткани до 3,8% в год с развитием остеопении или остеопороза, даже в отсутствие гипогонадизма [31]. Выявлено, что у больных с гиперпролактинемией повышенная секреция ПРЛ и признаки гипогонадизма являются ключевыми факторами риска развития остеопенического синдрома [32].

Изучение конвергенции, между процессами обмена энергии и гомеостаза костей, свидетельствует о том, что энергетичекий метаболизм и костная масса регулируются одними и теми же гормонами, в частности лептином, аденопектином, нейропептидом и субстанцией Р. Основной чертой большинства типов гормональной регуляции является то, что они управляются по принципу обратной связи, так что клетки, на которые воздействовал гормон, отправляют сигналы, влияющие на гормонопродуцирующие клетки. Концепция регуляции по механизму обратной связи свидетельствует о том, что клетки костной ткани взаимосвязаны с уровнями гормонов в организме, в частности с уровнем пролактина [30].

Костная ткань – это динамическая структура, где постоянно происходят процессы образования и разрушения. Она бывает 2-х видов: кортикальная (компактная) и трабекулярная (губчатая). Их соотношение варьирует в различных частях скелета, что обусловлено различной ответной реакцией на метаболические воздействия, а также неравномерной потерей костной ткани и риском развития переломов. В частности, одной из главных мишеней развития остеопороза (ОП) являются тела позвонков, состоящие в основном из губчатой кости [33].

В процессе жизнедеятельности костной системы участвуют взаимосвязанные и взаимозамещающие процессы, т.е. процессы костеобразования и костной резорбции.

В процессе резорбции участвуют остеокласты (ОК), действующие только на минерализированную кость, не изменяя её матрикс. Остеобласты (ОБ) – клетки-«строители», участвуют в образовании новой костной ткани и её минерализации.

При нарушении ремоделирования костной ткани, процессы резорбции преобладают над активностью формирования кости, в результате наблюдается снижение костной массы и развитие остеопороза [34].

Остеопороз – системное заболевание скелета из группы метаболических остеопатий – характеризуется уменьшением костной массы и нарушением микроархитектоники костной ткани, что приводит к снижению прочности кости и, следовательно, к повышению риска возникновения переломов [35].

В настоящее время в результате разработки метода ультразвуковой денситометрии стало возможно измерять костную ткань, а точнее её точную массу или плотность в различных отделах скелета [36]. Это позволило выявлять ранние признаки остеопороза независимо от факторов, влияющих на его развитие, в том числе как генетических, так и гормональных, а также курение, питание и активный образ жизни [37].

Принятой классификацией ОП в данное время по этиопатогенетическому признаку являются: первичный, в частности климактерический, синильный, ювенильный, идеопатический и вторичный. В общей структуре развития вторичного остеопороза на первом месте находится эндокринная патология, в частности гипоталамо-гипофизарной системы, в том числе и гиперпролактинемия, что составляет 15-20%, чаще у лиц молодого и среднего возрастов. Однако сам ПРЛ не играет существенной роли в метаболизме костной ткани, но повышенный его уровень влияет на секрецию гонадотропин-рилизинг-гормона гипоталамуса, вызывая уменьшение содержания циркулирующих эстрогенов и тестостерона [37,38]. Снижение уровня эстрогенов в крови при ГПРЛ является пусковым элементом развития метаболических нарушений. По мнению разных авторов, это связано именно с нарушением функции яичников [34,38]. Активное влияние ПРЛ, при его избыточном количестве в крови, оказывает на яичники, вызывая связывание его с рецепторами гонадотропных гормонов и подавляя их действие на стероидогенез, а также уменьшает чувствительность яичников к гонадотропным гормонам (ГГ), вызывая ингибирующее действие на синтез эстрогенов и прогестерона [38]. Эстрогены, в свою очередь, обладают анаболическим воздействием на костную ткань, участвуют в поддержании объёма костной массы и при их недостатке наблюдается снижение функции остеобластов и активация остеокластов, приводящих к сдвигу в костном ремоделировании в пользу процессов резорбции и, соответственно, к ОП [37]. По данным разных авторов, ПРЛ вызывает повышение в крови, так называемого, паратгормоноподобного белка (ПТГпБ), схожего по структуре с паратиреоидным гормоном. Выявлено, что при ГПРЛ идёт значительное повышение ПТГпБ [39].

В исследованиях Мохорта и соавт. (2013) выявлено изменение остеокальцина ниже границы референсного интервала и бета-кросслапса. По показателям остеоденситометрии, у женщин с ГП не выявлено остеопороза ни в поясничной области, ни в проксимальных отделах бедренных костей. Наличие остеопении обнаружено в 45% случаев [40].

Многими авторами отмечено, что при нормализации уровня пролактина в крови нарастает костная масса. Colao A. et al. (2000) выявили повышение МПКТ в области позвоночника и бедренных костей в течение года лечения агонистами дофамина. У мужчин МПКТ повышается в условиях нормализации пролактина в сыворотке и устранения признаков гипогонадизма. Показатели костного метаболизма коррелируются с нормализацией уровня тестостерона. Между тем выявлено, что гиперпролактине-мический гипогонадизм обусловлен понижением эстрогенов в большей степени, чем тестостерона, но применение препаратов эстрадиола у лиц мужского рода с пониженной костной массой до конца не изучено [32]. Ряд авторов выявили, что несмотря на лечение агонистами дофамина, полного восстановления костной массы не наблюдалось, так у больных с пролактиномами, находившимися под наблюдением в течение 9 лет, при нормальном уровне пролактина и устранении гипогонадизма, МПКТ была ниже, по сравнению с лицами контрольной группы [41,42].

Согласно имеющимся литературным сведениям, у больных с синдромом гиперпролактинемии проявления остеопенического синдрома отмечены в 30-32% случаев, в отличии от популяции женщин предменопаузального периода, где зарегистрированы проявления остеопении лишь в 10-12% случаев. Ряд авторов указывают на остеопенический синдром в 45% случаев у больных с ГПРЛ при декомпенсированной стадии патологического процесса [42,43].

Таким образом, анализ литературных данных свидетельствует о нарушениях метаболизма костной ткани у больных с синдромом гиперпролактинемии, приводящих к переломам, инвалидизации больных и ухудшающих прогноз основного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Манухин И.Б. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / И.Б.Манухин, Л.Г.Тумилович, М.А.Геворкян. - М.: МИА., 2001. - 247с.
2. Сметник В.П. Метаболические влияния эстрогенов и их дефицита / В.П.Сметник // Рук-во по климактерии. - 2001. - № 11. - С. 406-426.
3. Метаболические эффекты пролактина / Л.К.Дзеранова [и др.] // Вестник репродуктивного здоровья. - 2008. - № 3-4. - 29с.
4. Дедов И.И. Синдром гиперпролактинемии / И.И.Дедов, Г.А.Мельниченко, Т.И.Романцева // - М. - 2004. - 5с.
5. Федеральные клинические рекомендации по клинике, диагностике, дифференциальной диагностике и методам лечения гиперпролактинемии / Г.А.Мельниченко [и др.] // Проблемы эндокринологии. - 2013. - Т.59, № 6. - С.19-26.
6. Prolactin: The new biology of old hormone / V.Goffm [et al.] // Ann Rev Physiol. - 2002. - V.64. - P.47-67.
7. Bronstein M.D. Disorders of Prolactin Secretion and Prolactinomas / M.D.Bronstein//

Neuroendocrinology and Pituitary Disease. - 2009. - P.485-510.

8. Татарчук Т.Ф. Современные подходы к диагностике и лечению гиперпролактинемии / Т.Ф.Татарчук, С.В.Гуньков, О.А.Ефименко // Репродуктивная эндокринология. - 2012. - № 1(3). - С.27.
9. Гилязутдунов И.А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве / И.А.Гилязутдунов, З.Ш.Гилязутдунова // Руководство для врачей. - М.: МЕДпресс-информ. - 2006. - 416с.
10. Уварова Е.В. Возможности негормональной коррекции уровня пролактина на фоне гормональной контрацепции у сексуально активных молодых женщин / Е.В.Уварова, Н.В.Болдырева // Русский медицинский журнал. - 2007. - Т.15. - № 1. - С.1-7.
11. Гиперпролактинемия у женщин и мужчин / Г.А.Мельниченко [и др.] // Пособие для врачей. - М. - 2007. - 56с.
12. Серов В.Н. Гинекологическая эндокринология / В.Н.Серов, В.Н.Прилепская, Т.В.Овсянникова // МЕДпресс-информ. М. - 2006. - 528с.
13. Сидельникова В.М. Эндокринология беременности в норме и при патологии / В.М.Сидельникова // МЕДпресс-информ. - М. - 2007. - 351с.
14. Надь Ю.Г. Гормонозаместительная терапия при гипопролактинемии / Ю.Г.Надь // Гинекология. - 2010. - Т.11. - С.19-26.
15. Prolactine secretion Baterns: basic mechanisms and clinical implicators for reproduction / Marsel Egli [et al.] // Reoproduction. - 2010. - V.140. - P.643-654.
16. Clapp C. Peptide Hormone Regulation of Angiogenesis / C.Clapp, S.Thebault, M.C.Jeziorski // Physiol Rev. - 2009. - V. 89(4). - P.1177-215.
17. Grattan D.R. Prolactin: A Pleiotropic Neuroendocrine / D.R.Grattan, I.C.Kokay // Hormone J Neuroendocrinol. - 2008. - № 20(6). - P.752-63.
18. Архипкина Т.Л. Роль пролактина в формировании нарушений углеводного обмена у больных с СПЯК / Т.Л.Архипкина, Л.П.Любимова, Е.И.Каленик // Проблема эндокринной патологии. - 2010. - № 1. - С.38-44.
19. Macroprolactinemia: predictability on clinical basis and detection by PEG precipitation with two different immunometric methods / P.Amadori [et al.] // J. Endocrinol Invest. - 2003. - № 26(2). - P.148-56.
20. Richa V. Macroprolactin: A Frequent Cause of Misdiagnosed Hyperprolactinemia in Clinical Practice / V.Richa, G.Rahul, A.Sarika // J Reprod Infertil. - 2010. - № 11(3). - P.161-7.
21. Identification of IgG immunocomplex macroprolactin with an immunometric «sandwich» system: Technical and clinical considerations / P. Amadori [et al.] // J. Endocrinol Invest. - 2004. - V.27(11). - P.1022-8.
22. Татарчук Т.Ф. Гиперпролактинемия – симптом, синдром, диагноз / Т.Ф.Татарчук, О.А.Ефименко // Здоровья Украины. - 2013. - № 1. - С.47-49.
23. Ciccarelli A. The Epidemiology of Prolactinomas / A.Ciccarelli, A.F.Daly, A.Beckers // Pituitary. - 2005. - № 8(1). - P.3-6.
24. Hattori N. Macroprolactinemia: a new cause of hyperprolactinemia / N.Hattori // J. Pharmacol Sci. - 2003. -№ 92(3). - P.171-7.
25. Schlechte J. A. Prolactinoma. Clinical practice / J.A.Schlechte // The new England Journal of Medicine. - 2003. - № 349. - P.2035-41.
26. Abboud C.H. Prolactinomas / C.H.Abboud, M.J.Ebersold // Diagnosis and Management of Pituitary Tumors. - 2001. - P. 279-294.
27. Дедов И.И. Современная нейроэндокринология / И.И.Дедов, Г.А.Мельниченко, А.К.Липатенкова / Вестник Российской академии медицинских наук. - 2012. - № 8. - С.10-11.
28. Дедов И.И. Клиническая нейроэндокринология / И.И.Дедов // - М. - 2010. - С.109-137.
29. Мохорт Т.В. Синдром гиперпролактинемии: современные подходы к диагностике и лечению / Т.В.Мохорт, М.Р.Сафина // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. - 2012. - № 4(22). - Р.130-141.
30. Colao A. The prolactinoma / A.Colao // Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. - 2009. - Vol.23. - P.575-596.
31. PRL secreting adenomas in male patients. Pituitary / Ciccarelli [et al.] // - 2005. - № 8(1). - P. 39-42.
32. Colao A. Prolactinomas in adolescents: persistent bone loss after 2 years of prolactin normalization/ A.Colao, C.DiSomma, S.Loche // Clin Endocrinol (Oxf)., - 2000. - № 52(3). - P.319-27.
33. Состояние кальций - фосфорного обмена у молодых женщин с гиперпролактинемией / О.А.Белых [и др.] // Остеопении. Бюллетень ВСНЦ со РАМН. - 2005. - № 4(42). - 150с.
34. Ермоленко Т.О. Диагностика, лечение и профилактика структурно-функциональных изменения костной ткани при гипофункции яичников / Т.О.Ермоленко, О.М.Игнатьев // Методические рекомендации МОЗ Украины. - Киев. - 2007. - 47с.
35. Нарушения фосфорного обмена и костного метаболизма у молодых женщин с гиперпролактинемией / Е.А.Кочеткова [и др.] // Тез. конференции, посвящённой 25-летию ЦНИЛ ЧелГМА «Новые лабораторные технологии в диагностике и лечении заболеваний человека». ЧелГМА., Челябинск. - 2006. - С.9-11.

36. Беневоленская Л.И. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение / Л.И.Беневоленская, О.М.Лесняк // Клинические рекомендации.- М.- 2005.

37. Татарчук Т.Ф. Гиперпролактинемия в практике врача-гинеколога / Т.Ф.Татарчук, И.Б.Венцковская, О.А.Ефименко // Международный эндокринологический журнал. - 2007. - № 1(7).

38. Effects of estrogen plus progestin on risk fracture and bone mineral density. WHI randomized trial / J.A.Cauley [et al.] // JAMA .- 2003. - Vol.290. - P.1729-1738.

39. For the PaTH Study Investigators. The effects of parathyroid hormone and alendronate alone or in combination in postmenopausal osteoporosis / D.M.Black [et al.] // N Engl J Med. - 2003. - Vol.349 - P.1207-1215.

40. Минеральная плотность кости у женщин с пролактинсекретирующей аденомой гипофиза, получающих постоянную терапию агонистами дофамина / Т.В.Мохорт [и др.] // Оригинальные научные публикации - 2013. - С.80-82.

41. Prevalence of osteopenia in men with prolactinoma / E.C.Naliato [et al.] // J Endocrinol Invest. - 2005. - Vol.28. - P.12-17.

42. Bone density in women with prolactinoma treated with dopamine agonists / E.C.Naliato [et al.] // Pituitary. - 2008. - Vol.11. - P.21-28.

43. Relationship between PTH sex steroid and bone turnover marker measurements and bone density in recently postmenopausal women / M.A.Garcia-Perez [et al.] // Maturitas. - 2003. - 30(5). - № 45(I). - P.67-74.

Summary

State of bone metabolism in hyperprolactinemia syndrome

Sh.S. Anvarova, M.A. Pirmatova
Chair of Endocrinology Avicenna TSMU

In general structure of secondary osteoporosis one of the leading places takes endocrine pathology, especially diseases of the hypothalamic-pituitary system. In a review etiology and pathogenetical especially of hyperprolactinemia syndrome are conducted that characterized by elevated levels of prolactin in the blood and resulting metabolic changes, especially the processes of bone remodeling disorders.

Key words: hyperprolactinemia, remodeling, bone tissue, osteoporosis

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Пирматова Махина Абдурахимовна – аспирант кафедры эндокринологии ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, ул. Абая, 3
E-mail: mahina-f.s@mail.ru

О сущности и тяжёлых последствиях тактики терапии сахарного диабета по принципу «подобное подобным»

Ю.Н. Нуралиев, М.У. Шарофова, Ш.С. Сагдиева
Институт медицины Авиценны и фармакологии;
Центральная научно-исследовательская лаборатория ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Работа посвящена наиболее актуальному направлению для современной медицины и фармакологии – расшифровке и научному обоснованию древнейшей тактики терапии «подобное подобным» (лечение ацидоза ацидными продуктами). Рассматривается адекватность применения опыта медицины Авиценны (Абуали ибни Сино) в качестве альтернативной терапии сахарного диабета: антидиабетические средства и диабетогенные факторы риска.

Ключевые слова: медицина Авиценны, сахарный диабет, кислотно-основное равновесие, «подобное-подобным», ацидные продукты

Конец прошлого столетия ознаменовался появлением тенденции к использованию многовекового опыта традиционной медицины (китайской, индийской, тибетской и ряда других), этномедицины разных стран – в качестве альтернативной терапии при лечении хронически протекающих, трудноизлечимых, неинфекционных заболеваний (НИЗ). Отрадно отметить активное участие в развитии данного направления в науке таких международных организаций, как ВОЗ и ШОС.

Трудности на пути использования методов традиционной медицины связаны с тем, что по причине исключения опыта предшествующих классических медицинских систем из образовательных программ медицинских вузов и школ, основные общефармакологические правила лечения, в том числе последствия тактики терапии «подобное-подобным», стали непонятными для современных врачей. Прервалась линия преемственности между многовековым опытом традиционной и современной медицины. Современные врачи, не знакомые с сущностью общих принципов фармакотерапии, например, с медицинской системой ибни Сино, при попытках использования опыта гениального врача по фитотерапии отдельных заболеваний, легко могут допустить непоправимые ошибки, наносящие существенный вред организму больного.

Основные причины развития диабета Авиценна связывал с неизвестной диабетогенной материей [1-4], а также с изменением мизаджа (натуры) человека из состояния «mutadil» – нейтрального в «холодную» – ацидную сторону, загрязнением «vujuda», т.е. эндотелиальной системы.

Абуали ибни Сино (Авиценна) строго предупреждал врачей, отказаться от лечения больных, страдающих сахарным диабетом (СД; по Авиценне и другим древним источникам - «диабетом»), по принципу «подобное подобным», то есть предупредить усугубление диабетического ацидоза как последствия употребления ацидных продуктов. Это древнее общефармакологическое правило на протяжении многих веков помогало десяткам поколений врачей, ориентируясь на учение о мизадже (натуре) природных антидиабетических средств, а также характере изменённого при сахарном диабете мизаджа организма, правильно и эффективно исцелять больных, страдающих данной патологией [5]. Медицина ещё не имела представлений о ведущей роли поджелудочной железы и значении инсулина в развитии СД.

Тактику лечения «подобное подобным» Авиценна считал противопоказанной и, более того, опасной для больных диабетом. Сущность его взглядов заключалась в том, что опытный врач логически и практически связывал патогенез диабета с изменением мизаджа (натуры) больного из состояния «mutadil» (нейтрального) в «холодную» (ацидную) сторону. Все продукты, имеющие ацидную натуру и способствующие, после приёма их в пищу, изменению натуры организма человека из нейтрального состояния в ацидное, он отнёс к потенциально диабетогенным.

Методом патофизиологического, фармакотерапевтического и биохимического скрининга произведений древних врачей [4-7], а также изучения результатов современных отечественных [8-10,12-15] и зарубежных экспериментальных исследований [17,19,20],

ТАБЛИЦА. ПЕРЕЧЕНЬ АЦИДНЫХ-ДИАБЕТОГЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПО АВИЦЕННЕ И УРОВЕНЬ PH КАЖДОГО ПРОДУКТА

Наименование ацидных продуктов и уровень их реакции воздействия (pH)		
Русское название	**Латинское название**	**pH сока**
1	**2**	**3**
Плоды лимона	Citrus limon (L.) Burm. Fil.	1,8±0,01; 2,0-2,8
Плоды облепихи крушиновидной	Fructus Hippophae rhamnoides L.	1,6-2,0
Плоды вишни	Fructus Cerasus vulgaris Mill.	2,3-3,0
Плоды алчи	Fructus Prunus cerasifera Ehrn.	1,6-3,0
Плоды сливы	Fructus Prunus Domestica L.	1,8-2,6
Плоды шиповника коричного	Fructus Rosa cinnamonea L.	2,3-3,4
Физиалис обыкновенный	Physalis alkekendi L.	2,1-2,9
Крыжовник обыкновенный	Crossularia Mill.	1,5-2,8
Кизил обыкновенный	Cornus Mas L.	2,1-3,0
Гранат (все кислые сорта)	Punica granatum L.	2,6-3,1
Сок незрелых плодов и порошок из высушенных незрелых плодов разных сортов винограда (гураоб)	Vitis vinifera L.	1,8-2,8
Незрелые плоды разных сортов абрикоса	Armeniaca Scop.	2,1-3,4
Все кислые сорта яблок и других фруктов		2,8-4,0
Просроченные кисло-молочные продукты (кислое молоко, разные сорта кефира и особенно сыворотка кислого молока, кисло-молочный напиток «дуґ»)*		2,1-3,6
Ревень Максимовича	Rheum Maximovich zilosinsic	2,8-4,0
Щавель конский (надземная часть)	Rumex confertus Willd.	2,6-3,9
Маринованные помидоры	Lycopersicon Esculentum Mill.	2,1-3,0
Маринованные огурцы	Cucumis sativus L.	2,8-4,0
Яблочный уксус (6-8% и более)		1,1-2,1
Чайный гриб		1,3-2,8
Индийский рисовый гриб		2,1-3,4
Все бахчевые плоды, культуры (арбуз, дыня и пр. с превышенной концентрацией нитратов)		3,4-5,2
Кока-кола и все газированные безалкогольные напитки		3,5-4,0
Газированные минеральные напитки		3,2-4,3
Перечень может быть расширен десятками других ацидных продуктов		

в том числе ранее опубликованных нами, было установлено, что «холодный мизадж» соответствует кислой реакции жидкой среды организма – ацидозу; горячий – щелочной реакции, а «mutadil» (уравновешенный) – нейтральной. По предположениям Авиценны, в организме человека образуются вещества с холодной натурой (диабетогенная материя). Из многочисленных эндогенных (биотических), ацидных метаболитов в составе организма человека, в качестве «диабетогенной материи», путём скрининга, нами была выбрана мочевая кислота (МК), метаболитами которой являются прямой диабетоген – аллоксан и опасный канцероген – нитрозамин, а также ураты – соли мочевой кислоты [14].

Всё то, что ибни Сино писал о «vujude»-«внутрь» или жидкой среде организма, нами, соответственно, было отнесено к признанной (начиная с конца XX века) эндотелиальной системе, которая на сегодняшний день считается самым большим эндокринным

органом, выполняющим, кроме того, и барьерную функцию, а также регулирует гомеостаз и гемостаз. Назначение ацидных продуктов (плодов лимона, облепихи, отвара шиповника и др.) при лечении диабета Авиценна считал строго противопоказанным. Для определения степени диабетогенной опасности была определена степень кислотности отдельных пищевых продуктов. В представленной таблице приведён перечень кислых продуктов, названных нами диабетогенными факторами риска по Авиценне (ДФРА), с указанием уровня pH.

Скорость развития диабетогенеза, нефролитиаза, холелитиаза, онкогенеза, остеохондроза, аденоматозных поражений зависит от исходного уровня гиперурекемии, и соответственно, от уровня и состояния кислотно-основного равновесия (КОР) организма. Чем выше уровень гиперурекемии и ацидоза, тем быстрее может возникнуть состояние ацидоза, развитие метаболического синдрома, предиабета и СД 2 типа, либо других заболеваний, патогенез которых связан с метаболическим синдромом.

Таким образом, назначение больным продуктов, приведённых в таблице, является фактически лечением по принципу «подобное подобным». То есть, имеет место лечение, усугубляющее состояние ацидоза, со всеми его последствиями для больных, у которых и так в организме повышен уровень нескольких биотических (эндогенных) ацидных метаболитов, таких как кетоновые тела, мочевая кислота, мочевина, ураты, остаточный азот, свободные радикалы и ряд других.

Механизм проявления ацидного действия многих дикорастущих плодово-ягодных и овощных культур (различных видов ревеня, шиповника, облепихи, щавеля), культивируемых плодовых (плоды лимона, незрелые плоды винограда), маринованных овощей и ряда других уксус-содержащих продуктов, напрямую связаны с высоким содержанием в их составе таких органических кислот, как лимонная, яблочная, виноградная, аскорбиновая (витамин С), щавелевая, уксусная и др. Немало случаев, когда полезные для организма бахчевые культуры, например арбузы, из-за высокого содержания нитратов или других азотистых соединений, бесконтрольно используемых в сельском хозяйстве в качестве удобрений, из-за превышения их предельно-допустимой концентрации (ПДК), наносят существенный вред организму человека, особенно больным СД.

Одной из главных причин неуклонного роста СД 2 типа и его тяжёлых последствий, таких как сосудистые осложнения, частые рецидивы и рост летальных исходов, связаны, по нашему мнению, с повышением уровня ацидных продуктов и напитков в пищевом рационе больных. К сожалению, имеет место назначение с лечебной целью больным сахарным диабетом сока лимона, сока плодов облепихи, сока незрелых плодов винограда.

Основываясь на результатах экспериментальных работ, проведённых нами на базе Центральной научно-исследовательской лаборатории ТГМУ имени Абуали ибни Сино установлено, что все изученные ацидные продукты, при ежедневном пероральном введении экспериментальным животным в дозах 2 и 5 мл/кг массы тела в течение 14 суток, вызывали сходные между собой метаболические нарушения и состояние инсулинорезистентности. На 14 сутки у подопытных животных отмечался дозозависимый сдвиг pH в сторону ацидоза от 1,4% до 2,3%. Наблюдалось развитие состояния инсулинорезистентности, толерантность к глюкозе понижалась на 15-20%, а к инсулину – на 12-32%. Нефротоксический эффект проявился в повышении уровня мочевой кислоты, креатинина и мочевины от 30% до 70%. Достоверное повышение уровня билирубина ($p<0,01$), АсАТ ($p<0,001$), АлАТ ($p<0,001$), а также понижение уровня общего белка ($p<0,05$) и альбумина ($p<0,05$) свидетельствовали о развитии выраженного гепатотоксического эффекта.

Следует подчеркнуть, что скорость развития метаболического синдрома, предиабета, а также самого процесса диабетогенеза, после приёма ацидных продуктов, в целом, зависит от исходного уровня гиперурекемии и состояния КОР организма. Чем выше исходный уровень гиперурекемии и ниже уровень pH крови, то есть повышенный уровень кислотности, тем быстрее может развиваться состояние ацидоза и дисфункция эндотелиальной системы.

Возникает вопрос: какие диабетогенные факторы риска – «авиценновские» ацидные продукты или вышеперечисленные современные алиментарные факторы а также алкоголь и табак, являются наиболее активными и опасными диабетогенами?

Данный вопрос уместно рассматривать с позиций общей фармакологии, которая объясняет механизмы прямого и непрямого (опосредованного) действия диабетогенных факторов. Каждый продукт из числа ДФРА, благодаря своим ацидным свойствам, может напрямую нарушать функции основных буферных систем организма, изменять реакцию pH крови, состояние эндотелиальной системы, а также внутриклеточных и межклеточных структур в ацидную сторону, создавая соответствующие условия для развития метаболического синдрома, предиабета и СД 2 типа.

Как уже отмечалось, скорость развития и степень тяжести диабетогенеза под действием ДФРА зависит от уровня эндогенных ацидных продуктов и КОР организма. ДФРА нами отнесены к прямым диабетогенным факторам риска развития СД 2 типа. Общепризнанные алиментарные диабетогенные факторы риска, в соответствии с возможными механизмами их действия на метаболические процессы, отнесены к непрямым или косвенным диабетогенным

факторам риска развития СД 2 типа. Проявление диабетогенного эффекта этих продуктов возникает только после развития соответствующих нарушений со стороны функций почек, печени, эндотелиальной системы, что наряду с изменением реакции pH организма в кислую-ацидную сторону, в целом, способствует развитию метаболического синдрома.

Сущность механизмов лечебного действия рекомендованных Авиценной мизаджекорректирующих, антидиабетических средств заключается в следующем: корректируя ацидоз, т.е. кислое состояние pH крови и жидкой среды организма – в нейтральную или слабощелочную сторону, они создают необходимые условия для нормализации нарушенных метаболических и физиологических процессов, начиная от внутриклеточных, межклеточных, внутриорганных структур и организма в целом.

Фармакологический скрининг и проведённые нами эксперименты доказывают, что все рекомендованные Авиценной средства для терапии СД обладают гипогликемическими, эндотелиопротекторными и метаболизмкорректирующими свойствами.

Разработанная Авиценной мизаджекорректирующая, антиацидная тактика терапии диабета напрямую направлена на лечение предиабета, остановки процесса диабетогенеза, иными словами, против основных эндотелиальных, патогенетических механизмов СД 2 типа. Антидиабетические средства по Абуали ибни Сино непосредственно восстанавливают нарушенный мизадж, т.е. нарушенное КОР и способствуют коррекции изменённой функции эндотелиальной системы. Такой тактикой древние врачи в определённой степени приостанавливали рецидивы и развитие сосудистых осложнений диабета, непосредственно связанных с ацидозом эндотелиальной системы.

Одним из недостатков широко применяемой современной эндокринологией тактики терапии СД 2 типа, является то, что она направлена, в основном, на восстановление нарушенной функции поджелудочной железы, т.е. против последствий предиабета, без учёта исходного уровня ацидоза и развивающегося диабетогенеза. Лечение ацидоза у больных СД средствами, способствующими прогрессированию понижения уровня pH в организме, усугубляет проявления ацидоза, способствуя, тем самым, развитию диабетической стопы, ретинопатии и нефропатии, даже при невысоком уровне сахара крови.

Основная масса лекарственных растений, которые Авиценна назначал в качестве антидиабетических средств, содержат в своём составе высокий уровень щелочных эквивалентов, а также биологически активные вещества, такие как флавоноиды, эфирные масла, тритерпеноиды, стерины, комплексы витаминов, фитогормонов, макро- и микроэлементов [7]. Каждый из вышеперечисленных биологически активных веществ в отдельности и все в совокупности способны вызвать антиацидный, гипогликемический и гиполипидемический, антигипоксический, антиоксидантный, гепатопротекторный, нефропротекторный, мембраностабилизирущий, противовоспалительный, метаболизмкорректирующий эффекты, в целом, обеспечивая проявление взаимосвязанного антидиабетического действия.

Вопрос о возможной диабетогенной опасности ацидных продуктов нами был поднят по многим причинам, в том числе: в связи с широким использованием в пищевом рационе населения во всём мире ацидных газированных напитков и газированной минеральной воды; постоянного увеличения содержания нитратов, множества зачастую малоизученных вкусовых добавок, красителей и ароматизаторов в продуктах питания, увеличения производства уксуссодержащих консервированных продуктов, солёных овощей, производимых как в домашних условиях, так и на промышленной основе.

Опираясь на медицинские взгляды Авиценны, изменение мизаджа в холодную сторону, т.е. развитие ацидоза при СД считается первичным, а нарушение функции поджелудочной железы и недостаток инсулина – вторичным. Ибни Сино первым определил причины развития диабетогенеза. К сожалению, отсутствие глубокого понимания учения гениального врача и философа Авиценны в целом, и недостаток знаний в области диабетологии в частности, является одной из причин недостаточно эффективного лечения СД и его осложнений. Авторы уверены, что рано или поздно медицинская система Авиценны займёт своё достойное место и в современной медицине.

С позиции достижений современных биохимии, эндокринологии и фармакологии правильнее будет разделить факторы риска СД 2 типа на прямые и косвенные. При такой классификации ацидные продукты, наряду с нейрострессорными факторами риска, попадают в группу прямых диабетогенных факторов риска. По нашему мнению, разница в механизмах их диабетогенного влияния заключается в том, что стрессорные факторы действуют через нервную и эндокринную системы, а ацидные диабетогены – непосредственно через КОР и, естественно, через самый большой эндокринный орган – эндотелиальную систему.

Именно изменение реакции внутренней среды организма в кислую сторону, способствует изменению чувствительности «тканей-мишеней» к инсулину и глюкозе. В результате возникающей гипоксии нарушается транспорт глюкозы и инсулина через митохондриальные мембраны клеток, повышается уровень маркёра СД – гликолизированного гемоглобина (HbAlc) в составе эритроцитов на 60-70% с

последующим развитием метаболического синдрома, инсулинорезистентности, СД 2 типа и ряда других заболеваний, патогенез которых связан с ацидозом [12].

Другой немаловажной заповедью Авиценны, непосредственно связанной с общими правилами терапии диабета, является: «… при лечении диабета нельзя одно и то же лекарство назначать длительными курсами». Эта заповедь, на наш взгляд, напрямую относится к тем антидиабетическим средствам, которые обладают нефро-, гепато-, эндотелиотоксическими действиями. Ибни Сино десять веков тому назад использовал для лечения диабета 84 простых и более 10 сложных лекарственных средств. Наличие такого большого арсенала антидиабетических средств позволяло врачам многие столетия назначать больным лечение кратковременными курсами, постоянно заменяя одно лекарство другим, или комбинациями лекарственных средств, состоящих из нескольких антидиабетических растений.

Сложившаяся сегодня ситуация с постоянно прогрессирующим ростом и возрастающим бременем СД 2 типа в мировом масштабе требует нового взгляда на проблему с позиции умелого и безопасного использования многовекового опыта древневосточной медицины. Знакомство с сущностью тактики терапии «подобное подобным» позволит современным врачам и представителям традиционной медицины безошибочно использовать десятки лекарственных препаратов, оставленных нам в наследство нашими предками. Знания особенностей мизаджа каждого растения, минеральных, животных продуктов и их совместимости с мизаджем больного, позволяло древним врачам безошибочно использовать отдельные лекарственные средства для лечения СД и других заболеваний, патогенез которых связан с изменениями кислотно-основного равновесия.

Новые подходы к использованию тысяч лекарств, предложенных Авиценной и другими классиками восточной медицины, не возможны без расшифровки и научной оценки древних рецептов. Включение ацидных ДФРА в перечень современных диабетогенных факторов риска СД и использование методов лечения и антидиабетических средств по Авиценне в качестве альтернативной терапии, по мнению авторов, могут коренным образом изменить степень эффективности лечения СД 2 типа. Остановить постоянно прогрессирующий рост СД невозможно без внедрения ДФРА в глобальную программу лечения и профилактики этой патологии, а также без повсеместного отказа от тактики терапии «подобного подобным».

Практическое воплощение идей Авиценны относительно общей тактики терапии диабета в современную медицину может ежегодно спасать жизни десяткам больных, уменьшить число рецидивов, инвалидности и летальных исходов от этой патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абу Али Ибн Сина (Авиценна). Канон врачебной науки / Абу Али Ибн Сина. Сочинения. Т. 12. – Книга первая. – Душанбе: Дониш. – 2010. – 735с.
2. Абу Али Ибн Сина (Авиценна). Канон врачебной науки / Абу Али Ибн Сина. Сочинения. Т. 12. – Книга вторая. Душанбе: Дониш. – 2012. – 958с.
3. Абу Али Ибн Сина (Авиценна). Канон врачебной науки / Абу Али Ибн Сина. Сочинения. Т. 12. – Книга третья, часть первая. Душанбе: Дониш. – 2014. – 1000с.
4. Абу Али Ибн Сина. Канон врачебной науки / Абу Али Ибн Сина. – Кн.III. – Т.1. – 2-ое изд. – Ташкент: Фан. – 1980. – С.640-641.
5. Абу Али Ибн Сина. Канон врачебной науки / Абу Али Ибн Сина. – Кн.IV. – Ташкент: Фан. – 1980. – С.190.
6. Абу Райхан Беруни. Фармакогнозия / Беруни Абу Райхан. – Т.IV. – Ташкент. – 1973. – 1100с.
7. Абу Али Ибн Сина. Канон врачебной науки / Абу Али Ибн Сина. – Кн.III. – Т.2. – 2-ое изд. – Ташкент: Фан. – 1980. – С.339-342.
8. Балаболкин М.И. Роль инсулинорезистентности в патогенезе сахарного диабета 2 типа / М.И.Балаболкин, Е.М.Клебанова // Тер. архив. – 2003. – № 1. – С.72-77.
9. Демидова Т.Ю. Профилактика и управление предиабетическими нарушениями углеводного обмена у больных с метаболическим синдромом / Т.Ю.Демидова, О.Р.Галиева // Ожирение и метаболизм. – 2007. – № 4 (13). – С.19-24.
10. Михайлов И.Б. Основы рациональной фармакотерапии / И.Б.Михайлов. – СПб.:Фолиант. –1999. – 480с.
11. Нуралиев Ю. Диабетогенные факторы риска по Авиценне / Ю.Н.Нуралиев, М.У.Шарофова, Х.А.Ганиев. – Душанбе: Контраст. – 2013. – 184с.
12. Патофизиологические механизмы инсулинорезистентности при ожирении /В.В.Потёмкин [и др.] // Рос. мед. журнал. – 2006. – № 2. – С.20-23.
13. Соколов Е.И. Гиперинсулинемия и инсулинорезистентность в патогенезе атеросклероза и ишемической болезни сердца // Тер. архив. – 2002. – № 1. – С.40-43.
14. Тиктинский О.Л. Уролитиаз / О.Л.Тиктинский. – Л.:Медицина. – 1980. – 190с.
15. Хныченко Л.К. Стрессорные воздействия в патогенезе сахарного диабета, инсулинорезистентность / Л.К.Хныченко, И.В.Окуневич, Н.С.Сапронов // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. – СПб. – Л. 2008. – Т.6. – № 4. – С.18-25.

16. Шарофова М.У. Учение Ибн Сины о диабетогенезе, тактика общей терапии диабета и антидиабетические средства / М.У.Шарофова, Ю.Н.Нуралиев // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. – С-Пб. – 2014. – Том 12. – № 3. – С.64-69.
17. Metabolic syndrome: psychosocial, neuroendocrine and classical risk factor in type 2 diabetes / N.G.Abraham [et al.] // Ann.N.Y. Acad. Sci. – 2007. – Vol.1113. – P.256-275.
18. Sharofova M.U. Classification of prediabetes at the intersection of modern medicine and the medical system of Ibn Sina / M.U.Sharofova, Yu.N.Nuraliev // 9-th International Symposium on the Chemistry of Natural Compounds, Urumqi Xinjiang China. – 2011. – P.145-147.
19. Bugger H. Molecular mechanisms for myocardial mitochondrial dysfunction on the methabolic syndrome / H.Bugger, E.D.Abel // Clin.Sci. (Lond) .– 2008. – Vol 114. – № 3. – P.195-210.
20. Ericsson J.W. Metabolic stress in insulins target cells leads to ROS accumulation a hypothetical common pathway causing insulin resistance // Febs. Lett. – 2007.– Vol. 581. – № 19. – P. 3734-3743.

Summary

Essence and severe consequences of therapy tactics of diabetes mellitis by principle «like cures like»

Yu.N. Nuraliev, M.U. Sharofova, Sh.S. Sagdieva
Avicenna Institute of Medicine and Pharmacology;
Central Scientific-Research Laboratory Avicenna TSMU

The work is devoted to actual direction for modern medicine and pharmacology - deciphering and scientific substantiation of ancient tactics of therapy «like cures like» (therapy of acidosis by acid products). The adequacy of experience of Avicenna medicine (Abu Ali ibni Sino) is seen as an alternative therapy of diabetes: antidiabetics remedies and diabetogenic risk factors.

Key words: medicine of Avicenna, diabetes mellitus, acid-base balance, «like cures like», acid products

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Нуралиев Юсуф Нуралиевич –
главный научный сотрудник ЦНИЛ ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, ул. Студенческая, 73
E-mail: usuf-nurali@mail.ru

Профессору Д. Урунбаеву – 75 лет

Урунбаев Дадожон родился 17 августа 1940 года в Бободжонгафуровском районе Согдийской области. По окончании 7 класса поступил в Медицинское училище им. И.П.Павлова (ныне медколледж им. Ю.Б.Исхаки). В 1959 году учился на подготовительном отделении Таджикского государственного медицинского института (ТГМИ, ныне университет) им. Абуали ибни Сино и одновременно работал медбратом в РКБ №1. В 1960 году поступил на лечебный факультет ТГМИ и успешно закончил его в 1966 году. После окончания института в 1966-1968 гг. являлся клиническим ординатором кафедры травматологии-ортопедии и ВПХ. После окончания клинической ординатуры с 1968 по 1971 годы являлся аспирантом этой же кафедры. С ноября 1971 года работал ассистентом вышеназванной кафедры. В 1973 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Клинико-экспериментальное наблюдение по аллопластике ахиллова сухожилия», а также прошёл курсы повышения квалификации на кафедре ВПХ Томского медицинского института; в 1976г. – по травматологии-ортопедии в I Медицинском институте им. И.М.Сеченова г.Москвы; в 1982г. – на кафедре травматологии-ортопедии II Московского медицинского института им. Н.И.Пирогова; в 1988г. – на кафедре ВПХ Военно-медицинской академии г.Ленинграда.

Дадожон Урунбаев является высококвалифицированным травматологом-ортопедом, владеющим всеми современными методами исследования и лечения травматолого-ортопедических больных.

С 1983 года Д.Урунбаев является доцентом кафедры, с 1981 по 1994 гг. – заместителем декана педиатрического факультета, с 1976 по 1992 гг. – внештатным травматологом-ортопедом Душанбинского горздравотдела. По приказу Министерства здравоохранения РТ с 1992 по 2003 годы являлся внештатным травматологом-ортопедом.

С 1992 по 2005 годы заведовал кафедрой травматологии-ортопедии и ВПХ ТГМУ им.Абуали ибни Сино. За годы заведования кафедрой провёл научные исследования по трём темам: «Ранний остеосинтез при лечении закрытых переломов костей»; «Лечение огнестрельных ран конечностей»; «Ошибки и осложнения при лечении огнестрельных повреждений конечностей». Указанные результаты исследования широко используются в практической травматологии.

Дадожоном Урунбаевым опубликовано 280 научных работ, посвящённых вопросам травматологии и ортопедии. Им разработано 32 рацпредложения и получено 3 патента. Под его руководством защищены 3 диссертации кандидата медицинских наук.

Он активно участвует в общественной жизни университета, являясь членом большого учёного совета, членом экспертно-проблемной комиссии по хирургии.

Учитывая заслуги Д. Урунбаева, в 1998 году по указу Президента РТ ему было присвоено почётное звание «Заслуженный работник Таджикистана», в 2009 году – «Почётный профессор» ТГМУ. Он является отличником здравоохранения СССР (1987г.), а также награждён почётными грамотами Министерства здравоохранения и ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Уважаемый Дадожон Урунбаев!
Позвольте искренне поздравить Вас с юбилейным днём рождения и пожелать Вам крепкого здоровья, счастья и благополучия.

Ректорат ТГМУ им. Абуали ибни Сино, редакция журнала «Вестник Авиценны» («Паёми Сино»)

Ахтарчароғи илми кимиёи тоҷик

(Ба муносибати 70-солагии профессор Ю. Ҳоҷибоев)

Бо он фурӯтаниву бо он шикастанафсӣ,
Фарди бузургвори даврони мо ту ҳастӣ.
Кашшофи ақлу фитрат, ёбандаи маҳорат,
Андар ҷаҳони дилҳо кишваркушо ту ҳастӣ.

Лоиқ Шералӣ

Дар ҳамаи давру замон илми оламфарогир қуллаи мурод аст, ки роҳ то болои он пурпечутоб ва душворгузар аст. Фақат онро он одамоне фатҳ карда метавонанд, ки аз душвориҳо наҳаросанд, бо донишу хиради аз илму ҳикматҳо ғанӣ ба умқи қаъри баҳри илму дониш чун ғаввоси моҳир ғӯта зананд, то тавонанд дурдонаҳои мақсудро дар дохили садафи имкон дарёбанд ва ба он дурдонаҳо олами моро бою рангин ва дурахшнур гардонанд. Дар қатори ин дар арсаи зиндагиномаи ҳар як халқу миллат ҳамеша шахсиятҳои донишманду соҳибмаърифате тавлид мешаванд, ки онҳо ҳангоми фаъолияти кориашон чун гулчароғи илму ҳикмат дурдонаҳои хираду маърифати инсониро дар марзи дилҳои толибилмон донапошӣ мекунанд. Онҳо ахтарчароғҳои давру замони худанд ва дурахшҳои нури маърифаташон асрҳои аср дар таҷалло хоҳад буд.

Яке аз чунин шахсиятҳо – инсони фозил, доктори илми кимиё, профессор, мудири кафедраи кимиёи биоорганикӣ ва физколлоидии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, олими пурмаҳсул, устоди варзидаю шинохта – Ҳоҷибоев Юлдошбой мебошанд, ки дар тӯли 70 соли умри пурфайзу бобаракаташон зиёда аз 45 соли онро дар соҳаи илму маорифи ҷумҳуриамон ҷоннисорона сарфи хизмати халқи азиз карданд ва карда истодаанд.

Ю.Ҳоҷибоев 6 августи соли 1945 дар деҳаи Қалъаи дӯст, ноҳияи Ғончии вилояти Ленинобод (ҳоло Суғд), дар оилаи кишоварзи моҳир таваллуд шудааанд. Дар соли 1962 баъд аз хатми мактаби миёнаи зодгоҳашон ба факултаи кимиёи Донишгоҳи давлатии Тоҷикистон ба номи В.И.Ленин дохил шуда, онро соли 1967 бо дониши хубу аъло хатм намудааанд. Солҳои 1969-1971 ба ҳайси аспиранти Институти кимиёӣ-фарматсевтии ш.Ленинград (ҳоло ш.Санкт-Петербург) фаъолият намуда, рисолаи номзадии илми кимиёро бомуваффақият дифоъ намудааанд. Аз соли 1977 то соли 2000 дар кафедраи кимиёи узвӣ ва биологии ДДОТ ба номи Т.Г.Шевченко (ҳоло ба номи С. Айнӣ) дар вазифаҳои гуногун ба ҳайси мудири озмоишгоҳ, ассистент, муаллими калон, дотсент ва профессори кафедра, инчунин дар вазифаи ҷонишини декани факултаи кимиё фаъолият намудааанд.

Солҳои 1997-1998 дар Институти кимиёи АИ ҶТ ба ҳайси ходими калони илмӣ фаъолият намуда, дар соли 1999 рисолаи доктори илми кимиёро дар мавзӯи «Синтез, табдилёбӣ ва хосиятҳои ҳосилаҳои пайвастаҳои бисиклии тиазол ва 1,2,4-тиадиазол» таҳти роҳбарии олими шинохтаи тоҷик, шодравон профессор М.А.Куканиев дифоъ намудааанд. Ю.Ҳоҷибоев соли 2002 унвони профессориро соҳиб шуданд.

Устод соли 2000 тавассути озмун ба вазифаи мудири кафедраи кимиёи биоорганикӣ ва физколлоидии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино интихоб шуданд. Мо андеша мекунем, ки сабаби ғолибият ба даст овардан дар озмуни ишғоли вазифаи мудири

кафедра дар донишгоҳе, ки номи алломаи машриқзамин Абӯалӣ ибни Синоро дорад, тасодуфӣ нест, эҳтимол инро мо бо он алоқаманд мешуморем, ки устод Ю.Ҳоҷибоев ҳаммавлуд ба моҳ, бо олим ва табиби ҳозиқи олам Абӯалӣ ибни Сино мебошанд, шояд рӯҳи аллома ба эшон мадад карда бошад! Мардум ҳам беҳуда Мадади Сино намегӯянд.

Омӯзгорӣ – муқаддастарин ва пурмасъултарин касб дар рӯи олам буда, омӯзгор шахси мӯътабару соҳибнуфузи ҷомеаи инсонист. Мақоми ӯ дар ҳар давру замон чун пешаи паямбарӣ эътироф гардидааст.

Муаллим чашмҳоро бино, ақлҳоро равшан, дилҳоро пур аз нури сафою самимият намуда, муаллифи хушбахтии насли наврас ва сармеъмори қасри саодату пешрафти миллату давлатҳост. Бинобар ҳамин қадршиносӣ аз заҳмату меҳнати устодону омӯзгорон аз ҷумлаи беҳтарин амали ҷавонмардӣ, инсондӯстӣ ва хештаншиносӣ мебошад. Бесабаб нест, ки дар соли 1995 Вазорати маориф ва илми Ҷумҳурии Тоҷикистон заҳматҳои шабонарӯзии устоди гиромиро ба эътибор гирифта, эшонро бо нишони сарисинагии «Аълочии маорифи Тоҷикистон» сарфароз гардонидааст.

Устод Ю.Ҳоҷибоев аз нигоҳи Б.Ҷумъаев ҳамчун шогирди давраи донишҷӯӣ – инсони бисёр ҳалим, хоксор, зиндадилу меҳрубон, оқилу доно ва дорои фарҳанги баланд мебошанд, ки чӣ аз ҷиҳати гуфтор, тарзи либоспӯшӣ, муносибат, муомила ва чӣ аз ҷиҳати рафтор дар қатори устодони намунаи ибрат қарор доранд. Ҳамчун омӯзгор – сахтгир, серталаб, ботамкин, бомулоҳиза, дурандеш ва хайрхоҳ буда, ҳамеша дар кӯшиши он мебошанд, ки ба инсонҳо некӣ кунанд ва барояшон ғаразҷӯӣ нисбати шогирдон бегона мебошад.

Устод Ю.Ҳоҷибоев яке аз аввалинҳо шуда барои қабули санҷиши дифференсиалӣ тарзи усули санҷиши тестиро ба роҳ монданд. Азбаски дар ин усули қабули санҷишҳо шаффофият дида мешуд, роҳбари таълимии ДДТТ бо сарварии ректори донишгоҳ, профессор Убайдулло Қурбон ин усули нави санҷиши сатҳи дониши донишҷӯёнро бо хушнудӣ пазируфтанд.

Устод муаллифи бештар аз 130 мақолаи илмӣ ва фишурдаю гузоришҳо мебошанд, ки аксарияти онҳо дар маҷаллаҳои илмии сатҳи ҷумҳуриявӣ ва берун аз он дар шаҳрҳои Москва, Санкт-Петербург, Киев, Уфа, Қазон ба чоп расидаанд. Инчунин Ю.Ҳоҷибоев муаллиф ва ҳаммуаллифи бештар аз 7 китоби дарсӣ ва воситаҳои таълимӣ, 1 монография, 11 коркарди методӣ, аз он ҷумла «Пурсиши тестӣ аз химия барои довталабони мактабҳои олӣ ва талабаҳои мактабҳои миёна» дар ҳаммуаллифӣ бо А.А.Абдуразоқов ва М.Ғ.Ҳакимов бо забонҳои тоҷикӣ ва русӣ таҳия намудаанд, ки барои довталабони макотиби олии ҷумҳуриамон тӯҳфаи беҳтарин мебошад.

Таи чанд соле, ки устод вазифаи мудири кафедраи химиёи биоорганикӣ ва физколлоидии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Синоро ба ӯҳда доранд, аксарияти маводи таълимӣ ва барномаҳои таълимӣ, аз он ҷумла «Курси лексияҳо аз химиёи биоорганикӣ» солҳои 2005 ва 2009, «Коркарди методӣ ба дарсҳои амалӣ аз химиёи биоорганикӣ» дар солҳои 2007 ва 2011 ва «Курси лексияҳо аз химиёи физикавӣ ва коллоидӣ» дар ҳаммуаллифӣ бо А.А.Абдуразоқов, В.В.Матвиев ва А.Э.Бердиев солҳои 2011 ва 2012 бо забони давлатӣ ва русӣ таҳия намудаанд, ки барои донишҷӯёни гурӯҳҳои таҳсилашон бо забони давлатӣ беҳтарин маводи таълимӣ ба ҳисоб мераванд.

Дар кафедра шумораи зиёди пайвастаҳои нави химиёвӣ синтез карда шудаанд, ки аксарияти онҳо дорои хосиятҳои гуногуни физиологӣ, монанди зиддибактериявӣ, гипотензивӣ, муқобили шамолхӯрӣ, васеъкунандаи рагҳои коронарӣ ва хобовар мебошанд, ки имрӯзҳо бо тарзи васеъ истифода бурда мешаванд.

Устод таи солҳои зиёд аъзои Шӯрои илмии донишгоҳи тиббӣ ва факултаҳои он, инчунин аъзои Шӯрои диссертатсионии Институти химиёи ба номи В.И. Никитини АИ ҶТ оид ба дифоъи рисолаҳои номзадӣ ва доктории илми химиё мебошанд, ки шӯрои мазкур оид ба тайёр намудани мутахассисони баландпоя дар ҷумҳуриамон саҳми сазовор дорад. Ғайр аз ин, саҳми Ю.Ҳоҷибоев дар тарбия намудани мутахассисони ҷавон барои ҷумҳуриамон назаррас мебошад, ки таҳти бевоситаи роҳбарии ӯ 2 нафар рисолаҳои номзади илмро бомуваффақият ҳимоя намуда, бештар аз 4 нафар унвонҷӯён дар арафаи дифоъи рисолаҳои анҷомдодаи хеш, қарор доранд.

Ҳамин тавр, аз саҳми Ю.Ҳоҷибоев дар дастовардҳои нав ба нави химиёи органикӣ, чӣ дар ҷумҳуриамон ва чӣ берун аз он, инчунин дар дарёфт ва истифодаи роҳу усулҳои нави таълим дар тарбияи мутахассисони ҷавони баландпоя дар донишгоҳи тиббӣ низ назаррас мебошад.

Устоди азиз, профессор Юлдошбой Ҳоҷибоев, 70-умин рӯзи мавлуди хешро бо кӯлвори гаронбори илму ҳикмат ва меҳру вафо пешвоз мегиранд. Мо ҳамкорону шогирдон, устоди азизро ба ҷашни зодрӯзашон табрику муборакбод карда, ба эшон умри дароз, саломатии бардавом, бахту иқболи нек, тамоми хушиҳои зиндагӣ ва дар корҳои илмӣ-эҷодиашон комёбиҳои беназирро орзумандем.

Б.Б. Ҷумъаев –
доктори илмҳои биология, дотсент,
И.У. Файзилов –
номзади илми химиё, дотсент,
А. Абдураззоқов –
номзади илми химиё, дотсент

Ректорат ТГМУ им.Абуали ибни Сино и коллектив редакции научно-медицинского журнала «Вестник Авиценны» («Паёми Сино») сердечно поздравляют видного учёного-химика и замечательного педагога профессора Юлдошбоя Ходжибоева с 70-летием и желают ему отменного здоровья, благополучия и неиссякаемой жизненной энергии.

Правила приёма статей

При направлении статьи в редакцию журнала «Вестник Авиценны» («Паёми Сино») автору необходимо строго соблюдать следующие ПРАВИЛА:

1. Статья должна быть набрана на компьютере с использованием программы MS Word 2007; шрифтом 12 Times New Roman, через 1,5 интервала и распечатана в двух экземплярах на одной стороне листа с обязательным представлением электронной версии статьи на компакт-диске (CD).

2. В начале указываются название статьи, инициалы и фамилия автора, юридическое название учреждения. Если количество авторов больше 5, то необходимо указать долевое участие каждого из них в данной статье.

3. **Оригинальная статья** должна включать следующие разделы: реферат (резюме), ключевые слова (от 2 до 5 слов), актуальность (объёмом не более 1/2 страницы) или введение, цель, материал и методы, результаты и их обсуждение, выводы, список литературы, адрес для корреспонденции. Её объём не должен превышать 5-8 страниц. Реферат (резюме) должен отражать в сжатой форме содержание статьи. Также необходимо предоставить резюме и ключевые слова на английском языке.

4. Все формулы должны быть тщательно выверены. При наличии большого количества цифровых данных, они должны быть сведены в таблице.

5. Иллюстрации должны быть чёткими, конкретными, с обязательным пояснением и нумерационным (буквенным или цифровым) обозначением в 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»)

Подписано к печати 25.09.2015 г. Сдано в печать 28.09.2015 г.
Печать офсетная. Бумага офсетная. Формат 60x84 1/8. 9,75 печатный лист
Заказ №63. Тираж 300 экз.

Отпечатано в типографии ООО «Континент.tj»
г. Душанбе, ул. Дехлави - 24