ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Сардабир
У.А. ҚУРБОНОВ

Ҷонишинони сардабир
М.Қ. ГУЛОВ
Ш.Ш. ПОЧОҶОНОВА

Муҳаррири масъул
Р.А. ТУРСУНОВ

Ашӯров Ғ.Ғ. (даҳонпизишкӣ)
Бобоев А.Б. (беҳдошт)
Додхоева М.Ф. (момопизишкӣ)
Зоиров П.Т. (бемориҳои пӯст)
Исмоилов К.И. (кӯдакпизишкӣ)
Раҳмонов Э.Р. (сироятшиносӣ)
Рофиев Ҳ.Қ. (вогиршиносӣ)
Усмонов Н.У. (ҷарроҳия)
Ҳамидов Н.Ҳ. (илоҷия)
Шарифов А. (шӯъбаи табъу нашр)

ШӮРОИ ТАҲРИРИЯ

Абдураҳмонов Ф.А., Азизов А.А., Ахророва З.Д.,Абдураҳмонова Ф.М., Дабуров Н.К., Ибодов С.Т., Ишонқулова Б.А.,Қурбонов К.М., Қурбонов С.С., Раззоқов А.А., М.Миршоҳӣ (Франсия), Осимов А.С. Расулов У.Р., Раҳмонов Р.А., С.Северони (Италия), Сабурова А.М. Субҳонов С.С., Халифаев Д.Р., Холбеков М.Ё., Шарофова Н.М., Шукуров Ф.А., Юлдошев У.Р.

МУАССИС:
Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

ПАЁМИ СИНО

Нашрияи
Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

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

4*2010

Ба Феҳрести маҷаллаву нашрияҳои илмии тақризнависӣ, ки Комиссияи олии аттестатсионӣ барои интишори натиҷаҳои илмии асосии рисолаҳои номзадӣ ва докторӣ тавсия медиҳад, дохил карда шудааст

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. avicenna.tsmu.tj

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор
У. А. КУРБАНОВ

Зам. главного редактора
М.К. ГУЛОВ
Ш.Ш. ПАЧАДЖАНОВА

Ответственный редактор
Р.А. ТУРСУНОВ

Ашуров Г.Г. (стоматология)
Бабаев А.Б. (гигиена)
Додхоева М.Ф. (гинекология)
Зоиров П.Т. (кожные болезни)
Исмоилов К.И. (педиатрия)
Рафиев Х.К. (эпидемиология)
Рахмонов Э.Р. (инфектология)
Усманов Н.У. (хирургия)
Хамидов Н.Х. (терапия)
Шарипов А. (отдел печати)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Абдурахманов Ф.А., Азизов А.А., Абдурахманова Ф.М., Асимов А.С., Ахророва З.Д., Дабуров Н.К., Ишанкулова Б.А., Ибодов С.Т., Курбонов К.М., Курбонов С.С., М. Миршохи (Франция), Раззаков А.А., Расулов У.Р., Рахмонов Р.А., С.Северони (Италия), Сабурова А.М. Субхонов С.С., Халифаев Д.Р., Холбеков М.Ё., Шарапова Н.М., Шукуров Ф.А., Юлдошев У.Р.

УЧРЕДИТЕЛЬ:
Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

ВЕСТНИК АВИЦЕННЫ

Издание Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино

Научно-медицинский журнал
Ежеквартальное издание
Основан в 1999 г.

4*2010

Журнал входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендуемых ВАК для публикации основных научных результатов диссертаций на соискание учёной степени кандидата и доктора наук

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
Почтовый индекс: 77688
E-mail: avicenna@tajmedun.tj
WWW страница: www. avicenna.tsmu.tj

МУНДАРИҶА

ҶАРРОҲИЯ

Қурбонов У.А., Саидов И.З., Давлатов А.А., Ҷанобилова С.М.
Табобати ҷарроҳии барҷастагии суфраи гӯш……9

Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Азизов Б.А., Атоев И.К., Ҷабборов С.С.
Роҳҳои пешгӯӣ ва пешгирии аворизи вобаста аз мавқеи дастрасии гурдаи кӯдакон дар мизи ҷарроҳӣ…..17

Малюга В.Ю., Климов А.Е., Фёдоров А.Г., Габоян А.С., Давидова С.В., Бархударов А.А., Пулотов Т.К., Достиева З.А. Натиҷаҳои бевосита ва ниҳоии муолаҷаи ҷарроҳӣ ва эндоскопӣ дар беморони илтиҳоби музмини сангии ғадуди зери меъда……23

Суман В.Г., Султонов Ш.Р., Машков А.Е.
Усули табобати патологии устухон ва буғуми ғайриҳақиқӣ ҳангоми остеомиелити ҳематогенӣ дар кӯдакон……...29

Бозоров Н.И., Нарзулоев В.А., Раҳимов Н.М., Гулов А.С., Холбоев С.А.
Ба масъалаи омӯзиши омосҳо ва равандҳои омосмонанди устухонҳои скелети одам……34

Файзиев З.Ш.
Ташхисгузории видеобронхоскопии дарахти нойжаӣ ҳангоми эхинококкози оризшудаи шушҳо….41

Шамсиев Д.А., Ибодов Н.С., Умонов И.Г., Кавраков Ч.Т.
Барқарорсозии вазоифии масона дар беморони эпитсистостома гузошташуда ҳангоми садамаҳои осебии роҳҳои поёнии пешобрав……..48

Сафедов Ф.Х., Азизов А.А., Азизов Б.А., Атоев И.К.
Беҳтарсозии усулҳои дериватсияи пешоб ҳангоми аномалияҳои рушди системаи ихроҷи бавл дар кӯдакон……..52

Иброҳимов Ю.Х., Пиров Б.С. Омодагии пеш аз ҷарроҳии беморон бо ханосияи музмин.....57

Темиров Н.Х., Ҳоҷиев А.Б., Николаев А.А.
Мавриди истифодаи изолаи гурда тавассути лапароскоп ва ёрирасон…….....61

Мустафаева И.Р., Алиева Э.М., Асадова Ш.Ш.
Хусусиятҳои равандҳои патологӣ, усулҳои тасҳеҳи онҳо дар духтарони синни балоғат дар шароити ш. Нахичеван…….....66

Ҳоҷимуродова Ҷ.А.
Таркиби сабабҳо ва ташхисгузории издивоҷи бенасл дар байни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон……71

Начӣ Л.А., Алиева Э.М.
Хусусиятҳои ташкилаҳои омосмонанди тухмдонҳои духтарони синни балоғат дар шароити ш. Боку……..77

Комилова М.Я., Қоимдодова Б.Қ., Ҳамидова Ф.З.
Натиҷаҳои пешгирии ихтилолоти маъданнокшавии бофтаи устухонӣ дар занони синни насловарӣ бо норасоии тухмдон……82

Ҳақназарова М.А.
Самаранокии истифодаи ситокинҳо дар табобати эндометрити нифосӣ дар беморони бо роҳи алоқаи ҷинсӣ сироятёфта.....86

Ирмуҳамедова И.Х., Рачабова М.В., Саидшарифова Э.М.
Ҳолати луобпардаи даруни даҳон дар ашхоси гирифтори бемории фишорбаландӣ……91

ИЛОҶИЯ

Ҳамидов Н.Ҳ., Шукурова С.М., Тоиров Х.К., Абдулоев Х.Ҳ.
Хусусиятҳои синну солии ҷараёни алоими мубодалавӣ ва ихтилолоти кардиоваскулярӣ ҳангоми бемории никрис……97

Умарова М.Ф., Ёқубова З.Х., Қурбонова М.О.
Маркёрҳои эхографикии ҷоғари безаҳри диффузӣ дар кӯдакон.....103

Ҳочиева Г.Б., Уроқов К.З., Раҳмонов Х.Э., Ҷӯраев Ш.М.
Таъсири депрессия ва ҳолатҳои ҳаяҷоновар ба ҷараёни шадиди сактаи дил дар синни ҷавонӣ……107

Ғуломов З.С.
Таъсирнокии доруи «Беталейкин» дар беморони гирифтори касалиҳои чирковари синусҳои иловагии бинӣ…….....113

Сирочидинова У.Ю., Сирочидинов Ф.С., Рустамов С.Р., Солеҳов Б.У.
Таҳлили вазъи бемории сил дар байни муҳоҷирони меҳнатӣ……119

Гэрэлээ Х., Байков В.В., Туул М.
Нақши вирусҳо дар равандҳои пешазомосӣ ва омосии сурхрӯда дар аҳолии Муғулистон……123

Саидов Б.И. Бемории аллергодерматоз дар сокинони баландиҳои гуногуни Тоҷикистон……127

ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

Аканов А.А., Сейдуманов С.Т.
Арзёбии вазъи саломатии аҳолии минтақаҳои гуногуни Қазоқистон……132

Рофиев Ҳ.Қ., Рӯзиев М.М., Елизарова А.В., Шералиева Б.А., Азизов З.А.
Арзёбии рафтори хатарнок ва сироятнокии ВНМБ дар байни истеъмолкунандагони тазриқии маводи мухаддир дар мамлакатҳои Осиёи Марказӣ: Қазоқистон,Қирғизистон ва Тоҷикистон.....137

Мӯминов Б.Г., Абдураҳимов Б.И., Ҳомидов Д.Д.
Ҷиҳатҳои иқтисодии фаъолияти хадамоти ёрии таъҷилии тиббӣ…….....143

Насридинов А.А. Арзёбии физиологӣ ва беҳдоштии шароити меҳнати коргарон ҳангоми бунёди кохи мошинӣ ва нақбҳои ҳидротехникӣ……147

СОДЕРЖАНИЕ

ХИРУРГИЯ

Курбанов У.А., Саидов И.З., Давлатов А.А., Джанобилова С.М.
Хирургическое лечение торчащих ушей……9

Азизов А.А., Сафедов Ф.Х., Азизов Б.А., Атоев И.К., Джабборов С.С.
Пути прогнозирования и профилактика осложнений, обусловленных почечным положением детей на операционном столе……17

Малюга В.Ю., Климов А.Е., Федоров А.Г., Габоян А.С., Давыдова С.В., Бархударов А.А., Пулотов Т.К., Достиева З.А. Непосредственные и отдалённые результаты хирургического и эндоскопического лечения больных хроническим калькулёзным панкреатитом……23

Цуман В.Г., Султонов Ш.Р., Машков А.Е.
Способ лечения патологического перелома и ложного сустава вследствие гематогенного остеомиелита у детей……29

Базаров Н.И., Нарзулоев В.А., Рахимов Н.М., Гулов А.С., Холбоев С.А.
К вопросу изучения опухолей и опухолеподобных процессов костей скелета человека……34

Файзиев З.Ш.
Видеобронхоскопическая диагностика бронхиального дерева при осложнённом эхинококкозе лёгких....41

Шамсиев Д.А., Ибодов Н.С., Умонов И.Г., Кавраков Ч.Т.
Восстановление функций мочевого пузыря у больных с эпицистостомой при травматических повреждениях нижних мочевых путей……48

Сафедов Ф.Х., Азизов А.А., Азизов Б.А., Атоев И.К.
Оптимизация способов деривации мочи при аномалиях развития мочевыделительной системы у детей...52

Иброхимов Ю.Х., Пиров Б.С.
Предоперационная подготовка больных с хроническим парапроктитом……57

Темиров Н.Х., Ходжиев А.Б., Николаев А.А.
Случай применения лапароскопической ассистированной нефрэктомии при гидронефрозе почки.....61

Мустафаева И.Р., Алиева Э.М., Асадова Ш.Ш.
Особености патологических процессов, методы их коррекции у девочек в периоде полового созревания в условиях г.Нахичевани……66

Ходжамуродова Д.А.
Структура причин и диагностика бесплодного брака у жителей Республики Таджикистан……..71

Наджи Л.А., Алиева Э.М.
Особенности опухолевидных образований яичников у девочек в периоде полового созревания в условиях г. Баку……..77

Камилова М.Я., Коимдодова Б.К., Хамидова Ф.
Результаты профилактики нарушений минерализации костной ткани у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью……..82

Хакназарова М.А.
Эффективность применения цитокинов при лечении послеродового эндометрита у пациенток с инфекцией, передающейся половым путём……...86

Ирмухамедова И.Х., Раджабова М.В., Саидшарифова Э.М.
Состояние слизистой оболочки полости рта у лиц с гипертонической болезнью……..91

ТЕРАПИЯ

Хамидов Н.Х., Шукурова С.М., Тоиров Х.К., Абдулоев Х.Дж.
Возрастные особенности течения метаболического синдрома и кардиоваскулярных нарушений при подагре……97

Умарова М.Ф., Якубова З.Х., Курбанова М.О.
Эхографические маркёры диффузного нетоксического зоба у детей…….....103

Ходжиева Г.Б., Ураков К.З., Рахмонов Х.Э., Джураев Ш.М.
Влияние депрессии и тревожных состояний на течение острого инфаркта миокарда у пациентов молодого возраста……..107

Гуломов З.С.
Эффективность беталейкина у больных с гнойными заболеваниями околоносовых пазух……..113

Сироджидинова У.Ю., Сироджидинов Ф.С., Рустамов С.Р., Салихов Б.У.
Анализ ситуации по туберкулёзу у трудовых мигрантов……119

Гэрэлээ Х., Байков В.В., Туул М.
Роль вирусов в предопухолевых и опухолевых процессах пищевода у жителей Монголии……..123

Саидов Б.И. Аллергодерматозы у жителей разных высот Таджикистана…….....127

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Аканов А.А., Сейдуманов С.Т.
Оценка состояния здоровья населения, проживающего в различных регионах Казахстана……132

Рафиев Х.К., Рузиев М.М., Елизарьева А.В., Шералиева Б.А., Азизов З.А.
Оценка рискованного поведения и ВИЧ-инфицированность среди потребителей инъекционных наркотиков в странах Центральной Азии: Казахстан, Кыргызстан и Таджикистан……137

Муминов Б.Г., Абдурахимов Б.И., Хомидов Д.Д.
Экономические аспекты деятельности службы скорой медицинской помощи……143

Насридинов А.А. Физиолого-гигиеническая оценка условий труда строителей при сооружении машинного зала и гидротехнических тоннелей……147

CONTENTS

SURGERY

Kurbanov U.A., Saidov I.Z., Davlatov A.A., Janobilova S.M.
Surgical treatment of prominence ears……9

Azizov A.A., Safedov F.H., Azizov B.A., Atoev I.K., Jabborov S.S.
The ways of prediction and prevention of complications caused by renal status of children on the operating table……..17

Malyuga V.Y., Klimov A.E., Fedorov A.G., Gaboyan A.S., Davydova S.V., Barkhudarov A.A., Pulotov T.K., Dostieva Z.A.
Immediate and remote results of surgical and endoscopic treatment of patients with chronic calculous pancreatitis……23

Tsuman V.G., Sultonov Sh.R., Mashkov A.E.
A method of treating a pathological fracture and false joints due to hematogenous osteomyelitis in children……29

Bazarov N.I., Narzuloev V.A., Rakhimov N.M., Gulov A.S., Holboev S.A.
By the study of tumors and tumor processes of human bones……34

Fayziev Z. Sh.
Videobronhoscopic diagnosis bronchial tree in complicated hydatid cyst of lungs……41

Shamsiev D.A., Ibodov N.S., Umonov I.G., Kavrakov Ch.T.
Restoring bladder function in patients with epicystostomoy in traumatic injuries of the lower urinary tract……..48

Safedov F.H., Azizov A.A., Azizov B.A., Atoev I.K.
Optimization of methods of urine derivation abnormalities of the urinary system in children……52

Ibrohimov Yu.Kh., Pirov B.S.
Preoperative preparation of patients with chronic paraproctitis……..57

Temirov N.H., Khojiev A.B., Nikolaev A.A.
Case of laparoscopic assist nephrectomy in kidney hydronephrosis……..61

Mustafaeva I.R., Alieva E.M., Asadova Sh.Sh.
The peculiarities and correction methods of pathological processes in puberty girls in Nakhichevan city conditions……66

Khojamurodova D.A.
Structure of the causes and diagnosis of infertile marriages the inhabitants of the Republic of Tajikistan…….71

Naji L.A., Alieva E.M.
Features of tumor-like formations of ovaries in girls at puberty in Baku……77

Kamilova M.J., Koimdodova B.K., Khamidova F.Z.
Results of disoder preventing of bone mineralization in women of reproductive age with ovarian failure……82

Khaknazarova M.A.
The use of cytokines in the treatment postpartum endometritis in patients with sexually transmitted inections……86

Irmuhamedova I.H., Rajabova M.V., Saidsharifova E.M.
The state of oral mucosa in patients with hypertension……91

THERAPY

Khamidov N.H., Shukurova S.M., Toirov H.K., Abduloev H.J.
Age features of the metabolic syndrome and cardiovascular disorders in gout……97

Umarova M.F., Yakubova Z.Kh., Kurbanova M.O.
Echographic markers of diffuse nontoxic goiter in children……..103

Hojieva G.B., Urakov K.Z., Rakhmonov H.E., Juraev Sh.M.
Influence of depression and anxiety disorders in the currency of acute myocardial infarction in young patients.107

Gulomov Z.S.
Efficiency of betaleukin using in patients with diseases of the paranasal sinuses……113

Sirojidinova Y.Yu., Sirojidinov F.S., Rustamov S.R., Salikhov B.U.
Analysis of the situation of tb in migrants……119

Gerelee H., Baykov V.V., Tuul M.
Role in viral precancerous and neoplastic process esophagus in residents of Mongolia……...123

Saidov B.I.
Allergic in residents of different heights in Tajikistan……...127

TEORETICAL MEDICINE

Akanov A.A., Seidumanov S.T.
Assessment of the health of the population living in different regions of Kazakhstan……132

Rafiev H.K., Ruziev M.M., Yelizarova A.V., Sheralieva B.A., Azizov Z.A. Estimation risk behavior and HIV infection among idus Central Asia: Kazakhstan, Kyrgyzstan and Tajikistan……..137

Muminov B.G., Abdurakhimov B.I., Khomidov D.D.
Economic aspects of health care emergency services……143

Nasridinov A.A. Physiological and hygienic evaluation of constuctors working conditions in the construction of engine room and hydraulic tunnels……147

Х И Р У Р Г И Я

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОРЧАЩИХ УШЕЙ

У.А.Курбанов, И.З.Саидов, А.А.Давлатов, С.М.Джанобилова
Республиканский научный центр
сердечно-сосудистой и грудной хирургии МЗ РТ;
кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им.Абуали ибни Сино

В работе обобщён опыт авторов при хирургическом устранении торчащих ушей у 61 пациента. Применяя наиболее популярные способы отопластики в изолированном виде и их сочетании, пришли к заключению, что оптимальным подходом является предложенный авторами способ отопластики накладыванием П-образных швов для формирования противозавитка и его ножек с резекцией хряща конхи у основания ушной раковины и подшиванием конхи к фасции сосцевидного отростка через задний доступ.

Ключевые слова: торчащие уши, оттопыренность, отопластика

Введение. Видимые косметические недостатки ушных раковин причиняют огорчения и переживания их обладателям. Люди с деформациями ушных раковин всё своё внимание сосредотачивают на них, они настроены мрачно, нередко становятся неуравновешенными, а иногда проявляют более глубокие психические расстройства. Такие лица сторонятся людей, замкнуты, быстро раздражаются и нередко теряют самоуверенность [1]. Особенно дети с данной патологией могут быть объектом насмешек и издевательств со стороны сверстников. У ребёнка из-за этого понижается самооценка, появляется психологический комплекс, который может превратить милого дружелюбного человека в замкнутое тихое существо [4,7].

Торчащие уши - наиболее часто встречающаяся форма деформации ушной раковины врождённого характера, наследуемая по аутосомно-доминантному типу. Частота выявления этой патологии среди населения, по данным ряда авторов, составляет от 5% до 13,5% [4,10,16]. Деформация может быть обусловлена следующими причинами: 1) избыточной высотой конхи; 2) недоразвитием складки противозавитка и 3) сочетанием увеличенного конхального углубления со сглаженностью противозавитка [13]. По данным А.Т. Груздевой (1968), в 90,3% случаях торчащие уши обусловлены недоразвитием противозавитка и его ножки [2].

Проблема лечения этой деформации занимает ведущее место в разделе эстетической хирургии. В настоящее время для коррекции данной патологии предложено более 200 методик.

Среди них некоторые способы являются базисными, а другие способы – модификацией или комбинацией существующих методик [5,6,9,11,12,15,18,21-23]. Все хирургические методы устранения торчащих ушных раковин можно объединить в несколько основных групп: иссечение полоски хряща (Пассов А., 1928; Эйтнер Э., 1936), нанесение насечек и истончение хряща (Stenstrom S.J.,1963; Walter C., 1994), шовная пластика (Mustarde J.C., 1963; Furnas D.W., 1968; Bull T.R., Mustarde J.C., 1985) и комбинация вышеперечисленных способов (Converse I. et al., 1955; Chongchet V., 1963; Kaye B.L., 1967; Tramier H., 1997; Bauer B.S. et al., 2002).

Несмотря на предложенные многочисленные способы оперативных вмешательств, что само по себе свидетельствует о нерешённости проблемы хирургического устранения торчащих

ушей, отдалённые результаты оперативных вмешательств остаются не вполне удовлетворяющими хирургов и пациентов. В связи с этим, на сегодняшний день проблема остаётся актуальной, что побуждает проведение исследования в данном направлении.

Цель работы - улучшение результатов хирургического лечения торчащих ушных раковин.

Материал и методы. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССиГХ за период с 1990 по 2010 гг. обследован и подвергнут оперативному лечению 61 больной с торчащими ушными раковинами в возрасте от 5 до 38 лет. Из них мужчин было 35, женщин - 26. Наибольшую группу составили больные в возрасте от 16 до 25 лет - 35 (57,4%). Двухстороннее проявление отмечено у 56 (91,8%) больных, одностороннее - у 5 больных (8,2%) (4-правостороннее, 1- левостороннее).

Степень деформации торчащих ушных раковин нами определена по классификации Груздевой А.Т. [2]. Полученные данные представлены в таблице 1.

По данным представленным в вышеприведённой таблице, преобладал удельный вес пациентов с деформацией II (57,37%) и III степеней (31,15%).

Таблица 1

Распределение больных по степени выраженности торчащих ушных раковин

Степень деформации	Двухсторонняя	Правосторонняя	Левосторонняя	Всего
I степень	7	-	-	7
II степень	30	4	1	35
III степень	19	-	-	19
Всего	56	4	1	61

Оперативное вмешательство взрослым выполнялось под местной анестезией в сочетании с нейролептанальгезией. Дети до 15 лет оперированы под общим эндотрахеальным наркозом. Всего у 61 пациента оперировано 117 ушных раковин.

Выбор методики оперативной коррекции торчащей ушной раковины нами производился индивидуально, в зависимости от степени деформации ушной раковины и её причины. В большинстве случаях способ выполнения операции определялся решением существующих проблем с сочетанным применением методик – иссечение хряща ушной раковины, шовной отопластики, рифления или нанесения насечек на передней поверхности хряща. Способы отопластики, применённые нами при устранении торчащих ушных раковин, представлены в таблице 2.

По данным, представленным в таблице 2, 84,6% ушных раковин оперированы комбинированными способами с применением техники иссечения хряща, шовной пластики и нанесения насечек или рифления хряща.

В начале деятельности отделения чаще использовали передний доступ, который применён у 9 больных. Под местной анестезией 1% раствором лидокаина с добавлением адреналина 1:200000 выполняли продольный разрез длиной 5 см у складки завитка с мобилизацией кожи и подкожной клетчатки от края хряща до полости собственно ушной раковины (конхи). При помощи бормашины производили рифление (истончение) хряща в области противозавитка и его латеральной ножки. П-образными швами в количестве от 1 до 4 атравматической нитью 3/0 (бесцветная) сформировали новую складку тела и латеральной ножки противозавитка, тем самым устраняли оттопыренность ушной раковины.

Таблица 2

Примененные способы отопластики при торчащих ушных раковин

Способ отопластики	Двухсторонняя	Правосторонняя	Левосторонняя	Всего
Эйтнер-Груздевой	2	-	-	2
Converse	4	-	-	4
Mustarde	12	2	-	14
Иссечение хряща+ швы по Mustarde	8	1	1	10
Предложенный способ отопластики	50	1	-	51
Kaye (Stenstrom +Mustarde)	18	-	-	18
Швы по Mustarde+ Furnas	14	-	-	14
Иссечение хряща+ шов по Furnas	2			2
Шов по Furnas+ шов мочки	2	-	-	2
Всего	112	4	1	117

В 52 случаях нами отопластика выполнена из заднего доступа, в том числе, в 8 случаях отопластику выполняли способом Мустарде в изолированном виде. В 7 случаях произведена шовная пластика сочетанием способов Мустарде и Фурнас. Наложение П-образных швов на хрящ области противозавитка в 6 случаях сочетали с резекцией хряща у основания ушной раковины.

Учитывая недостатки этих способов, связанных со сложностью в придании оптимального положения ушной раковины, нами разработан способ отопластики, сочетающий шовные способы с резекцией хряща конхи у основания ушной раковины. Операция начата с предварительной маркировки линии разреза и участка иссекаемой кожи по задней поверхности ушной раковины. Затем произведена инфильтрация и трансхрящевая гидропрепаровка кожи передней поверхности ушной раковины, в том числе и области конхи 1% раствором лидокаина с добавлением раствора адреналина 1:200000. По маркированным линиям листевидно иссечена кожа и подкожная клетчатка задней поверхности ушной раковины. Заднюю поверхность хряща ушной раковины в латеральную и медиальную сторону отделяли от кожи и мышц позадиушной области. Резецировали соответствующий участок хряща раковины. При помощи инъекционной иглы, окрашенным раствором бриллиантовой зелени, маркировали центр предполагаемой новой позиции противозавитка. Наложением П-образных швов бесцветной атравматичной нитью 3/0 по задней поверхности формировали новую складку тела и ножек противозавитка, достигая их более проксимальной позиции с выраженной кривизной. Далее одним П-образным швом конху подшивали к фасции сосцевидного отростка, чем добивались дополнительное приближение ушной раковины к голове. Кожу ушивали непрерывными или узловыми швами (Удостоверение на рационализаторское предложение № 3255/R471). Операция производилась симметрично с обеих сторон. Этим способом оперировали 26 пациентов на 51 ушной раковине.

В послеоперационном периоде после снятия кожных швов, пациентам рекомендовали в течение одного месяца носить спортивную эластическую ленту для фиксации ушных раковин в прижатом к голове положении.

Результаты и их обсуждение. Непосредственные результаты хирургической коррекции торчащих ушей наблюдали у всех оперированных больных. Ближайший послеоперационный период у 59 (96,7%) больных протекал гладко, раны зажили первичным натяжением. Больные находились в стационаре в среднем от 1 до 6 суток. Кожные швы снимались на 8-10 сутки после операции в амбулаторных условиях.

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде отмечались на двух оперированных ушных раковинах (1,7%) в виде подкожной гематомы в области операционной раны на вторые сутки, которые опорожняли через рану. В обоих случаях раны заживали первичным натяжением без повторного скопления гематомы.

Отдалённые результаты наблюдали у 56 (91,8%) пациентов в сроках от 6 месяцев до 12 лет после операции. Результаты оценивали по субъективным и объективным критериям (антропометрией ушной раковины, измерением ушно-головного расстояния в трёх точках, величины скафоконхального угла с двух сторон и фотодокументацией). Согласно этим критериям у 53 (94,6%) пациентов отмечены отличные и хорошие результаты (рис. 1-5).

Рис.1. Торчащие уши II степени (а и б) и отдалённый результат отопластики через 8 месяцев (в и г)

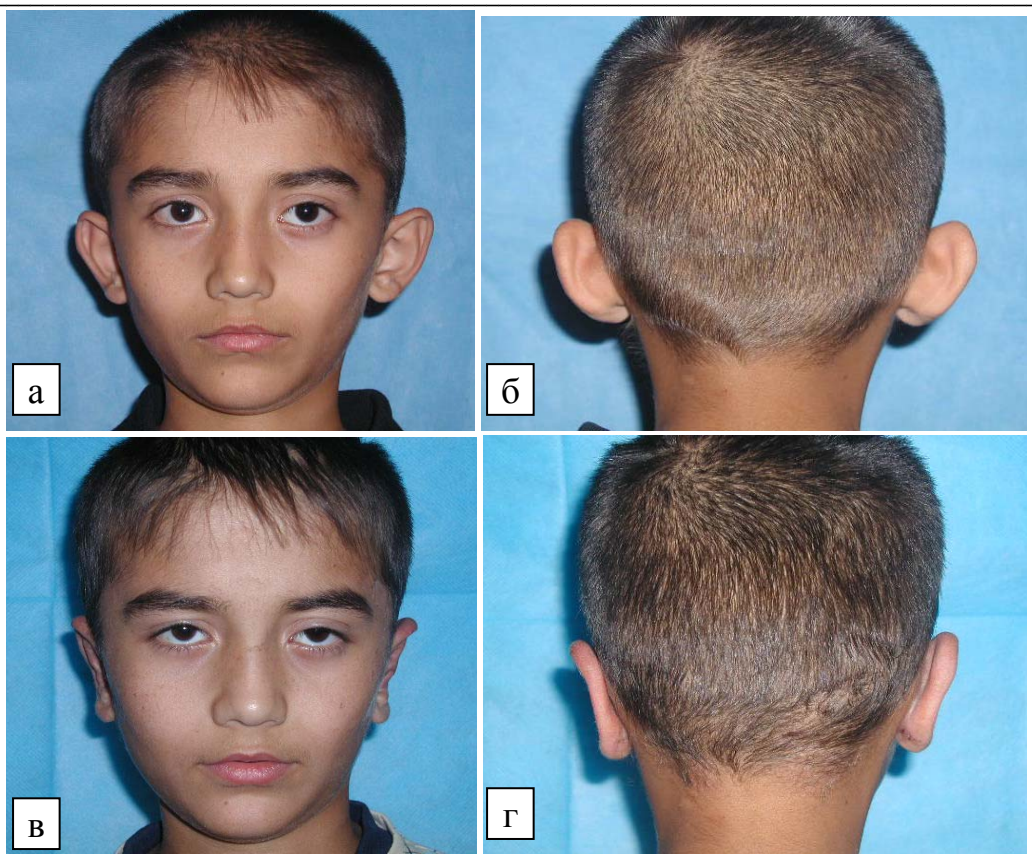


Рис.2. Торчащие уши III степени (а и б) и отдалённый результат отопластики через 6 месяцев (в и г)

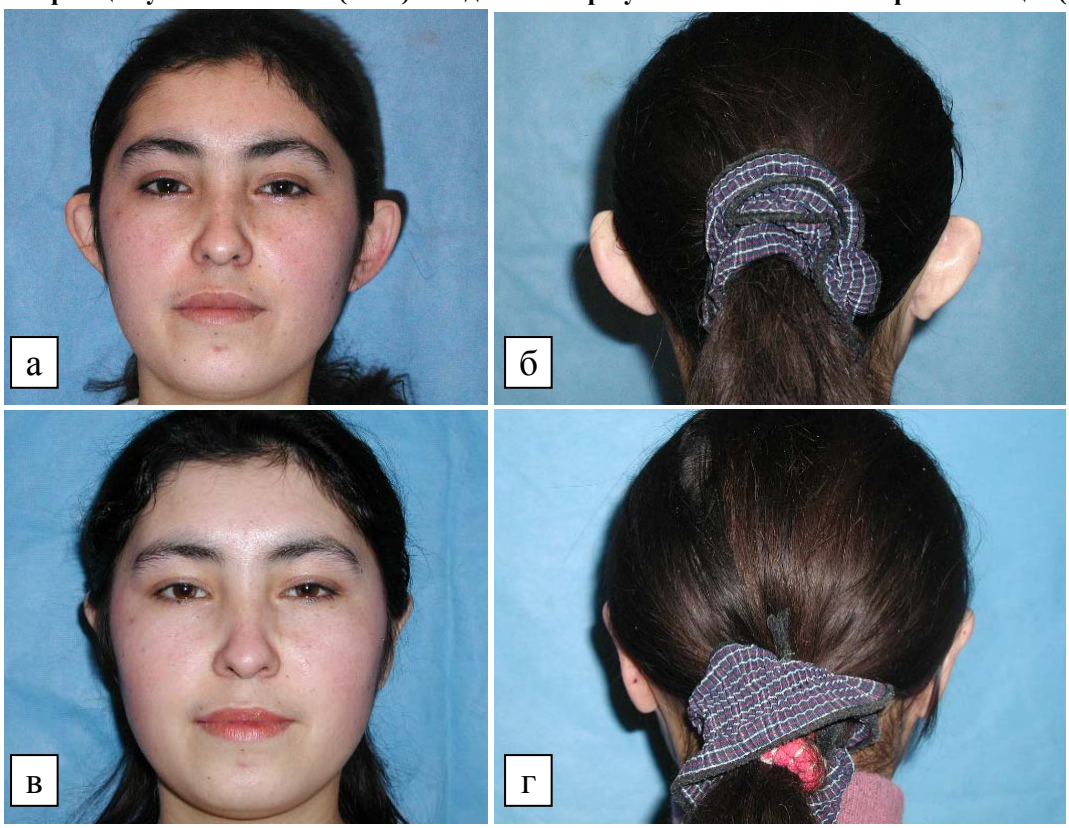


Рис. 3. Пример II степени торчащих ушей до (а и б) и в отдалённом периоде (через 1 год) после отопластики (в и г)

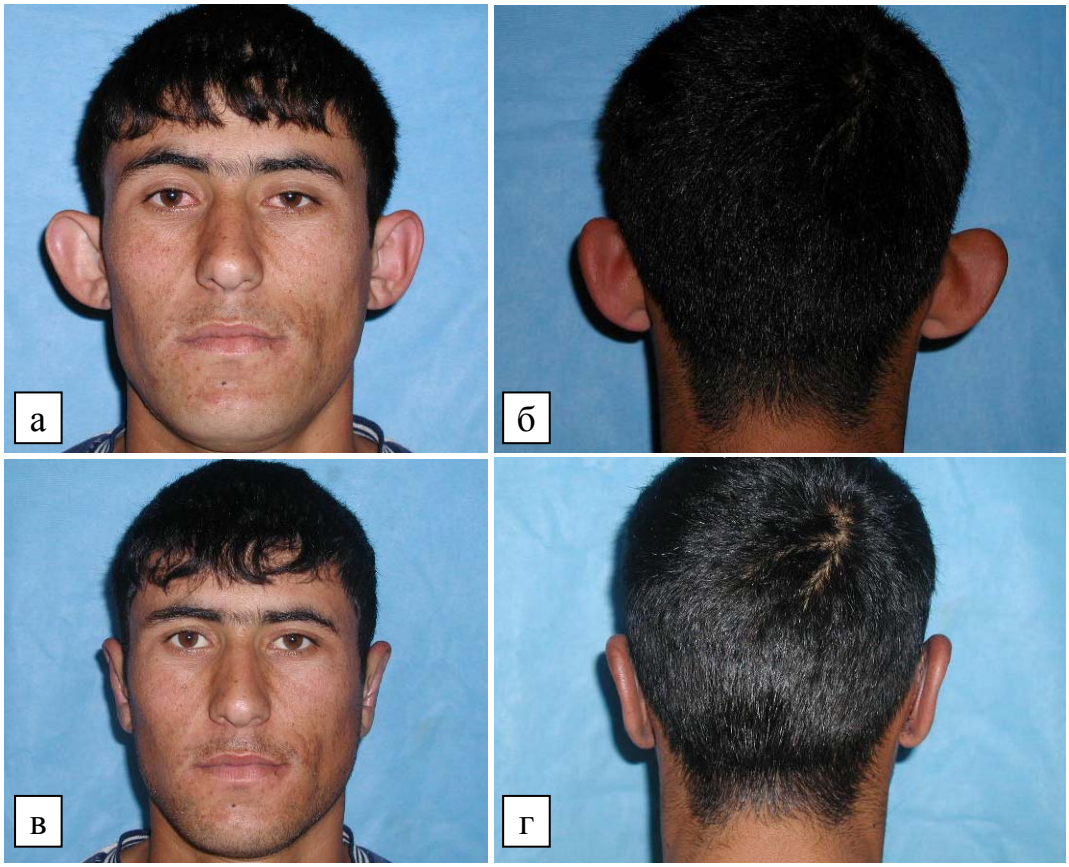


Рис. 4. Пример III степени торчащих ушей до (а и б) и в отдалённом периоде (через 6 месяцев) после отопластики (в и г)

Рис. 5. Пример III степени торчащих ушей до (а и б) и после отопластики через 1 год 4 месяца (в и г)

В 3 случаях, несмотря на эстетически удовлетворительные параметры ушных раковин, пациенты настаивали на дополнительной коррекции - более прижатого положения ушной раковины к голове.

В связи с тем, что ушная раковина - парный орган, одной из наиболее сложных задач в выполнении отопластики является создание симметрии.

Основными целями хирургической коррекции торчащих ушей, сформулированные A.J. McDowell (1968), должны быть: 1) исправление нарушений пропорций; 2) исправление выраженных деформаций завитка и противозавитка; 3) обеспечение ровных и гладких контуров складки противозавитка; 4) сохранение формы и углубление заушной борозды; 5) недопущение избыточного прижатия ушной раковины к голове (особенно у мальчиков) и 6) избегание острой противозавитковой складки [17].

Применение нами способа Мустарде в изолированном виде не позволяло добиться максимального приближения ушной раковины к сосцевидному отростку. В дальнейшем к наложению П-образных швов для формирования противозавитка добавили конхо-сосцевидные швы по Фурнасу. Как показал наш опыт, для получения оптимального положения ушной раковины при упругом хряще или относительно больших размеров конхи, сочетание обоих шовных способов недостаточны. В связи с этим, в дальнейшем техника выполнения отопластики при торчащих ушах нами пересмотрена. Разработан способ сочетания наложения П-образных швов для формирования противозавитка и его ножек с резекцией хряща конхи у его основания и ушиванием конхи к фасции сосцевидного отростка.

Недостатки изолированного применения одного из описанных способов отопластики отмечают также ряд других авторов [3,8]. Однако, предложенные ими же модифицированные способы не в полной мере охватывают все манипуляции, необходимые для достижения полноценной коррекции торчащих ушей [13,19,20].

Таким образом, на сегодняшний день, единственной универсальной методикой, корригирующей отопластики при торчащей ушной раковине, не существует. На наш взгляд, наиболее оптимальным подходом является предложенный нами способ отопластики путём накладывания П-образных швов для формирования более выраженного противозавитка и его ножек с резекцией хряща конхи у основания ушной раковины и подшиванием конхи к фасции сосцевидного отростка через задний доступ.

Литература

1.Андреева Д.Н. Нервно-психическая настроенность лиц с деформациями ушных раковин// Вестник оториноларингологии. – 1968. – № 2. – С.46-48

2. Груздева А.Т. Коррекция оттопыренных ушных раковин// Вестник оториноларингологии. – 1968. – № 2. – С.49-52

3. Карякина И.А.Основные принципы комплексного лечения пациентов с деформациями и дефектами ушных раковин// Русский медицинский журнал.-2007.-Т.15, №19.-С.1400-1404.

4. Пластическая и реконструктивная хирургия лица/ Под ред. А. Д. Пейпла; - Пер. с англ. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний -2007. - С.340-351, 849-859.

5.Проскуряков С.А. Восстановительные операции носа, горла, уха//
- Новосибгиз. - 1947.- С. 378

6.Пшениснов К.П., Бессонов С.Н. Врождённые деформации ушной раковины и их хирургическая коррекция//Избранные вопросы пластической хирургии.-1999. -Том 1, № 2. – С. 30-34

7.Чкадуа Т.З. Изменение качества жизни у пациентов с дефектами ушных раковин (социально-психологический аспект)// Стоматология. -2010.-Т.89, № 1.-С. 40-42

8.Эзрохин В.М., Зенгер В.Г., Боголепова Н.А., Безденежных Д.С.Анализ отдалённых результатов хирургического лечения пациентов с деформациями ушных раковин врождённого характера// Вестник оториноларингологии. -2006.-№ 6. -С. 49-52
9. Эйтнер Э. Косметические операции //М. -Госизд. Биол. и медицин. литературы.- 1936. - С. 31
10. Adamson P.A., Strecker H.D. Otoplasty techniques//Facial Plastic Surgery.1994.Vol.11. P. 284-300
11. Bauer B.S., Song D.H., Aitken M.E. Combined otoplasty technique: Chondrocutaneous conchal resection as the cornerstone to correction of the prominent ear// Plastic and Reconstructive Surgery. - 2002.-Vol.110, No.4.-P. 1033-1040
12. Converse J.M., Nigro A., Wilson F., Johnson N. A technique for surgical correction of lop ears// Plastic and Reconstructive Surgery. - 1955. -Vol.15.-P. 411-418
13. de la Fuente A., Santamaria A.B. Minimally invasive otoplasty// Eur. J. Plast. Surg.-1998. -Vol.21. -P.249-253.
14. Furnas D.W. Correction of prominent ears by concha mastoid sutures// Plastic and Reconstructive Surgery. - 1968. – Vol. 42. – P. 189
15. Kaye B.L. A simplified method for correcting the prominent ear// Plastic and Reconstructive Surgery. - 1967. -Vol.40. -P. 44-48
16.Kompatscher P., Schuler C.H., Clemens S., Seifert B.t, Beer G.M.The cartilage-sparing versus the cartilage-cutting technique: A retrospective quality control comparison of the Francesconi and Converse otoplasties //J. Aesth. Plast. Surg. -2004.- Vol.27. – P. 446-453
17. McDowell A.J. Goals in otoplasty for protruding ears// Plastic and Reconstructive Surgery. -1968. -Vol.41. – P. 17
18. Mustardé J.C. The correction of prominent ears. Using simple mattress sutures// Br. J. Plast. Surg. -1963. – Vol. 16. – P. 170-176
19. Rubino C., Farace F., Figus A., Masia D.R.Anterior scoring of the upper helical cartilage as a refinement in aesthetic otoplasty// Aesth. Plast. Surg.-2005. -Vol.29. – P. 88-93
20. Staindl O., Siedek V. Complications of auricular correction// Head and Neck Surgery. -2007. - Vol.6. – p. 1-13
21. Stenström S.J. “Natural” technique for correction of congenitally prominent ears// Plastic and Reconstructive Surgery.- 1963. – Vol. 32. – P. 509-518
22. Tramier H. Personal approach to treatment of prominent ears// Plastic and Reconstructive Surgery. - 1997. – Vol.99, №2. – P. 562-565
23. Walter C. Cartilage incision and excision technique//Facial Plastic Surgery.-1994.-Vol.10.P.277-286

ХУЛОСА
ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ БАРҶАСТАГИИ СУФРАИ ГӮШ

У.А. Қурбонов, И.З. Саидов, А.А. Давлатов, С.М.Ҷанобилова

Дар мақола таҷрибаи муаллифон оид ба табобати ҷарроҳии барҷастагии суфраи гӯш дар 61 бемор ҷамъбаст шудааст. Пас аз истифодаи усулҳои бештар маъмулбудаи отопластика дар алоҳидагӣ ва якҷоягӣ ба хулоса омаданд, ки роҳи беҳтарин усули пешниҳодкардаи муаллифон бо гузоштани дарзҳои П-монанд барои ташаккули Antihelix ва поячаҳои он бо резексияи тағояки Concha дар асоси суфраи гӯш ва дӯхтани Concha ба фассияи Processus Mastoideus аз буриши паси гӯш мебошад.

SUMMARY
SURGICAL TREATMENT OF PROMINENCE EARS
U.A.Kurbanov, I.Z.Saidov, A.A.Davlatov, S.M.Janobilova

In work is shown the author's experience in surgical treatment of prominence ears in 61 patients. Used popular methods of otoplasty along ore combined author's concluding, that the optimal approach is a developed by author's method of otoplasty during П-forming suture for anthelix fold and cruras with excision of conchal cartilage in base of ear and concha-mastoidal suture trans posterior incision.

Key words: prominent ears, otoplasty

Адрес для корреспонденции:
У.А.Курбанов - ректор ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Таджикистан, Душанбе, пр. Рудаки, 139, Тел: +992 (37) 224-45-83, 224-36-87. E-mail: kurbonovua@mail.ru

ПУТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПОЧЕЧНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ДЕТЕЙ НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ

А.А.Азизов, Ф.Х.Сафедов, Б.А.Азизов, И.К.Атоев, С.С.Джабборов
Кафедра детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино;
Национальный медицинский центр Республики Таджикистан

Анализ люмботомии детям с почечным положением на операционном столе показал, что причина послеоперационных осложнений, таких как линия швов после люмботомии целенаправлено не изучена, хотя накоплен огромный опыт по выявлению нагноительных процессов в ране, обусловленных антифизиологическим положением больных детей на операционном столе.

Авторы на основе собственного и ретроспективного анализа 1811 случаев люмботомий у детей, оперированных по поводу нефролитиаза и врождённых заболеваний почек за последние 10 лет, с целью поиска эффективной системы прогнозирования осложнений, разработали схему положения больного на операционном столе. Использование данной тактики способствовало снижению осложнений, связанных с люмботомией от 12.79% до 5.84%.

Ключевые слова: нефролитиаз, врождённые заболевание почек, нагноение раны, лигатурный и мочевой свищи, сигарный канал, послеоперационная грыжа

Актуальность. Вопросы осложнений раневого процесса у детей при люмботомии обсуждаются на съездах, конференциях и в повседневной работе хирургов, однако, процент осложнений остаётся высоким [1,2]. Поисками причин послеоперационных нагноительных процессов постоянно занимаются хирурги. При этом основной упор делается на ареактивность организма, некачественный шовный материал и технику выполнения операции. При этом упускается из виду антифизиологичес-

кое почечное положение больных, которое требует от анестезиолога много усилий, чтобы показатели внутренней среды организма стабильно функционировали и хирургу было удобно произвести люмботомию с тщательным гемостазом, от которого во многом зависят осложнения раневого процесса [3].

Причина послеоперационных осложнений, таких как линия швов после люмботомии целенаправлено не изучена, хотя накоплен огромный опыт по выявлению нагноительных процессов в ране, обусловленных антифизиологическим положением больных детей на операционном столе.

С целью прогнозирования развития осложнений, связанных с укладкой больного ребёнка на операционном столе в почечном положении, проводилось определение факторов риска возникновения осложнения при операциях (люмботомии) на почке.

Профилактика осложнений операционной раны при люмботомии зависит от оптимальных условий укладки больного ребёнка в почечном положении с учётом возраста, степени оптимального поднятия валика, т.е. подъёмника напряжений поясничных мышц как критерий удовлетворительного положения ребёнка. При несоблюдении приведённых условий возможна слабость тонуса мышц поясничной области, которая способствует кровотечению из мелких сосудов, то есть не происходит их сокращение при недостаточном поднятии валика с последующим кровотечением.

В подобных ситуациях хирургу приходится проводить тщательный гемостаз с применением множества кровоостанавливающих зажимов с последующим их лигированием, коагуляцией и т.д. К сожалению, нередко при технической неосторожности использование кровоостанавливающих зажимов травмирует мягкие ткани окружающих сосудов на большой территории. Нередко наблюдается отхождение от общепринятых требований к гемостазу, т.е. грубый захват сосуда с окружающими мягкими тканями, вследствие чего происходит раздавление и размозжение последних с последующим некрозом и нагноением.

При выяснении закономерностей процессов в операционной ране и разработке лечебных мероприятий необходимо учесть, что восстановление исходной структуры тканей операционной раны происходит позже того времени, когда больной чувствует себя вполне удовлетворительно.

Недооценка этого принципиального положения может способствовать затягиванию фазы воспаления в ране и в результате наблюдается картина морфологических изменений в виде местных очагов организации склероза – грубые келоидные рубцы.

Цель работы. Улучшение прогнозирования и профилактики осложнений, обусловленных почечным положением детей на операционном столе.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино с 2000 по 2010 года было проведено 1811 люмботомий детям с почечным положением на операционном столе.

С целью прогнозирования и профилактики возможных осложнений больные разделены на 2 группы. Первая группа - основная – 120 детей, оперированных общепринятым методом за 5 лет с 2000 по 2004 годы. Возраст пациентов колебался от 2 до 5 лет -36 (30.0%), от 6 до 10 лет – 59 (49.2%), от 11 до15 лет – 25 (20.8%) детей. Девочек было 41 (34.2%), мальчиков – 79 (65.8%).

Вторая группа – контрольная - 51 ребёнок, оперированных за период 2005 – 2010 годы, с учётом погрешностей, допущенных в основной группе. Возраст пациентов колебался от 2 до 5 лет -18 (35.3 %), от 6 до 10 лет – 22 (43.1 %), от 11 до 15 лет – 11 (21.6%) детей. Девочек было 21 (41.2%), мальчиков – 30 (58.8%).

Диагноз установлен на основании анамнеза, клинико-лабораторных, ультразвуковых, рентгенологических, и инструментальных исследований.

Результаты и их обсуждение. Важным этапом оперативного вмешательства являлся гемостаз по ходу операции, который осуществлялся двумя способами. Первый способ – гемостаз с применением кровоостанавливающих зажимов типа «москитика». При этом необходимо соблюдать технически атравматичного выполнения тщательного гемостаза.

Второй способ – гемостаз с применением коагулятора, при этом важное значение имеет технически правильно выполненная коагуляция кровоточащих сосудов. Очень важно соблюдение правил нанесения коагулятора на ткани, т.е. учёт скорости и краткости во избежание глубоких тканевых нарушений. При соблюдении приведённых предосторожностей предотвращаются нагноительные процессы в ране. После завершения основного этапа операции немаловажную роль играет послойное восстановление пересечённых тканей. Зачастую при зашивании операционной раны допускаются такие ошибки, как зазор – отслойка между слоями, способствующая скоплению тканевой жидкости (кровь, лимфа) из которой формируются серома или гной. Также допускается недозированное завязывание узлов, способствующие перерезыванию швов или при слабости швов - формированию гематомы, серомы с последующим нагноением и расхождением швов.

С момента основания клиники детской хирургии с патологиями почек, в которой производились операции, по их завершению в паранефральную клетчатку вставляется тампон типа «сигары» на 1-2 дня, с целью контроля гемостаза, затёка мочи. Если исключается затекание крови, мочи, то тампон удаляется. В сомнительных случаях тампон заменяется на резиновую полоску ещё на 1 день и удаляется. При этом происходит нормальное течение фазы раневого процесса.

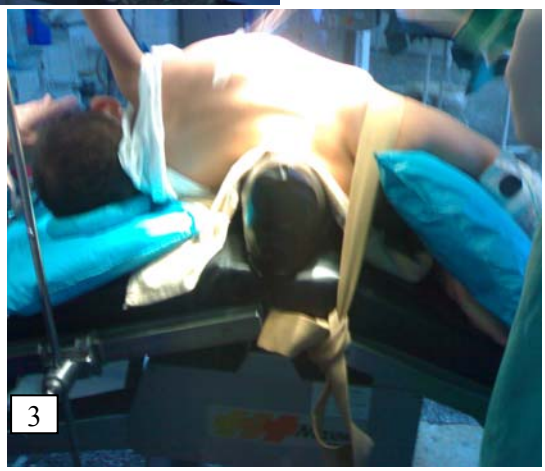
В тех случаях, когда резиновая полоска по неизвестной причине не удаляется, то нарушается процесс фазы восстановления процесса заживления. Нередко ложе «сигары» превращается в свищевой ход, который заживляется вторично, растягивая стационарное лечение.

Ретроспективный анализ историй болезней детей, оперированных по поводу нефролитиаза и врождённых заболеваний почек за 10 лет, показывает, что многих осложнений операционной раны можно избежать при соблюдении вышеназванных указаний при выполнении операции. Сравнительная оценка результатов выявленных почечных осложнений в зависимости от положения больного на операционном столе представлены таблицей.

Таблица

Структура осложнений, обусловленных почечным положением больных на операционном столе

Осложнения	Основная группа 2000-2004гг. (П= 120)	Контрольная группа 2005-2010гг. (П= 51)
Лигатурный свищ	26 (2,78%)	9 (1,03%)
Серома	22 (2,34%)	8 (0,91%)
Нагноение раны	20 (2,13%)	11 (1,26%)
Мочевой свищ	18 (1,92%)	7 (0,80%)
Мочевой затёк	17 (1,81%)	7 (0,80%)
Сигарный канал	12 (1,28%)	6 (0,7 %)
Послеоперационная грыжа	5 (0,53%)	3 (0,34 %)
Люмботомия	938 (100 %)	873 (100 %)
Итого	120 (12,79 %)	51 (5,84%)



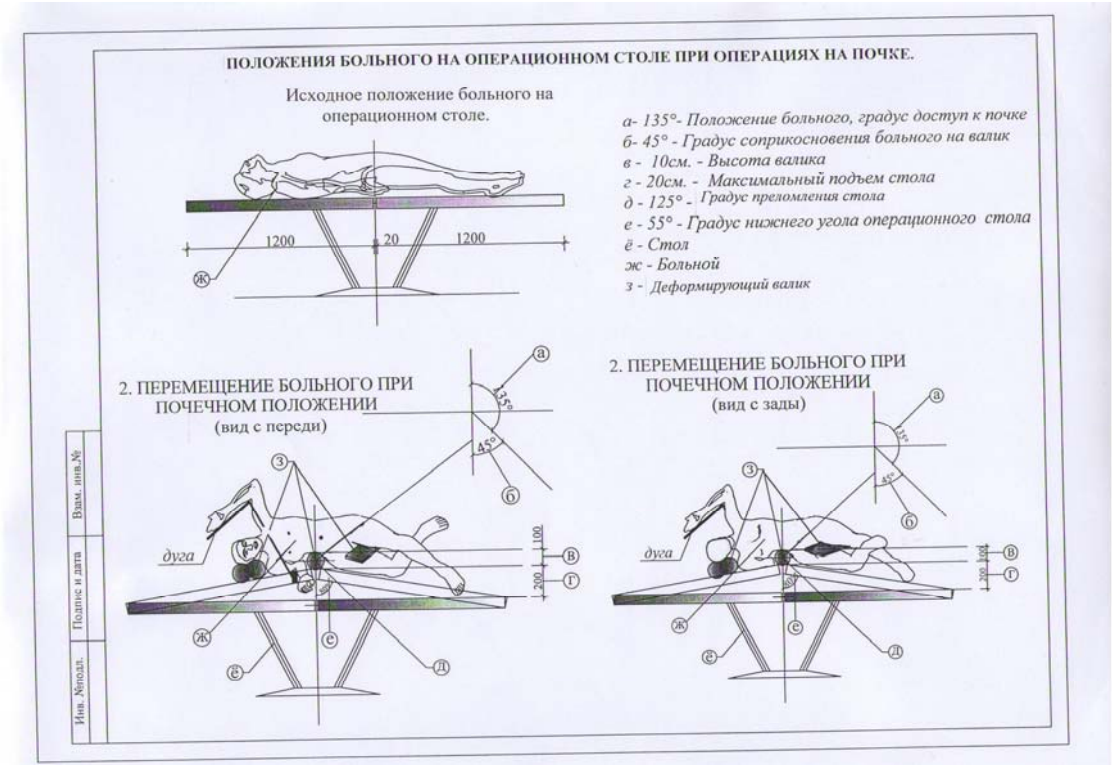


Схема положения больного на операционном столе при операциях на почке

Как видно из таблицы, процент лигатурного свища после люмботомии снизился с 2.78% до 1.03%, серома подкожной клетчатки - от 2.34% до 0.91%, что свидетельствует о соблюдении правильной укладки больных на операционном столе, гемостазом (маскитиками и коагуляции), наложении швов из современного шовного материала.

Особое внимание при анализе результатов хирургического лечения больных с хирургической патологией почек уделялось изучению состояния местного раневого процесса. Оказалось, что по сравнению с контрольной группой, в основной - чаще развивались инфильтрат, нагноение, свищи, серома и т.д.

Прогнозирование гнойно-воспалительных осложнений при люмботомии имеет важное значение для хирурга-уролога. С целью снижение осложнений нами была разработана эффективная система прогнозирования осложнений при люмботомии. На основе собственного и ретроспективного анализа данных о пациентах, перенёсших осложнения после вмешательства по поводу хирургических патологий почек с целью поиска оптимальных решений, нами была разработана схема положения больного на операционном столе при операциях на почке [Авторы: А.А. Азизов, Ф.Х. Сафедов, 2008г.].

Оптимальные варианты и этапы положение больного на операционном столе при операциях на почке представлены в схематических рисунках, где указаны положение больного и угловые изменения степени функционального перемещения операционного стола:

а) 135^0 – положение больного при доступе к почке;
б) 45^0 – угол соприкосновения больного на валик;
в) 10 см - высота валика;
г) 20 см – максимальный подъём стола;
д) 125^0 – угол преломления стола;
е) 55^0 – показатель нижнего угла операционного стола;
ё) стол; ж) больной; з) деформирующий валик.

Таким образом, при выяснении процессов в операционной ране, необходимо особое внимание уделять созданию оптимального положения больного, от которого во многом зависит успех выполнения этапов операции.

При неправильной укладке больного на операционном столе возможны осложнения. Недооценка этого принципиального положения способствует развитию нагноительного процесса операционной раны и затяжное течение фазы раневого процесса.

Учёт вышеизложенных данных нашего исследования за последние 5 лет способстствовали снижению осложнений, связанными с люмботомией от 12,79% до 5.84%

Литература

1. Азизов А.А. Диагностика и тактика хирургического лечения осложнённого уролитиаза у детей. – Душанбе. 1996. 108 с.
2. Зиёвиддинов А.Р. Пути снижения послеоперационных осложнений уролитиаза у детей // Автореф. дисс. канд. мед. наук / Душанбе. 2003. - 26 с.
3. Сафедов Ф.Х. Диагностика и тактика хирургического лечения обструктивно-гнойного калькулёзного пиелонефрита у детей // Автореф. дисс. канд. мед. наук / Душанбе. 2007. - 28 с.

Хулоса

РОҲҲОИ ПЕШГӮЙ ВА ПЕШГИРИИ АВОРИЗИ ВОБАСТА АЗ МАВҚЕИ ДАСТРАСИИ ГУРДАИ КӮДАКОН ДАР МИЗИ ҶАРРОҲӢ

А.А.Азизов, Ф.Х.Сафедов, Б.А.Азизов, И.К.Атоев, С.С.Ҷабборов

Таҳлили буриши камари (люмботомия) кӯдакон бо мавқеи дастрасии гурда дар мизи ҷарроҳӣ нишон дод, ки сабаби оризаҳои баъдиҷарроҳӣ, ба мисли хати чок пас аз люмботомия ба таври мақсаднок ва мукаммал омӯхта нашудааст. Ҳарчанд барои ошкор сохтани равандҳои фасодгирии захмҳо, ки аз мавқеи ғайрифизиологии кӯдакони бемор дар мизи ҷарроҳӣ вобастагӣ дорад, таҷрибаи кофӣ мавҷуд аст.

Муаллифон дар асоси таҷрибаи худ ва таҳлили ретроспективии 1811 люмботомия, ки ба сабаби нефролитиаз ва бемориҳои модарзодии гурдаҳо дар 10 соли охир ҷарроҳӣ шудаанд, бо мақсади дарёфти роҳҳои самарабахши пешгӯии авориз, нақшаи мавқеи беморро дар мизи ҷарроҳӣ кор карда баромаданд. Истифодаи тактикаи мазкур имконият дод, ки аворизи вобаста ба люмботомия аз 12,79% то ба 5,84% кам шаванд.

SUMMARY

THE WAYS OF PREDICTION AND PREVENTION OF COMPLICATIONS CAUSED BY RENAL STATUS OF CHILDREN ON THE OPERATING TABLE

A.A.Azizov, F.H.Safedov, B.A.Azizov, I.K.Atoev, S.C.Jabborov

Analysis of lumbotomy in children with renal position on the operating table showed that the cause of postoperative complications, as the line of sutures after lumbotomy purposefully not been studied, although a wealth of experience in detecting suppurative processes in the wound caused by non-physiologic position of sick children on the operating table.

The authors based on their own and a retrospective analysis of 1811 lumbotomy operated on for nephrolithiasis and congenital kidney disease, over the past 10 years, with a view to finding an effective system of forecasting complication developed a scheme the patient's position on the operating table. Using this tactic helped reduce complications related to lumbotomy from 12.79% to 5.84%.

Key words: nephrolithiasis, inherited renal disease, suppuration of wounds, ligature and urinary fistula, a cigar channel, postoperative hernia

Адрес для корреспонденции:
Ф.Х. Сафедов - ассистент кафедры детской хирургии ТГМУ; 734049, Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони - 59, Тел.: 935 – 65 – 65 – 77

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

В.Ю.Малюга, А.Е.Климов, А.Г.Фёдоров, А.С.Габоян, С.В.Давыдова, А.А.Бархударов, Т.К.Пулотов*, З.А.Достиева*

Кафедра хирургии Российского университета дружбы народов, г.Москва; *кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им.Абуали ибни Сино

В статье, отмечая актуальность вопроса, анализируются особенности клиники и результаты диагностики хронического калькулёзного панкреатита у 16 больных. Проведена сравнительная оценка эффективности эндоскопического дренирования главного панкреатического протока и хирургического лечения с наложением панкреатикоэнтероанастомоза, а также оценка качества жизни больных и их реабилитации после этих двух методов.

Комплексная оценка показала эффективность эндоскопического способа с удовлетворительным результатом у 7 больных, тогда как во второй группе осложнения наблюдались у 5 больных с одним летальным исходом.

Ключевые слова: хронический калькулёзный панкреатит, панкреатический проток, панкреатикоэнтероанастомоз, эндоскопическое дренирование, качество жизни

Актуальность. Разнообразие методов хирургического и эндоскопического лечения ХП, разноречивые данные публикуемых работ, отсутствие сравнительной оценки диктуют необходимость тщательного изучения непосредственных и отдалённых результатов наиболее перспективных видов операций, применяющихся при данном заболевании [3,11,12,14].

Хирургическое и эндоскопическое лечение больных хроническим панкреатитом (ХП), оценка результатов лечения по-прежнему являются актуальной задачей, что связано с ростом заболеваемости ХП, ежегодно в мире выявляется от 1,6 до 23 случаев ХП на 100 тыс. населения [1,2]. Около 40% пациентов с ХП нуждаются в оперативном лечении из-за неэффективности консервативной терапии [3,4].

Традиционно при лечении хронического калькулёзного панкреатита выполнялись разные модификации дренирующих операций [5,6]. Получила распространение эндоскопическая вирсунготомия, литоэкстракция и дренирование панкреатического протока как альтернатива панкреатоэнтеростомии [3, 6, 8]. Считается, что при схожих результатах лечения, эндоскопические методики сопровождаются меньшим числом осложнений [11,12,14].

Цель исследования - выбор оптимального способа хирургического и эндоскопического лечения больных с хроническим калькулёзным панкреатитом на основе их сравнительной оценки.

Материал и методы. Нами проведён анализ результатов комплексного обследования и лечения 16 пациентов с хроническим калькулёзным панкреатитом, находившихся на стационарном лечении в клинике кафедры факультетской хирургии РУДН на базе ГКБ № 64 (г. Москва) за период с 1992г. по 2009г.

Мужчин было 15 (93,8%), женщин - 1 (6,2%). Средний возраст составил 43,5± 9,6 года. Большая часть больных была моложе 55 лет – 12 (75%), и только 4 (25,0%) пациента были старше 55 лет.

Среди пациентов 12 (75,0%) больных до оперативного лечения находились на стационарном лечении от 1 до 3 раз в год, 4 (25,0%) пациента - от 4 до 6 раз. Длительность заболевания у 14 (87,5%)

пациентов с калькулёзным ХП составила от 4 до 10 лет, а средняя продолжительность болезни до оперативного лечения – в 5,4±2,1 лет.

Клиническая картина характеризовалась болевым синдромом различной степени выраженности в 16 наблюдениях. У 11 (68,8%) пациентов болевой синдром был постоянным, а у 5 (31,2%) - интермитирующего характера. В 6 (37,5%) случаях болевой синдром не удалось купировать с помощью ненаркотических анальгетиков.

Среди исследуемого контингента причиной развития хронического панкреатита послужили злоупотребление алкоголем – в 14 (87,5%) случаях, в 2 (12,5%) случаях имел место хронический панкреатит билиарного генеза.

До 2002 года основным видом лечения был хирургический – 9 (56,2%) больным сформирован панкреатоэнтероанастомоз (ПЭА). Были выполнены: продольная панкреатоэнтеростомия по Puestow II в 4 (44,4%) наблюдениях и продольная панкреатоэнтеростомия в модификации Шалимова в 5 (55,6%) случаях. После 2002 года выполнялось только эндоскопическое лечение – литоэкстракция и протезирование главного панкреатического протока (ГПП) – 7 (43,8%) больных.

При сравнении результатов хирургического и эндоскопического лечения учитывались такие параметры, как: послеоперационные осложнения и летальность; длительность пребывания больного в стационаре и отделении реанимации; эффективность дренирования главного панкреатического протока.

Качество жизни 12 (75%) оперированных больных было оценено по методике "SF-36 Health Status Survey".

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ непосредственных результатов хирургического и эндоскопического лечения больных с хроническим калькулёзным панкреатитом представлен в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительный анализ оперативного лечения хронического калькулёзного панкреатита

Параметры		Вид оперативного вмешательства	
		Эндоскопическое дренирование ГПП (n=7)	Панкреатико-энтероанастомоз (n=9)
Эффективность дренирования	Удовлетворительный	7 (100%)	4 (44,4%)
	Осложнения	0	5 (55,5%)
	Летальность	0	1 (10,1%)

В послеоперационном периоде осложнения развились у 5 (55,5%) пациентов после выполнения ПЭА. Из них специфические осложнения, связанные с непосредственным воздействием на ПЖ, наблюдались в 3 (33,3%) случаях. У 2 (22,2%) больных имели место неспецифические осложнения. Характер осложнений после ПЭА представлен в таблице 2.

В двух наблюдениях специфические осложнения были представлены послеоперационным панкреатитом. В одном случае больной был экстренно оперирован по поводу панкреатогенного панкреатита. Во втором случае развилось аррозивное кровотечение из области сформированного панкреатоэнтероанастомоза, что потребовало экстренного повторного вмешательства и явилось причиной смерти 1 (6,25%) больного. Все неспецифические осложнения были представлены пневмонией.

Таблица 2

Характер осложнений после формирования панкреатикоэнтероанастомоза (n=5)

Осложнение	Количество пациентов
Острый панкреатит	2
Аррозивное кровотечение	1
Пневмония	2
Всего осложнений	5

Среди больных, которым выполнено эндопротезирование ГПП, осложнений и летальных исходов не было. Полученные данные показали, что по сравнению с панкреатоэнтеростомией выполнение литоэкстракции и эндопротезирования ГПП сокращает длительность оперативного вмешательства и как следствие своей меньшей инвазивности, минимизирует кровопотерю, что позволяет активизировать больных на 1 сутки после оперативного вмешательства и избежать неспецифических осложнений, связанных с долгим вынужденным положением пациентов.

Средняя длительность пребывания больных в стационаре и в отделении реанимации представлена в таблице 3.

Таблица 3

Средняя продолжительность лечения больных в реанимации и стационаре (n=16)

Длительность пребывания больных	Вид оперативного вмешательства		
	Эндоскопическое дренирование ГПП (n=7)	Хирургическое дренирование ГПП (n=9)	U критерий Манна-Уитни
В стационаре	9±2 (5-9)	32,5±9 (22-49)	p=0,0060*
В отделении реанимации	0	4±0,86 (3-5)	p=0,0063*

Примечание: различия в группах статистически значимы **(**p<0,01**)**

Как видно из таблицы 3, больные, которым было выполнено эндопротезирование ГПП, в среднем провели в стационаре меньшее количество дней, чем пациенты после панкреатикоэнтеростомии (p<0,01). Следует заметить, что больные после эндоскопического дренирования ГПП в проведении терапии в условиях реанимации не нуждались.

Сравнительный анализ отдалённых результатов хирургического и эндоскопического лечения больных с хроническим калькулёзным панкреатитом с использованием методики “SF-36” представлены в таблице 4.

Таблица 4

Больные с калькулёзным ХП, исследованные по методике SF-36 (n=16)

Основные характеристики обследованных больных	Общее количество больных в зависимости от метода операции	
	Хирургическое дренирование ГПП (n=9)	Эндоскопическое дренирование ГПП (n=7)
Больные с калькулёзным ХП	6 (66,7%)	6 (85,7%)
Смерть в послеоперационном периоде	1 (11,1%)	-
Недоступны для исследования	2 (22,2%)	1 (14,3%)

После математической обработки программой “Statistica 6.0” были получены следующие средние данные (табл. 5).

Таблица 5

Распределение больных с калькулёзным ХП по шкалам (n=16)

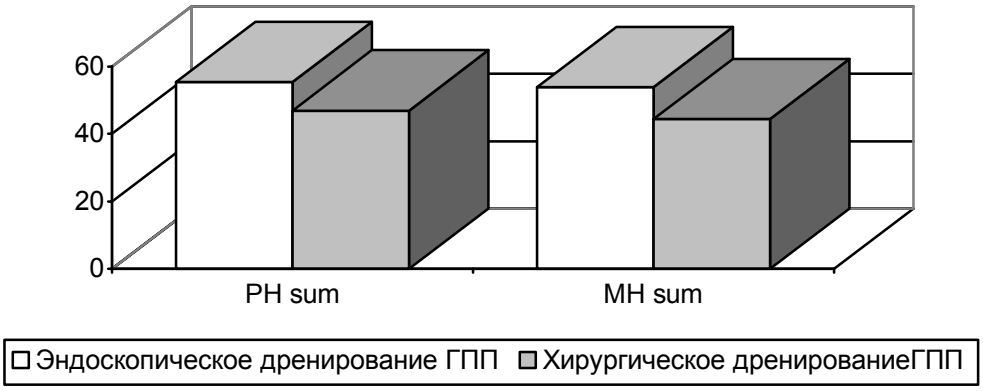
Параметры оценки	Хирургическое дренирование ГПП (n=9) Медиана, интерквартильный размах	Эндоскопическое дренирование ГПП (n=7) Медиана, интерквартильный размах	Статистические данные (U-критерий Манна-Уитни)
PF	60,5 (от55,0 до 95,0)	90,0 (от75,0 до 95,0)	0,000295*
RP	50,0 (от50,0 до 75,0)	95,0 (от75,0 до 100,0)	0,019046*
BP	74,0 (от74,0 до 84,0)	100,0 (от90,0 до 100,0)	0,041026*
GH	60,0 (от50,0 до 60,0)	72,0 (от55,0 до 80,0)	0,044553*
VT	55,0 (от50,0 до 60,0)	70,0 (от55,0 до 70,0)	0,018483*
SF	81,3 (от75,0 до 87,5)	93,7 (от87,5 до 100,0)	0,051046*
RE	66,6 (от33,3 до 100,0)	97,0 (от87,0 до 100,0)	0,007745*
MH	52,0 (от52,0 до 64,0)	62,0 (от60,0 до 72,0)	0,019893*
PH sum	47,0 (от45,0 до 50,0)	55,5 (от49,0 до 58,0)	0,030232*
MH sum	44,5 (от41,0 до 46,0)	54,0 (от47,0 до 60,0)	0,012649*

Примечание: различия в группах статистически значимы **(**$p<0,05$**)**

Данные по средним суммарным показателям физического и психического здоровья представлены на диаграмме.

Диаграмма

Суммарные показатели физического и психического компонентов здоровья



Из приведённых данных видно, что показатели качества жизни у больных после эндоскопической литоэкстракции, эндопротезирования ГПП статистически значимо выше по всем шкалам, чем у больных после традиционного оперативного лечения.

Таким образом, анализ непосредственных и отдалённых результатов лечения калькулёзного ХП показал, что продольный панкреатоэнтероанастомоз сопровождается специфическими (33,3%) и неспецифическими (22,2%) осложнениями, которые могут приводить к летальному исходу (11,1%). Выполнение эндопротезирования ГПП, в связи с отсутствием непосредственного воздействия на паренхиму ПЖ, реже сопровождается специфическими осложнениями. За счёт меньшей инвазивности,

по сравнению с панкреатоэнтероанастомозом, эндопротезирование ГПП позволяет активизировать больных в 1 сутки после операции и не сопровождается послеоперационными осложнениями. Эндоскопическое дренирование более эффективно в устранении гипертензии в главном панкреатическом протоке и ликвидации болевого синдрома в послеоперационном периоде. Применение эндоскопической литоэкстракции и протезирования ГПП позволяет значительно снизить время пребывания пациентов в стационаре (с 32,5 дней после ПЭА до 7 дней после эндопротезирования ГПП). Показатели качества жизни в отдалённом послеоперационном периоде статистически значимо выше у больных после транспапиллярных эндоскопических вмешательств.

Вывод. При лечении хронического калькулёзного панкреатита эндоскопические вирсунготомия, литоэкстракция и протезирование главного панкреатического протока имеют меньшее количество послеоперационных осложнений по сравнению с традиционными хирургическими вмешательствами.

Различия в сроках стационарного лечения и пребывания больных в отделении реанимации, а также более высокие показатели качества жизни в отдалённом послеоперационном периоде, при сравнении эндоскопического и хирургического дренирования главного панкреатического протока, являются статистически высоко значимыми, что делает предпочтительнее применение эндоскопических методик при лечении хронического калькулёзного панкреатита.

Литература

1. Алибегов Р.А., Борсуков А.В., Сергеев О.А., Ефимкин А.С. Выбор метода хирургического лечения хронического панкреатита // Матер. X юбилейной Международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Анналы хирур. гепатологии – 2003 – Том 8 – № 2 – С. 180
2. Благитко Е.М., Добров С.Д., Штофин С.Г., Толстых Г.Н., Полякевич А.С. Выбор способа операции при хроническом панкреатите // Матер. X юбилейной Международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ – Анналы хирур. гепатологии – 2003 – Том 8 – №2 – С. 188-189
3. Велигодский Н.Н., Велигодский А.Н., Комарчук В.В., Трушин А.С. Комплексное хирургическое лечение хронического панкреатита // Матер. X юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ – Анналы хирур. гепатологии – 2003 – Том 8 – №2 – С. 189
4. Данилов М.В. Рецидивирующий панкреатит как хирургическая проблема // Матер. научно-практ. конференции «Актуальные вопросы абдоминальной хирургии» – Ташкент, 2004. – С. 34-38
5. Данилов М.В., Федоров В.Д. Повторные и реконструктивные операциии при заболеваниях поджелудочной железы//Руководство для врачей. -М.Медицина.2003.- С.424
6. Лобаков А.И., Саввов А.М., Сачечелашвили Г.Л., Денисов В.А. Эндоскопическая вирсунготомия в лечении осложнённого хронического панкреатита // Матер. X юбилейной межд. конф. хирургов-гепатологов России и стран СНГ – Анналы хирур. гепатологии – 2003 – Том 8 – №2 – С. 207-208
7. Майстренко Н.А., Прядко А.С., Михальченко Г.В., Хромов Г.М., Грах С.И. Обоснование показаний к оперативному лечению больных хроническим панкреатитом // Матер. X юбилейной межд. конф. хирургов-гепатологов России и стран СНГ – Анн. хирур. гепатол.-2003.-Том.8.-№2.-С.208-209
8. Сандаков П.Я., Дьяченков М.И., Самарцев В.А. Эндоскопическая диагностика и лечение стенозов устья главного панкреатического протока // Матер. X юбилейной межд. конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ – Анналы хирур. гепатологии – 2003 – Том 8 – №2 – С. 220-221
9. Шалимов А.А. и др. Хронический панкреатит// Киев: Здоров'я 2000. – С.256

Шалимов А.А., Копчак В.М., Тодуров И.М., Дронов А.И., Хомяк И.В. Опыт лечения хронического панкреатита // Материалы международной конференции хирургов посвящённой 80-летию профессора В.В. Виноградова.- М.- 2000г.– С. 126-127

10. Farnbacher M.J., Voll R.E., Faissner R, Wehler M, Hahn EG, Lohr M, Schneider HT. Composition of clogging material in pancreatic endoprostheses // Gastrointest Endosc. – 2005 – V. 61(7) – P. 862-6
11. Huibregtse K, Smits ME. Endoscopic management of diseases of the pancreas // Am J Gastroenterol – 1994 – V. 89 – P. 66-77
12. Kozarek R.A., Traverso L.W. Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: an alternative to surgery// Dig Surg – 1996 – V. 13 – P. 90–100
13. Sherman S., Hawes R.H., Savides T.J., Gress F.G., Ikenberry S.O., Smith M.T., Zaidi S. Lehman G., Stent induced pancreatic ductal and parenchymal changes: correlation of endoscopic ultrasound with ERCP // Gastrointest Endosc – 1996 – V. 44 – P. 276-282

Хулоса

НАТИҶАҲОИ БЕВОСИТА ВА НИҲОИИ МУОЛАҶАИ ҶАРРОҲӢ ВА ЭНДОСКОПӢ ДАР БЕМОРОНИ ИЛТИҲОБИ МУЗМИНИ САНГИИ ҒАДУДИ ЗЕРИ МЕЪДА

В.Ю.Малюга, А.Е.Климов, А.Г.Фёдоров, А.С.Габоян, С.В.Давидова, А.А.Бархударов, Т.К.Пулотов, З.А.Достиева

Дар мақола ба муҳимияти масъала таваҷҷӯҳ намуда, хусусиятҳои сарирӣ ва натиҷаҳои ташхисгузории панкреатити калкулозии музмини 16 нафар бемор таҳлил карда шудааст. Арзёбии қиёсии таъсирнокии заҳкашии эндоскопии маҷрои асосии панкреатикӣ ва табобати ҷарроҳиро бо гузоштани панкреатикоэнтероанастомоз, инчунин, сифати зиндагии беморонро баъди ду усули барқарорсозӣ, гузаронида шуд.

Арзёбии маҷмӯии самарабахшии усули эндоскопӣ дар 7 нафар бемор натиҷаи қаноатбахш нишон дод, ин дар ҳоле, ки дар гурӯҳи дуюм, оризаҳо дар 5 нафар бемор ва 1 ҳолати марговар мушоҳада шуданд.

SUMMARY

IMMEDIATE AND REMOTE RESULTS OF SURGICAL AND ENDOSCOPIC TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC CALCULOUS PANCREATITIS

V.Y.Malyuga, A.E.Klimov, A.G.Fedorov, A.S.Gaboyan, S.V.Davydov, A.A.Barkhudarov, T.K.Pulotov, Z.A.Dostieva

In the article noting the relevance of the issue, analyzes the features of the clinic and the results of diagnosis of chronic calculous pancreatitis in 16 patients. A comparative evaluation of the effectiveness of endoscopic drainage of the main pancreatic duct and surgical treatment with the forming of pancreatic-entero-anastomosis, as well as quality of life of patients after two methods of rehabilitation. Comprehensive assessment showed the effectiveness of the endoscopic method with satisfactory results in 7 patients, whereas the second group of complications occurred in 5 patients with a fatal outcome.

Key words: chronic calculous pancreatitis, pancreatic duct, pancreatic-entero-anastomosis, endoscopic drainage, quality of life

Адрес для корреспонденции:
Т.К.Пулотов - аспирант кафедры общей хирургии №1 ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, ул. Санои - 33, E-mail: crown042@mail.ru

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА И ЛОЖНОГО СУСТАВА ВСЛЕДСТВИЕ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

В.Г. Цуман, Ш.Р. Султонов*, А.Е. Машков
Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Россия;
***Таджикский государственный медицинский университет им.Абуали ибни Сино**

В работе проанализированы результаты лечения 12 детей с патологическими переломами и ложными суставами на фоне гематогенного остеомиелита с применением аутотрансплантации костного мозга. Исследования показали, что аутотрансплантация костного мозга при лечении больных детей с патологическими переломами и ложными суставами на фоне гематогенного остеомиелита является весьма эффективной. Преимущество предлагаемой методики, прежде всего, в её малой травматичности; все этапы операции выполняются одномоментно; используются некультивируемые и неконсервируемые, а аутологичные клетки костного мозга.

Ключевые слова: гематогенный остеомиелит, аутотрансплантация костного мозга, патологический перелом, ложный сустав

Актуальность. Среди многих актуальных вопросов детской хирургии проблема лечебной тактики хронического рецидивирующего гематогенного остеомиелита остаётся неразрешённой. Неудовлетворительные результаты лечения данной категории больных обусловлены поздней госпитализацией детей в хирургический стационар, недостаточной санацией гнойного очага, неадекватной антибактериальной терапией, непроведением коррекции иммунитета в остром периоде, а также неправильным выбором рациональных сроков проведения хирургических вмешательств в хроническом периоде заболевания [1-3].

Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) у детей по различным данным в 10-40% случаев приобретает хроническое течение, из них, у 11-50% детей возникают различные ортопедические осложнения (патологические переломы, ложные суставы, анкилозы, укорочения и деформации конечностей) [3-6].

Существует множество методов лечения патологических переломов, ложных суставов и дефектов костей: аутопластика, аллотрансплантация кости, ксенобрефопластика, пластика с использованием деминерализованных костных трансплантатов и др [3,4]. Мы отдали предпочтение аутокостному мозгу, так как при этом полностью исключались проблемы гистонесовместимости. Кроме того, пересадка костного мозга из одной кости в другую у одного и того же индивидуума не нарушает общебиологических условий костеобразования, а для приживления клеток пересаженного костного мозга достаточно 15 мг [8-10]. Для образования костной ткани и мозоли в достаточно большом количестве содержится в костном мозге, где присутствуют и стволовые клетки, и другие малодифференцированные клетки, способные давать начало развития костной ткани. Кроме того, известно, что клетки костного мозга, особенно стволовые, обладают большой потенцией к делению. Одна стволовая клетка проделывает 100 митозов и образует около 1 000 000 эритропоэтиновых клеток и около 100 000 клеток – предшественников гранулоцитов и макрофагов, а моноциты дают 7-8 митозов [8-10].

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения патологического перелома и ложного сустава на фоне гематогенного остеомиелита у детей путём применения аутотрансплантации костного мозга.

Материалы и методы. При лечении патологического перелома с образованием ложного сустава и дефектов трубчатых костей вследствие гематогенного остеомиелита сотрудниками отделении детской хирургии МОНИКИ профессорами Цуман В.Г. и Машковым А.Е. разработан способ аутотрансплантации костного мозга (патент №2097001, приоритет от 12.07.94). Предложенный авторами способ также применяется в клинике детской хирургии ТГМУ. По предложенному способу оперировано 12 детей с патологическими переломами и ложными суставами трубчатых костей разных локализаций.

Пересадка костного мозга осуществлялась следующим образом: под общим обезболиванием обнажали место ложного сустава, затем выделяли костные фрагменты ложного сустава, максимально щадя надкостницу и прилежащие мягкие ткани. Концы костных фрагментов освежали от рубцов и грануляций и в них спицей Киршнера делали каналы в количестве 3-5 на расстоянии 1 см в различных направлениях, в которые вводили свежий костный мозг, взятый во время этой же операции у этого же больного из пяточной кости, крыла подвздошной кости или других костей. Костно-мозговой субстрат подвергали центрофугированию. При наличии ложного сустава и дефекта кости выполняли остеотомию в области проксимального метафиза, иногда в области обоих метафизов кости и дополнительно вводили взвесь костного мозга в область дефекта вне костной ткани. Операцию заканчивали надёжной фиксацией костных фрагментов с применением гипсовой повязки, с постоянным вытяжением с использованием компрессионно-дистракционного аппарата Илизарова.

Результаты и их обсуждение. Во всех случаях получен положительный результат, но у 2 пациентов после консолидации костных фрагментов отмечались деформации сегмента, которые в дальнейшем нуждались в ортопедический коррекции.

Клинические примеры. Больной К., 8 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие ложного сустава в области средней трети голени справа после операции секвестрэктомии, нарушение функции конечности. Болен в течение года. Клинически и рентгенологически определяется ложный сустав в области средней трети большеберцовой кости (рис. 1а). После соответствующей терапии больному выполнена операция по предложенному способу. Аутотрансплантацию костного мозга производили из крыла подвздошной кости. Операцию заканчивали стеотомией дистального метафиза и надёжной фиксацией костных фрагментов с помощью компрессионно-дистракционного аппарата Илизарова (рис.1б).

В послеоперационном периоде больной получил антибактериальную, десенсибилизирующую и иммунотерапию, физиотерапию а также витамины, минералы. Неоднократно была перелита свежецитратная кровь, плазма и раствор альбумина. Аппарат Илизарова снят через 3 месяца, конечность переведена на циркулярную гипсовую повязку. У больного наступила консолидация ложного сустава, кость склерозировалась, частично формирован костномозговой канал (рис. 1в).

По данной методике была выполнена операция больной Н., 12 лет, с диагнозом ХГО плечевой кости слева, осложнившейся патологическим переломом в области верхней трети плеча. Сгибательная контрактура локтевого сустава. После соответствующей подготовки больному выполнена операция секвестрэктомия (рис. 2а), забор аутологичного костного мозга производили из крыла подвздошной кости. Послеоперационный период протекал гладко. Общее лечение было аналогично предыдущему. Конечность фиксировалась торакоброхиальной циркулярной гипсовой повязкой сроком на 3 месяца.

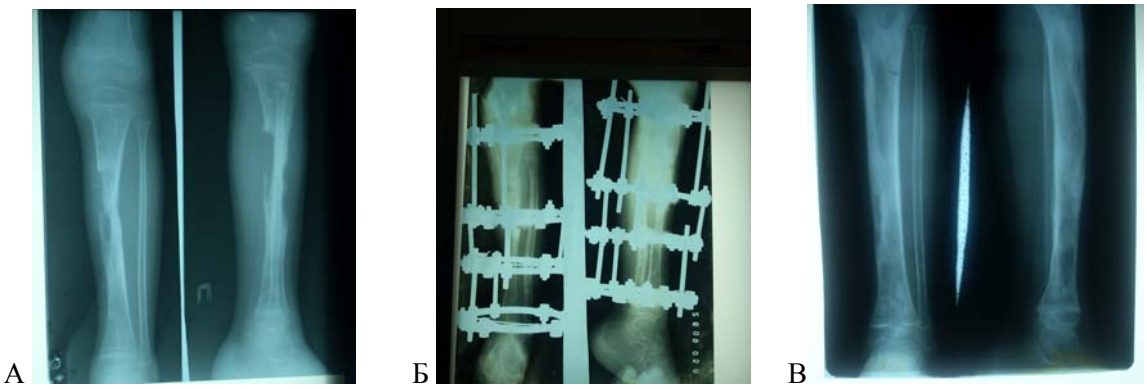


Рис. 1. Рентген-снимок больного К.: а) имеется ложный сустав в области с/3 большеберцовой кости; б) после операции по предложенному способу с помощью аппарата Илизарова; в) через 12 мес после операции

Рис. 2. Рентген-снимок больного Н. после секвестрэктомии; а) имеется патологический перелом и дефект кости в области верхней трети плеча; б) через 3 мес. после операции; в) через 1,5 года после операции

Через 3 месяца на контрольной рентгенограмме отмечается частичная консолидация патологического перелома, наличие склероза костной ткани на всём протяжении плечевой кости и его деформация.

Больной в течение 2 лет получал реабилитационное противорецидивное лечение по предложенной схеме. На контрольной рентгенограмме через 1 год и 6 месяцев костная структура восстановлена, имеется некоторая деформация кости.

Реабилитационное лечение больным проводилось индивидуально, в зависимости от выраженности патологического процесса, согласно разработанному нами «Способу комплексной реабилитации детей и подростков с патологическими переломами на фоне хронического гематогенного остеомиелита» (рацпредложение №3186/Р-487 Утв. ВОИР ТГМУ им. Абуали ибни Сино от 21.08.08 г.) в трёх этапах [7].

Первый этап - иммобилизационный, который включает в себя в основном стабилизацию патологического перелома, с применением гипсовых повязок, постоянное вытяжение и компресионно-дистракционные аппараты в физиологическом положении конечности. Одновременно больным про-

водится антибактериальная, десенсибилизирующая, иммуно- и физиотерапия, а также витамины, минералы, переливание растворов аминокислоты, свежецитратной крови и плазмы по показаниям.

Второй этап – ранний, постиммобилизационный. В этом периоде пораженные сегменты освобождались от гипсовых повязок и инструментальных фиксаций. Лечение основывалось на проведении физиотерапевтических процедур: УВЧ, электрофорез с кальцием и фосфором, парафиновой аппликации. При контрактурах и артрозах суставов выполнялось внутрисуставное введение гидрокортизона с кислородом в соответствии с возрастом детей, при последующей разработке суставов с проведением ЛФК и массажа.

Третий этап – период активного восстановления функции поражённого сегмента. На этом этапе под прикрытием комплексной терапии назначался постепенный свободный двигательный режим. Продолжались физиопроцедуры, ЛФК, массаж и стимуляция остеогенеза препаратами кальций Дзникомед, остеогенон, остеомаг, олиговит. Перечисленные реабилитационные и противорецидивные мероприятия проводились в течение двух лет, иногда больше.

Таким образом, в основе положительных результатов пересадки аутологичного костного мозга при патологических переломах и ложных суставах трубчатых костей лежат биологические закономерности преобразования стволовых и других малодифференцированнах костно-мозговых клеток. Преимущество предлагаемой методики, прежде всего - в её малой травматичности, все этапы операции выполняются одномоментно, используются не культивируемые и не консервируемые, а аутологичные клетки костного мозга. Метод не требует применения костных трансплантатов и может осуществлятся закрытым способом при патологических переломах с ещё несформированным ложным суставом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акжигитов К.Н., Юдин Я.Б. Гематогенный остеомиелит //- М., 1998, 285 с.
2. Красилов В.Л., Жидовинов А.А. с соавт. Использование лазера в лечение острого гематогенного остеомиелита // Материалы III Российского научного форума «Хирургия-2001». Достижения современной хирургии. -М., 2001.-С.192-193
3. Барская М.А. Хирургическая тактика при хроническом гематогенном остеомиелите у детей/ Детская хирургия// -М.,-2000.-№4.-С.31-32
4. Аманов А.И. Хирургическое лечение хронического гематогенного остеомиелита у детей/ Автореф.дисс. канд. мед. наук.-Ташкент.-2004, 16 с.
5. Машков А.Е., Слесарев В.В. с соавт. Иммунокоррегирующая терапия при хроническом остеомиелите / Детская хирургия // -М.,-2007, №3.-С.43-46
6. Поздеев А.П. Влияние удлинения бедра у детей с последствиями гематогенного остеомиелита на состояние стабилизированного тазобедренного сустава/ Вестник хирургии им. И.И. Грекова// -2000, №5, т.159.-С.47-51
7. Султонов Ш.Р. Реабилитация детей и подростков с патологическими переломами на фоне хронического гематогенного остеомиелита/ Здравоохранение Таджикистана// -Душанбе,-2008.-№4.-С.62-64
8. Цуман В.Г., Машков А.Е. Аутотрансплантация костного мозга при лечении ложных суставов и обширных дефектов трубчатых костей/ Детская хирургия//-М.,-2006.-№2.-С.14-17
9. Ziani F. Results of the surgical treatment of chronic hematogenous osteomielitis of the fibula/ Int. Ortop// -1990.-V. 14(2).-P.167-173
10. Dietz H.G. et al. Osteomielitis in children/ Ortopede// -2004. V. 33(3).-P.287-296

ХУЛОСА
УСУЛИ ТАБОБАТИ ПАТОЛОГИИ УСТУХОН ВА БУҒУМИ ҒАЙРИҲАҚИҚӢ ҲАНГОМИ ОСТЕОМИЕЛИТИ ҲЕМАТОГЕНӢ ДАР КӮДАКОН

В.Г.Суман, Ш.Р.Султонов, А.Е.Машков

Дар мақола натиҷаи табобати 12 нафар кӯдак бо шикасти патологии устухон ва буғуми ғайриҳақиқӣ дар заминаи остеомиелити (илтиҳоби мағзи устухон) ҳематогенӣ бо истифода аз аутотрансплантатсияи мағзи устухон таҳлилу баррасӣ шудааст.

Тадқиқотҳо нишон доданд, ки аутотрансплантатсияи мағзи устухон ҳангоми табобати кӯдакони гирифтори шикасти патологияи устухон ва буғуми ғайриҳақиқӣ дар заминаи остеомиелити ҳематогенӣ бисёр самарабахш мебошад. Афзалияти усули пешниҳодшуда, пеш аз ҳама, дар камосебияти он, дар як вақт иҷрошавии тамоми марҳалаҳои ҷарроҳӣ, инчунин, истифодаи ҳуҷайраҳои аутологикии мағзи устухон ба ҷои ҳуҷайраҳои парваришӣ ва ҳифозӣ мебошад.

SUMMARY
A METHOD OF TREATING A PATHOLOGICAL FRACTURE AND FALSE JOINTS DUE TO HEMATOGENOUS OSTEOMYELITIS IN CHILDREN

V.G.Tsuman, Sh.R.Sultonov A.E.Mashkov

We analyzed the results of treatment of 12 children with pathological fractures and false joints in the background of hematogenous osteomyelitis with use of autologous bone marrow.

Studies have shown that autotransplantation of bone marrow in the treatment of children with pathological fractures and false joints in the background of hematogenous osteomyelitis is highly effective. The advantage of the proposed method, especially in a small trauma, all stages of the operation carried out simultaneously, using uncultivated and autologous bone marrow cells.

Key words: hematogenous osteomyelitis, autotransplantation of bone marrow, pathological fracture, pseudarthrosis

Адрес для корреспонденции:

Ш.Р.Султонов - зав. кафедрой детской хирургии ТГМУ; 734003, Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139. E-mail:sherali_1969@mail.ru

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ПРОЦЕССОВ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА ЧЕЛОВЕКА

Н.И.Базаров, В.А.Нарзулоев, Н.М.Рахимов, А.С.Гулов, С.А.Холбоев
Кафедры онкологии; оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Анализ архива показывает, что в течение 11 лет (1992-2003гг.) на обследовании и лечении в ГУ «Онкологический научный центр» МЗ Республики Таджикистан находились 142 пациента с различными костными новообразованиями. У 117 (82,0%) больных имелось злокачественное происхождение опухолей, у 18 (13,0%) - доброкачественное строение, у 7 (5,0%) - опухолеподобные процессы.

При сравнительном анализе морфологической структуры опухолей скелета с клиникой Мэйо установлены высокий процент (34,5%) больных с остеогенными опухолями и низкие показатели гемопоэтических (40,6%) и хондрогенных (11,5%) опухолей, что необходимо учитывать при проведении скрининга.

Детальное изучение заболеваемости остеосаркомами (ОС) костей скелета показало, что по сравнению с данными зарубежных исследователей ОС в РТ на 0,45 случаев больше на 100 тыс. населения, а соотношение женщин и мужчин составило 2:1, что свидетельствует о преобладании этой патологии у женщин.

Ключевые слова: остеосаркома, опухолеподобные процессы, костные новообразования, остеогенные опухоли

Введение. К первичным злокачественным опухолями костей относится группа злокачественных новообразовании (ЗН), развивающихся из тканей скелета. К вторичным ЗН костей относят опухоли, развивающиеся в результате злокачественной трансформации диспластических процессов или доброкачественных опухолей (костнохрящевой экзостоз, множественный хондроматоз костей, деформирующий остеоз и др.).

Одной из актуальных проблем клинической онкологии является изучение клиники, диагностики, лечения остеосарком (ОС). ОС является самой частой первичной злокачественной опухолью костей (частота заболеваемости 0,2-3 на 100000 населения ежегодно). Уровень частоты заболеваемости выше у подростков (0,8-11 детей на 100000 ежегодно в возрасте 15-19 лет), ОС составляет более 10% от всех солидных заболеваний данной возрастной категории [2,4,9]. Соотношение мужчины – женщины приблизительно 1:4. Как правило, поражается метафиз длинных костей, обычно вокруг колена. Поражение осевого скелета или челюстно-лицевых костей встречается главным образом у взрослых.

А при рассмотрении вопроса клиники, диагностики, лечения - примитивная нейроэктодермальная опухоль, то есть саркома Юинга, является второй по частоте первичной злокачественной опухолью кости у детей и подростков, но также встречается и у взрослых, особенно в нескелетном варианте. Медиана заболеваемости – 15 лет, преобладают мужчины в соотношении 2:1. Саркома Юинга, примитивная нейроэктодермальная опухоль, диагностируется у белых с частотой 0,3 на 100000 населения ежегодно, у выходцев из Африки и Азии случаи заболевания редки [1,3,5-8,10]. Поэтому представляет большой интерес изучение ОС и саркомы Юинга в Центрально Азиатском регионе.

Цель исследования: изучение частоты локализации, морфологического строения костных новообразований и объёма реконструктивно-восстановительных операций при новообразованиях остеогенной природы по данным обращаемости в Государственное учреждение «Онкологический научный центр» Министерства здравоохранения Республики Таджикистан.

Материалы и методы. Был провёден ретроспективный клинико - статистический анализ историй болезни, амбулаторных карт пациентов с новообразованиями костей, которые находились на стационарном лечении в течение 11 лет с 1992 по 2003 гг. Их оказалось 142 пациента в возрасте от 5 до 74 лет, из них мужчин было 90 (63,2%), женщин - 52 (36,8%).

Результаты и их обсуждение. При анализе структур больных с новообразованиями костей в зависимости от их клинико-биологических свойств, они распределялись следующим образом: злокачественных опухолей костей было 117 (82,0%), доброкачественных - 18 (13%), опухолеподобных процессов - 7 (5,0%) (диаграмме 1).

Диаграмма 1. Клинико-биологическая структура больных с первичными новообразованиями костей

Одним из важных показателей биологической активности новообразований является изучение частоты, локализации, пола в особенностей злокачественных опухолей костей лицевого скелета, которые составляли 74 (53,1%), из них: у 55 (38,6%) локализовались на верхней челюсти (мужчин – 45 (82%), женщин – 10 (18%)) и у 19 (13,8%) больных - на нижней челюсти (мужчин - 17 (89%), женщин - 2 (11%)). При изучении топографической проекции опухолей верхней челюсти 55 (38,6%) больных, из них: у 30 (21,1%) исходили из слизистых гайморовой пазухи, у 25 (17,6%) - из отростков верхней челюсти.

При изучении морфологической структуры больных со злокачественными опухолями гайморовой пазухи, которые составили 30 (21,1%) из них: у 17 (11,9%) был установлен плоскоклеточный неороговевающий рак, у 7 (4,2%) больных имелась картина плоскоклеточного ороговевающего рака, у 5 (3,5%) – переходно-клеточный рак, у 1 (0,7%) – плоскоклеточный рак с тенденцией к ороговеванию. Из 25 (21,4%) больных со злокачественными опухолями отростков верхней челюсти у 11 (9,4%) рак верхней челюсти локализовался справа, а у 14 (12%) пациентов – слева. При морфологическом исследовании у 12 (8,4%) больных был установлен плоскоклеточный ороговевающий рак, а у 5 (3,5%) – переходно-клеточный рак, у остальных 8 (5,6%) больных - плоскоклеточный неороговевающий рак. Пациентам, поступившим в онкологическую клинику с целью дообследования и лечения по поводу подозрения и установленным злокачественным процессом верхней челюсти и её придаточных пазух, были произведены диагностическая гайморотомия, частичная и полная резекция верхней челюсти, а послеоперационные дефекты костей верхней челюсти не были замещены пластическими

материалами, хотя имелись дефекты размерами от 2 до 7 см в диаметре наибольшего измерения, что привело у 7 пациентов к деформациям, то есть западению лица в области отсутствующей половины верхней челюсти, а в 8 случаях отмечалось нагноение послеоперационных ран. Образовавшейся дефекты верхней челюсти замещали ортопедическими приспособлениями, а именно пластмассовыми нёбными пластинками в последующем - обтураторами.

В структуре новообразований костей лицевого скелета больные со злокачественными опухолями нижней челюсти составили 19 (16,2%) человек, с локализацией у 8 (6,8%) больных справа, у 11 (9,4%) – слева. При их морфологическом исследовании у 9 (7,6%) был установлен плоскоклеточный неороговевающий рак, у 8 (7%) больных – плоскоклеточный ороговевающий рак, а у 2 (1,7%) – переходноклеточный рак нижней челюсти.

После тщательного клинического, рентгенологического и морфологического исследования, а также после предоперационной лучевой, химио-лучевой терапии больным со злокачественными опухолями нижней челюсти были выполнены операции в объёме типичной резекции, комбинированной или расширенно-комбинированной резекции нижней челюсти. Лишь у одной пациентки с диагнозом рак слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти слева T4N1M0, была произведена операция фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи и комбинированная резекция нижней челюсти слева. Образовавшийся дефект был замещён ауторебром. Заживление послеоперационной раны протекало вторичным натяжением. У других пациентов послеоперационные раны также заживали вторичным натяжением, а послеоперационный дефект не замещался.

При анализе архивного материала ГУ ОНЦ МЗ РТ больные со злокачественными опухолями нижней конечности составили 24 (20,5%) пациента (среди них было по 12 (50%) мужчин и женщин, а морфологически была установлена остеосаркома у 12 (10,3%), которые локализовались у 8 мужчин справа и 4 - слева; остеосаркома большеберцовой кости – у 5 (4,2%) больных (у 3 справа, у 2 слева); саркома Юинга в области голени большеберцовой кости - у 4 (3,4%) больных справа; саркома малоберцовой кости – у 2 (1,7%) больных (у 1 справа, у 1 слева); паростеальная остеогенная саркома концевой фаланги первого пальца справа у 1 (0,9%) больного.

При детальном изучении 12 (10,3%) больных женщин со злокачественными опухолями нижней конечности морфологически было верифицировано: у 8 (7,%) - остеосаркома бедренной кости, последние локализовалось у 3 справа и у 5- слева; саркома Юинга в области бедренной кости у 2 (1,7%) больных (1 справа, 1 слева), паростеальная остеогенная саркома бедренной кости слева - у 1 (0,9%), ангиосаркома с прорастанием в бедренную кость слева у 1 (0,9%) пациентки. Пациентам с первичными злокачественными опухолями костей (ПЗОК) в плане комбинированного, комплексного, хирургического лечения было проведено оперативное вмешательство в объёме резекции большеберцовой и малоберцовой кости, образовавшиеся послеоперационные дефекты костей нижних конечностей не были замещены трансплантатами, в связи с условной радикальностью выполненных операции, а при распространённых процессах выполнялись различные варианты ампутаций.

В структуре ОКС больные со злокачественными опухолями верхней конечности составили 9 (7,8%) пациентов, среди них мужчин было 6 (5,2%), женщин – 3 (2,6%). Остеосаркома плечевой кости у 5 (4,2%) (мужчин 1 справа, 3 слева; у женщин слева - 1), хондросаркома нижней трети плеча справа у 3 (2,6%) (2 мужчин, 1 женщина) больных, у 1 (0,9%) женщины была установлена саркома Юинга в области плеча справа.

В результате морфологического исследования у 3 (2,1%) обнаружены злокачественные опухоли по типу саркомы Юинга; у 1 (0,9%) больного - остеосаркома предплечья; у 1 (0,7%) – остеохондросаркома предплечья; у 1 (0,9%) – хондросаркома предплечья; у 2 (1,7%) больных опухоли локализовались в области кисти; у 1 (0,9%) – мезенхимальная хондросаркома, у другого – остеосаркома

кисти. После проведения комбинированного, комплексного лечения пациентам с первичными, вторичными злокачественными опухолями верхних конечностей при T1, T2 стадии распространённости (стадии IA, IB, IIA, IIB) были выполнены различные варианты резекций верхней конечности без замещения костных дефектов трансплантатами, а при T3, T4 стадии распространённости (стадии III, IVA, IVB) выполнялись оперативные вмешательства в объёме ампутации различных уровней верхних конечностей с лимфодесекцией, а также грудно-плечевое вычленение.

В структуре ОКС больные со злокачественными опухолями костей таза составили 8 (7%) (женщин – 6, мужчин - 2), из которых: у 6 (5%) (мужчин – 2, женщин - 4) больных - остеосаркома крыла подвздошной кости справа, и у 2 (1,7%) - слева. Результаты морфологического исследования у 3 (2,5%) больных установили следующие патоморфологические строения: злокачественная опухоль по типу саркомы Юинга – у 3 (2,1%) (женщин), остеохондросаркома - у 2 (1,7%), хондросаркома - у 1 (0,9%), остеосаркома симфиза - у 1 (0,9%), им в плане комбинированного, комплексного лечения при T1, T2 стадии распространённости были выполнены оперативные вмешательства в объёме различных вариантов резекции: злокачественные новообразования удаляли с мышечно-фасциальным влагалищем, в котором происходит их рост (принцип футлярности) в зоне, где границы «футляра» технически недоступна, новообразование удаляли со значительным слоем окружающих её мышц (принцип зональности) без пластики образовавшихся дефектов, а при T3, T4 стадии распространённости были выполнены межподвздошно-брюшные резекции.

В структуре ОКС пациенты со злокачественными опухолями костей грудной клетки были выявлены в 3 (2,1%) случаях (мужчин - 3), из них: остеосаркома III -го ребра справа - у 1 (0,9%) больного, хондросаркома VI-VII рёбер справа - у 1 (0,9%), у 1 (0,9%) – хондросаркома VIII-го ребра справа. Учитывая, что характер поражения рёбер носил T1 стадии распространённости, больным было выполнено оперативное вмешательство в объёме резекции поражённых рёбер. В настоящее время многие клиницисты-онкологи применяют классификацию онкологических заболеваний скелета по клинике Мэйо (1978г.) [12] – она компактна, отражает гистиогенез новообразований и даёт представление о частоте отдельных опухолей. Согласно этой классификации, хондрогенные опухоли составляли 20,9%, а по нашим данным они были 9,4%; остеогенные опухоли, которые составили 19,3%, а наши показатели - 53,8%; а неизвестные опухоли составили 9,8%, показатели нашей клиники - 11,1%; гемопоэтические опухоли составили 41,4%, по нашим данным - 0,8%. Остальные морфологические разновидности костных опухолей эпителиального происхождения у 34,1% больных не укладывались в классификацию Мэйо.

Согласно рейтингу, наибольшее количество пациентов с остеогенными опухолями превышали показатели клиники Мэйо на 34,5%, неизвестные опухоли – на 1,3%. По другим опухолям количество пациентов клиники Мэйо превышали показатели наших данных: гемопоэтические опухоли – на 40,6%, хондрогенные опухоли – на 11,5%.

Изучение костных диспластических процессов доброкачественных опухолей имеет важное значение с точки зрение того, что они в большинстве случаев могут трансформироваться во вторичные злокачественные опухоли костей. Изучение структуры всех костных новообразований показало, что больных с доброкачественными опухолями костного скелета было 18 (12,6%) (мужчин - 10, женщин - 8) человек, а при анализе локализации опухолей, их морфологического строения, характера и объёма оперативных вмешательств было установлено следующее:

1. Остеома, остеобластокластома лобной пазухи была установлена у 6 (33,3%) (мужчин - 4, женщин - 2) больных; у 3 (16,6%) - справа, у 3 (16,6%) - слева, этим пациентам с лечебно – диагностической целью было выполнено оперативное вмешательство фронтотомия по Килиану без пластики передней стенки лобной пазухи.

2. Остеобластокластома верхней челюсти установлена у 4 (мужчин-3, женщин-1) больных, которая локализовалась у 2 (11,1%) справа и у 2 (11,1%) - слева, этим пациентам было выполнено оперативное вмешательство в объёмах частичных резекций без пластического устранения дефектов передних и медиальных стенок верхних челюстей.

3. Остеомы плеча, предплечья и локтевой кости установлены у 3 (16,6%) (мужчин - 2, женщин - 1) больных, они локализовались у 1 (5,5%) справа и у 2 (11,1%) слева. Больным было произведено удаление остеомы и краевая резекция опухолей костей плеча. Хотя послеоперационные костные дефекты нуждались в замещении, но поскольку не была нарушена непрерывность костей верхней конечности, операторами костные дефекты не устранялись трансплантатами.

4. Остеома, фиброзная дисплазия гайморовой пазухи установлены слева у 2 (1,1%) (2 женщины) больных. Обеим пациенткам было произведено удаление остеомы гайморовой пазухи и резекция верхней челюсти. Образовавшиеся дефекты гайморовой пазухи и её медиальные стенки оставались незамещёнными трансплантатами.

5. У 1 (0,7%) (женщина) больной диагностирована остеоидная остеома лопатки справа. Произведена частичная резекция опухоли. Послеоперационный дефект оставался незамещённым.

6. Фиброзная дисплазия первого пальца левой стопы обнаружена у 1 (5,5%) (1 женщина) больной, которой произведена ампутация поражённого опухолью пальца.

7. У 1 (5,5%) (мужчина) больного установлена губчатая остеома, локализованная в плюсневых костях слева. Пациенту произведено удаление остеомы плюсневых костей слева.

В структуре ОКС опухолеподобные процессы костей скелета были обследованы у 7 (5%) (4 женщины, 3 мужчин) больных, которые поступили в клинику с подозрением на новообразование костей нижней конечности (6), ключицы (1) и косвенными признаками малигнизации, лишь у одного больного была установлена фиброзная дисплазия метафиза правой бедренной кости 1б клинической группы, ему была произведена операция.

Остальным пациентам была произведена открытая биопсия и диагностированы псевдоопухолевые заболевания, то есть остеопороз, остеоартроз, посттравматическое расхождение костей симфиза, посттравматический фиброз, остеомиелит, перихондрит. Эти пациенты, в соответствии с полученным морфологическим ответом, были направлены к специалистам по профилю.

Вывод. Анализ архива показывает, что в течение 11 лет (1992-2003) на обследовании и лечении находились 142 пациента с различными костными новообразованиями. У 117 (82,0%) больных имелось злокачественное происхождение опухолей, у 18 (13,0%) больных опухоли имели доброкачественное строение, у 7 (5,0%) имелись опухолеподобные процессы.

При сравнительном анализе морфологической структуры опухолей скелета с клиникой Мэйо установлено по данным обращаемости в ГУ ОНЦ МЗ РТ, что высок процент на (34,5%) больных с остеогенными опухолями и низки показатели гемопоэтических опухолей на 40,6%, хондрогенные опухоли – на 11,5% пациентов, что необходимо учитывать при проведении скрининга.

Детальное изучение заболеваемости остеосаркомами костей скелета показало, что по сравнению с данными зарубежных исследователей ОС в РТ на 0,45 случаев больше на 100000 населения, а соотношение женщин и мужчин составило 2:1, что свидетельствует о преобладании этой патологии у женщин [2].

Показатели заболеваемости саркомой Юинга по данным, в РТ были несколько ниже, то есть 0,15 случаев на 100000 населения, а соотношение между женщинами и мужчинами составило 3:1, что также свидетельствует о преобладании данной патологии у женщин [1].

С целью установления морфологического строения опухолей и опухолеподобных костных образований выполнялась открытая биопсия, а при небольших образованиях - экскохлеация, краевая

резекция, ампутация конечностей и другие малые хирургические операции (секвестрэктомия, вскрытие гнойных затёков - остеофлегмон). Образовавшиеся костные дефекты редко замещались аутотрансплантатами, лишь только в двух клинических наблюдениях, что приводило к увеличению периода интра- и послеоперационной реабилитации больных, что диктует поиск путей ускорения хирургической реабилитации больных после операций при костных новообразованиях с использованием других костных трансплантатов.

Литература

1. Клинические рекомендации ESMO по диагностике, лечению и наблюдению при саркоме Юинга / M.Paulussen [и др.]// Минимальные клинические рекомендации Европейского общества медицинской онкологии. М.: Издательская группа РОНЦ им.Н.Н.Блохина РАМН. 2009.-С.190-193
2. Клинические рекомендации ESMO по диагностике, лечению и наблюдению при остеосаркоме// S.Bielak, S.Bielak, D.Carrle.and P.G.Casali//Минимальные клинические рекомендации Европейского общества медицинской онкологии (ESMO). Издательская группа РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2009.-С.194-198
3. Bacci G Forni C LonghiA et al. Long-tern outcome for patients with nonmentastic Ewing's sarcoma treated with adjuvant and neaduvant chemotherapies.402 patients treated atRizzolibetven1972 and 1992.Eur J Cancer2004;40;73-83
4. Burwell R. G. Studies in the transplantation of bone V. The capacity of fresh and treated homografts of bone to evoke transplantation immunity / R. G. Burwell et al. // J. Bone Joint Surg. – 1963. - V.45. - B. 2. p.386-401
5. Bielack SS. Marina N. Ferrari S, et al. The same old drugs or more? J. Clin Oncol 2008:26;3102-3103
6. Bernstein M.L. Devidas. M.Lafreniere D. at al Intensive therapy with growth factor support for patients with Ewing tumor metastatic at diagnosis: Pediatric Oncology Group Phase II Stadi9457 –a report from the Children, s Oncology Group. JC linOncol 2006:24:152-159.75 Bernstein M. Kovar H Paulusan M et al Eving,s sarcoma family of tumors; current management. Oncologist 2006;11;503-519
7. Cotterill SJ,Ahrens S, Paulussen M et al. Prognostic factors in Ewing,s tumor of bone; analisis of 975 patients from the Evropean Intergroup Cooperative Evings,s Sarcoma Study Grop.J.Clin Oncol 2000;18;3108-3114
8. Pinkerton C.R. Bataillard , A. Guillo S et al. Treatment strategies for metastatic. Ewing's sarcoma. Eur J Cancer 2001;37;1338-1344
9. Kempf- Bielack B, Bielack SS, Ju rgens H et ,al, Osteosarcoma relapse after combined modalite therapy: an analisis of unselected patients in the Cooperative osteosarcoma Stady Groop(COSS).J Clinical oncol 2005:23;559-568
10. Wagner LM McAllister N Goldsby RE et al .Temozolomide and intravenous irinotecan for treatmtnt of advanced Ewing sarcoma.Pediatr Bllod Cancer 2007; 48;132-139
11. Моисеенко В.М. Современная тактика лечения больных злокачественными новообразованиями с метастазами в кости / В.М. Моисеенков, Н.Н.Блинов //Пособие для врачей. Санкт-Петербург. 1996.-С.5-6
12. Чиссова В.И., Дарьялова С.Л. Онкология /В.И. Чиссова , С.Л. Дарьялова, М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. -С.270-272

Хулоса
БА МАСЪАЛАИ ОМӮЗИШИ ОМОСҲО ВА РАВАНДҲОИ ОМОСМОНАНДИ УСТУХОНҲОИ СКЕЛЕТИ ОДАМ
Н.И.Бозоров, В.А.Нарзулоев, Н.М.Раҳимов, А.С.Гулов, С.А.Холбоев

Таҳлили бойгонии маълумотҳо нишон медиҳад, ки дар муддати 11 сол (солҳои 1992-2003) дар Маркази илмии саратоншиносии ВТ Ҷумҳурии Тоҷикистон 142 нафар бемор бо ташкилаҳои омосии гуногуни устухонӣ дар муоина ва табобат буданд. Аз онҳо 117 (82%) бемор омосҳои бадзот, 18 (13,0%) нафар – омосҳои некзот, 7 (5,0%) бемори дигар – равандҳои омосмонанд доштанд.

Ҳангоми таҳлили қиёсии сохтори морфологии омосҳои скелет бо клиникаи Мэйо фоизи зиёди (34,5%) беморон бо омосҳои остеогенӣ (устухонзод) ва нишондиҳандаҳои пасти омосҳои ҳемопоэтикӣ (хунофар) (40,6%) ва хондрогенӣ (11,5%) муқаррар карда шудаанд, ки ҳангоми гузаронидани скрининг (тафтишоти саросарии мардум) ба назар гирифтан зарур аст.

Омӯзиши муфассали беморияти остеосаркомаи (ОС) устухонҳои скелет нишон дод, ки дар муқоиса бо маълумотҳои муҳаққиқони хориҷӣ, ОС дар ҶТ бо нишондоди 0,45 маврид зиёдтар дар таносуби 100 ҳазор аҳолӣ, таносуби занҳо ва мардҳо бошад 2 бар 1-ро ташкил дод, ки аз афзалияти ин беморӣ дар занон шаҳодат медиҳад.

SUMMARY
BY THE STUDY OF TUMORS AND TUMOR PROCESSES OF HUMAN BONES
N.I.Bazarov, V.A.Narzuloev, N.M.Rakhimov, A.S.Gulov, S.A.Holboev

Analysis of the archiving findings shows that in 11 years (1992 to 2003.) for examination and treatment in Cancer Research Center, Ministry of Health of the Republic of Tajikistan, there were 142 patients with various bone tumors. In 117 (82,0%) patients had a malignant origin of tumor in 18 patients (13.0%) patients had benign tumors of the structure, in 7 (5.0%) had tumor-like processes.

Comparative analysis of morphological structure of bone tumors from the Mayo Clinic established a high percentage (34.5%) patients with osteogenic tumors and low levels of hematopoietic (40,6%) and chondrogenic tumors (11,5%), which must be considered when conducting screening.

A detailed study of the incidence of osteosarcomas (OS) of bones showed that compared with the data of foreign researchers operating at 0.45 cases more than in RT per 100 thousand population, while female to male ratio was 2:1, indicating that the prevalence of this pathology in women.

Key words: osteosarcoma, tumor-like processes, bone tumors, osteogenic tumor

Адрес для корреспонденции:
Н.И. Базаров - зав. кафедрой онкологии ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки-139,
Тел. 234-79-76

ВИДЕОБРОНХОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЁГКИХ

З.Ш.Файзиев
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой и грудной хирургии МЗ РТ; кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им.Абуали ибни Сино

Автор изучил видеоэндоскопическую картину изменений слизистой трахеобронхиального дерева у 127 пациентов при осложнённом эхинококкозе лёгких, в возрасте от 15 до 74 лет. Была разработана видеоэндоскопическая семиотика эндобронхитов. В зависимости от выраженности воспалительного процесса в бронхах выделены три вида эндобронхита: катаральный - 49 (38,8%), гнойный – 68 (53,3%) и фибринозно-язвенный – 10 (7,9%). На основании описанной автором эндоскопической семиотики установлены характер и степень тяжести воспалительных процессов слизистой трахеобронхиального дерева, что имеет важное диагностическое и прогностическое значение для этой сложной категории больных.

Ключевые слова: эхинококкоз лёгких, фибробронхоскопия, эндобронхит

Актуальность. По данным ВОЗ (2001) и публикаций последнего десятилетия, в связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой, отмечается рост заболеваемости эхинококкозом лёгких среди населения от 18,6 до 69% [1,2].

До настоящего времени остаются нерешёнными вопросы ранней диагностики осложнённого эхинококкоза лёгких (ОЭЛ). Полиморфизм клинических проявлений заболевания, отсутствие специфических признаков, поздняя обращаемость пациентов, являются причиной возникновения грозных осложнений. Осложнения в общей структуре ЭЛ встречается от 18,1% - 65,6% и более, среди которых наиболее частыми являются перфорация эхинококковой кисты (ЭК) в бронх, в плевральную полость с развитием анафилактического шока, нагноение и лёгочное кровотечение. Эти осложнения протекают тяжело, ухудшают течение и результаты хирургического лечения, нередко приводят к гибели больных [3,4].

Несмотря на достигнутые большие успехи в рентгенологической диагностике осложнённых форм эхинококкоза лёгкого, всё же довольно часто встречаются дифференциально-диагностические трудности в дифференциации осложнённого эхинококкоза лёгкого от других полостных образований лёгких. В этих случаях большую услугу оказывает диагностическая видеофибробронхоскопия.

Широкое внедрение в клиническую практику современных высокоинформативных методов лучевой диагностики (многоосевая рентгеноскопия, рентгенография, КТ и МРТ, УЗИ) позволило улучшить раннюю диагностику ОЭЛ [5-7]. Правильный диагноз в результате комплексного лучевого обследования при ОЭЛ устанавливается лишь в 46-63% случаях [8-10].

Анализ изученной нами литературы ещё раз убеждает, что частота заболеваемости эхинококкозом высока, сохраняются трудности в верификации диагноза, имеется риск развития грозных осложнений, сопровождающихся острой дыхательной недостаточностью, а также частота рецидива заболевание не имеет тенденции к снижению, и отсутствие единых мнений по ключевым вопросам, касаю-

щихся диагностики, стратегии и тактики лечения, профилактики инвазии, свидетельствует о нерешённости и актуальности нашего исследования.

Всё вышеизложенное представляется актуальным и послужило поводом для углублённого изучения данного вопроса и направлено на поиск современных аспектов ранней диагностики ОЭЛ.

Цель исследования: разработка эндоскопической семиотики изменений слизистой бронхов при осложнённом эхинококкозе лёгких

Материал и методы. В период с 1997 года по 2010 год в отделении грудной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой и грудной хирургии, мы проанализировали опыт бронхоскопической диагностики 127 больных ОЭЛ. Мужчин было 55(43,3%), женщин – 72 (56,7%). Возраст больных варьировал от 15 до 74 лет. Лица молодого и трудоспособного возраста составили 69%.

Характер осложнений был таковым: прорыв эхинококковой кисты в бронх отмечен у 85(67%) больных, нагноение ЭК без прорыва - у 9 (7,2%), прорыв в плевральную полость и бронх - у 10 (8,2%), лёгочное кровотечение - у 22 (17,6%).

Одиночные, односторонние кисты наблюдались чаще у 90 больных (70,9%). Множественный эхинококкоз (включая одиночные двусторонние ЭК) отмечен у 37 (29,1%) больных. ЭК чаще локализовались в нижних долях (80,6%), больше в правом лёгком.

Фибробронхоскопия при нагноении остаточной полости ЭК без прорыва в бронх произведена 9 (7,2%) больным, с целью дифференциальной диагностики с другими полостными образованиями лёгких. Фибробронхоскопия оказывала неоценимую помощь в деле установления диагноза.

Во всех случаях прорыва ЭК в бронх и плевральную полость при отсутствии общих для исследований противопоказаний, была выполнена ФБС.

Фибробронхоскопия производилась аппаратом BF - ITR фирмы "Олимпус" (Япония) и R.Wolf (Германия). Процедура выполнялась под местной анестезией (2% раствор лидокаина в количестве 10-15 мл).

Результаты и их обсуждение. На основании полученной информации при помощи видеофибробронхоскопии нами разработана эндоскопическая семиотика осложнённых форм эхинококкоза лёгкого, которая была разнообразной и зависела от характера и тяжести осложнений эхинококковой кисты.

Видеофибробронхоскопия применялась не только для определения вида эндобронхита при ОЭЛ, но и с целью оценки распространённости и степени интенсивности воспалительных изменений бронхов. Выявление патологических процессов базировалось на наличии следующих элементов: вид слизистой бронхиального дерева, характер содержимого и секрета, кровоточивость слизистой оболочки, вид сосудистого рисунка, эластичность стенок и моторики, наличие дистонии трахеи и бронхов.

Так, при прорывах неинфицированной кисты в бронх наблюдалось отделяемое, прозрачного соломенно-жёлтого цвета у 34 (26,7%) больных, а при прорывах инфицированной кисты отделяемое слизисто-гнойного характера отмечено у 51 (40%) больного. Как известно, при осложнённом эхинококкозе лёгкого, как правило, наблюдаются изменения со стороны бронхиального дерева, выражающиеся в закруглении шпоры дренирующего бронха у 97 (76,7%), сужении устьев бронхов у 107 (84,4%) больных. Основным эндоскопическим симптомом ОЭЛ явилось выявление отдельных частей хитиновой оболочки. Так, у 39 (31,1%) больных с катаральным и гнойным эндобронхитом при прорыве эхинококковой кисты в бронх обнаружено вклинение хитиновой оболочки в устье дренирующе-

го бронха, что приводило к его обтурации. Только фибробронхоскопия позволила установить точный диагноз в 28 (22%) случаях.

Выраженный отёк слизистой оболочки дренирующих бронхов – у 102 (80%) больных, выраженная гиперемия слизистой бронхов - у 111 (87,8%) пациентов, эти изменения часто были распространёнными и не зависели от инфицированности эхинококковой кисты, так как здесь большое значение имеет аллергический фактор. Обнаружение обрывков хитиновой оболочки является прямым диагностическим признаком ОЭЛ. Например, при прорыве в бронх инфицированной кисты гиперемия слизистой была распространённой и выраженной.

Важными эндоскопическими симптомами осложнённого эхинококкоза у исследуемых больных были следующие: кровоточивость - у 96 (75,5%), изъязвление слизистой оболочки бронхов - у 49 (38,8%) больных. Эти изменения зависели от характера воспалительной реакции со стороны организма, при нагноениях эхинококковой кисты с прорывом в бронх или без него, нагноении остаточной полости (эхинококковый абсцесс) эхинококковой кисты лёгких.

Видеофибробронхоскопическое исследование 127 больных с осложнённой формой эхинококкоза лёгких показало, что нами выявлены различные виды эндобронхитов. В определении вида эндобронхитов при осложнённом эхинококкозе лёгких мы придерживаемся классификации Путова Н.В. и Лукомского Г.И., видоизменённой нами применительно к осложнённым формам эхинококкоза лёгких.

Таблица 1

Виды эндобронхитов у больных с осложнённым эхинококкозом лёгких

№	Характер поражения	Общ к-во б-х	Катаральный эндобронхит				Гнойный эндобронхит				Фиб. язв.
			к-во б-х	ло-кальн	диф-фуз.	дву-стор.	к-во б-х	ло-кальн.	диф-фуз.	дву-стор.	
1.	Одиночные кисты	90	37	25	7	5	43	17	21	5	10
2.	Множественные односторонние кисты	28	9	4	3	2	18	10	4	4	-
3.	Множественные двусторонние кисты	9	4	2	1	-	5	3	-	2	-
	Всего%	127 100	49 38,8	31 24,4	11 8,9	7 5,5	68 53,3	31 24,4	25 20	11 8,9	10 7,9

Из таблицы 1 видно, что катаральный эндобронхит наблюдался у 49 (38,8%) больных с крупными одиночными и множественными эхинококковыми кистами. Катаральный эндобронхит отме-

чался при прорывах неинфицированных кист, он был всегда резко выраженным. Катаральный эндобронхит у наших больных проявлялся гиперемией и отечностью слизистой оболочки, скоплением слизистого или слизисто-гнойного секрета, деформацией устьев бронхов. При диффузном катаральном эндобронхите – 8 (8,9%), воспалительный процесс захватывает обширные участки бронхов до сегментарных, дистальная граница практически не определяется (рис. 1).

При локальном эндобронхите (у 31 (24,4%) больных) в основном поражаются долевые бронхи, редко - сегментарные с чётко видимыми границами воспаления, а более мелкие бронхи интактны (рис. 2). В ряде случаев мы наблюдали вклинение обрывков хитиновой оболочки в устье сегментарных бронхов (рис. 3).

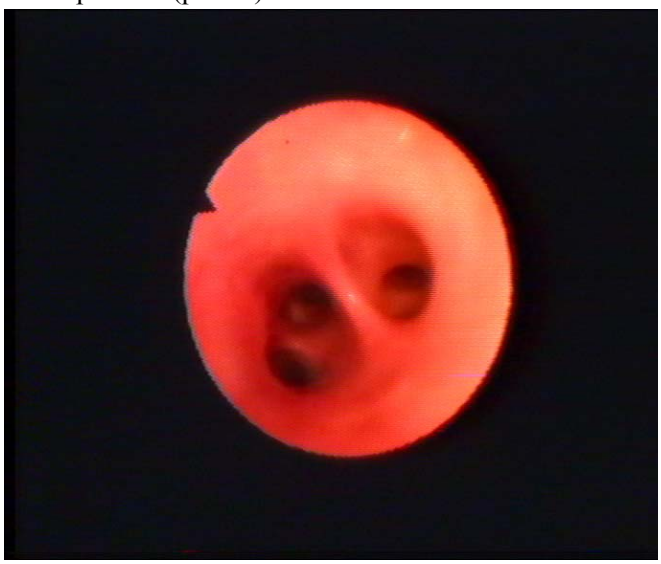


Рис. 1. Эндофото. Гиперемия и отёк слизистой нижнедолевого бронха, распространяющегося в S-6 левого лёгкого

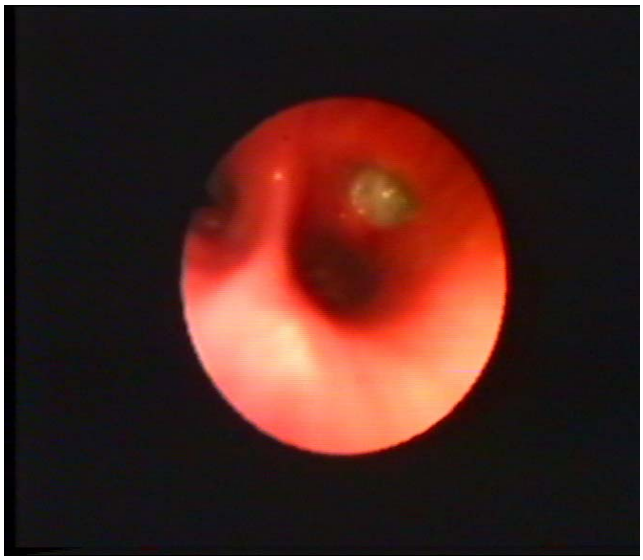


Рис. 2.Эндофото.Пролабирует хитиновая оболочка из устья среднедолевого бронха правого лёгкого. Картина ограниченного катарального бронхита

Рис. 3. Эндофото. Вклинившаяся хитиновая оболочка в устье S-8 правого лёгкого

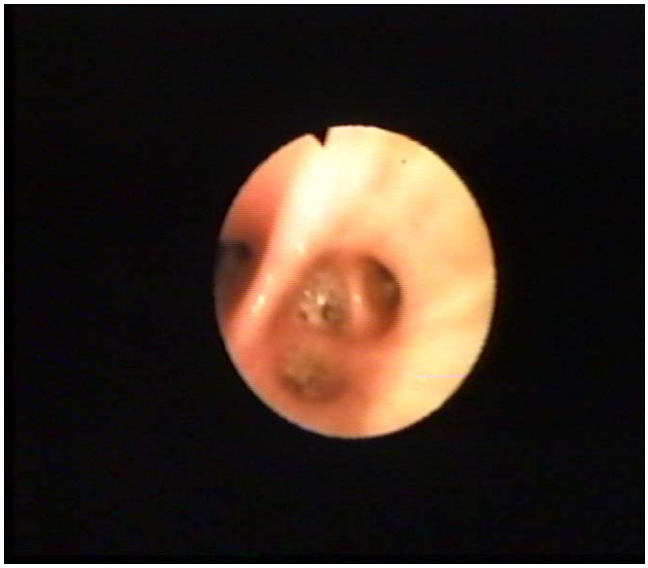


Рис. 4. Эндофото. Картина ограниченного гнойного бронхита при прорыве нагноившейся кисты в S-9 правого лёгкого

Гнойный эндобронхит у 68 (53,3%) больных, он был связан с прорывом инфицированной или нагноившейся кисты в бронх. Гнойный эндобронхит характеризовался обильной гнойной секрецией, которая заполняла просвет бронхов после аспирации, закруглением шпор бронхов, резкой отёчностью слизистой оболочки, гиперемией, лёгкой кровоточивостью при контакте с фибробронхоскопом. Слизистые оболочки бронхов изъязвлены и покрыты гнойным фибринозным налётом.

Ограниченный или локальный гнойный эндобронхит наблюдался у 31 (24,4%) больного, при котором в основном воспалительный процесс распространялся по главным, долевым или сегментарным бронхам, с чёткими границами. Фибробронхоскопия производилась не только для установки осложнённого эхинококкоза, но и с целью выявления характера воспалительного процесса (рис. 4).

Диффузный гнойный эндобронхит наблюдался всего лишь у 25 (20%) больных. Эндоскопически гнойный эндобронхит характеризовался обильным выделением гнойной мокроты, дренирующие бронхи сужены, слизистая оболочка бронхов резко отёчна, инфильтрирована, гиперемирована и изъязвлена. Воспалительный процесс захватывает не только главные и долевые бронхи, но и сегментарные бронхи без чёткой границы (рис. 5).

Диффузный двусторонний гнойный эндобронхит наблюдался у 11 (8,9%) больных с большими и гигантскими кистами лёгких. При фибробронхоскопии констатировалось наличие выраженного гнойного эндобронхита, при этом воспалительный процесс распространялся на трахею, на главные и долевые бронхи, сопровождаясь выделением обильной слизисто-гнойной секреции. Слизистая оболочка отёчна резко гиперемирована с изъязвлением. Дренирующие бронхи были сужены, в некоторых выявлялись элементы хитиновой оболочки.

Рис. 5. Эндофото. Диффузный гнойный бронхит S-6 и нижнедолевого бронхов справа

Рис. 6. Эндофото. Глубокие эрозии, язвы преимущественно устья S-9, где на дне остаточной полости спавшаяся хитиновая оболочка

Одной из тяжёлых форм эндобронхитов является фибринозно-язвенный эндобронхит, который наблюдался у 10 (7,8%) больных (рис.6). Фибринозно-язвенный эндобронхит развивался при одновременном прорыве в бронх и плевральную полость больших и гигантских нагноившихся эхинококковых кист. Эндоскопическая картина выражалась в развитии множественных изъязвлений не

только дренирующих бронхов, но и долевых, главных бронхов, язвы покрыты серо-грязным налётом, бронхи деформированы, сужены. В просвете бронхов в большом количестве - гнойная мокрота с запахом. На основании проведённых эндоскопических исследований видно, что между выявляемыми эндоскопическими вариантами существуют вполне определённые различия, которые зависят от степени инфицированности эхинококковой кисты, характера осложнения, давности возникновения, выраженности аллергической реакции со стороны слизистой бронхов.

Полученные результаты свидетельствуют, что видеофибробронхоскопическая картина трахеобронхиального дерева у больных с осложнённым эхинококкозом лёгких, была разнообразной, и связана с характером осложнений и сроками их возникновения, степенью инфицированности кисты.

Таким образом, осложнённые формы эхинококкоза лёгких сопровождаются различными патологическими изменениями со стороны лёгкого, это - различные виды эндобронхитов, пневмониты, эхинококковые абсцессы, гнойные плевриты, вплоть до развития эмпиемы плевры. Диагностика вышеуказанных осложнений нередко представляет большие трудности, в этом отношении видеофибробронхоскопия оказывает неоценимую помощь, она является одним из информативных инструментальных методов исследования. Фибробронхоскопия позволила нам визуально оценить состояние трахеобронхиального дерева, выявить эндоскопические симптомы заболевания лёгких, что позволяет судить о степени тяжести поражения бронхов, выборе сроков предоперационной подготовки и методов оперативного лечения больных с осложнённым эхинококкозом лёгких. На основании описанной нами эндоскопической семиотики можно установить характер и степень тяжести воспалительных процессов слизистой трахеобронхиального дерева, что имеет важное диагностическое и прогностическое значение у этой сложной категории больных.

Литература

1. Усманов Н.У. Диагностика и хирургическое лечение осложнённых форм эхинококкоза лёгких// Душанбе. 2004
2. Махмадов Ф.И. Пути улучшения диагностики и хирургического лечения осложнённого эхинококкоза печени// Автореф. дис. д.м.н. – Душанбе. 2000
3. Комаров И., Отто Т. Видеоторакоскопическая и видеоэндоскопическая хирургия: Новые методы в диагностике и лечении лёгочных заболеваний// Эндоскопическая хир. №1, 1996
4. Исхаки Ф.Ю. Диагностика и дифференциальная диагностика осложнённых форм эхинококкоза лёгких// Автореф. дис. к.м.н. – Душанбе. 1996
5. Икрамов А.И., Ходжибеков М.Х., Акилова Д.Н. Компьютерная томография в дифференциальной диагностике осложнённых форм лёгочного эхинококкоза// Журн. медицинская визуализация. №3. 2002.-С. 67-71
6. Morar R, Feldman C. Pulmonary echinococcosis. Eur Respir J 21: 1069-1077, 2003
7. Dakak M, Genc O, Gurkok S, Gozubuyuk A, Balkanli K. Surgical treatment for pulmonary hydatidosis (a review of 422 cases). J R Coll Surg Edinb 2002; 47:689–692. [PubMed: 12463709]
8. Бронхологические методы в диагностике и лечении заболеваний лёгких// Под ред. В.А. Герасенко. – 1984. - 104 с.
9. Лукомский Г.И., Шулутко М.А. Бронхопульмонология// "Медицина", 1992. - 399 с.
10. Бирюков Ю.В., Гилевич М.Ю. Волков Ю.А., Голик А.Д. Клинико-морфологическое обоснование выбора метода операции при эхинококкозе органов грудной полости// Грудн. и сердечно-сосудистая хир. 1990. N 9. - С. 50-54

ХУЛОСА
ТАШХИСГУЗОРИИ ВИДЕОБРОНХОСКОПИИ ДАРАХТИ НОЙЖАӢ ҲАНГОМИ ЭХИНОКОККОЗИ ОРИЗШУДАИ ШУШҲО

З.Ш.Файзиев

Муаллиф тасвири видеоэндоскопии тағйиротҳои пардаи луобии дарахти хирною нойжаии 127 нафар бемори аз 15 то 74 соларо ҳангоми эхинококкози оризшудаи шушҳо омӯхтааст. Аломатшиносии (семиотикаи) видеоэндоскопии илтиҳоби пардаи луобии нойжаҳо (эндобронхит) такмил дода шуд. Дар вобастагӣ аз возеҳии раванди илтиҳобӣ дар нойжаҳо 3 намуди илтиҳоби пардаи луобии нойжаҳо ба қайд гирифта шуд: катаралӣ (назлӣ) – 49 (38,8 %), чирковар – 68 (53,3%) ва фибринозию решовар – 10 (7,9%).

Дар асоси аломатшиносии эндоскопии тасвиршудаи муаллиф, хислат ва дараҷаи вазнинии равандҳои илтиҳобии луобии дарахти хирною нойжаӣ муқаррар карда шудааст, ки дар ин гурӯҳи беморон аҳамияти муҳими ташхисгузорӣ ва пешгӯӣ дорад.

SUMMARY
VIDEOBRONHOSCOPIC DIAGNOSIS BRONCHIAL TREE IN COMPLICATED HYDATID CYST OF LUNGS

Z.Sh. Fayziev

The author have studied the pattern of changes in the mucous videoendoscopic tracheobronchial tree in127 patients with complicated pulmonary hydatid cyst in age from 15 to 74 years. Videoendoscopic semiotics of endobronchitis was developed. Depending on the severity of inflammation three types of endobronchitis was determined: catarrhal-49 (38,8%), purulent-68 (53,3%) and ulcerative fibrinopurulent-10 (7,9%). Based on the described by author endoscopic semiotics established the nature and severity of inflammation of the mucous tracheobronchial tree, which has important diagnostic and prognostic significance of this complex group of patients.

Key words: hydatid cyst of lungs, FBS, endobronchitis

Адрес для корреспонденции:
З.Ш.Файзиев – ст. научный сотрудник отделения эндоскопической хирургии
РНЦ ССиГР; Таджикистан, г.Душанбе, E-mail: zokir.67@ mail.ru

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ С ЭПИЦИСТОСТОМОЙ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Д.А.Шамсиев*, Н.С.Ибодов, И.Г.Умонов, Ч.Т.Кавраков

***Кафедра урологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино;**

Национальный медицинский центр

Республики Таджикистан

В статье представлены результаты исследования метода тренировки мочевого пузыря у 59 больных с надлобковым мочепузырьным дренажом. Основным методом ведения больных с эпицистостомой является пассивная эвакуация мочи. Тренировка накопительной функции мочевого пузыря заключается в пережатии цистостомического дренажа до возникновения позыва на мочеиспускание. При обследовании 41 пациента с цистостомой, установленной по поводу травмы нижних мочевых путей, выявлены различные виды осложнений. Малый мочевой пузырь был диагностирован у 10 пациентов. Восстановление нормального функционального состояния мочевого пузыря у пациентов с надлобковым мочепузырным дренажом влечёт за собой улучшение кровоснабжения, которое, в свою очередь, способствует снижению выраженности и частоты воспалительных процессов в стенке мочевого пузыря.

Ключевые слова: эпицистостома, травма нижних мочевых путей, мочевой пузырь

Актуальность. Многочисленная категория пациентов, вынужденных длительное время пребывать с цистостомическим дренажом, это пациенты с травматическими повреждениями нижних мочевыводящих путей. Технический прогресс, продолжающиеся войны и теракты во всех уголках земли являются причиной всё увеличивающихся травм различных органов, в том числе и органов мочеполовой системы. В современных войнах ранения мочеполовых органов в сочетании с другими органами составляют 50-60%. В последние годы в результате ухудшения криминогенной ситуации значительно возросла частота как изолированных, так и сочетанных повреждений органов мочеполовой системы [1,2]. Так 43,9% пациентов с травмами мочеполовых органов подвергаются оперативному вмешательству, при этом разрывы мочевого пузыря составляют 12,8%. В 20,9% наблюдались сочетанные травмы мочеполовой системы и других органов. Большое количество травм при этом возникает в результате дорожно-транспортных происшествиях. Многие больные, поступившие в различные клиники хирургического профиля, были жертвами дорожно-транспортных происшествий, 47,4% из них составляли пациенты трудоспособного возраста. Все эти пациенты были с различными повреждениями тазовых органов и уретры. В 32% повреждения уретры сочетались с переломами лобковых и седалищных костей. Основным методом лечения этой категории больных является первоначальное отведение мочи путем эпицистостомии. Последующие пластические операции иногда имеют неудовлетворительные результаты. В этих случаях количество пластических операций пациентов возрастает. Неудачные оперативные вмешательства вынуждают пациентов длительное время находиться с цистостомическим дренажом [3,4]. Традиционным методом ведения больных с эпицистостомой является пассивная эвакуация мочи посредством различных дренажных трубок, с неоднократными промываниями мочевого пузыря. При этом развивается состояние, трактуемое нами как «пассивный мочевой пузырь», при котором детрузор теряет свои основные функции:

способность накапливать и эвакуировать мочу. В «пассивном мочевом пузыре» редуцируется кровоснабжение, нарушается иннервация, что, в свою очередь, усугубляет течение воспалительного процесса как в самом пузыре, так и в паравезикальной клетчатке. Соответственно, учитывая вышеприведённые данные о патогенезе осложнений у больных с цистостомой, очень важно как можно раньше начать проводить их профилактику и лечение, не допустить необратимых морфофункциональных изменений [5].

Цель работы: улучшение результатов лечения, повышение качества жизни и адаптация больных с эпицистостомой при травматических повреждениях нижних мочевых путей.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделения урологии и отделения сочетанной травмы Национального медицинского центра Республики Таджикистан с 2000 по 2010 год. Нами было проанализировано 59 случаев госпитализации пациентов с острой задержкой мочеиспускания. Мужчин было 57, женщин - 2. Все пациенты с цистостомическим дренажом, из которых 41 пациенту цистостомия выполнялась на фоне посттравматической стриктуры или облитерации уретры, 35 пациентам надлобковый мочепузырный дренаж был установлен в нашем стационаре, из них 24 пациентам цистостома установлена на фоне аденомы предстательной железы и рака простаты.

Все пациенты (общее число составляло 59 человек) с цистостомическим дренажом были в возрасте от 16 до 87 лет. Пациентам проводились необходимые исследования: общеклинические, лабораторные, инстументальные, бактериологическое исследования мочи.

После проведения обследования пациентам проводилась тренировка основных функций мочевого пузыря. Больным с травмами уретры, которым на фоне острой задержки мочеиспускания была выполнена открытая цистостомия, начинали тренировку накопительной функции мочевого пузыря на 6-7день после операции, а пациентам с троакарной цистостомией - на 3-е сутки. При хронической задержке мочеиспускания к тренировке мочевого пузыря приступали не ранее чем на 7-10 сутки при условии ощущения позыва на мочеиспускание.

Тренировка накопительной функции мочевого пузыря заключается в пережатии цистостомического дренажа до возникновения позыва на мочеиспускание. При возникновении позыва на мочеиспускание следует разжать дренаж и опорожнить мочевой пузырь, с определением объёма выделенной мочи. Через 7-10 дней после тренировки накопительной функции приступили к тренировке выделительной функции мочевого пузыря, которая заключается в имитации акта мочеиспускания через цистостомический дренаж.

Оценку функционального состояния детрузора производят с помощью функциональной пробы, при которой пациент пережимает цистостомический дренаж и с помощью ультразвукового исследования определяется объём мочи, при котором возникает позыв к мочеиспусканию. В последующем, при стабильном возникновении позыва и нормальном физиологическом объёме (250-300мл), пациенты приступают к тренировке выделительной функции мочевого пузыря. Проводимая тренировка мочевого пузыря у пациентов позволяет увеличить ёмкость мочевого пузыря с 50-100мл до физиологических значений 200-250 мл в различные сроки от 1 до 6 месяцев.

Результаты и их обсуждение. При обследовании 41 (64,5%) пациента с цистостомой, установленной у больных с травмой нижних мочевых путей, выявлены следующие осложнения: острый цистит, острый уретрит, обострение хронического простатита и пиелонефрита, атония мочевого пузыря, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, хроническая почечная недостаточность.

Острый уретрит и простатит определялся у 4 (6,7%) больных. Бактериальный цистит определялся у всех больных. Острый пиелонефрит был выявлен у 16 (27,1%) из обследованных. При этом атака пиелонефрита либо предшествовала, либо развивалась на фоне острой задержки мочеиспускания или при нефункционирующем дренаже была купирована консервативными мероприятиями.

Малый мочевой пузырь был диагностирован нами у 10 (16,9%) пациентов. Причиной этого состояния явился выраженный воспалительный процесс в мочевом пузыре. Такое грозное осложнение надлобкового дренирования мочевого пузыря, как сморщенный мочевой пузырь, приводящее к тяжёлой инвалидизации пациентов, было выявлено у 5 (8,5%) обследованных больных. Длительность дренирования пузыря этой группы больных составляла более 2 лет. Средний возраст этих пациентов был 49±0,2 лет.

Проанализировав осложнения, возникающие на разных сроках дренирования мочевого пузыря, с уверенностью можно говорить о необходимости раннего восстановления функциональных возможностей мочевого пузыря. При проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с цистостомическим дренажом, направленных на восстановление функционального состояния мочевого пузыря, выработаны основные показания и противопоказания к проведению подобных мероприятий.

Показанием к тренировке мочевого пузыря является длительное надлобковое дренирование.

Противопоказания к тренировке мочевого пузыря:

1. Пузырно-прямокишечные, уретропромежностные и др. свищи.
2. Острый воспалительный процесс мочевых путей.
3. Макрогематурия и уретрорагия.
4. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

Тревогу у пациентов вызывает ожидание болевых приступов, обращение к врачу, невозможность перемещения на длительные расстояния и дискомфорт от наличия дренажных систем. При опросе больных отмечается снижение частоты возникновения боли, а также уменьшение частоты приёма анальгетиков и антибактериальных препаратов после проведения комплексных реабилитационных мероприятий с применением методики тренировки детрузорной активности мочевого пузыря. Всё это, безусловно, влияет на качество жизни пациентов и существенно повышает его.

Тренировка мочевого пузыря предпочтительнее рассматривать для пациентов как молодого, так и среднего возраста, ведущих активный образ жизни, продолжающих трудовую деятельность. Таким образом, восстановление нормального функционального состояния мочевого пузыря пациентов с надлобковым мочепузырным дренажом, влечёт за собой улучшение кровоснабжения, которое, в свою очередь, способствует снижению выраженности и частоты воспалительных процессов в стенке мочевого пузыря.

Литература

1. Ткаченко Ю.Н. Улучшение качества жизни больных с надлобковым дренажом // IV Московская ассамблея «Здоровье столицы»/ Тезисы докладов. М. 2005. С.95-96
2. Головин П.Ю. Оптимизация лечения у больных с эпицистостомой // Матер. 2-й Всеросс. конф. «Мужское здоровье». М. 2005. С.39
3. Яненко Э.К., Ткаченко Ю.Н., Наумов А.Г. Эфферентные методы лечения больных аденомой предстательной железы с цистостомой // Материалы 3-й Всероссийской конференции «Мужское здоровье»/. М.- 2006. С.91-92
4. Яненко Э.К., Ткаченко Ю.Н. Особенности лечения цистита у пациентов с цистостомическим дренажом//Всероссийская конференция с международным участием «Современные принципы диагностики, профилактики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний почек, мочевыводящих путей и половых органов». М. 2007. С.35-39
5. Lopatkin N., Mudraya I., Tkachenko Yu. Bladder assessment by functional cystometry per a suprapubic catheter.// Eur.Urol.Meetings, Tampere, 14-15 September, 2007, P.50

ХУЛОСА
БАРҚАРОРСОЗИИ ВАЗОИФИИ МАСОНА ДАР БЕМОРОНИ ЭПИТСИСТОСТОМА ГУЗОШТАШУДА ҲАНГОМИ САДАМАҲОИ ОСЕБИИ РОҲҲОИ ПОЁНИИ ПЕШОБРАВ

Д.А.Шамсиев, Н.С.Ибодов, И.Г.Умонов, Ч.Т.Кавраков

Дар мақола натиҷаҳои тадқиқоти усули тамрини масона дар 59 нафар бемор бо заҳкашаки болои қабуқии пешобу масонаӣ баррасӣ шудааст. Усули асосии нигоҳубини беморон бо эпитсистостома – ихроҷи нофаъоли пешоб мебошад. Машқи вазоифии пуршавии пешобдон дар фушурдани заҳкашаки систостомикӣ то пайдошавии хоҳиши ихроҷи пешобро дар бар мегирад. Ҳангоми муоинаи 41 нафар бемори систостома гузошташуда, ки гирифтори осеби роҳҳои поёнии пешобрав мебошанд, оризаҳои гуногуни роҳҳои пешобрав ошкор карда шуданд. Масонаи хурд дар 10 нафар бемор ташхис карда шуд. Барқарорсозии ҳолати вазоифии масонаи беморон тавассути чунин заҳкашак ба беҳтар шудани хунрасонӣ оварда мерасонад, ки дар навбати худ ба пастшавии возеҳӣ ва басомади равандҳои илтиҳобӣ дар даврои масона мусоидат менамояд.

SUMMARY
RESTORING BLADDER FUNCTION IN PATIENTS WITH EPICYSTOSTOMOY IN TRAUMATIC INJURIES OF THE LOWER URINARY TRACT

D.A. Shamsiev, N.S. Ibodov, I.G. Umonov, C.T. Kavrakov

The article presents the results of the method of bladder training in 59 patients with suprapubic bladder drainage. The main method of treatment of patients with epicystostomoy is passive evacuation of urine. Training funded bladder function is clamping of cystostoma's drainage before the urge to urinate. In a study 41 patients with established cystostomy in patients with trauma of the lower urinary tract revealed various kinds of complications from a urinary tract. Small bladder was diagnosed in 10 patients. Restoration of normal functional state of the bladder in patients with suprapubic bladder drainage, entails improving blood circulation, which in turn helps reduce the severity and frequency of inflammatory processes in the bladder wall.

Key words: epicystostoma, the trauma of the lower urinary tract, bladder

Адрес для корреспонденции:

И.Г.Умонов – врач-уролог Национального медицинского центра; Таджикистан, г.Душанбе, ул.Сомони, 59/1. E.mail: islom21@mail.ru

ОПТИМИЗАЦИЯ СПОСОБОВ ДЕРИВАЦИИ МОЧИ ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Ф.Х.Сафедов, А.А.Азизов, Б.А.Азизов, И.К.Атоев
Кафедра детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино;
Национальный медицинский центр Республики Таджикистан

В клинике детской хирургии ТГМУ за периоды 2003 - 2010 гг. под наблюдением находилось 142 больных детей с аномалиями развития мочевыводящих путей. Из 142 у 77 (54.2%) детей были обнаружены различные формы гипоспадии, у 54 (38.0%) - дисплазия пузырного сегмента мочеточников и шейки мочевого пузыря, у 11 (7.8%) - экстрофия мочевого пузыря.

Всем 142 больным производилась деривация мочи, разработанными нами способами (патент № TJ 352; 353; 401; 402; 422), в результаты чего удалось снизить процент послеоперационных осложнений с 28.7% до 9.2%.

Ключевые слова: деривация мочи, аномалии развития мочевыводящих путей, хроническая почечная недостаточность, обострение пиелонефрита

Введение. В детской урологии в основном используется временная деривация мочи на относительно короткий период времени при реконструктивно-пластических операциях, позволяющая восстановить нормальную или приближённую к норме функцию органов мочевой системы [1,2,5,6].

Деривация мочи необходима для профилактики осложнений после тяжёлых оперативных вмешательств, связанных с нарушением пассажа мочи, и, как следствие, воспалительным процессом в почках и мочевых путях. Обычно эти осложнения обусловлены нарушением оттока мочи по дренажным системам.

При оперативных вмешательствах по поводу гидронефроза предпочтение отдают нефростоме [7]. Некоторые детские урологи прибегают к пиелостоме [6], другие устанавливают стенд на 3-4 недели [7].

При пластических операциях на мочеточнике, его дренирование осуществляют стендом или мочеточниковым катетером, а мочевой пузырь дренируют цистостомическим дренажем [6]. При операциях по поводу гипоспадии метод дренирования мочевого пузыря определяется протяжённостью вновь сформированной уретры: при протяжённой уретры показана цистостома, при непротяжённой – уретральный катетер.

Считаем необходимым подчеркнуть, что большинство методов деривации мочи, применяемых детскими урологами, заимствованы из общей урологии без учёта особенностей развития детского организма, способностей его компенсаторного механизма к создавшейся патологической ситуации.

Наиболее тяжёлыми пороками развития у детей являются экстрофия мочевого пузыря, тотальная эписпадия и пороки спинного мозга, при которых применяются различные методы деривации мочи.

До настоящего времени широко применяется пересадка мочеточников в сигмовидную кишку [3,6]. Положительный результат у этих больных получен лишь в 28,3% наблюдений [2]. Данный вид коррекции остаётся в арсенале детских урологов. Другие урологи создают мочевой пузырь из изолированного сегмента кишки на сосудистой ножке [8].

Не менее тяжёлую группу составляют дети с миелодисплазией, страдающие недержанием мочи по типу парадоксальной ишурии и большим количеством остаточной мочи. Адекватная деривация мочи у таких больных создаёт возможность ликвидации хронической внутрипузырной гипертензии [1,2,5].

Из вышеизложенного следует, что деривации мочи (как пожизненная, так и временная) после реконструктивно – восстановительной операции по поводу аномалии развития мочеполовой системы, является жизненно необходимым этапом оказания помощи при лечении этой группы больных.

Важно отметить, что успех реконструктивно-восстановительной операции зависит от качественно выполненной, целенаправленно установленной и патогенетически обоснованной методики дренирования [2,4,5].

В свете вышеизложенного диктуется необходимость усовершенствовать способы деривации мочи при сложных аномалиях мочеполовой системы.

Цель работы: улучшить результаты реконструктивно– восстановительных операций при аномалиях развития мочевыводящих систем путём разработки усовершенствованных способов отведения мочи (деривация).

Материалы и методы. За периоды 2003 - 2010 гг. в клинике детской хирургии ТГМУ под наблюдением находилось 142 больных ребёнка с аномалиями развития мочевыводящих путей. Из них у 77 (54.2%) были обнаружены различные формы гипоспадии, у 54 (38.0%) - дисплазия пузырного сегмента мочеточников и шейки мочевого пузыря, у 11 (7.8%) - экстрофия мочевого пузыря. Мальчиков было 93 (65.5%), девочек – 49 (34.5%); по возрасту: от 1 до 3-х лет - 67 (47.2%), от 4 до 7 лет - 42 (29.6%), от 8 до 15 лет - 33 (23.2%) больных.

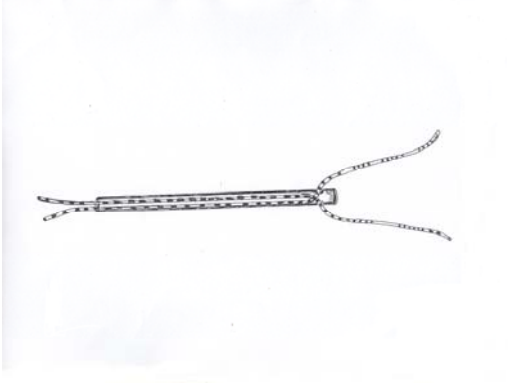
Для установления диагноза проводились сбор анамнеза, клинико-лабораторное, ультразвуковое, рентгенологическое (экскреторная урография, цистография), допплерографическое, и компьютерно-томографическое исследования. При необходимости применяли дополнительные методы исследования: уретрографию, газовую цистографию и цистоскопию.

Всем больным производилась деривация мочи разработанными нами способами (патент № TJ 352; 353; 401; 402; 422).

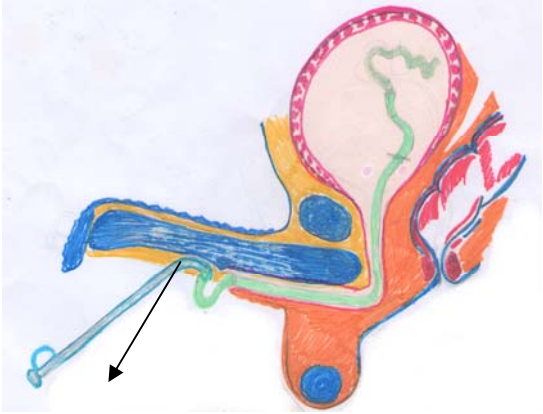
Результаты и их обсуждение. В нашей клинике были разработаны различные методы деривации при аномалиях мочевыводящих путей (см. рис.1). Каждый метод деривации мочи имеет свои особенности в зависимости от локализации аномалии.

Устройство для дренирования мочевого пузыря при цистопластике по поводу экстрофии мочевого пузыря устанавливают следующим образом. В асептических условиях под общим обезболиванием после мобилизации мочевого пузыря по предложенной методике Баирова [3], перед формированием стенок мочевого пузыря в полость устанавливают предложенное нами устройство, то есть мочеточниковые катетеры выводят через боковые отверстия проксимального конца устройства и единым блоком выводят через уретру. Следует отметить, что между «кожухом» (полиэтиленовый катетер) и мочеточниковыми катетерами должно сохраняться свободное пространство для оттока мочи, а само устройство должно свободно располагаться в полости вновь сформированного мочевого пузыря, в противном случае существует риск образования пролежней и травмирование стенки дна мочевого пузыря. Катетер в полости мочевого пузыря фиксируется одним швом (рис. 1.1).

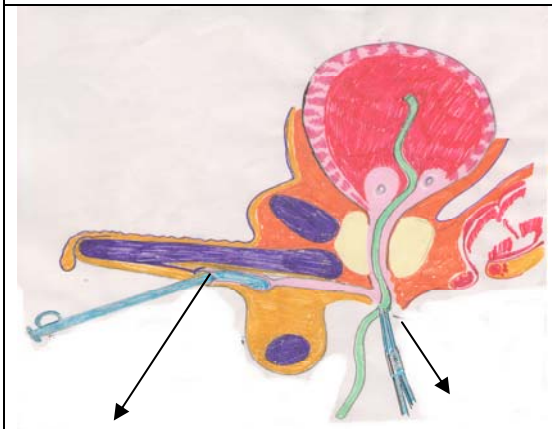
Преимуществом данного способа деривации мочи является то, что при выведении дренажей единым блоком меньше травмируются ткани мочевого пузыря и уретры, что благоприятно влияет на процесс заживления раны. Устройство позволяет избежать мочевых затёков и флегмон, кроме того, ребёнок активно может двигаться в постели.



1. Устройство для дренирования мочевого пузыря при цистопластике по поводу его экстрофии

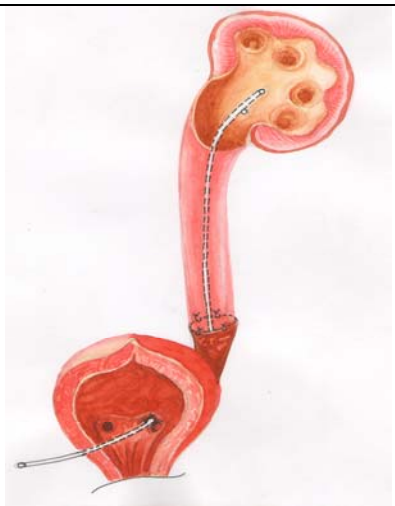


2. Этап введения устройства для отведения мочи при гипоспадии.



А. Б.

3. А. Этап извлечения металлического катетера из наружного отверстия гипоспадической уретры.
Б. Фиксация выведенного катетера в области промежности.



4. Способ антирефлюксной операции «аутоуретеродубликатуры» при мега-долихоуретерогидронефрозе, обусловленным дисплазией пузырно-мочеточникового и шеечно-тригональной зон у детей.

Рис.1. Различные разработанные методы деривации мочевыводящей системы у детей

При уретропластике предложено множество способов деривации мочи, такие как эпицистостомия одним или двумя катетерами, сквозной дренаж, уретростомия. Названные способы деривации мочи сопровождаются серьёзными оперативными травмами с последующими осложнениями, как: просачивание мочи в рану, то есть мочевые затёки, несостоятельность швов, уретральные свищи.

В связи с этим, нами разработан способ отведения мочи с наименьшей травмой уретры, заключающийся в следующем: свободный конец предложенного устройства вводится в мочевой пузырь так, чтобы соединённый другой конец с металлическим катетером прошёл в уретру до места предполагаемой зоны. Затем клюв металлического катетера поворачивается в сторону задней стенки уретры в области промежности. При этом чётко выпирается и вырисовывается уретра. Фиксируя

металлический катетер, соединённый с полиэтиленовым катетером, на выступающей части уретры делается насечка, через которую выводится клюв металлического катетера с надетым концом полиэтиленовой трубки. Далее полиэтиленовый катетер отсоединяется от металлического катетера и выводится на промежность, фиксируя его для отведения мочи. Металлический катетер извлекается из уретры. Манипуляция занимает 2-3 минуты (рис. 1.2,1.3).

Деривация мочи при неоцистоуретероанастомозе в нашей модификации осуществляется следующим способом: после цистоуретеролиза вскрывается мочевой пузырь и через устья мочеточников зажимом захватываются дистальные концы освобождённых мочеточников, выворачиваются дистальные отделы и на должном уровне резецируются с наложением анастомоза и антирефлюксных швов. Затем по вновь созданным устьям мочеточников проводятся полиэтиленовые катетеры до ЧЛС, последние фиксируются к одному из швов анастомоза (устья). Далее концы полиэтиленовых катетеров выводятся на переднюю брюшную стенку контрапертурным разрезом на стенке мочевого пузыря так, чтобы дренажи беспрепятственно функционировали. Беспрепятственный отток мочи достигается «перекрёстным» выведением катетеров, т.е. правый мочеточниковый катетер выводится на левую половину, левый мочеточниковый катетеры на правую половину передней стенки живота сроком на 15-20 дней (рис. 1.4).

В результате применения усовершенственной нами технологии для деривации мочи как этапа реконструктивно – восстановительной операции, процент послеоперационных осложнений сократился до минимума.

Общепринятые способы отведения мочи осложнялись мочевыми затёками, нагноениями раны, мочевыми свищами (нагноения – 8.4%, свищи - 5.8%, затёки – 4.5% = 18.7%) Разработанными нами способами удалось снизить осложнения с 18.7% до 9.2% (нагноения – 4.1%, свищи – 2.9%, затёки – 2.2% = 9.2%).

Таким образом, усовершенствованный нами способ деривации мочи у детей с аномалиями развития мочевыделительной системы, в настоящее время является наиболее оптимальным в сравнении с ранее предложенными методами. Разработанными нами способами удалось снизить осложнения с 18.7% до 9.2%.

Литература

1. Пулатов А.Т., Азизов А.А., Мансуров А.А. О реконструктивно-восстановительных операциях при мегауретере с вторичными камнями // Материал V пленума Всесоюзного научного общество урологов. – Ленинград. – 1981. – С. 39-40
2. Азизов А.А. Диагностика и тактика хирургического лечения осложнённого уролитиаза у детей. – Душанбе, 1996, 108 с.
3. Лопаткин Н.А. Аномалии мочеполовой системы / Н.А.Лопаткин, А.В. Люлько // Киев «Здоровья». -1987. – 415 с.
4. Зиёвиддинов А.Р. Пути снижения послеоперационных осложнений уролитиаза у детей // Автореф. канд. дисс. / А.Р. Зиёвиддинов; Душанбе, 2003, - 26 с.
5. Сафедов Ф.Х. Диагностика и тактика хирургического лечения обструктивно-гнойно калькулёзного пиелонефрита у детей // Автореф. канд. дисс. / Душанбе, 2007, - 28 с.
6. Павлов А.Ю., Салихар Ш.И., Поляков Н.В., Маслов С.А. Выбор метода временного дренирования верхних мочевыводящих путей при реконструктивно-пластических операциях на пузырно-мочеточниковом сегменте у детей//М. Журнал «Урология». 2008. №6.-С.66-77
7. Пугачёв А.Г. Детская урология // Изда-во «ГЕОТАР-Медиа», М., -2009

8. Филип М. Ханно С. Брюс Малкович, Алан Дж. Вейн. Руководство по клинической урологии / Филип М, Ханно С, Брюс Малкович Вейн Дж. Алан. – М.: Медицинское информационное агентство, 2006. – 543 с.

ХУЛОСА
БЕҲТАРСОЗИИ УСУЛҲОИ ДЕРИВАТСИЯИ ПЕШОБ ҲАНГОМИ АНОМАЛИЯҲОИ РУШДИ СИСТЕМАИ ИХРОҶИ БАВЛ ДАР КӮДАКОН

Ф.Х.Сафедов, А.А.Азизов, Б.А.Азизов, И.К.Атоев

Дар клиникаи ҷарроҳии кӯдаконаи ДДТТ (дар давоми солҳои 2003-2010) 142 нафар атфоли гирифтори аномалияҳои инкишофи роҳҳои пешоббарор таҳти мушоҳада буданд. Аз 142 кӯдак дар 77 (54,2%) нафарашон - шаклҳои гуногуни ҳипоспадия, дар 54 (38,0%) нафар - ихтилоли рушди қисмати пешобгузар ва гарданаи масона, дар 11 (7,8%) нафари дигар бошад экстрофияи масона ба қайд гирифта шуд.

Ба ҳамаи 142 нафар беморон аз рӯйи усулҳои коркардаи муаллифон (шаҳодатномаи № TJ 352; 353; 401; 402; 422) дериватсияи пешоб гузаронида шуд, ки дар натиҷа ба пастшавии фоизи аворизи баъдиҷарроҳӣ аз 28,7% то 9,2% ноил шуданд.

SUMMARY
OPTIMIZATION OF METHODS OF URINE DERIVATION ABNORMALITIES OF THE URINARY SYSTEM IN CHILDREN

F.H.Safedov, A.A.Azizov, B.A.Azizov, I.K.Atoev

In the clinic of pediatric surgery TSMU for the periods 2003 - 2010 years. under observation were 142 patients of children with congenital malformations of the urinary tract. Of the 142, 77 (54.2%) children were found various forms of hypospadias, 54 (38.0%) - cystic dysplasia segment ureter and bladder neck in 11 patients (7.8%) - schistocystis.

All 142 patients was performed urinary diversion, we developed methods (patent № TJ 352; 353, 401, 402; 422), which managed to reduce the percentage of postoperative complications from 28.7% to 9.2%.

Key words: urinary diversion, abnormalities of the urinary tract, chronic renal failure, exacerbation of pyelonephritis

Адрес для корреспонденции:

Ф.Х. Сафедов - ассистент кафедры детской хирургии ТГМУ; 734049, Таджикистан,

г. Душанбе, пр. И. Сомони - 59, Телефон: 935 – 65 – 65 – 77

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАРАПРОКТИТОМ

Ю.Х.Иброхимов, Б.С.Пиров
Городской центр колопроктологии г. Душанбе;
кафедра колопроктологии ТИППМК

Для улучшения результатов хирургического лечения хронических парапроктитов в нашей клинике применяется комплексная схема предоперационной подготовки кишечника и свищевых ходов. Данная схема применена у 432 больных, у которых отмечалось снижение рецидивов и осложнений в послеоперационном периоде, а также сократились сроки пребывания пациентов в стационаре.

Ключевые слова: хронический парапроктит, предоперационная подготовка, бензойная мазь, лактулоза

Введение. Одно из ведущих мест среди колопроктологических больных занимает хронический парапроктит (ХП), который составляет 1-1,7% [1] от общего числа хирургических больных. После геморроя, анальной трещины и колитов, ХП занимает четвёртое место, составляя 20%-40% [1-5]. Операции по поводу прямокишечных фистул составляют 12,2 %-12,8% [6,7], это занимает второе место от общих оперативных вмешательств в колопроктологических отделениях.

В хирургическом лечении хронического парапроктита важное значение имеет предоперационная подготовка, особенно, когда речь идёт о рецидивных и сложных формах заболевания [3,8-10]. Если после неадекватной предоперационной подготовки или без неё, больным производят хирургические вмешательство, то оно часто становится причиной развития серьёзных послеоперационных осложнений [1,3,4,8].

В последние годы в зарубежных публикациях особое внимание уделяется предоперационной подготовке колопроктологических больных [6,11,12]. Но вопрос об оптимальном методе предоперационной подготовки больных с хроническим парапроктитом ещё остаётся актуальным.

Цель. Разработка оптимального способа предоперационной подготовки больных с хроническим парапроктитом.

Материал и методы исследования. В Городском центре колопроктологии г. Душанбе с 2004 по 2009 годы оперировано 693 больных с хроническим парапроктитом. Возраст больных варьировался от 16 до 83 лет. Большинство больных - 602 (86,9%) были в возрасте 20-50 лет. Мужчины составили 498 (71,86%), женщины - 195 (28,14%), городские- 201 (29%), сельские - 492 (71%). Давность заболевания составила от 3 месяцев до 38 лет. У 675 (97,4%) больных фистулы образовались после самопроизвольного вскрытия острого парапроктита или после операции.

При этом 663 (94,67%) больных обратились по поводу прямокишечных фистул впервые, у 19 (2,74%) больных операция производилась 1 раз, у 6 (0,866%) - 2, у 3 (0,433%) - 3 раза, у 1 (0,14%) больного - 7, у другого (0,14%) - 17 раз.

Формы и число свищевых отверстий у больных с параректальными свищами представлены в таблице 1.

Всем пациентам произведены общий анализ крови и мочи, биохимические анализы крови, ЭКГ, рентгеноскопия грудной клетки, ректороманоскопия, фистулография.

Больные разделены на 2 группы. В первую вошли 432 больных - основная группа, которым применён комплекс мероприятий предоперационной подготовки, и для 261 больных применена традиционная подготовка – контрольная группа.

Таблица 1

Виды свищей и количество свищевых отверстий (p≤0,05)

Количество свищевых отверстий	Общее количество больных	Расположение свищевых ходов по отношению к сфинктеру (к-во больных)			
		Интрасфинктерные	Транссфинктерные	Экстрасфинктерные	Неполные свищи
1	613 (88,5%)	187	305	62	59
2	66 (9,5%)	2	39	19	6
3	9 (1,3%)	-	5	4	-
более трёх	5 (0,7%)	-	3	2	-
	693 (100%)	189 (27,3%)	352 (50,8%)	87 (12,5%)	65 (9,4%)

Разработанный комплекс мероприятий предоперационной подготовки больных направлен на очищение свищевых гнойных ходов, полостей и затёков. Суть комплекса заключается в следующем:
- применение 10% бензойной мази на водорастворимой основе (бензойная кислота+молочная кислота+анестезин+оливковое масло) для очищения гнойных ходов и затёков. За 2-3 дня до операции в свищевой ход вводили бензойную мазь и закрывали свищевое отверстие пластырем. На следующий день свищевой ход и затёки очищались от гноя и некротических масс. Ежедневно 2-3 раза промывали свищевой ход раствором декасан. При наличии сопутствующих заболеваний прямой кишки (проктит, анусит, криптит) назначали ромазулан по 10мл 2 раза в виде микроклизмы. За день до операции проводили туалет параректальной области, т.е. обрабатывали раствором люголя 2 раза в день.

С целью очищения кишечника в предоперационном периоде нами использовалась следующая схема:

I. 1) Бесшлаковая диета: молочные продукты, бульон, чёрный чай с лимоном и мёдом, чёрный шоколад без начинки. А также больному рекомендовано употреблять 2,5-3 л кипячёной воды, или компота, морковного сока.

2) Больным в период подготовки запрещали употребление жареной, копчёной, мучной, жирной и картофельной пищи.

II. Слабительные препараты: препарат, содержащий лактулозу – имопер, дюфалак в количестве от 25 до 40 мл в один приём утром. При этом надо отметить, что эти препараты не только усиливают перистальтику кишечника, но и размягчает каловые массы, что способствует их передвижение. Лактулоза ингибирует распад мочевины бактериями посредством окисления содержимого кишечника, т.е. снижает уровень аммиака в крови.

III. Очистительную клизму выполняли с добавлением оливкового масла и 1 столовой ложки поварённой соли (вечером и утром).

С целью максимального очищения кишечника для проведения дополнительных методов обследования больным с сопутствующими заболеваниями необходим приём препарата Фортранс в течение 24-48 часов (4 пакета растворяли в 4-х литрах кипячёной воды).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что в контрольной группе наиболее часто наблюдается транссфинктерные свищи, а недостаточность анального сфинктера отмечается после операции сложных экстрасфинктерных свищей (табл. 2).

Таблица 2

Предоперационная подготовка больных с ХП в контрольной группе (p≤0,05)

Расположение свищевого хода по отношению к сфинктеру	Количество больных	Исход				
		Выздоровление	Рецидивы	Недостаточность сфинктера		
				I ст	II ст	III ст
Интрасфинктерные	52 (19,9%)	49 (94,3%)	2 (3,8%)	1 (1,9%)	-	-
Транссфинктерные	155 (59,4%)	138 (89%)	12 (7,7%)	5 (3,2%)	-	-
Экстрасфинктерные	32 (12,3%)	22 (68,75%)	6 (18,8%)	3 (9,4%)	1 (3,05)	-
Внутренние неполные	19 (7,3%)	17 (89,5%)	2 (10,5%)	-	-	-
Наружные неполные	3 (1,15%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	-	-	-
Всего	261 (100%)	228 (87,4%)	23 (8,8%)	9 (3,4%)	1 (0,4%)	-

Из таблицы следует, что в контрольной группе среди 52 больных с интрасфинктерными свищами рецидивы наблюдались у 2 (3,8%) больных и лёгкая недостаточность сфинктера, которая связана с грубым рубцеванием - у 1 (1,9%) больного, у 155 больных с транссфинктерными свищами рецидивы - в 12 (7,7%) случаях и недостаточность сфинктера с недержанием газов - у 5 (3,2%). У 32 больных с экстрасфинктерними свищами рецидивы отмечались у 6 (18,8%), недостаточность газов - у 3 (9,4%) пациентов, жидкого кала - у 1 (3,05%). Среди 19 больных с внутренними неполными свищами рецидив - у 2 (10,5%) пациентов, а из 3 больных с неполным наружным свищом рецидивы отмечались у 1 (33,3%).

У больных с хроническими парапроктитами в основной группе, которым проведена предоперационная подготовка по разрабатываемой комплексной схеме, в среднем отмечалось выздоровление у 95,4%, а недостаточность анального сфинктера I степени отмечалась у 1,4% больных (табл. 3).

Таблица 3

Предоперационная подготовка больных в основной группе (p≤0,05)

Расположение свищевого хода по отношению к сфинктеру	Количество больных	Исход				
		Выздоровление	Рецидивы	Недостаточность сфинктера		
				I ст	II ст	III ст
Интрасфинктерные	137 (31,7%)	135 (98,5%)	1 (1,5%)	-	-	-
Транссфинктерные	197 (45,6%)	188 (95,4%)	6 (3,05%)	3 (1,52%)	-	-
Экстрасфинктерные	55 (12,7%)	48 (87,3%)	4 (7,3%)	3 (5,45%)	-	-
Внутренние неполные	34 (7,87%)	32 (94,1%)	2 (5,9%)	-	-	-
Наружные неполные	9 (2,1%)	8 (88,9%)	1 (11,1%)	-	-	-
Всего	432 (100%)	412 (95,4%)	14 (3,2%)	6 (1,4%)	-	-

Как видно из таблицы 3, в основной группе у 137 больных с интрасфинктерными свищами рецидивы наблюдались лишь у 1 (1,5%), а с транссфинктерними свищами - у 6 (3,05%) и недостаточность сфинктера I степени - у 3 (1,5%) пациентов, а недостаточность II- III степени не наблюдалась. У больных с экстрасфинктерними свищами рецидивы отмечались у 4 (7,3%) и недостаточность сфинктера I степени - у 3 (5,45%) больных. Среди 34 больных с внутренними неполными свищами рецидив отмечен у 2 (5,9%), а среди 9 больных с неполным наружным свищом - у 1 (11,1%) пациента.

Таким образом, предоперационная подготовка больных с хроническими парапроктитами, согласно схеме, разработанной нами, способствовала уменьшению рецидива заболевания в 2,5-2,75 раза (от 8,8% в контрольной группе до 3,2% - в основной) и послеоперационные осложнения снизились от 3,4% до 1,4% соответственно.

Литература

1. Аминев А.М., Блинничев Н.М., Буттаев Р.М. Хирургия. 1984. №8. С.71-74
2. Мандзюк В.Д. Клиническая хирургия. 1970. №5. С. 29-34
3. Назаров Л.У. Свищи прямой кишки. М., «Медицина», 1966
4. Тимербулатов В.М., Лопатин В.М. Острый и хронический парапроктит. Уфа. 1988
5. Фёдоров В.Д., Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Хирургическое лечение хронического парапроктита //Хирургия. 1976. №10. С. 82-93
6. Воробьёв Г.И., Халиф И.Л. Проблемы колопроктологии. Выпуск 16. М.,1998. С. 37-40
7. Жуков Б.Н., Савинков А.И., Чернов А.А., Кудряшов С.К., Исаев В.Р., Сухобоков А.А. Хирургическое лечение параректальных свищей //Проблемы колопроктологии. Выпуск 18. М., 2002. С. 74-78
8. Бунятян А.А. К вопросу о хронических парапроктитах //Советская медицина. №7. 1959. С. 72-76
9. Реут А.А. Лужнов Н.П., Кирдей Е.Г., Фиалковский В.И. Особенности лечения хронического парапроктита с учётом состояния естественной резистентности организма //Хирургия. №3. 1979. С.99-102
10. Jacman R. Operation for anal fistulas. //Dis.Colon a. Rectum, 1968, vol. 11 #4. P. 247-255
11. Buchanan GN, Halligan S, Bartram CI, Williams AB, Tarroni D, Cohen CR. Clinical examination, endosonography, and MR imaging in preoperative assessment of fistula in ano: comparison with outcome-based reference standard. //Radiology. 2004 Dec; 233(3):674-81. Epub 2004 Oct 21
12. De Parades V, Zeitoun JD, Bauer P, Atienza P. Cryptoglandular anal fistulas. //Rev Prat. 2008 Oct 31;58 (16) : P. 1775-82

ХУЛОСА
ОМОДАГИИ ПЕШ АЗ ҶАРРОҲИИ БЕМОРОН БО ХАНОСИЯИ МУЗМИН

Ю.Х.Иброҳимов, Б.С.Пиров

Барои беҳбудии натиҷаҳои табобати ҷарроҳии ханосияи музмин дар клиникаи мо нақшаи якҷояи омодагии пеш аз ҷарроҳии рӯда ва роҳҳои носур истифода бурда мешавад. Нақшаи мазкур дар 432 бемор истифода шудааст, ки он ба кам намудани такрорёбӣ ва авориз дар давраи баъди ҷарроҳӣ ва инчунин ба кӯтоҳ шудани мӯҳлати бистарии беморон дар беморхона мусоидат мекунад.

SUMMARY
PREOPERATIVE PREPARATION OF PATIENTS WITH CHRONIC PARAPROCTITIS
Yu.Kh. Ibrohimov, B.S. Pirov

To improve results of surgical treatment of chronic paraproctitis in our clinic uses a complex scheme of preoperative bowel preparation and fistulous passages. This scheme can be used in 432 patients who had marked reduction of recurrence and complications in the postoperative period, and shorten hospital stay.

Key words: chronic paraproctitis, preoperative preparation, benzoic ointment, lactulose

Адрес для корреспонденции:
Ю.Х. Иброхимов – больничный ординатор ГЦК; Таджикистан, Душанбе, ул. Санои 33, Тел: +992(37)228-90-91. Моб. 992-918-61-54-11. E-mail: Josef_0912@yahoo.com

СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АССИСТИРОВАННОЙ НЕФРЭКТОМИИ ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ ПОЧКИ

Н.Х.Темиров, А.Б.Ходжиев, А.А.Николаев
Клиника «Эндохирургия», Таджикистан

В работе представлен результат лапароскопической нефрэктомии при гидронефрозе левой почки у 19-летнего пациента с трансперитонеальным доступом установки порта для введения руки хирурга.

Предложенный метод сочетает в себе все преимущества как лапароскопических, так и открытых оперативных вмешательств, что позволило улучшить качество интраоперационной ревизии органов брюшной полости и оказало существенную помощь при выполнении таких ключевых манёвров при операции как выделение мочеточника, магистральных сосудов почек, их клипирования с пересечением.

Ключевые слова: лапароскопическая нефрэктомия, гидронефроз, лапароскопическая ассистированная нефрэктомия

Актуальность проблемы. В XXI веке произошли новые технологические скачки во всех отраслях жизни, включая медицину. Благодаря этому за столь короткое время в оперативную медицину и клиническую практику внедрены лапароскопические технологии. В связи с малоинвазивностью лапароскопические операции имеют ряд преимуществ по сравнению с традиционными вмешательствами. Это менее выраженный послеоперационный болевой синдром, меньшая потребность в анальгетиках, более раннее восстановление работы органов ЖКТ, быстрая реабилитация пациентов в послеоперационном периоде. Операции с ручной ассистенцией обеспечивают возможность пальпаторной ревизии, сопровождаются лучшей координацией движений и, как следствие, более надёжным гемостазом, меньшей частотой конверсий, а также более быстрым освоением малоинвазивной технологии [1-6].

За период с момента открытия клиники «Эндохирургия», с 2009 по 2010г. нами были впервые в Республике Таджикистан применены такие видеоэндоскопические операции в области урологии как трансуретральная резекция аденомы простаты, контактная литотрипсия камней мочевыводящих путей (почки, мочеточника, мочевого пузыря), эндоскопическая уретеролитотомия камней верхней и средней трети мочеточника люмбоскопическим доступом и лапароскопическая варикоцелэктомия. В одном случае нами была проведена лапароскопическая ассистированная нефрэктомия при гидронефрозе левой почки.

Клиническое наблюдение. Пациент М., 19 лет, история болезни №684, поступил в клинику 20.10.10г. с жалобами на головные боли и наличие нефростомического дренажа в левой поясничной области. Из анамнеза: впервые обратился 28.08.10г. с жалобами на боли в поясничной области слева в одну из республиканских клиник, где был установлен диагноз: «Стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента слева. Гидронефроз слева. Хронический пиелонефрит в стадии латентного течения». Там же с целью деривации мочи в гидротрансформированную почку был установлен нефростомический дренаж.

В условиях клиники для определения тактики оперативного лечения пациенту было проведено комплексное обследование.

УЗИ мочевых путей: левая почка размерами 145мм х65мм. Паренхима истончена до 2.2мм в среднем сегменте, и 1.6 мм в полюсах. Определяется расширение полостных элементов по типу гидронефроза III ст. Правая почка обычных размеров, формы, величины. Конкременты не выявлены. Мочевой пузырь с чётким ровным контуром, полость его свободна, содержимое гомогенное. Эхокартина предстательной железы без патологии.

КТ: – забрюшинного пространства до и после в/в контрастирования. Справа почка расположена обычно, нормальных размеров и формы. Кортико-медуллярная дифференцировка сохранена. Чашечно-лоханочные системы не расширены. Выделительная функция сохранена. Рентгеноконтрастных конкрементов не выявлено. Мочеточник свободно проходим. Слева почка размерами 15.1 х 5.8 см. Паренхима истончена местами до 0.2см. ЧЛС - расширена, деформирована (рис.1 а,б).

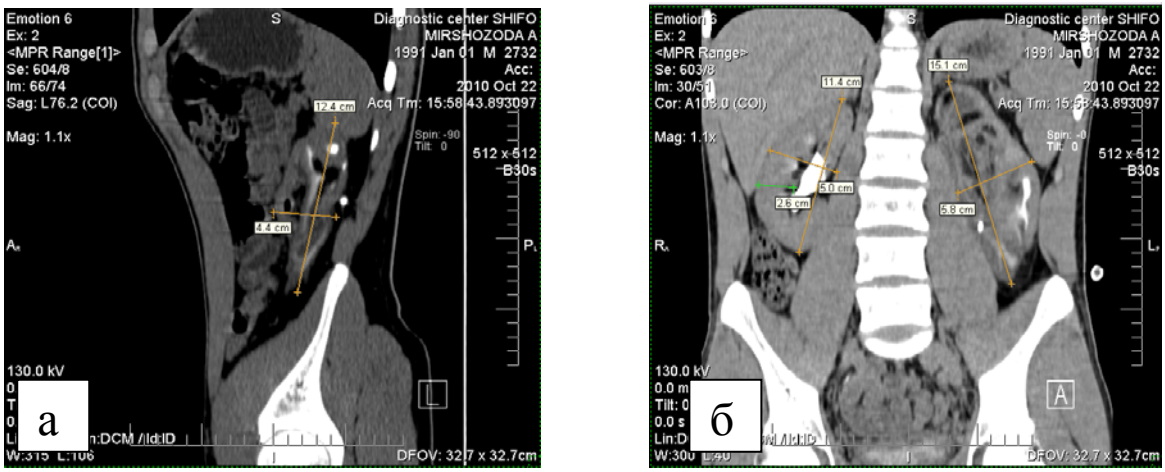


Рис.1. КТ. Гидронефроз слева IIIст:
а) сагиттальный срез; б) фронтальный срез

Паранефральная клетчатка уплотнена, тяжистая. В проекции ЧЛС определяется нефростома. Выделительная функция значительно снижена. Мочеточник не визуализируется. Отмечается увеличение количества парааортальных и мезентеральных лимфоузлов размерами до 0.6см.

Оперативное пособие: под общей внутривенной анестезией в мочевой пузырь введён цистоскоп 19Fr. При цистоскопии устья мочеточников в типичном месте, округлой формы. В левое устье введён металлический проводник, по нему проведён мочеточниковый катетер до лоханки (рис.2а). Выполнена ретроградная уретеропиелография, на которой определяются расширения полостных элементов левой почки и наличие нефростомы (рис.2б). В мочевой пузырь установлен катетер Фолея № 16, к которому фиксирован мочеточниковый катетер.

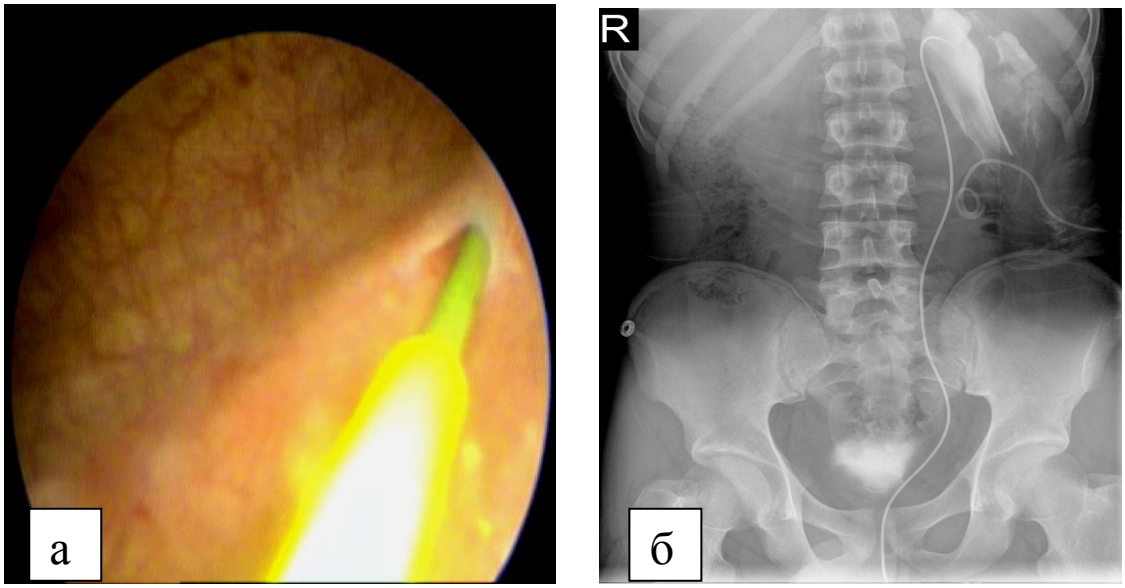


Рис. 2. а) цистоскопия: катетеризация устья левого мочеточника. б) ретроградная уретеропиелография, определяется мешковидно-расширенная ЧЛС левой почки с наличием нефростомы

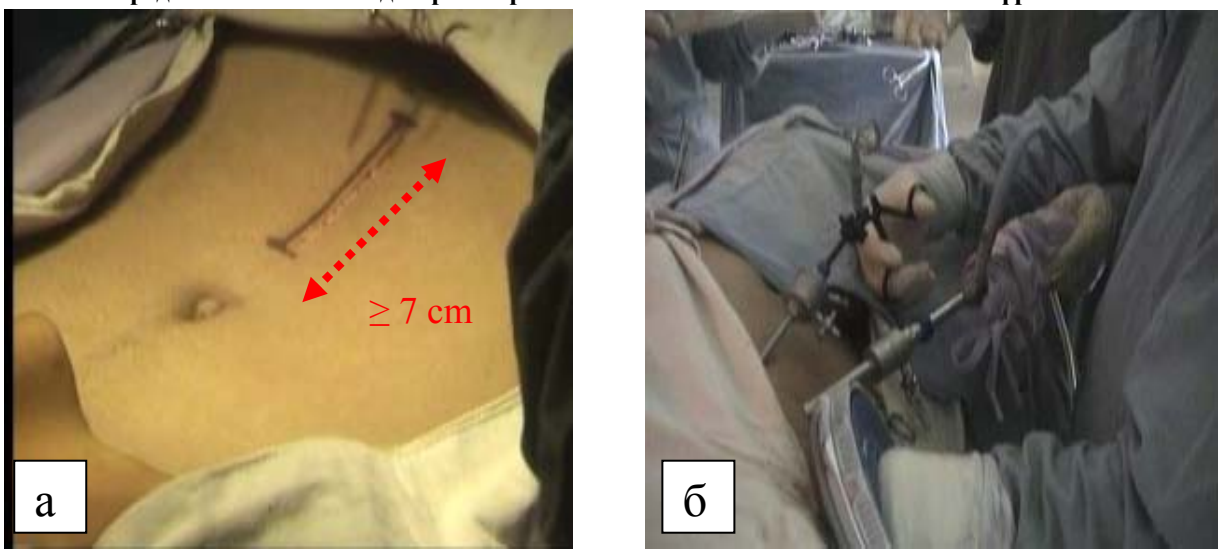


Рис.3 а) доступ в эпигастральный области для установки “Hand-Port”; б) установлен “Hand-Port”и троакарные порты для лапароскопического вмешательства

Продольным разрезом протяжённостью 7см по срединной линии послойно вскрыта передняя брюшная стенка и установлен “Hand-Port” (рис.3а). Больной уложен в латеропозицию на правый бок,

фиксирован к столу. В брюшную полость через порт введена левая рука, под контролем которой, троакарным способом установлены 10мм порт на 1см выше пупка для введения лапароскопа. Затем установлен второй 10мм порт по среднеключичной линии для рабочего инструмента (рис.3б).

При лапароскопии нижний край селезёнки и изгиб нисходящей ободочной кишки подпаян к париетальной брюшине. С помощью электрокоагуляции и острым путём спайки рассечены. Над левой почкой продольно вскрыта париетальная брюшина, пальпаторно на ощупь в забрюшинном пространстве определён ригидный катетер в мочеточнике. Проведён уретеролиз до нижнего полюса почки.

После удаления катетера мочеточник лигирован и пересечен (рис. 4а). Затем выделена сосудистая ножка почки, произведено еёклипирование и пересечение (рис. 4б).

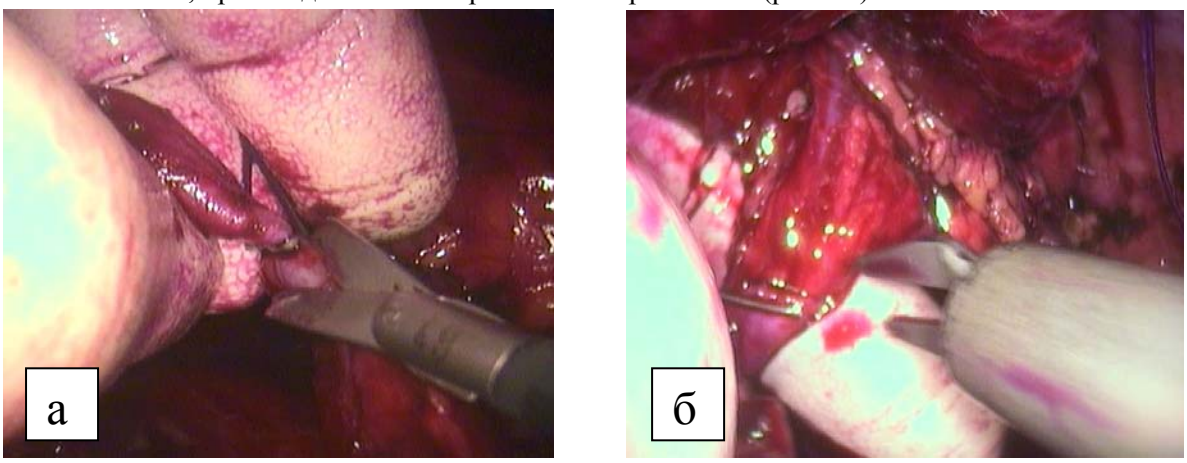


Рис. 4 а) выделения в/3 мочеточника и его лигирование с пересечением;
б) мобилизация и клипирование сосудистой ножки под контролем руки

Почка выделена и удалена целиком (рис 5а). Макропрепарат удалённой почки представляет собой мешковидно-расширенную полость с атрофированной паренхимой (рис. 5б). Во время операции наблюдались технические трудности, связанные с отделением огромной левой почки от склерозированного паранефрия.

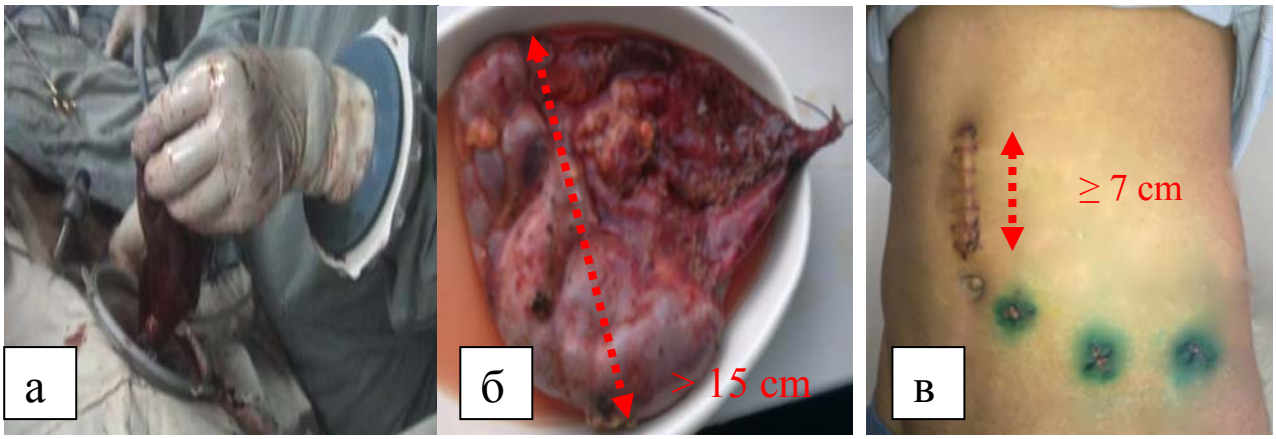


Рис. 5. а) процесс удаления макропрепарата через “Hand-Port”;
б) макропрепарат удалённой почки;
в) заживление раны первичным натяжением в послеоперационным периоде

Объём кровопотери 150±20мл**.** При ревизии в брюшной полости и забрюшинной клетчатке слева, признаков кровотечения нет. По передней подмышечной линии в ложе удалённой почки установлен силиконовый дренаж. “Hand-Port” и лапароскопические порты удалены. Рана брюшной стенки послойно ушита. Асептическая повязка - на рану. Послеоперационное течение гладкое, рана зажила первичным натяжением (рис. 5в). Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение и лечение.

Результаты. С помощью ручной ассистенции была впервые проведена органоуносящая операция лапароскопической нефрэктомии при гидротрансформированной левой почке. В процессе проведения нефрэктомии гибридным способом значительную часть времени операции (120минут) занимало выделение и клипирование сосудистой ножки левой почки. Интраоперационная кровопотеря составила 150±20мл. В послеоперационном периоде наркотические анальгетики назначали только дважды в течении первых суток после операции, а приём жидкости разрешили спустя 6 часов после операции. Нахождение пациента в послеоперационном периоде в клинике составило 4 суток. По мере накопления опыта, внедрения новых методологических и технических подходов, время выполнения вышеперечисленных лапароскопических операции уменьшилось в два - три раза.

Таким образом, анализ данных, полученных в ходе нашего исследования, позволяет сделать вывод, что метод лапароскопической ассистированной нефрэктомии сочетает в себе все преимущества как лапароскопических, так и открытых вмешательств. Включение в ход операции тактильных ощущений позволяет улучшить качество интраоперационной ревизии органов брюшной полости и оказывает существенную помощь при выполнении таких ключевых манёвров операции как выделение мочеточника, магистральных сосудов почек, их клипирование с пересечением.

Литература

1. Laparoscopic nephrectomy for renal cell cancer: evaluation of efficacy and safety: a multicenter experience / Cadeddu J.A., Ono Y., Clayman R.V. et al. // Urol. – 1998. – Vol.52. – №5. – P. 773–777
2. Hand-assisted laparoscopy for large renal specimens: a multiinstitutional study. / Stifelmanку54ве4у3уц M.D., Handler T., Nieder A.M. et al. // Urology. – 2003. – Vol. 61. – №1. – P. 78–82
3. Hand-assisted laparoscopic radical nephrectomy: comparison to open radical nephrectomy / Stifelman M.D., Sosa R.E., Nakada S.Y. et al. // Urology. – 2001. – Vol. 58. – №4. – P. 517–520
4. Аляев Ю.Г., Крапивин А.А., Аль-Агбар Н.И. Современные аспекты диагностики и лечения объёмных образований почки // Актуальные вопросы онкоурологии. Заболевания предстательной железы. – Уфа, 2003. – С. 12–15
5. Темиров Н.Х. Лапароскопическая ассистированная радикальная нефрэктомия при лечении опухолей почек// Автореф.дисс.канд.мед.наук.М.2006.-24 с.
6. Теодорович О.В., Кадыров З.А., Забродина Н.Б. Технические особенности лапароскопической ассистированной радикальной нефрэктомии // Актуальные вопросы лечения онкологических заболеваний. – М. 2003.- С.157-158

ХУЛОСА

МАВРИДИ ИСТИФОДАИ ИЗОЛАИ ГУРДА ТАВАССУТИ ЛАПАРОСКОП ВА ЁРИРАСОН

Н.Х.Темиров, А.Б.Ҳоҷиев, А.А.Николаев

Дар мақола натиҷаи изолаи гурда (нефрэктомия) бо лапароскоп ҳангоми ҳидронефрози гурдаи чап дар бемори 19-сола бо гузоштани гузаргоҳи дастраси трансперитонеалӣ барои дасти ҷарроҳ пешниҳод шудааст.

Усули пешниҳодшуда дар худ ҳамаи афзалиятҳои ҳам дахолати лапароскопӣ ва ҳам дахолати ҷарроҳии кушодро дорост, ки ин барои беҳтар гардидани сифати муоинаи узвҳои дарунии шикам дар рафти ҷарроҳӣ имконият медиҳад ва ҳангоми иҷроиши чунин ҷузъҳои асосии ҷарроҳӣ: ҷудо кардани ҳолиб, рагҳои асосии гурдаҳо, пӯчидани рагҳо бо исканҷа хеле кӯмак мерасонад.

SUMMARY

CASE OF LAPAROSCOPIC ASSIST NEPHRECTOMY IN KIDNEY HYDRONEPHROSIS

N.H.Temirov, A.B.Khojiev, A.A. Nikolaev

The result of laparoscopic nephrectomy in hydronephrosis of left kidney in 19-year-old patient with a transperitoneal access port settings for the introduction of the surgeon's hands was presented.

The proposed method combines the advantages of both laparoscopic and open surgical procedures, thus improving the quality of intraoperative revision of the abdominal cavity and provided substantial assistance in the implementation of key maneuver operations as selecting the ureter, renal main vessels and their intersection with the clipping.

Key words: laparoscopic nephrectomy, hydronephrosis, assisted laparoscopic nephrectomy

Адрес для корреспонденции:
Н.Х.Темиров – врач-уролог клиники «Эндохирургия»; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Дружбы Народов-106. E-mail:nurali1973@mail.ru 985-34-99-76

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ У ДЕВОЧЕК В ПЕРИОДЕ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ В УСЛОВИЯХ г.НАХИЧЕВАНИ

И.Р.Мустафаева, Э.М. Алиева, Ш.Ш.Асадова
Кафедра акушерства и гинекологии №3
Азербайджанского медицинского университета, г.Баку

Авторы провели обследование 260 девочек в возрасте 10-17 лет с целью выявления частоты различных патологических состояний и последующей их коррекции в периоде полового созревания. Исследование показало, что у 121 (46,5%) девочек отмечается физиологическое течение периода полового созревания, а у 139 (53,5%) девочек – различные патологии, влияющие на процесс формирования репродуктивной функции. В ходе исследовании выявлены: высокая частота поликистоза яичников (32,4%), ювенильные кровотечения (14,4%), фолликулярные кисты (22,3%), а также наличие различной степени выраженности гирсутизма (15,1%), преимущественно яичникового генеза.

Ключевые слова: поликистоз яичников, ювенильное кровотечение, гирсутизм, фолликулярная киста, период полового созревания девочек

Актуальность. Состояние женского организма определяется многообразием факторов: генетических, социально-экономических, психологических, алиментарных. Основу репродуктивного здоровья женщины составляет особенность периода полового созревания. В это время происходит формирование вторичных половых признаков и становление менструальной функции. Заболевания, перенесённые в периоде полового созревания, существенно влияют на течение пубертата и увеличивают частоту гинекологических заболеваний в последующие годы жизни [5].

По данным Богдановой Е.А., профилактический осмотр девочек выявил наличие у 15-18% девочек гинекологических заболеваний и нарушений менструального цикла. В структуре этих заболеваний преобладают инфильтративные процессы [2]. Мартыш Н.С. и соавт. определили опухоли и опухолевидные образования у 1-4,6% обследованных детей и подростков [6,7]. Исследование медико-социальных факторов, влияющих на формирование органов репродуктивной системы в г.Санкт - Петербурге позволили установить, что 28% девочек-подростков курят, 13% девочек употребляют алкоголь, 4% девочек периодически пробуют наркотики, что, безусловно, отражается на генеративной функции женского организма [1,4].

Исследование состояния репродуктивного здоровья у девочек, проживающих в г. Москве, выявили, что средний возраст начала половой жизни приходится на 16,81+0,06 лет. При этом 21,9% девочек начали половую жизнь в 13 лет, 40% - 14 лет, 21% - 15лет, 17,1% - старше 15лет [3]. Впервые исследование периода полового созревания девочек, проживающих в условиях г.Баку в Азербайджане, было проведено Фаталиевой Л.М. [8]. Учитывая ограниченность научных исследований относительно особенностей течения пубертатного периода в Республике Азербайджан и актуальность данной проблемы, определена цель настоящего исследования.

Целью исследования явилось изучение частоты различных патологических процессов и эффективности методов их коррекции у девочек в периоде полового созревания, проживающих в условиях г.Нахичевани Азербайджанской Республики.

Материал и методы. Исходя из поставленной цели, было обследовано 260 девочек в возрасте 10-17 лет, проживающих в г.Нахичевани. Из них у 121 (46,5%) девочки отмечалось физиологическое течение периода полового созревания, у 139 (53,5%) девочек определялись различные патологические процессы, влияющие на процесс формирования их репродуктивной функции.

Обследование включало сбор анамнеза, включая возраст родителей при рождении девочек, состояние их здоровья, жилищно-бытовые условия, особенности питания, наличие вредных привычек. Оценка физического развития девочек проводилась измерением веса, роста, наружных размеров таза.

У всех девочек для характеристики периода полового созревания определялись выраженность вторичных половых признаков в каждой возрастной группе, гирстное число, особенности становления менструальной функции. Было проведено ультразвуковое исследование органов малого таза. С целью исследования гормональной активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы девочек определялись уровни фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ), тиреотропного (ТТГ) гормонов, а также дегидроэпиандостерон-сульфата (DEAS), тестостерона, эстрадиола. Учитывая, что г.Нахичевань является зоной эндемического зоба, у всех девочек функциональная активность щитовидной железы оценивалась определением уровней тироидина (Т3) и тироксина (Т4).

Результаты исследования. Обследование девочек в периоде полового развития в условиях г.Нахичевани на основании клинических, функциональных, гормональных методов исследования

выявило высокую частоту поликистоза яичников (32,4%), ювенильных кровотечений (14,4%), фолликулярных кист (22,3%), а также наличие различной степени выраженности гирсутизма (15,1%) преимущественно яичникового генеза.

Проведённое исследование позволило установить различную вариабельность патологических процессов у девочек в пубертатном периоде, существенно меняющихся в динамике периода полового созревания. Наиболее частой патологией, выявленной при скрининговом обследовании девочек в условиях г.Нахичевани, был поликистоз яичников. Установлено, что частота синдрома поликистозных яичников в 10-11 лет составила 16,7%, в 12-13 лет - 15,4%, в 14-15 лет - 52,2%, в 16-17 лет - 37,5%, что позволяет утверждать увеличение частоты данного патологического процесса с последующим снижением её к началу репродуктивного периода.

Данный синдром определялся на фоне отсутствия выраженных клинических проявлений и жалоб девочки. При этом диагноз ставился на основании динамического исследования за состоянием яичников с помощью ультразвукового исследования (УЗИ). Проведение УЗИ в динамике менструального цикла позволило определить наличие ановуляторного маточного цикла, увеличение размеров яичников. Обследование этих девочек выявило наличие высоких параметров гирсутного числа, а также повышение уровня эстрогенов в раннюю фолликулярную фазу. При этом у девочек с установившимся менструальным циклом отмечалось отсутствие патологических изменений в длительности менструального цикла и характере менструации. Коррекция данного патологического процесса включала нормализацию учебных нагрузок, снижение стрессовых нагрузок, массы тела с последующим назначением циклической гормональной терапии эстроген-гестагеновыми препаратами с относительно низким содержанием эстрогенного компонента: Дианэ-35, Ригевидон (35мкг), Логест (20мкг) с 5-го по 25 день менструального цикла в течение 3 месяцев с последующим повторным проведением клинических и функциональных методов обследования.

Одним из наиболее частых патологических процессов в пубертатном периоде у девочек в условиях г.Нахичевани явились ювенильные маточные кровотечения (ЮМК). В возрасте 10-11 лет частота данной патологии была 44,4%, в 12-13 лет - 30,8%, в 14-15 лет - 8,7%, в 16-17 лет - 2,8%. Таким образом, относительно раннее становление менструальной функции предполагало высокую частоту ЮМК, что отражает недостаточную зрелость гипоталамо-гипофизарной системы, регулирующую менструальную функцию.

Высокая частота ювенильных кровотечений у девочек в 10-11 лет и 12-13 лет предполагала проведение комплекса дополнительных методов обследования и этапности лечебных мероприятий. В каждом отдельном случае проводился комплекс лабораторных исследований, включающих клинических анализ крови с лейкоформулой, определение времени свёртывания крови, биохимическое исследование крови с последующей консультацией эндокринолога, после чего девочкам с ЮМК проводился комплекс консервативных методов лечения. При этом тактика терапии ЮМК зависела от оценки общепринятых критериев, отражающих выраженность маточных кровотечений: интенсивность кровотечений, тяжесть анемии, календарный возраст девочки, особенности физического и полового развития, становления менструальной функции. Симптоматическая терапия включала назначение средств, сокращающих матку: окситоцин, метилэргометрин; кровеостанавливающих препаратов: хлорид кальция, викасол; витаминотерапию, препаратов железа. Учитывая величину кровопотери и наличие постгеморрагической анемии, с целью стабилизации гемодинамики и улучшения общего состояния проводилась инфузионная терапия 5% растворами глюкозы, Рингера-Локка, низкомолекулярных декстранов, при необходимости с целью гемостаза проводилось переливание донорской плазмы.

Своевременное назначение гормонального гемостаза является важным компонентом успешного лечения. Показаниями к назначению гормональной терапии были: обильные кровотечения, отсутствие эффекта от симптоматической терапии, а также длительные менструации у девочек. Гормональный гемостаз проводился эстроген-гестагеновыми препаратами с содержанием низкодозированного эстрогенного компонента (35мкг). При этом применялся Ригевидон, Диане-35, Марвелон от 3 до 4 таблеток через каждые 3 часа в зависимости от интенсивности кровотечения с последующим снижением дозы и частоты приёма препарата до полного прекращения кровопотери - до 1 таблетки в сутки. Следует отметить необходимость длительного приёма данного эстроген-гестагенового препарата: в течение 3-6 месяцев, что обеспечивает достаточно стойкий положительный эффект. Учитывая, что в большинстве наблюдений причиной ЮМК была длительная персистенция фолликула, девочки находились под наблюдением более двух лет, в течение которых определялась регулярность менструального цикла, наличие овуляторного маточного цикла. Учитывая отсутствие органических изменений эндометрия (по данным УЗИ) у девочек с ЮМК, показаний для диагностического выскабливания стенок матки не было. В проведённом нами исследовании отмечалась высокая эффективность своевременной терапии ЮМК с применением гормонального гемостаза.

В результате настоящего исследования было установлено, что наиболее частой патологией у девочек в периоде полового созревания в условиях г.Нахичевани было наличие фолликулярных кист (22,3%). При этом частота этих опухолевидных образований существенно не различалась во всех возрастных группах: в 10-11 лет составила 16,7%, в 12-13 лет - 26,9%, в 14-15 лет - 21,7%, в 16-17 лет - 22,2%. Следует отметить, что характерной особенностью клинического течения фолликулярных кист у девочек было, преимущественно, её бессимптомное течение, в единичных случаях отмечались тянущие боли внизу живота, увеличение волосяного покрова по всему телу. По данным УЗИ, средние размеры фолликулярной кисты составили 3,7+0,8см. Таким образом, основным методом диагностики опухолевидных образований яичников у девочек явилось ультразвуковое исследование.

При определении фолликулярной кисты в пубертатном периоде и отсутствии её клинических проявлений тактика была выжидательной, проводилось динамическое наблюдение за размерами фолликулярной кисты в течение 3-6 месяцев. В большинстве случаев фолликулярная киста исчезала спонтанно, что позволяло не проводить гормональную терапию, а также необоснованное оперативное вмешательство. При сохранении фолликулярной кисты проводилась циклическая гормональная терапия эстроген-гестагеновыми препаратами в течение 3 месяцев, под влиянием которой отмечалась полная редукция опухолевидного образования.

Одним из патологических процессов, отмечаемых у девочек в периоде полового созревания в условиях г.Нахичевани, был гирсутизм. При этом частота избыточного оволосения значительно увеличивалась с возрастом девочек, достигая максимальных значений к 16-17- летнему возрасту.

По данным проведённого исследования у девочек в возрасте 10-11 лет явления гирсутизма не отмечались, в 12-13 лет частота избыточного оволосения составила 11,5%, в 14-15 лет - 8,7%, в 16-17 лет - 22,2%, что, безусловно, является результатом высокой частоты поликистоза яичников и фолликулярных кист. Учитывая спонтанное разрешение этих патологических процессов, становится важным динамическое наблюдение за формированием функциональной активности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, за установлением овуляторного менструального цикла.

При нарастании выраженности гирсутизма к 16-17 годам после клинических, функциональных, гормональных и биохимических методов исследования при наличии гиперандрогении яичникового генеза проводилась коррекция эстроген-гестагеновыми препаратами с 5-го по 25 день менструального цикла в течение 3 месяцев с последующим динамическим наблюдением за функциональной активностью яичников.

Таким образом, в преимущественном большинстве определяемых патологических процессов, учитывая формирование гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы в периоде полового созревания, является важным динамическое наблюдение за состоянием репродуктивной системы. При отсутствии спонтанного разрешения процесса: установления овуляторного менструального цикла, является важным проведение коррекции нарушений применением гормональных препаратов. При наличии ЮМК показана госпитализация девочки с последующим проведением симптоматической и патогенетической терапии.

Литература

1. Баранов А.Н., Санников А.Л, Банникова Р.В. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин // Архангельск. – Изд-во АГМА. – 1997. –177 с.
2. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков // -М. -Медиц. информ. агентство, 2004.-302 с.
3. Григорьева Е.Е. Резервы оптимизации репродуктивного здоровья в современных социально-экономических условиях крупного промышленного города //Автореф. дисс…д.м.н.-М.2007.-37с.
4. Захарова Т.Г., Филиппов О.С. Роль репродуктивного здоровья девушек-подростков в перинатальной охране плода // – Актуальные вопросы организации акуш. и гинек., -2001-2002, Т.1, №1, -С.1-5
5. Малявская С.И.Физиологические механизмы развития гиперандрогенных состояний в процессе полового созревания, ранняя диагностика и прогнозирование возникновения // Автореф. дисс... к.м.н. – Архангельск. – 1995
6. Мартыш Н.С., Богданова Е.А., Кузнецова М.Н. Эхографическая диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников у девочек // Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии. – РАМН – 1997.-180с.
7. Мартыш Н.С., Кузнецова М.Н., Кулаков В.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии детского и подросткового возраста //– М. – Медицина.-1994.-113с.
8. Фаталиева Л.М., Алиева Э.М. Особенности исследования гипоталамо-гипо-физарно-яичниковой системы девочек при задержке полового развития в условиях г. Баку // -2006. – №10.-С.47-52

Хулоса

ХУСУСИЯТҲОИ РАВАНДҲОИ ПАТОЛОГӢ, УСУЛҲОИ ТАСҲЕҲИ ОНҲО ДАР ДУХТАРОНИ СИННИ БАЛОҒАТ ДАР ШАРОИТИ ш. НАХИЧЕВАН

И.Р.Мустафаева, Э.М.Алиева, Ш.Ш.Асадова

Муаллифон муоинаи 260 нафар духтарони 10-17 соларо бо мақсади ошкор кардани басомади ҳолатҳои гуногуни эътилолӣ ва тасҳеҳи баъдинаи онҳоро дар давраи балоғат гузаронидand.

Тадқиқот нишон дод, ки дар 121 (46,5%) нафар духтарон ҷараёни физиологии давраи балоғат ва дар 139 (53,5%) нафар – эътилолоти гуногун мушоҳада карда шуд, ки ба ҷараёни ташаккули вазоифии насловарии духтарон таъсир мерасонад.

Дар рафти тадқиқот басомади поликистози тухмдонҳо (32,4%), хунравии ювенилӣ (14,4%), кистаҳои фолликулярӣ (22,3%), инчунин мавҷудияти дарачаҳои гуногуни возеҳии гирсутизм (15,1%), яъне сермӯии вобаста аз пайдоиши тухмдонӣ ошкор карда шуд.

SUMMARY
THE PECULIARITIES AND CORRECTION METHODS OF PATHOLOGICAL PROCESSES IN PUBERTY GIRLS IN NAKHICHEVAN CITY CONDITIONS

I.R.Mustafaeva, E.M.Alieva, Sh.Sh.Asadova

The authors conducted an examination of 260 girls at the age of 10-17 years for the purpose of exposure of different pathological conditions frequency and following their correction in pubertal period.

The study showed that physiological course of pubertal period was observed in 121 (46.5%) girls, and 139 (53.5%) had different pathologies that influence on reproductive function forming process. In the course of study high frequency of polycystic ovaries (32.4%), juvenile hemorrhages (14.4%), follicular cysts (22.3%) and also different degrees of hirsutism (15.1%), mainly ovarian genesis, were detected.

Key words: polycystic ovaries, juvenile hemorrhage, hirsutism, follicular cyst, pubertal period of girls

Адрес для корреспонденции:
И.Р.Мустафаева - аспирантка кафедры акушерства и гинекологии №3 Азербайджанского медицинского университета; г.Нахичевань, E-mail:doctor mustafayeva@yahoo.com

СТРУКТУРА ПРИЧИН И ДИАГНОСТИКА БЕСПЛОДНОГО БРАКА У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Д.А.Ходжамуродова
Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РТ

В структуре причин бесплодного брака ведущее место занимает эндокринное бесплодие, что составляет 36,7%, затем следует трубно-перитонеальное – 30%, мужской фактор –17,1%, маточный фактор – 12,9%, другие формы бесплодия – 3,2%. Как показали наши исследования, только у 19,4% (247/1278) больных наблюдается один из факторов (изолированная форма), приводящих к бесплодию, тогда как в 80,6% (1031/1278) случаях отмечалось сочетание от 2 до 5 факторов. В среднем на каждую бесплодную пару приходится 3,4±0,06 форм бесплодия.

Ключевые слова: бесплодный брак, женское и мужское бесплодие, эндокринное бесплодие

Введение. Одной из наиболее сложных и актуальных проблем гинекологии до настоящего времени продолжает оставаться проблема бесплодия в браке. Несмотря на совершенствование комплексных клинико-лабораторных обследований и эндоскопических методов, внедрение в широкую клиническую практику вспомогательных репродуктивных технологий, частота бесплодия в браке колеблется в широких пределах и не имеет тенденции к снижению во всех странах мира [1-3,8,9]. Всемирная организация здравоохранения определяет бесплодие как болезнь и излечение от этой патологии становится воплощением важнейшего права человечества – возможность иметь детей, подобно получению помощи в случае необратимого анатомического или физиологического отклонения. Поэтому бесплодные супружеские пары имеют право на лечение с использованием всех средств, доступных современной репродуктивной медицине [7].

В структуре бесплодного брака эндокринное женское бесплодие занимает значительную часть – около 30-40% и характеризуется полиморфностью клинических и лабораторных проявлений. Однако, существует единственный признак, объединяющий все формы эндокринного бесплодия – это ановуляция. Механизм формирования ановуляции един – нарушение реализации связей в системе гипоталамус-гипофиз-яичники, а причинами её являются повреждения на различных уровнях репродуктивной системы и нарушение функции других эндокринных желёз. Таким образом, принцип лечения эндокринного женского бесплодия заключается в обеспечении процесса овуляции [5].

В отличие от данных зарубежных и российских исследований, в Таджикистане встречаются ранние, родственные, неравные и насильственные браки, которые усугубляют течение психофизиологических процессов в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, особенно, в пубертатном и в раннем репродуктивном возрасте.

До сих пор врачи механически и нецелесообразно больным с аменореей проводят обследование инфекционного статуса и больным с эндокринными нарушениями без определения гормонов в крови назначают гормональное лечение и, тем самым часто оттягивают и усложняют процесс диагностики. При этом больные теряют время, снижаются шансы на своевременное излечение [1,5].

Неуклонно возрастающий жизненный темп современного техногенного общества, ухудшение экологии, возросшая миграция населения, демографическая ситуация, изменение режима и характера питания (отход от традиционной кухни), особенности репродуктивного поведения обосновывают необходимость изучения частоты клиники, диагностики и лечения бесплодного брака в различных климатогеографических регионах мира, в частности, в Республике Таджикистан.

Изучение медицинской географии бесплодия у женщин обосновывается частым сочетанием гинекологической патологии с заболеваниями щитовидной железы, другой эндокринной патологией, нарушением менструальной функции на фоне йоддефицитного состояния, с генитальным туберкулёзом. Всё это и определяет актуальность данного исследования.

Цель исследования: оценка причинных факторов и диагностика бесплодия в браке у жителей Республики Таджикистан.

Материал и методы. Обследованы 1278 супружеских пар с бесплодием по данным обращаемости в отделение гинекологической эндокринологии Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РТ за последние 5 лет (2006-2010гг.) в возрасте от 17 до 40 лет.

Средний возраст обследованных женщин составил 24,71±0,28. Длительность бесплодия у супружеских пар составила 5,80±0,11год. Проведены следующие методы исследования: беседа с супружескими парами, общий и гинекологический осмотр, отбор больных и оценка фертильности спермы мужа (консультация андролога), лабораторно-инструментальные (бактериологические исследования из цервикального канала на TORCH инфекцию, гормональный скрининг -ЛГ, ФСГ, Пр,Е2,Т,К, 17-ОП, ДЭАС, ТТГ, Т4 и Т3 –на 2-5 день цикла; ЛГ, Е2- на 12-14 дни менструального цикла; прогестерон на 20-22 дни цикла (при регулярном ритме менструаций или после индуцированного гестагенами цикла), исследования менструальной крови на БК, оральный глюкозо-толерантный тест, посткоитальный тест, УЗИ матки и яичников (мониторинг фолликулов), диагностика и лечение маточных труб на комплекс ДЛТБ-01, ГСГ (гистересальпингография), гистероскопия и лапароскопия, рентгенография черепа и компъютерная томография (по показаниям).

Результаты и их обсуждение. Из анамнеза обследованных 1278 бесплодных пар ранние браки составили 361 (28,3%) супружеских пар, родственные - 137 (10,7%), неравные - 103 (8,1%), насильственные – 270 (21,1%).

В процессе исследования больных был разработан следующий алгоритм обследования супружеских пар с бесплодием (рис. 1).

Рис. 1. Алгоритм обследования супружеских пар с бесплодием

На основании анамнестических данных, клинико-гормональных исследований и анализа результатов дополнительного и эндоскопического обследования выявлены следующие клинико-патогенетические формы бесплодия в браке.

В структуре эндокринного генеза бесплодия у обследованных 1278 женщин патология с йоддефицитным состоянием выявлена у 869 (68%) больных, с гипотиреозом – у 160 (12,5%), гипертериозом – у 65 (5,1%), с нарушением менструального цикла – у 461 (36,1%), по типу гипоолигоменореи – у 240 (18,8%), гиперполименореи – у 80 (6,3%), первичной аменореи – у 33 (2,6%), вторичной аменореи – у 108 (8,5%) больных.

Следующей формой в структуре бесплодия эндокринного генеза является синдром поликистозных яичников (СПКЯ) как проявление мультифакторной патологии – у 296 (23,2%) больных. Из 3 групп СПКЯ - центрального, надпочечникового и яичникового генеза, у наших больных превалировал яичниковый генез СПКЯ - у 286 больных. На таблице показаны характерные клинические и лабораторные признаки этого состояния.

Таблица 1

Признаки яичниковой формы синдрома поликистозных яичников

№	Клинические и лабораторные признаки	Результаты (n-286)
1.	Позднее наступление менархе	14,5±0,36год; 249 (87,1%) больных;
2.	Нарушение менструального цикла с менархе	91(35%) по типу гипоолигоменореи; 44 (15,4%) - по вторичной аменорее;
3.	Гирсутизм	17,28±0,95; 189 (66,1%) больных;
3.	Ожирение по висцеральному типу	ИМТ -28,39±0,67; 179(62,5%) больных
4.	Индекс ЛГ/ФСГ	3,2±0,6МЕ/л
5.	Ультразвуковая характеристика яичников	239 (83,5%) больных - увеличение размеров яичников, периферическое расположение фолликулярных кист
6.	Лапаротомические и видео-лапароскопические особенности яичников	174 (60,8%) больных - плотные, серо-белесоватого цвета, отсутствие сосудистого рисунка на поверхности
7.	Эффективность оперативного лечения	91,3%

Проведено оперативное вмешательство у 174 (60,8%) больных с СПКЯ: клиновидная резекция яичников, декапсуляция яичников, электрокаутеризация.

Смыслом всех проводимых оперативных вмешательств явилось разрушение или удаление части яичника, продуцирующего андрогены. Вследствие чего, по данным нашего исследования - у 91,3% больных восстанавливались нормальные взаимоотношения между центральными структурами и яичниками (см. табл.).

Большой процент больных составила вторичная гиперпролактенемия у 214 (16.9%) больных, наблюдаемая при гипотиреозе (синдром Ван-Вик-Роуз-Хенес) – у 68 (5,3%) женщин, и с поликистозом яичников – у 112 (8,8%). Гипотиреоз-аменорея-галакторея-гиперпролактинемия диагностировалась на основании жалоб больных и лабораторных показателей, указывающих на гипофункцию щитовидной железы.

Следующая группа больных с гипоталамо-гипофизарной недостаточностью составила 177 (13,8%). Из анамнеза больных выяснилось: 89 % больных из группы уже в возрасте 16-17 лет при отсутствии менструации и отсутствии вторичных половых признаков не обратились за помощью к акушер-гинекологу по религиозным обычаям. При УЗ-исследовании выявлена гипоплазия матки I степени – у 329 (25,7%), II-III степени – у 44 (3,4%) пациентов. Больные имели низкие концентрации гонадотропинов (ЛГ<3,6±0,8 МЕ/л; ФСГ<2,3±0,4 МЕ/л) и эстрадиола (Е2 < 41±3,4 пмоль/л) в плазме

крови при нормальных значениях других гормонов. 21 (1,6%) из исследуемых пациенток самостоятельно не менструировали, у 49 больных обнаружена первичная аменорея, у 107 (8,4%) - вторичная аменорея. Клинически они характеризуются диспропорциональным типом телосложения, гипоплазией вторичных половых признаков, наружных и внутренних половых органов (размеры матки соответствовали 7-11 летнему возрасту девочек).

Таким образом, в структуре бесплодного брака, эндокринное женское бесплодие занимает первое место – у 469 (36,7%) пациентов и характеризуется полиморфностью клинических и лабораторных проявлений (рис.2).

Частота трубно-перитонеальных форм бесплодия колеблется от 35% до 60%, по данным ряда авторов, и обнаруживается в среднем у половины всех пациенток, обращающихся по поводу лечения бесплодия. При этом преобладает трубный фактор (35-40%), а перитонеальная форма бесплодия встречается в 9,2 - 34% случаях [1-3,6,8,9].

В нашем исследовании частота трубно-перитонеальных форм в среднем составляет 30% (384/1278) и занимает второе место в структуре причин бесплодия в браке. Определены наиболее вероятные причины поражения маточных труб – у 258 (20,2%): образование спаечного процесса в малом тазу II и III ст. – у 107 (8,4%) после перенесённых ранее воспалительных заболеваний органов малого таза, эндометриодные кисты – у 19 (1,5%) .

Заболевания, передающиеся половым путём (ЗППП), обнаружены у 604/1278 (47,3%) больных, характерное сочетание с хламидиозом - в 78 случаях, с другими возбудителями половой инфекции: с гонококками - 22, трихомонадой - 32, уреаплазмой - 118, микоплазмой - 108, кандидозом - 121 и гарднереллёзом - 168, ЦМВ - у 217 и ВПГ - у 185 больных и 4 ВИЧ-положительных пациенток. Микс-инфекция от 2 и больше отмечается у 457/604 (75,7%) больных, и только 24% супружеских пар с трубно-перитонеальным бесплодием не отмечают в анамнезе заболеваний, передаваемых половым путём, ни у одного из партнёров.

Количество больных с генитальным туберкулёзом, с развитием туберкулёзного эндометрита и сальпингита составило 114 (8,9%) больных.

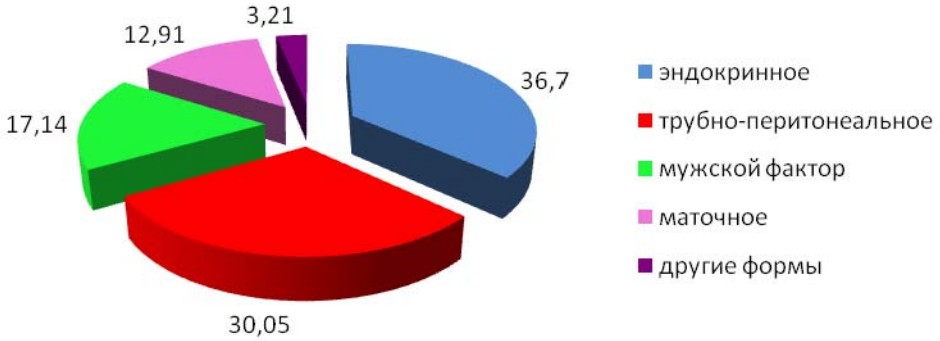


Рис 2. Структура основных форм бесплодия в браке по МКБ-10 (n=1278)

Больные с маточной формой бесплодия по частоте встречаемости при бесплодном браке заняли третье место – у 165 (12,9%) обследованных женщин. Исследования обнаружили характер патологических изменений матки и эндометрия: полипы эндометрия – у 37 (2,9%), цервикального канала – у 14 (1,1%), миома матки - у 31 (2,4%), аденомиоз – у 36 (2,8%), внутриматочные синехии

– у 11 (0,9%), аномалии развития матки – у 18 (1,4%), гиперпластические процессы эндометрия – у 18 (1,4%).

Другие формы женского бесплодия занимали четвёртое место по частоте встречаемости и были выявлены у 3,2% (41/1278) больных. Анализ эндоскопического обследования больных показал, что преобладающим заболеванием являлся синдром Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser – у 17 (1,3%), доброкачественные новообразования яичников – у 24 (1,9%) больных.

Таким образом, в соответствии с требованиями МКБ-10, результаты обследования 1278 бесплодных супружеских пар были проанализированы и закодированы в соответствии с разделом №97 «Женское бесплодие» [4].

В структуре причин бесплодного брака ведущее место занимают эндокринное бесплодие, оно составляет 36,7%, затем следует трубно-перитонеальное – 30%, мужской фактор – 17,1%, маточный фактор – 12,9%, другие формы бесплодия – 3,2%. И только у 19,4% больных наблюдается один из факторов (изолированная форма), приводящая к бесплодию, тогда как в 80,6% случаях отмечалось сочетание от 2 до 5 факторов и в среднем для каждой бесплодной пары приходится 3,4±0,06 форм бесплодия (рис. 2).

Таким образом, разработанный нами алгоритм обследования супружеских пар с бесплодием, анализ структуры факторов развития данной патологии, а также своевременная диагностика с использованием современных технологий позволили нам качественно и информативно установить формы и причинные факторы бесплодия в браке за короткий срок.

Литература

1. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению/ Под ред. В.И. Кулакова. – М., ГЭОТАР- Медиа, 2005. - 616 с.
2. Кулаков В.И. Лечение женского и мужского бесплодия// Вспомогат. репродуктив. технологии. - М., 2005
3. Кулаков В.И. Спорные и нерешённые вопросы вспомогательной репродукции у гинекологических больных// Акушерство и гинекология. - 2006. - Приложение. - С. 4-8
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем// 10-й пересмотр. В 3-х томах: Пер. в англ.-ВОЗ, Женева: Медицина-1995
5. Назаренко Т.А. Современные подходы к диагностике и лечению бесплодия в браке // Российский вестник акушера-гинеколога. -2006. - Т. 6, № 5. - С. 63-65.
6. Овсянникова Т.В. Диагностика и лечение бесплодия, обусловленного генитальным эндометриозом // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2008. - Т. 8, № 4. - С. 98-100
7. Руководство ВОЗ по стандартизованному обследованию и диагностике бесплодия супружеских пар/ Пер. с англ. - М, Мед.Пресс, 1997. – 91 с.
8. Pregnancy rates after laparoscopic treatment. Differences related to tubal status and presence of endometrioses /Maruyama M., Osuga Y., Momoeda M et al.//J. Reprod. Med. ´-2000. -Vol.45, №2. – P. 89-93
9. Role of hysteroscopy in the diagnosis and treatment of infertility / Merviel P., Mergue J.L., Sananes S. et al. //Presse Med.-2000. Vol. 29, №23.-P. 1302-1310

ХУЛОСА
ТАРКИБИ САБАБҲО ВА ТАШХИСГУЗОРИИ ИЗДИВОҶИ БЕНАСЛ ДАР БАЙНИ АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН
Ҷ.А.Ҳоҷимуродова

Дар таркиби сабабҳои издивоҷи бенасл ҷои намоёнро безуриётии эндокринӣ бо 36,7% ишғол менамояд, баъд аз он, сабаби тухмрону сифоқӣ – 30%, омили мардӣ – 17,1%, омили бачадонӣ – 12,9% ва дигар шаклҳои безуриётӣ бошад 3,2%-ро ташкил медиҳанд. Чӣ хеле, ки тадқиқот нишон дод, дар 19,4% (247/1278) беморон танҳо яке аз омилҳое (шакли ҷудошуда), ки ба безуриётӣ меорад, мушоҳада шуд, ин дар ҳоле, ки дар 80,6% (1031/1278) мавридҳо боҳамоии (омезиши) 2-5 омилҳо ба назар мерасад ва ба ҳисоби миёна барои ҳар як ҷуфти бенасл тақрибан 3,4± 0,06 шаклҳои безуриётӣ рост меояд.

SUMMARY
STRUCTURE OF THE CAUSES AND DIAGNOSIS OF INFERTILE MARRIAGES THE INHABITANTS OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN
D.A. Khojamurodova

In the main causes of infertile marriages, took the lead endocrine sterility, which is 36,7%, followed by tubal-peritoneal - 30% -17.1% male factor, uterine factor - 12,9%, other forms of infertility - 3,2 %. As shown by our study, only 19.4% (247/1278) of patients has one of the factors (isolated form), leading to infertility, whereas 80.6% (1031/1278) of cases patients had a combination of 2-5 factors and the average for each infertile couples have an average 3,4 ± 0,06 forms of infertility.

Key words: barren marriage, the male and female infertility, endocrine sterility

Адрес для корреспонденции:
Д.А. Ходжамуродова – зав.отделением гинекологической эндокринологии НИИ АГиП МЗ РТ; Таджикистан, г.Душанбе, ул. М. Турсун-заде, 31. E-mail: innjamilya@hotmail.com

ОСОБЕННОСТИ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК В ПЕРИОДЕ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ В УСЛОВИЯХ г. БАКУ

Л.А.Наджи, Э.М.Алиева
Кафедра акушерства и гинекологии №3
Азербайджанского медицинского университета, г.Баку

Целью исследования явилось изучение частоты встречаемости, клинических проявлений различных опухолевидных образований яичников у девочек в периоде полового созревания в условиях г. Баку. Было обследовано 177 девочек в периоде полового созревания, из которых у 41 (23,2%) девочки были определены различные опухолевидные образования яичников.

В результате проведённого исследования было установлено, что частота фолликулярной кисты составляет 7,34%, поликистоза яичников – 11,3% и воспалительного процесса яичника – 4,52%.

Ключевые слова: фолликулярная киста, воспалительный процесс яичника, поликистоз, пубертатный период

Актуальность проблемы. Пубертатный период – период полового созревания является основой в формировании репродуктивной функции девочек. Существует многообразие факторов, влияющих и определяющих особенности течения периода полового созревания. По данным Е.А.Богдановой, частота нарушений периода полового созревания составляет 15-18% [1].

Одной из проблем детской гинекологической науки является своевременная диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников в пубертатном периоде. Исследования, проведённые в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (Москва) позволили установить, что частота опухолевидных образований яичников у девочек и у девушек составляет 37% [1]. Аналогичные данные приводятся и в других научных исследованиях. По данным авторов [3,6,8] за последнее десятилетие отмечается тенденция к увеличению частоты опухолей и опухолевидных образований яичников, что существенно отражается на частоте нарушений репродуктивной функции. Среди доброкачественных новообразований яичников на долю опухолевидных образований яичников приходится 30,9-45,6% [4,7].

Изучение структуры опухолевидных образований яичников позволили установить, что 70,9% занимают кисты яичников [2,5]. При этом частота фолликулярных кист составляет 85-90%, кист жёлтого тела 2-5%, текалютеиновых кист 1-2% [2,5].

По данным Богдановой Е.А., изучение клинических проявлений опухолей и опухолевидных образований яичников у детей выявило бессимптомное течение у 19,6% девочек, нарушение менструальной функции – у 30% девочек. Из них у 12% девочек отмечались нерегулярные менструации, у 23% девочек – аменорея [1].

Исследования клинических особенностей течения опухолевидных образований яичников позволили установить наличие фолликулярных и геморрагических кист яичников у девочек, высокую частоту осложнений: перекрута и разрыва яичника. Частота перекрута опухолевидных образований яичников, вызывающих клинику “острого живота”, составляет 15% [1].

Цель исследования: изучение частоты встречаемости, клинических проявлений различных опухолевидных образований яичников у девочек в периоде полового созревания в условиях г. Баку.

Материалы и методы исследования. Исходя из поставленной цели, было обследовано 177 девочек в периоде полового созревания. В основную группу были включены 41 (23,2%) девочка с различными опухолевидными образованиями яичников. Учитывая, что в последние годы синдром поликистозных яичников (СПКЯ) выделен в отдельную нозологическую единицу (по МКБ 10 – Е.28.2), девочки, с клинико-диагностическими проявлениями синдрома поликистозных яичников (n=20), условно были отнесены к опухолевидным образованиям яичников. В настоящей работе СПКЯ выделен как патологический процесс яичников.

Сравнительную группу составили 136 (76,8%) девочек с физиологическим течением периода полового созревания. Обследование девочек включало изучение анамнеза девочек, жалоб, определение гемодинамических, антропометрических показателей, измерение наружных размеров таза, выраженности вторичных половых признаков и становления менструального цикла, а также проведение УЗИ органов малого таза и исследование гормонов в сыворотке крови. Полученные результаты подвергались статистической обработке по компьютерной программе “Statgraph”, предназначенных для параметрических и непараметрических методов расчёта средних значений.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования было установлено, что частота опухолевидных образований яичников у девочек в периоде полового созревания составляет 23,2%, что предполагает их наличие у каждой четвёртой обследуемой девочки.

На основании клинических, функциональных методов исследования яичников у 13 (31,7%) девочек (из 41) была диагностирована фолликулярная киста, у 20 (48,8%) - поликистоз яичников и у 8 (19,5%) девочек определялись воспалительные процессы яичников.

Исследование частоты встречаемости различных опухолевидных образований яичников у девочек в периоде полового созревания позволило установить, что частота фолликулярной кисты составляет 7,34%, поликистоза яичников – 11,3% и воспалительного процесса яичника – 4,52%, что позволяет утверждать достаточно высокую их частоту в периоде полового созревания среди различных опухолевидных образований яичников у девочек в периоде полового созревания.

Изучение частоты диагностики различных опухолевидных образований яичников у девочек в периоде полового созревания позволило установить, что среди этих заболеваний у каждой 2-й девочки отмечается поликистоз яичников, у каждой 3-й девочки – наличие фолликулярной кисты, у каждой 5-й девочки – наличие воспалительного процесса яичников.

Результаты исследования возраста девочек с различными опухолевидными образованиями яичников представлены в таблице 1.

Таблица 1

Возрастные особенности девочек с различными опухолевидными образованиями яичников (%)

Опухолевидные образования и патологические процессы яичников	Возраст девочек, лет					
	12-13 (n=9)		14-15 (n=19)		16-17 (n=13)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Фолликулярная киста (n=13)	3	23,1	6	46,1	4	30,8
Поликистоз яичников (n=20)	6	30	6	30	8	40
Воспалительный процесс (n=8)	-	-	7	87,5	1	12,5

Как видно из таблицы, основным периодом диагностики опухолевидных образований яичников является возраст девочек старше 14 лет.

Результаты исследования частоты клинических проявлений опухолевидных образований яичников у девочек в периоде полового созревания представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, клиническими проявлениями наличия фолликулярной кисты яичников у девочек в периоде полового созревания в 21,2% случаев являются боли, преимущественно тянущие и ноющие.

Важным является высокая частота нарушения менструального цикла (10,6%) и менструаций (15,2%). Следует отметить, что почти у всех девочек с фолликулярной кистой яичника отмечается альгодисменорея (19,7%). При этом все эти нарушения определяются на фоне выраженной эмоциональной лабильности девочек.

Таким образом, клиническими проявлениями фолликулярной кисты яичника в периоде полового созревания явились наличие болей различного характера (21,2%), преимущественно тянущих и ноющих болей (13,6%), нарушение менструаций и менструального цикла (25,8%), альгодисменорея (19,7%) на фоне эмоциональной неустойчивости: раздражительности, неврозности, взрывчатости, плаксивости (9,1%).

Таблица 2

Частота встречаемости клинических симптомов при опухолевидных образованиях у девочек в периоде полового созревания (%)

Клинические симптомы	Фолликулярная киста		Поликистоз яичников		Воспалительные процессы	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.Бессимптомное течение	2	3,0	-	-	-	-
2.Боли: -острые боли -тянущие, ноющие боли -боли на фоне физ. нагрузки	14 3 9 2	21,2 4,5 13,6 3,0	3 - 3 -	3,0 - 3,0 -	14 - 8 6	31,8 - 18,2 13,6
3.Нарушение менструального цикла (пройоменорея, опсоменорея, аменорея)	7	10,6	12	12,1	3	6,8
4.Нарушение менструации (олигоменорея, полименорея)	10	15,2	18	18,2	4	9,0
5.Альгодисменорея	13	19,7	-	-	8	18,2
6.Гирсутизм	2	3,0	20	20,2	1	2,3
7.Раннее пубархе	-	-	8	8,1	-	-
8.Акне	4	6,0	16	16,2	-	-
9.Дизурические явления	3	4,5	5	5,1	7	15,9
10.Запоры	3	4,5	-	-	1	2,3
11.Слабость,одышка,утомляемость		3,0	-	-	6	13,6
12.Эмоциональная лабильность	6	9,1	17	17,1	-	-

Примечание: за 100% принято общее количество клинических симптомов.

Изучение клинических симптомов поликистозных яичников у девочек позволили выявить выраженность гирсутизма в 20,2% случаев с ранним пубархе (8,5%), наличием акне (16,2%). Частота нарушения менструального цикла у девочек с поликистозом яичников составляет 12,1%, нарушение менструаций 18,2%. Достаточно важным является выраженная эмоциональная лабильность девочек с поликистозом яичников (17,1%), частота которой кратно превышает аналогичный симптом у девочек с фолликулярной кистой яичников (9,1%).

Изучение особенностей течения воспалительных процессов у девочек позволили также определить различную выраженность болевого синдрома с преобладанием тянущих, ноющих болей внизу живота (18,2%), а также болей на фоне физической нагрузки (13,6%).

Следует отметить высокую частоту альгодисменореи (18,2%), дизурических расстройств (15,9%) при воспалительных процессах яичников. В 13,6% случаев у этих девочек определялась слабость, одышка, утомляемость. Частота нарушений менструации (9%) и менструального цикла (6,8%) была существенно ниже по сравнению с фолликулярной кистой и поликистозом яичников.

Таким образом, в результате исследования клинических проявлений опухолевидных образований яичников у девочек в периоде полового созревания было установлено, что основным периодом диагностики опухолевидных образований яичников является возраст 14 и более лет и высокая частота болевого синдрома, нарушений менструации и менструального цикла, альгодисменореи, дизурических расстройств на фоне слабости, одышки, утомляемости и эмоциональной лабильности.

Литература

1.Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков, 2000. МИА. -313с.
2.Демидов В.Н., Адамян Л.В., Липатенко Ю.И. Применение цветного допплеровского картирования и лапароскопии при объёмных образованиях придатков матки/ – В кн.: Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М. – 1998. – С. 358-359
3. .Кулаков В.И., Адамян Л.В., Киселёв С.И. Диагностическая и хирургическая лапароскопия в гинекологии // Матер. Межд. Гонгресса НЦ АгиП РАМН "Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки (с курсом эндоскопии)." – М. – 1997.- С.15-37
4.Серов В.Н., Кудрявцева Л.И. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников/ – М.- Триада- Х. – 1999.-149 с.
5. Торчинов А.М., Умаханова М.М., Исаев А.К., Муртазаев А.М. Современные методы диагностики доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников/ Сб. научных трудов к 60-летию ГКБ №13 "Актуальные вопросы практической медицины." М.- РГМУ. – 2000. – С. 245
6.Lee V., Nais S., Leing N., Yap L.K. The laparoscopic management of adnexal masses in the department of reproductive medicine in Kandang Kerbau Hospital. // Gyn. Endoscopy.- 1997.- Vol. 6.- № 1. - P. 37
7.Leung T.N., Yuen P.M., Yang W.T. Laparoscopic ultrasound evalution of ovarian lesions: is it better. // 6 th Ann. Congress of the int. Sosiety Gyn. Endoscopy. – Singapore. – 1997.- P. 23
8.Ruhlmann C., Vetrano R., Gonzales D., Basso F., Rolla E. Comparion of laparoscopic versus convertional treatment of ovarian endometrioma. // J. AAGL. – 1996.- Vol. 3. - №4. – P. 44

ХУЛОСА

ХУСУСИЯТҲОИ ТАШКИЛАҲОИ ОМОСМОНАНДИ ТУХМДОНҲОИ ДУХТАРОНИ СИННИ БАЛОҒАТ ДАР ШАРОИТИ Ш. БОКУ

Л.А.Начӣ, Э.М.Алиева

Мақсади тадқиқот – омӯзиши басомади вохӯрди ин гуна амроз ва зуҳуроти саририи ташкилаҳои гуногуни омосмонанди тухмдонҳои духтарон дар давраи балоғат дар шароити шаҳри Боку мебошад. 117 нафар духтарони дар давраи балоғат қарордошта муоина карда шуданд, ки дар 41 (23,2%) нафари онҳо ташкилаҳои гуногуни омосмонанд муайян карда шуданд. Дар натиҷаи тадқиқоти мазкур муқаррар карда шуд, ки басомади кистаи фолликулярӣ - 7,34%, поликистози тухмдонҳо - 11,3% ва раванди илтиҳобии тухмдон - 4,52%-ро ташкил медиҳанд.

SUMMARY

FEATURES OF TUMOR-LIKE FORMATIONS OF OVARIES IN GIRLS AT PUBERTY IN BAKU

L.A. Naji, E.M. Alieva

The aim of the study was to examine the frequency of occurrence, clinical manifestations of different tumor formations of ovaries in girls at puberty in Baku. Were examined 177 girls at puberty, of which in 41 (23,2%) girls were identified various tumor-like formations of ovaries.

The study was established that the incidence of follicular cysts was 7.34%, polycystic ovaries - 11,3% and the inflammatory process of ovary - 4.52%.

Key words: follicular cyst, ovarian inflammation, polycystic, puberty

---

Адрес для корреспонденции:
Э.М.Алиева – зав. кафедрой акушерства и гинекологии №3 Азербайджанского медицинского университета; AZE 1014, г.Баку, E-mail: eli.prof@box.az

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЙ МИНЕРАЛИЗАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОВАРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

М.Я.Камилова, Б.К.Коимдодова, Ф.З.Хамидова
Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РТ

В нашей работе представлены данные денситометрического и гормонального методов исследования у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью до и после профилактики нарушений минерализации костной ткани. Доказано, что у данной контингента пациенток отмечается снижение минеральной плотности костной ткани и различные типы и уровни нарушения менструального цикла. Гормональная терапия, препараты кальция, сбалансированное питание, активный образ жизни улучшали показатели остеоденситометрии.

Ключевые слова: овариальная недостаточность, профилактика остеопения, бесплодие нарушение минерализации костной ткани, репродуктивный возраст

Введение. Известно, что дефицит женских половых гормонов значительно нарушает у таких женщин состояние женского организма [1]. Состояние эстрогендефицита у женщин репродуктивного возраста вызывают, как правило, бесплодие. В настоящее время разработаны различные методы и схемы восстановления детородной функции у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью [2]. Однако, вопросы профилактики нарушений минерализации костной ткани у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью разработаны недостаточно.

Целью нашего исследования явилась оценка результатов денситометрического исследования и профилактики нарушений минерализации костной ткани у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью.

Материалы и методы. Нами обследованы женщины репродуктивного возраста - 118 с овариальной недостаточностью (основная группа) и 32 - с нормальной овариальной функцией (контрольная группа). Из 118 женщин основной группы 95 (72,9± 4,1%) обратились по поводу бесплодия и 23 (27,1±4,1%) - ввиду нарушений менструального цикла. В 60 (50±4,60%) случаях имело место сочетание бесплодия с нарушением менструального цикла. Средний возраст обследованных женщин контрольной группы составил 28,8 ±0,6 лет, основной группы – 25,5 ± 0,45 лет. Для диагностики типа и уровня нарушений менструального цикла проводились следующие методы исследования: определение содержания гонадотропных и половых стероидных гормонов в сыворотке крови, ультразвуковое исследование – мониторинг фолликула и определение диаметра жёлтого тела. С целью определения состояния минеральной плотности костной ткани (МПКТ) производилось остеоденситометрия на двухэнергетическом денситометре «Lunar Prodıgy». Статистическая обработка проведена на компьютере с использованием стандартных программ «Excell».

Результаты исследования. У 88 (74,58±4,008%) женщин имела место нормогонадотропная недостаточность функции яичников, у 24 (20,33±3,70%) - гипергонадотропная, и у 6 (5,084±2,022%) - гипогонадотропная. Среди женщин с нормогонадотропной овариальной недостаточностью у 13 (14,77± 3,78%) диагностирован ановуляторный менструальный цикл по типу персистенции фолликула, у 30 (34,09±5,05%) - по типу атрезии фолликула, недостаточность лютеиновой фазы – у 45

(51,14±5,33%). Женщины с гипергонадотропной овариальной недостаточностью распределялись по типу нарушений менструальной функции следующим образом: нарушение менструального цикла по типу персистенции фолликула отмечено у 5 (20,83±8,28%), по типу атрезии фолликула – у 4 (16,66±7,61%), недостаточность лютеиновой фазы - у 15 (62,5±9,88) человек. При гипогонадотропной овариальной недостаточности ановуляторный менструальный цикл по типу атрезии фолликула выявлен у 2 (33,33±19,25%), по типу персистенции фолликула - у 3 (50±20,41%), недостаточность лютеиновой фазы – у 1 (16,66±15,21%) женщин.

Распределение пациенток по длительности бесплодия показало, что бесплодие в 1-3 года имели 28 (29,47±36,8%), 32 (33,68±4,85%) имели продолжительность бесплодия от 3 до 5 лет. Длительность бесплодия более 5 лет отмечено у 35 (36,84±4,95%) соответственно.

У женщин с нормогонадотропной овариальной недостаточностью диффузное увеличение щитовидной железы выявлена выявлено у 60 (68,18±4,96%) , хронический пиелонефрит - у 35 (39,77±5,22%), анемия - у 6 (6,82±2,69%), ожирение - у 13 (14,77±3,78%) и дефицит массы тела - у 17 (19,32±4,21%).

Женщины с гипергонадотропной овариальной недостаточностью имели йоддефицитное состояние - 16 (66,67±9,62%), патологию почек - 13 (54,17±10,17%), анемию - 3 (12,5±6,75%), дефицит массы тела - 1 (4,17±4,08%) и ожирение - 5 (20,83±8,29%) человек. У женщин с гипогонадотропной овариальной недостаточностью диффузное увеличение щитовидной железы выявлено у 2 (33,33±19,25%), хронический пиелонефрит - у 1 (16,66± 15,31%) анемия - у 1 (16,67±19,25%), дефицит массы тела - у 3 (50±20,41%) человек.

Результаты денситометрического исследования выявили, что из 118 женщин с овариальной недостаточностью, 105 (88,9%) имели нормальную МПКТ, 13 – нарушения МПКТ. Среди женщин с нормальной МПКТ у 70(59,32±4,52) человек имела место нижняя граница нормы. Среди женщин с нарушениями МПКТ остеопения выявлена у 11 (84,6±10%), остеопороз - у 2 (15,4±10,0%). Среди женщин с остеопений 4 (36,36± 14,50%) человека имели нормогонадотропную, 2(18,18±11,62%) - гипогонадотропную и 5 (45,45±15,01%) - гипергонадотропную овариальную недостаточность. Женщины с МПКТ, соответствующей нижней границе нормы, составляли 21 (60±8,28%) человек с нормогонадотропной, 12 (34,2±8,02%) - с гипергонадотропной и 2 (5,71± 3,92%) - с гипогонадотропной овариальной недостаточностью. У 2 (100%) женщин с остеопорозом диагностирована гипергонадотропная овариальная недостаточность.

При ановуляторном менструальном цикле по типу персистенции фолликула и при недостаточности лютеиновой фазы назначали дидрогестерон с 11-го по 25-й день менструального цикла по 10 мг 2 раза в день.

Женщинам с ановуляторном менструальным циклом по типу атрезии фолликула назначались:
1) 0,03мг этинилэстрадиола и 0,15мг дезогестрела (регулон) и 0,02мг этинилэстрадиола и 0,15мг дезогестрела (новинет) по 1табл. 1 раз в день с 3 по 21день менструального цикла в циклическом режиме; 2) ципратерон ацетат 2мг и этинилэстрадиол 0,035мг (Диане35) – при диагностированном поликистозе яичников.

Гормональная терапия у всех женщин проводилась в сочетании с циклической витаминотерапией, включающей фолиевую кислоту в 1 фазу цикла и аскорбиновую кислоту во 2 фазу цикла. Альфатокоферол ацетат 300мг по 1 капсуле 2 раза в день с 17 дня цикла в течение 5 циклов. Продолжительность гормональной терапии составляла не менее 6месяцев. При необходимости проводилась стимуляция овуляции.

Кроме гормональной терапии половыми стероидными гормонами, ведение пациенток также включало назначение кальций 1000 мг в сутки и витамин Д3 400 МЕ (Са Д3 никомед по 1 таблетке 1 раз в день) в течение минимально 6 месяцев.

При необходимости женщины с экстрагенитальной патологией лечились у смежных специалистов - уролога, эндокринолога и терапевта.

Результаты терапии и профилактики нарушений минерализации костной ткани оценивались через 12 месяцев. Как видно из приведённых данных в таблице, у женщин с нижней границей нормы и остеопенией средние значения МПКТ в поясничном отделе позвоночника, проксимальном отделе бедра, дистальном отделе предплечья после гормональной терапии в сочетании с препаратом Са и витамина Д имели тенденцию к повышению, однако достоверных отличий по сравнению с соответствующими показателями до начала лечения не выявлено.

Таблица

Результаты денситометрического исследования до и после проведённой терапии в течение 12 месяцев

	L1 - L4			Проксимальный отдел бедра		
	МПКТ	Т – критерии	Z-критерии	МПКТ	Т-критерии	Z-критерии
Нижняя граница нормы до начала терапии	1,045±0,02	-0,5±0,2	-0,3±0,2	0,904±0,03	-0,07±0,2	0,02±0,19
Через 12 месяцев	1,073±0,02	-0,4±0,16	-0,3±0,15	0,923±0,03	-0,04±0,2	0,05±0,19
Остеопения до начала терапии	0,949±0,02	-1,3±0,2	-1.2±0,2	0,877±0,04	-0,5±0,3	-0,4±0,4
Через 12 месяцев	0,980±0,006	-1,2±0,04	-1,1± 0,05	0,896±0,01	-0,4±0,10	-0,4±0,11

Средний прирост МПКТ у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью и остеопенией через 12 месяцев гормональной терапии в сочетании с Са Д3 никомед в поясничном отделе позвоночника составил 3,12±0,09%, по Т-критерию – 2,92±0,09%, по Z-критерию –1,55±0,04%, в проксимальном отделе бедра – 2,03±0,36%, 2,3±0,37%, 1,97±0,76% соответственно.

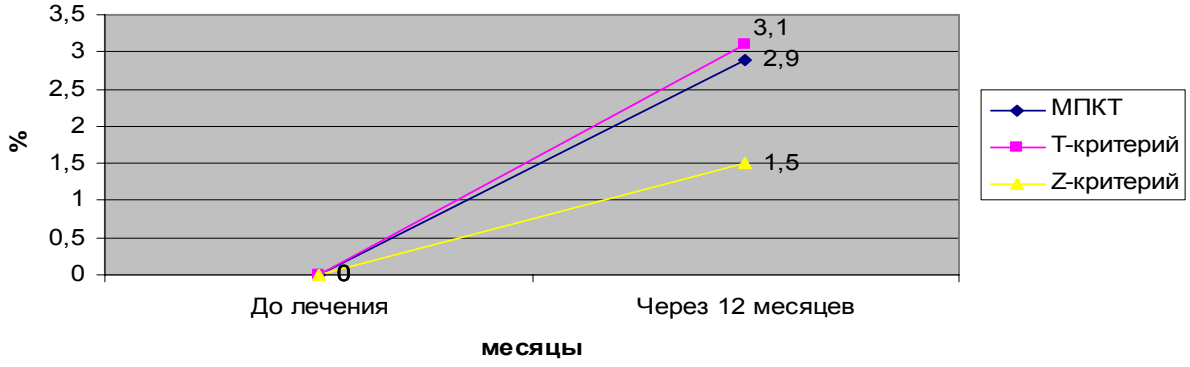


Рис. Средний прирост МПКТ у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью и остеопенией

Выявлена достоверная (p<0,05) прямая корреляционная зависимость между приростом МПКТ и длительностью бесплодия (r=0,37; n=37), обусловленной овариальной недостаточностью.

Выводы:

1. Овариальная недостаточность у женщин молодого возраста является одним из факторов риска развития остеопороза.
2. Правильная диагностика и гормональная коррекция нарушений менструального цикла способствуют своевременной профилактике остеопороза у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью.
3. Наличие прямой корреляционной обусловленности между приростом МПКТ и длительностью бесплодия.

Литература

1.Гинекология от пубертата до постменопаузы // Под ред. Э.К.Айламазяна. М. 2004, -447 с.
2.Манушарова Р.А., Черкезова Э.И. Гинекологическая эндокринология // М. 2008. -271 с.

ХУЛОСА
НАТИҶАҲОИ ПЕШГИРИИ ИХТИЛОЛОТИ МАЪДАННОКШАВИИ БОФТАИ УСТУХОНӢ ДАР ЗАНОНИ СИННИ НАСЛОВАРӢ БО НОРАСОИИ ТУХМДОН

М.Я.Комилова, Б.Қ.Қоимдодова, Ф.З.Ҳамидова

Дар мақолаи мазкур далелҳои пажӯҳиши денситометрӣ ва усулҳои ҳормонии таҳқиқ дар занони синни насловарӣ бо норасоии тухмдон то ва баъди пешгирии ихтилолоти маъданнокшавии бофтаи устухон пешниҳод карда шудааст. Зикр карда мешавад, ки дар ин гурӯҳи беморон пастшавии маъданнокшавии зичии бофтаи устухон, инчунин, дараҷа ва типҳои гуногуни ихтилоли давраи ҳайзбинӣ ба қайд гирифта шудааст.

Табобати ҳормонӣ, истеъмоли дорухои калтсий, хӯрокҳои серғизо, тарзи ҳаёти солим нишондиҳандаҳои остеоденситометриро беҳтар гардониданд.

SUMMARY
RESULTS OF DISODER PREVENTING OF BONE MINERALIZATION IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH OVARIAN FAILURE

M.J. Kamilova, B.K. Koimdodova, F.Z. Khamidova

In our study presents the densitometric studies and hormonal methods in women of reproductive age with ovarian failure before and after the prevention of violations of bone mineralization. It is shown that this contingent of patients is decreasing bone mineral density and different types and levels of menstrual irregularities hormone therapy, calcium supplements, balanced diet, active lifestyle improves osteodensitometry.

Key words: ovarian failure, bone mineral density, osteopenia, infertility

---

Адрес для корреспонденции:
М.Я. Камилова – доцент НИИ АГиП МЗ РТ, Таджикистан, г.Душанбе, ул. М. Турсун-заде, 31. E-mail: marhabo1958@mail.ru

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИТОКИНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА У ПАЦИЕНТОК С ИНФЕКЦИЕЙ, ПЕРЕДАЮЩЕЙСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ

М.А.Хакназарова

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ТГМУ им.Абуали ибни Сино

Автор на основании своих исследований пришла к заключению, что применение провоспалительного цитокина «Суперлимф», фитоантиокси-дантного сиропа «МАЗ» (производство Таджикистан), низколазерного излучения на биологически - активные точки, инстилляция влагалища 0,02%- ного раствора «Уресултан» (производство Таджикистан) в комплексной терапии послеродового эндометрита на фоне инфекций, передающихся половым путём, позволило повысить её эффективность, избежать развития генерализованных форм заболевания и откоррегировать показатели перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы, клеточного и гуморального звеньев иммунитета.

Ключевые слова: цитокины, послеродовый эндометрит, «Уресултан», антиоксидантная система, «Суперлимф», перекисное окисление липидов, сироп «МАЗ», ИППП

Актуальность. Проблема инфекционных заболеваний и сепсиса в акушерской практике остаётся наиболее сложной [6-9]. Поскольку, как указывает Краснопольский В.И. (1999), гнойно-септическая заболеваемость (ГСЗ) в родильных домах как среди родильниц, так и новорождённых традиционно мало анализируется клиницистами и выявляется в основном эпидемиологами. В то же время ГСЗ в материнской смертности занимают 2-4 места в разные годы и играют ведущую роль в структуре причин младенческой смертности. При этом многие авторы отмечают, что случаи смерти женщин и детей от ГСЗ являются предотвратимыми [1-5].

Цель исследования. Оценка эффективности применения провоспалительных цитокинов и антиоксидантов в комплексной терапии послеродового эндометрита у пациенток с инфекцией, передающейся половым путём (ИППП).

Материал и методы. Для оценки эффективности применения цитокина «Суперлимф» и «Спленопид», фитоантиоксидантного сиропа «МАЗ», 0.02%-ного раствора «Уресултан» и низколазерного излучения на биологически-активные точки (БАТ) в комплексной терапии послеродового эндометрита у пациенток с ИППП нами было обследовано 100 пациенток с послеродовым эндометритом на фоне ИППП в Городском родильном доме №2 г.Душанбе. 50 пациенткам, которые составляли основную группу, к комплексной терапии была добавлена обработка влагалища местным антисептиком 0,02%-ным раствором «Уресултан», внутриматочным введением раствора «Суперлимф» 100 мкг, растворённого в 200мл 0,9%-ного физиологического раствора по 40мл 2 дня подряд, употребление фитоантиоксидантного сиропа ежедневно по 100 мл 2 раза в день, низкочастотное лазерное излучение на БАТ.

50 пациенткам контрольной группы применялась общепринятая традиционная терапия. Лечение носило комплексный характер и с момента первых клинических проявлений эндометрита у родильниц контрольной группы включало: антибактериальную, дезинтоксикационную, десенсибилизирующую терапию и утеротоники.

Результаты и их обсуждение. Средние гематометрические показатели у пациенток обеих групп почти не разнятся и достоверно не отличаются. Изменения показателей периферической крови

в виде умеренного лейкоцитоза до 10-15х10. Повышение содержания нейтрофилов, повышение СОЭ до 35мм/ч отмечено у 54% родильниц основной группы и у 42% контрольной.

При наружном исследовании матки субинволюция сохранялась у 50% пациенток контрольной и только 10% у основной, жалобы на болезненность матки при осмотре отмечались у 10% родильниц контрольной группы. Для оценки морфофункционального состояния матки и контроля за эффективностью проводимого лечения нами проводилось ультразвуковое исследование матки, показатели которого даны в таблице 1.

Таблица 1

Показатели УЗИ у пациенток с эндометритом

Группа	Длина	Переднее-задний размер	Ширина	Объем	Полость
Контрольная	130,8	73,5	121	616,7	10,8
Основная	131,4	73,9	120,6	617,9	11,4

При ультразвуковом исследовании у всех пациенток выявлены: субинволюция матки без расширения полости, снижение эхогенности миометрия. При наложении фибрина в полости матки, почти в 60% случаев отмечено лохиометр. В процессе лечения у 70% родильниц контрольной группы, несмотря на назначение утеротонических средств, сохранялась субинволюция матки, умеренная задержка лохий, свидетельствующие о снижении тонуса и сократительной активности матки. На фоне проводимого лечения у 70% пациенток основной группы и у 40% контрольной группы нормализация состояния наступала к 3-4 суткам от начала лечения, у 30% основной и 60% контрольной группы - к 5 суткам от начала лечения.

Нормализация показателей крови: снижение лейкоцитов и СОЭ - у 35% пациенток основной и 15% контрольной.

С целью изучения бактериальной флоры влагалища нами проводилось бактериологическое исследование маточных лохий у 50 пациенток контрольной группы, у 50 - основной.

Результаты бактериологического исследования в обеих группах показали, что микробный пейзаж полости матки при эндометрите на фоне ИППП у пациенток исследуемых групп статистически достоверно не отличался как в контрольной, так и в основных группах.

Enterococcus обнаружен примерно у 20,0% родильниц основной и у 25% - контрольной, во многих случаях имели место ассоциации нескольких микроорганизмов. Данные бактериологического исследования, проведённые на 3 сутки послеродового периода, свидетельствуют об увеличении бактериальной флоры полости матки во всех исследуемых группах, в основном за счёт E.coli, Enterococcus и St.Saprophytic. Но в основной группе, по сравнению с контрольной, это повышение было менее выраженным. У 40% пациенток наблюдаемых групп при проведении бактериологического исследования маточных лохий были обнаружены E.coli, St.Enterococcus, причём в каждом исследовании были получены ассоциации микроорганизмов. Показатели микробного пейзажа у пациенток основной группы на фоне применения «Суперлимф», фитооксидантного сиропа «МАЗ», низкочастотного лазерного излучения на БАТ на 5 сутки достоверно отличались: имелась тенденция к снижению частоты обсеменённости полости матки условно-патогенными микроорганизмами (St.aureus, E.coli, Enterococcus), в то время как в контрольной группе изменения были незначительными.

Полученные результаты свидетельствуют о снижении частоты обсеменённости полости матки бактериальной флорой под влиянием местного применения комплекса естественных цитокинов,

фитооксидантного сиропа «МАЗ», низкочастотного лазерного излучения на БАТ, 0.02% - ного раствора «Уресултан».

Подводя итоги бактериологическим исследованиям, можно сделать следующие выводы: более чем у 2/3 родильниц всех групп с эндометритом отмечается обсеменённость полости матки условно-патогенными микроорганизмами, среди которых преобладают St.aureus, E.coli, Enterococcus.

Для определения МДА в лохиях взято содержимое полости матки на 1, 3 и 5 сутки послеродового периода. Далее уровень содержания МДА в маточных лохиях по результатам наблюдения приведён в виде диаграммы:

Диаграмма 1. Уровень содержания МДА в маточных лохиях у пациенток с эндометритом

У 2 (10%) родильниц контрольной группы, и у 3 (15%) основной отмечалось повышение уровня МДА на 1сутки послеродового периода до 4,86+ 0,14 мМоль/мл с тенденцией к повышению за сутки. При изучении МДА в маточных лохиях на 3- 5 сутки после родов появилась типичная клиническая картина послеродового эндометрита, проявившаяся ухудшением самочувствия, фебрильной лихорадкой, субинволюцией матки.

Таблица 2

Показатели СОД в крови у пациенток с эндометритом

Группа	СОД до лечения	СОД после лечения
Основная (n=50)	9,4±0,06*	14,5±0,05*
Контрольная (n=50)	8,9±0,06	10,8±0,09

Примечание: * - достоверность по отношению к основной группе (p<0,05)

Полученные данные позволяют нам рассматривать динамику изменений уровней МДА в маточных лохиях как достоверные количественные критерии течения послеродового периода (табл.2).

При физиологическом течении послеродового периода уровень МДА не превышает 4,32±0,1 мМоль/мл, в первые сутки и снижается в течение послеродового периода.

Уровень МДА более 4,86+0,14 мМоль/мл в первые сутки послеродового периода свидетельствует о высоком инфекционном риске развития послеродового эндометрита.

Диаграмма 2. Уровень СОД в крови у пациенток с эндометритом

Тенденция к повышению уровня МДА маточных лохий на 3-5 сутки расценивается как неблагоприятный признак развития послеродового эндометрита. Повышение уровня МДА маточных лохий более 5,54 $\pm$ 0.21 мМоль/мл свидетельствует о развитии инфекционного процесса в эндометрии. В процессе лечения происходит снижение и нормализация уровня МДА маточных лохий, что позволяет судить об эффективности проводимой терапии (диаграмма 2).

Таким образом, изучение динамики изменений уровня МДА в маточных лохиях и СОД в крови при эндометрите, позволяет оценивать течение послеродового периода, дифференцированно проводить профилактику, своевременно диагностировать инфекционный процесс в полости матки и осуществлять контроль эффективности и лечения послеродового эндометрита. Нами с целью диагностики развития эндометрита при ИППП проводилось определение содержания интерлейкина в месте первичного развития послеродового инфекционного процесса полости матки на 1-5 сутки послеродового периода.

При определении интерлейкина 1В после родов у 20% пациенток его активность в маточных лохиях в среднем составила 986±84 условных единиц. В дальнейшем у 55% пациенток основной группы отмечалось постепенное снижение уровня Ил 1В до 975±83 и ниже, у 25% родильниц контрольной группы содержание их составило 986±84,что статистически достоверно ($p<0,05$).

Показатели клеточного и гуморального иммунного статуса у пациеток с эндометритом у пациенток контрольной группы обнаружили некоторое увеличение содержания Т-лимфоцитов, статистически достоверное увеличение Т-хелперов, снижение содержания Т-супрессоров ($p<0,05$).

Со стороны гуморального звена иммунитета отмечено незначительное снижение IgM и IgA и повышение IgG фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов, некоторое увеличение содержания ЦИК. У пациенток основной группы после применения цитокинов и антиоксидантов отмечалось статистически достоверное повышение Т-лимфоцитов, увеличение субпопуляции Т-хелперов и

снижение содержания Т-супрессоров, повышение IgG, фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов. А также достоверное снижение уровня ЦИК (p=0,01). Эти изменения способствуют повышению иммунологической резистентности пациенток к послеродовым инфекциям.

Таким образом, применение провоспалительного цитокина «Суперлимф», фитоантиоксидантного сиропа «МАЗ», низколазерного излучения на БАТ, инстилляция влагалища 0,02% раствором «Уресултан» в комплексной терапии послеродового эндометрита на фоне ИППП – всё это позволило повысить эффективность лечения, избежать развития генерализованных форм заболевания и откорректировать показатели ПОЛ и антиоксидантной системы, клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Последнее способствовало укорочению курса лечения и сроков пребывания в стационаре до 10 койко-дней по сравнению с группой контроля – 18 койко-дней (58,8%).

Литература

1. Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания придатков матки / Л.В. Антонова // Автореф. дисс. д-ра мед. наук. - М., 1990. - 25 с.
2. Арестова И.М. с соавт. Генитальные инфекции и беременность // М. 2005. - 156 с.
3. Грибань А.Н. Влияние инфекционно-воспалительных заболеваний матери на развитие плода. / А.Н. Грибань // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1990. — 24 с.
4. Гуртевой Б.А. Гнойно-воспалительные заболевания в акушерстве / Б. А. Гуртевой // Вестник Росс. ассоц. акуш.-гин. 1994. Т. 1. № 1. С. 16-20
5. Исаева Б.И. Антиоксиданты и гелий-неоновый лазер в комплексной терапии острых воспалительных заболеваний придатков матки в регионе социально-экономического неблагополучия / Б.И. Исаева // Дисс. … канд. мед. наук. 1999. Душанбе. С. 130
6. Никонов А.П. с соавт. Инфекции в акушерстве и гинекологии: диагностика и антимикробная химиотерапия // Пособие для врачей.М.: 2006. -42 с.
7. Никонов А.П. Послеродовый эндометрит как проявление раневой инфекции /А.П. Никонов // Автореф. дисс. д-ра мед. наук. М.1993.- 43 с.
8. Тютюнник В.Л. Влияние инфекции на течение беременности, плода и новорождённого / В.Л. Тютюнник // Вестник российской ассоциации акушеров и гинекологов. 2001. № 1. С. 20-25
9. Цхай В. Б. Проблема сепсиса в современной акушерской клинике / В. Б. Цхай, Р.Т. Полянская, А.Б. Ганжурова // Вестн. перинатол., акуш. и гинекол. Красноярск, 2000. Вып. 7. С. 318-323

Хулоса

САМАРАНОКИИ ИСТИФОДАИ СИТОКИНҲО ДАР ТАБОБАТИ ЭНДОМЕТРИТИ НИФОСӢ ДАР БЕМОРОНИ БО РОҲИ АЛОҚАИ ҶИНСӢ СИРОЯТЁФТА

М.А.Ҳақназарова

Муаллиф дар асоси тадқиқоти худ ба хулоса омадааст, ки истифодаи ситокини «Суперлимф», қиёми фитоантиоксидантии «МАЗ» (истеҳсоли Тоҷикистон), нурафшонии пасти лазерӣ ба нуқтаҳои аз ҷиҳати биологӣ фаъол, доручаконии маҳбал бо маҳлули 0,02%-и «Уресултан» (истеҳсоли Тоҷикистон) дар табобати маҷмӯии эндометрити (илтиҳоби андарунпардаи бачадон) нифосӣ (баъди зоиш) дар заминаи сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда имконият дод, ки самаранокии он афзуда, инкишофи шаклҳои густурдаи беморӣ пешгирӣ карда шавад, нишондиҳандаҳои оксидшавии перекисии липидҳо ва системаи антиоксидантӣ, ҳалқаҳои ҳуморалӣ ва ҳуҷайравии масунийт тасҳеҳ карда шаванд.

SUMMARY
THE USE OF CYTOKINES IN THE TREATMENT POSTPARTUM ENDOMETRITIS IN PATIENTS WITH SEXUALLY TRANSMITTED INECTIONS
M.A. Khaknazarova

The author based his research concluded that the use of pro-inflammatory cytokine "Superlymph, fitoantioxidant syrup" MAZ "(production of Tajikistan), low-laser radiation on biologically active points, vaginal instillation 0,02% - solution" Uresultan" (production Tajikistan) in the treatment of postpartum endometritis against sexually transmitted infections (STIs) is allowed to increase its efficiency, to avoid the development of generalized forms of the disease and to correct lipid peroxidation (LPO) and antioxidant system, cellular and humoral immunity.

Key words: cytokines, postpartum endometritis, "Uresultan", antioxidant system, "Superlymph", lipid peroxidation, syrup "MAZ", STI

Адрес для корреспонденции:
М.А.Хакназарова – старший научный сотрудник кафедры акушерства и гинекологии №2 ТГМУ; Таджикистан, Душанбе, пр.Рудаки, 139. Тел: +992985-81-00-55

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

И.Х.Ирмухамедова, М.В. Раджабова, Э.М. Саидшарифова
Кафедра терапевтической стоматологии
ТГМУ им.Абуали ибни Сино

Артериальная гипертензия у пациентов стоматологического профиля встречается достаточно часто. Вопрос о том, какие особенности стоматологического статуса являются характерными для таких пациентов, остаётся не до конца изученным.

Нашими клиническими исследованиями тканей пародонта показано, что из 200 больных с гипертонической болезнью всех возрастных групп, у 180 выявлена патология пародонта. По многим параметрам отмечается значительные патоморфологические и физиологические изменения в тканях пародонта. Всё это обуславливает необходимость разработки дифференцированного подхода в стоматологической реабилитации таких пациентов.

У этой категории больных с гипертонической болезнью признаками пародонтита являются: значительная отёчность, синюшный цвет дёсневого края, рыхлость дёсневых сосочков, ретракция десны, подвижность зубов, обильные над и поддёсневые зубные отложения, пародонтальные карманы местами с гнойным отделяемым.

Эти данные свидетельствуют о наличии взаимосвязи заболеваний пародонта с гипертонической болезнью.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, пародонтит, гипертоническая болезнь, гипертензия

Введение. С ростом частоты выявления сердечно-сосудистых болезней, возросло значение ранней диагностики артериальной гипертензии [1.3]. Патологические процессы в тканях пародонта и заболевания слизистой оболочки полости рта при артериальной гипертонии объясняются нарушением системы микроциркуляторного русла (МЦР), в частности, в регионе головы и шеи, что влияет на трофику тканей зубочелюстной системы, способствуя более активному протеканию патологических процессов в периодонте и твёрдых тканях зубов [1,2,6].

Степень нарушения микроциркуляции при первичной артериальной гипертензии в значительной степени зависит от морфологических и структурных особенностей регионального сосудистого русла, реологических свойств крови, и, безусловно, от состояния физиологических систем регуляции артериального давления [2,4,5].

Сосуды зубных сплетений оказываются особенно уязвимы в силу своих анатомических особенностей. Нарушение в микроциркуляторном русле тканей пародонта становится основой воспалительно-деструктивных заболеваний слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта [1,2].

Активной зоной в гемодинамике всего организма является микроциркуляторное русло пародонта, которое претерпевает изменения при постоянных, или часто возникающих напряжениях сосудистой системы [3].

Целью настоящей работы является изучение особенностей клинического и функционального состояния слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта у больных с гипертонической болезнью.

Материал и методы. Данное исследование было проведено в 2008 году среди 200 больных с гипертонической болезнью, из них 84 женщин (40,5%) и 116 мужчин (59,5%) в возрасте от 30 до 60 лет и старше. Отбор больных для обследования тканей пародонта произведён в стоматологическом кабинете на базе кардиологического отделения Городского медицинского центра г.Душанбе и на базе кафедры терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино при Учебно-клиническом центре. В контрольную группу вошли 60 практически здоровых лиц, из них 29 женщин (46,0%) и 31 мужчин (54,0%).

Диагноз гипертонической болезни устанавливался нами совместно с врачами-терапевтами кардиологического отделения ГМЦ г.Душанбе. Стадия и течение заболевания определялись по классификации комитета экспертов ВОЗ (1970) [2,5].

При обследовании всем больным были произведены: повторные измерения артериального давления и подсчёт частоты сердечных сокращений; исследование состояния сосудов глазного дна; рентгенологическое исследование сердца и крупных сосудов; ЭКГ-исследование; общие анализы крови, мочи, показатели липидного обмена, свёртывающей системы крови; пробы Земницкого и Нечипоренко.

Для определения состояния органов полости рта и установления диагноза у обследованных лиц как основной, так и контрольной групп проводились исследования по общеприятной клинической схеме, включающий опрос, осмотр и функциональное исследование с занесением данных в карту оценки стоматологического статуса (ВОЗ - 1997) [1,4,6].

В процессе обследования у всех больных определяли гигиеническое состояние полости рта по методу Ю.Т. Фёдоровой, В.В. Володкиной, их расспрашивали о привычном для больного гигиеническом уходе за полостью рта, об использовании различных средств гигиены.

Состояние сосудистого русла пародонта было исследовано путём проведения реопародонтографии, определения стойкости капилляров десны по методу В.И Кулаженко, а также подсчётом индекса периферического кровообращения.

Состояние пародонта определяли с помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА) и пародонтального индекса (Pi).

Результаты и их обсуждение. Среди 200 обследованных больных 73 (36,5%) страдали гипертонической болезнью 1 стадии и 127 (63,5%) больных ГБ II стадии. По возрастным группам показатели максимального давления начинаются уже с 32 лет, с давностью заболевания до 5 лет. В 40-49 лет гипертонической болезнью страдали 86 обследованных, большую часть которых составили лица с давностью заболевания до 5 лет - 71 человек.

Необходимо отметить, что с прогрессированием заболеваний сердечно-сосудистой патологии распространённость воспалительного процесса в тканях пародонта увеличивается. Так у всех больных интенсивность воспалительного процесса в тканях пародонта была более выражена, чем у больных контрольной группы, что нашло соответствующее отражение в полученных нами данных.

В стадии обострения хронического генерализованного пародонтита находились на момент обследования 18,7%, острого течения - 5,1%, хронического течения - 64,3%, и в стадии ремиссии - 11,9% из числа обследованных.

У больных с гипертонической болезнью ведущими признаками пародонтита являются: значительная отёчность, синюшный цвет дёсневого края, рыхлость дёсневых сосочков, ретракция десны, подвижность зубов, обильные над – и поддёсневые зубные отложения, пародонтальные карманы глубиной более 4,5-6,0 мм. местами с гнойным отделяемым.

Течение воспалительного процесса в тканях пародонта при гипертонической болезни имеет своеобразный характер. Особенно наглядно прослеживаются рост и распространнёность более глубоких поражений тканей пародонта в зависимости от давности заболевания сердечно-сосудистой системы при гипертонической болезни и закономерное снижение начальных изменений в тканях пародонта. С увеличением давности основного заболевания наблюдалось снижение частоты наблюдаемого гингивита и локализованного пародонтита.

Нами изучена интенсивность поражения тканей пародонта у 194 больных и у 60 лиц без сопуствующей сосудистой патологии. При начальных стадиях заболевания пародонта Pi=0,1-1,4, такой индекс отмечен у 30 больных основной группы (15,9%), и 18 (12,0%) контрольной, что умеренно ниже, чем в последующих показателях.

Наличие деструктивных изменений, характерных для средней тяжести заболевания (РГ=1,5-3,9), обнаружено у 28 больных с ГБ (22,0%) и у 13 больных (13,5%) в контрольной группе. При тяжёлой стадии картина резко меняется (Pi=4,0-8,0). У больных ГБ такой индекс определён в 91 случаях (48,0%), в контрольной группе этот показатель намного ниже (8 больных - 14,0%).

Отметим, что увеличение Pi у больных ГБ и у лиц контрольной группы связано как со стадией заболевания, так и с возрастом. Высокий процент лиц с ГБ обнаружен у 78 больных (51,2%) в возрасте от 50 до 59 лет, из них, у 60 обследуемых с продолжительностью заболевания 10 лет и более. В возрасте 60 лет и более количество больных с ГБ резко падает: 18 больных (3,4%), с давностью заболевания от 5 до 10 лет и более. Это связано с тем, что с возрастом в результате длительной гипертензии, гемодинамические условия способствуют ускоренному развитию атеросклеротических изменений, приводящих к увелечению числа кардиоваскулярных осложнений и возникновению ишемической болезни сердца.

Проанализировав данные клинических исследований тканей пародонта во всех возрастных группах, патология пародонта выявлена нами у 180 (90,0%) больных ГБ из 200 обследованных. Эти данные свидетельствуют о наличии взаимосвязи заболеваний пародонта с гипертонической болезнью. Поверхностные воспалительные процессы (гингивиты, локализованый пародонтит) стречаются с небольшими цифровыми расхождениями как в основной, так и в контрольной группах.

Самой тяжёлой и распространённой патологией пародонта является хронический генерализований пародонтит, который протекал годами с периодами ремиссий и обострений.

Генерализованный пародонтит характеризовался большой распространённостью, в связи с чем диагностирован у 118 больных (82,0%) во всех возрастных группах, имея тенденцию к увеличению. В сравнении с другими формами заболеваний пародонта хронический генерализованый пародонтит (ХГП) встречался у 136 больных, что составляло 66,0% случаев, а в контрольной группе у 28 обследованных, что составляет 14%. У 10 больных ГБ установлен пародонтит лёгкой степени, средняя тяжесть у 32 (16,0%) обследованных, тяжёлая степень была у 158 обследованных (79,0%).

Однако, более тяжёлые степени поражения пародонта выявлены намного больше (70,0%). В контрольной группе средняя тяжесть заболеваний пародонта составила наибольшую часть (22,0%).

Папиллярно-маргинально альвеолярный индекс (РМА) у больных гипертонической болезнью равен 2,0 баллам. В контрольной группе 1 балл выявлен у 43,6% исследуемых. Большая часть заболеваний пародонта, с более глубокими поражениями, выявилась нами у 110 больных гипертонической болезнью.

Такие высокие цифровые показатели данного индекса у больных сердечно-сосудистой системы свидетельствуют о том, что особенностью клинического течения заболеваний пародонта являлось преобладание острого и обострившегося течения генерализованного пародонтита.

Состояние гигиены полости рта проанализировано нами у 200 больных сердечно-сосудистой патологии и у 60 здоровых лиц. Согласно данным, только у 26 больных ГБ и у 16 в контрольной группе отмечался достаточный уход за полостью рта, что соответствует 1 баллу.Удовлетворительное состояние полости рта констатировано у 78 среди больных и в 20 случаях у лиц контрольной группы.

Показатель 3 балла, что соответствовало нерегулярной чистке зубов, отмечен у 122 больных гипертонической болезнью и у 24 лиц контрольной группы. О практическом отсутствии ухода за полостью рта свидетельствуют данные, имевшие 4 и 5 баллов у 40 больных основной группы.

Усреднённый показатель очистки зубов у больных с ГБ равен 2,64 балла, что соответствует плохому гигиеническому состоянию полости рта. У лиц контрольной группы, усреднённый показатель очистки зубов равен 2,22 балла, что свидетельствует об удовлетворительном состоянии полости рта.

У больных основной группы гигиеническое состояние полости рта во всех возрастных группах находилось в неудовлетворительном состоянии.

Полученные результаты свидетельствуют о сравнитеьно удовлетворительном гигиеническом состоянии полости рта у лиц контрольной группы. Недостаточный гигиенический уход за полостью рта приводит к увеличению патогенной микрофлоры, продукты жизнедеятельности которых оказывают не только прямое повреждающее действие на твёрдые ткани зуба, пародонта и слизистую оболочку полости рта, но и являясь хроническим очагом инфекции, способствуют снижению иммунной реактивности организма.

Нами установлено, что с возрастом процент больных, имеющих интактный пародонт, уменьшается и в 60 лет практически он не обнаружи-вается. В возрасте до 50 лет симптом кровоточивости по индексу CP1TN у больных гипертонической болезнью имел тенденцию к увеличению.

Если в возрасте 30 - 39 лет кровотечение имело место в 42,4% случаях, в возрасте 40-49 лет - 47,6%, в 50-59 лет - до 62,4%, что связано с большой поражаемостью пародонта в этой возрастной группе. Зубные отложения наблюдались у 32,4 обследованных основной группы.

Наименьшее количество зубных отложений приходилось на возраст 60 лет и более (2,1%), что связано с большой потерей зубов. В возрасте 40-49 лет количество больных с зубными отложениями возросло до 42,8%.

Нами выявлено, что в молодом возрасте, значительно редко встречаются глубокие поражения связочного аппарата (4,2%). С 40-49 летного возраста отмечались глубокие пародонтальные карманы в 18,8% случаях. Этот показатель возрос до 58,3% у лиц 50-59 летнего возраста.

С возрастом учащались случаи выраженных воспалительных явлений с отделяемым из карманов, чаще серозно-гнойным, обнажение шеек зубов и корней I - II степени, подвижность и травматическое смещение зубов с нарушением окклюзии.

В гигиеническом обучении нуждалось 17,6% больных и 22,0% лиц контрольной группы. Необходимость удаления над и поддёсневых зубных отложений выявлялось у 22,4% больных с ГБ и у 10,0% лиц контрольной группы. В комплексном лечении нуждалось 15,1% с артериальной гипертензией и 14,0% лиц контрольной группы.

Больным с более тяжёлыми воспалительно-деструктивными изменениями, приведшими к большой потере зубов и нарушению окклюзии, требовалось оказание хирургической и ортопедической помощи. Количество таких больных превалировало в основной группе и составили 44,3%.

Таким образом, учитывая данные, полученные в ходе изучения функционального состояния тканей пародонта при ГБ, можно сделать вывод, что с возрастом отмечается нарастающее расхождение, которое особенно заметно выявляется, начиная с возрастной группы 21-30 лет. Максимального значения различия по всем параметрам достигают в возрастной группе 41-60 лет.

В группе ГБ по всем параметрам отмечается некоторое снижение функциональной недостаточности тканей пародонта, особенно неблагоприятно складывается ситуация для сохранившихся зубов у лиц более старших возрастных групп.

Очевидно, что при лечении больных с гипертонической болезнью, применяемый общепринятый стандартный подход несколько улучшает ситуацию таких больных. Лечебно-профилактические мероприятия среди больных гипертонической болезнью должны проводится в зависимости от тяжести воспалительного процесса в тканях пародонта и тяжести самого заболевания с консультацией врачей-кардиологов.

Литература

1. Кречина Е.К. Нарушение микроциркуляции в тканях пародонта при его заболеваниях и клинико-функциональное обоснование методов их коррекции: Автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 1996. -23 с.
2. Лебеденко И.Ю., Ковалёв Ю.С., Малый А.Ю., Ибрагимов Т.И. Сосудисто-биомеханические аспекты развития заболеваний пародонта //Сборник тезисов научных трудов «Современные проблемы стоматологии» к 70-летию В.Н. Копейкина.- М. 1999.- С-Пб. – 13с.
3. Леонова Л.Е., Некрутенко Л.А. Состояние гемодинамики пародонта, системы гемостаза и перекисного окисления липидов у больных гипертонической болезнью // Перспективы развития современной стоматологии. Материалы Всероссийской конференции стоматологов. - Екатеринбург, 1997.- С. 96-100
4. Грудянов А.И. Обследование лиц с заболеваниями пародонта //«Пародонтология». 1988. №3. - С.8-13
5. Болезни пародонта: патогенез, диагностика, лечение /А.С.Григорьян и др. М.,- 2004.- 320с.
6. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта Л.М.Цепов, А.И. Николаев, Е.А. Михеева. М.-2009.-С.330

ХУЛОСА
ҲОЛАТИ ЛУОБПАРДАИ ДАРУНИ ДАҲОН ДАР АШХОСИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИИ ФИШОРБАЛАНДӢ

И.Х.Ирмуҳамедова, М.В.Рачабова, Э.М.Саидшарифова

Фишорбаландии шараёнӣ дар беморони соҳаи даҳонпизишкӣ (стоматологӣ) бештар вомехӯранд. Суол дар бораи он, ки кадом хусусиятҳои статуси стоматологӣ ба ин гурӯҳи беморон хос мебошад ҳанӯз то ба охир омӯхта нашудааст. Тадқиқоти саририи бофтаҳои атрофи дандон нишон дод, ки аз 200 нафар беморони синну солашон гуногун, ки мубталои бемории фишорбаландӣ мебошанд, дар 180 нафарашон эътилоли бофтаҳои атрофи дандон (пародонт) ошкор карда шудааст. Дар ин гурӯҳи беморон нишонаҳои илтиҳоби бофтаҳои атрофи дандон: варамнокии зиёд, кабудшавии милки дандон, серковокии пистонаки милки дандон, ғунчашавии (ретраксияи) милк, ҷунбандагии дандон, ҷайбҳои пародонталӣ дар баъзе ҷойҳо бо ҷоришавии чирк мебошанд.

Ин далелҳо аз иртиботи (ҳамбастагии) бемориҳои бофтаҳои атрофи дандон ва фишорбаландӣ шаҳодат медиҳанд.

SUMMARY
THE STATE OF ORAL MUCOSA IN PATIENTS WITH HYPERTENSION

I.H.Irmuhamedova, M.V.Rajabova, E.M.Saidsharifova

Our clinical studies of periodontal tissue showed that 200 patients with hypertension in all age groups in 180 patients revealed periodontal pathology. In many respects there is a significant pathomorphological and physiological changes in periodontal tissues. This category of patients with essential hypertension and signs of periodontitis were significant edema, cyanotic color of the gingival margin, friability papilla, retraction gums, tooth mobility, abundant over and subgingival dental accummulation, periodontal pockets in places with purulent discharge. All this necessitates the development of a differentiated approach in the dental rehabilitation of such patients. These data indicate an association of periodontal disease with hypertension.

Key words: oral mucosa, periodontal disease, hypertension

Адрес для корреспонденции:

И.Х.Ирмухамедова - доцент кафедры терапевтической стоматологии ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, ул.Титова-9, кв.18.Тел. 226-30-46

ТЕРАПИЯ

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОДАГРЕ

Н.Х.Хамидов, С.М.Шукурова, Х.К.Тоиров, Х.Дж.Абдулоев
Кафедры внутренних болезней №2; пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Нами изучены возрастные особенности течения метаболического синдрома и кардиоваскулярных нарушений у 38 мужчин, страдающих подагрой. Анализ проведённого исследования показал, что у больных в возрасте до 60 лет наблюдается большая выраженность ожирения, гипертриглицеридемии и гипергликемии, в то время как у пациентов старше 60 лет отмечается повышение частоты ишемической болезни сердца и изолированной систолической артериальной гипертонии.

Ключевые слова: подагра, метаболический синдром, кардиоваскулярные нарушения, возраст

Введение. Подагра – системное тофусное заболевание. Она характеризуется отложением кристаллов моноурата натрия в различных тканях и развитием в связи с этим воспаления у лиц с гиперурикемией (ГУ), обусловленной внешнесредовыми и/или генетическими факторами.

Актуальность изучения подагры обусловлена её медико-социальным значением в связи с увеличением роста заболеваемости, а также поражением лиц трудоспособного возраста [1]. По данным различных авторов, подагрой страдает около 1% мужского населения европейских стран [2-4]. Заболевание является одной из самых частых причин воспалительного поражения суставов у мужчин средних возрастных групп [2]. Вместе с тем имеются данные, свидетельствующие о том, что за последние два десятилетия заболеваемость подагрой удвоилась [5].

Повышенный интерес к изучению подагры связан ещё и с тем, что данное заболевание позиционируется как болезнь, связанная с нарушением метаболизма. В частности, в материалах ВОЗ (2000 год) подагра была причислена к заболеваниям, связанным с ожирением – наряду с артериальной гипертонией (АГ), метаболическим синдромом (МС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа [6]. Для указанных состояний характерен высокий риск развития кардиоваскулярных катастроф [7]. В частности, согласно данным М.С. Елисеева и соавт. (2006), около 66% больных подагрой погибают вследствие кардиоваскулярных осложнений, обусловленных атеросклерозом [8]. Таким образом, сочетание кардиоваскулярных нарушений, МС и подагры у конкретного больного несёт в себе потенциальную опасность преждевременной инвалидизации и смерти пациентов от многочисленных осложнений. А с учётом того обстоятельства, что кардиоваскулярная патология достаточно часто встречается у больных с подагрой, то комплексное изучение этих нарушений представляется достаточно актуальным. В частности, на сегодняшний день имеются убедительные данные о роли ГУ как независимого фактора риска прогрессирования атеросклеротического поражения сосудов [9].

Согласно данным J. Vazguez-Mellado и соавт. (2004), МС, диагностированный, согласно критериям Национального института здоровья США (АТР III), выявляется у 82% больных подагрой, причём у 16% обследованных имелась сопутствующая ишемическая болезнь сердца (ИБС), а у 19% - нарушения углеводного обмена [7].

В другом исследовании, включавшем более 300 больных подагрой, СД 2 типа обнаруживался почти у 20% обследованных больных, АГ – более чем у 80%, гипертриглицеридемия – почти у 50% пациентов [10]. Однако, немногочисленные исследования, посвящённые изучению МС и кардиоваскулярных нарушений при подагре, не позволяют ответить на вопрос о частоте выявления МС и его основных компонентах в различных возрастных группах. Не представляется возможным также оценить их роль в формировании возрастных особенностей подагры. Отсутствие чётких представлений по данной проблеме определило цель и актуальность настоящего исследования.

Цель исследования. Изучить особенности течения метаболического синдрома и кардиоваскулярных нарушений при подагре в зависимости от возраста пациентов.

Материал и методы. В исследование было включено 38 мужчин, страдающих подагрой. Диагноз был установлен в соответствии с классификационными критериями S.L.Wallace (1977) [11]. Все больные были в возрасте от 42 до 72 лет, средний возраст равнялся 56,6±7,5 годам. Медиана продолжительности заболевания составила 10 [3;16,5] лет, медиана возраста дебюта подагры – 43 [29;50] года.

В ходе исследования определяли следующие антропометрические параметры: рост, массу тела, индекс массы тела (ИМТ) по формуле Кеттле (кг/м²), окружность талии (ОТ) (см), окружность бёдер (см), их соотношение. Диагностику ожирения и оценку его выраженности осуществляли при помощи определения ИМТ по схеме, рекомендованной ВОЗ [6].

Уровень артериального давления (АД) определялся по методу Н.С. Короткова ручным методом в дневное время в состоянии покоя и в положении сидя. АГ диагностировалась при величинах дневного систолического АД (САД) выше 140 мм рт. ст. и диастолического АД (ДАД) выше 90 мм рт. ст. (ВОЗ и МОАГ, 1999). Диагноз ИБС устанавливался больным в соответствии с критериями ВОЗ (1977), клиническую диагностику МС осуществляли на основании рабочих критериев экспертов Национального института здоровья США (АТР III) [12].

Всем пациентам натощак определялся уровень глюкозы (глюкозооксидазный метод) и мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови (колориметрический ферментативный метод), проводилось исследование липид-белкового спектра крови – общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ) и холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП) колориметрическим методом [13]. Уровень холестерина липопротеидов низкой и очень низкой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПОНП) определяли расчётным методом по формуле Фривальда [14]. Коэффициент атерогенности рассчитывался по формуле (ХС – ХСЛПВП)/ХСЛПВП, за норму приняты значения <3,0.

Электрокардиографическое исследование проводилось в покое по стандартной методике – исследовались 12 отведений (3 стандартных, 3 усиленных от конечностей и 6 грудных) с последующим анализом.

Для изучения возможности влияния возраста на выраженность и частоту выявления отдельных компонентов МС, АГ и ИБС у больных подагрой все они были распределены на 3 примерно одинаковые по числу возрастные группы: I – моложе 50 лет (13 больных), II – от 50 до 60 лет (13 больных) и III – старше 60 лет (12 больных).

Результаты и их обсуждение. МС был диагностирован у 23 (60,5%) обследованных пациентов. Средний возраст больных с наличием МС составил 55,7±4,7 лет, без такового – 57,9±8,3 лет. Медиана продолжительности заболевания также практически не различалась, составив 10,5 [3,1; 28,5] года у больных с МС и 10 [3,1; 37] лет у больных без МС. Частота выявления отдельных диагностических признаков МС в соответствии с диагностическими критериями АТР III представлены в таблице 1 и характеристика некоторых биохимических показателей обследованных больных – в таблице 2.

Таблица 1

Частота выявления признаков метаболического синдрома у больных подагрой (n=38)

Показатель	Значения выборки
ОТ >102 см	24 (63,2%)
ТГ ≥2,3 ммоль/л	11 (29%)
САД >140 и/или ДАД >90 мм рт. ст.	25 (65,8%)
Глюкоза ≥6,1 ммоль/л	16 (42,1%)
ХСЛПВП <1,6 ммоль/л	29 (76,3%)

Таблица 2

Средние значения некоторых биохимических показателей у больных подагрой (M±SD или Me [5-й процентиль; 95-й процентиль])

Показатель	Значения
МК, мкмоль/л (N=120-420)	567±129
ХС, ммоль/л (N=3,9-5,6)	5,8 [4,3; 8,5]
ХСЛПВП, ммоль/л (N=1,6-2,7)	1,15 [0,9; 2,5]
ХСЛПНП, ммоль/л (N=2,1-3,9)	4,2 [2,3; 7,0]
ТГ, ммоль/л (N=0,9-2,3)	1,8 [1,4; 5,7]
Глюкоза, ммоль/л (N=3,9-6,1)	6,3 [4,7; 11,4]
Коэффициент атерогенности (N <3)	4,0 [1,4; 9,8]

Анализ проведённого исследования показал, что частота развития МС была высокой в 1-й и 2-й возрастных группах, а ИБС и гипертрофия миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) часто диагностировались у больных старше 60 лет.

Частота обнаружения отдельных компонентов МС у обследованных больных в зависимости от возраста представлена в таблице 3.

Таблица 3

Частота выявления признаков метаболического синдрома у больных подагрой в зависимости от возраста, n (%)

Показатель	Возрастные группы		
	<50 лет (*n=13*)	**50-60 лет (*n=13*)**	**>60 лет (*n=12*)**
ОТ >102 см	11 (84,6%)	10 (76,9%)	3 (25%)
ТГ ≥2,3 ммоль/л	4 (30,8%)	5 (38,45%)	2 (16,7%)
ХСЛПВП <1,6 ммоль/л	7 (53,85%)	12 (92,3%)	10 (83,3%)
САД >140 и/или ДАД >90 мм рт. ст.	10 (76,9%)	7 (53,8%)	10 (83,3%)
Глюкоза ≥6,1 ммоль/л	7 (53,85%)	7 (53,85%)	2 (16,7%)

У больных моложе 50 лет наиболее частыми признаками МС были увеличение ОТ >102 см (84,6%), повышенное АД (76,9%); чуть реже определялись повышение сывороточного уровня глюкозы (53,85%) и снижение сывороточного уровня ХСЛПВП (53,85%), гипертриглицеридемия наблюдалась у 4 (30,8%) пациентов. В возрастной группе 50-60 лет наиболее частыми признаками МС были

снижение сывороточного уровня ХСЛПВП (92,3%) и увеличение ОТ >102 см (76,9%), также наблюдалось небольшое увеличение числа больных с повышенной триглицеридемией - 5 пациентов (38,45%). У пациентов старше 60 лет сохранялась высокая частота сниженного сывороточного уровня ХСЛПВП. АГ встречалась чаще, а увеличение ОТ, гипертриглицеридемия и гипергликемия – намного реже, чем в группах более молодых больных.

Возрастной диморфизм гипертриглицеридемии у больных подагрой подтверждался и наличием обратной корреляционной связи между уровнем сывороточных триглицеридов и возрастом на момент обследования.

Частота выявления повышенных значений АД, напротив, увеличивалась с возрастом (табл. 3). Это подтверждалось и наличием прямой корреляционной зависимости между возрастом и абсолютными значениями систолического и диастолического АД.

У обследованных больных наблюдалась также обратная корреляционная связь между уровнем глюкозы в сыворотке крови и возрастом. Статистически значимым оказалось и уменьшение частоты выявления гипергликемии (у 54% больных моложе 50 лет и у 17% больных старше 60 лет).

Таблица 4

Сравнительная клиническая характеристика больных подагрой разных возрастных групп (M±SD или Me [5-й процентиль; 95-й процентиль])

Показатель	Возрастные группы			*p*
	<50 лет (*n*=13)	50-60 лет (*n*=13)	>60 лет (*n*=12)	
Длительность заболевания, годы	8,7 [3,2; 19,5]	10,8 [3,2; 23,7]	18,9 [6,4; 37,4]	0,001
Возраст дебюта болезни, годы	38 [31; 47]	46 [30; 54]	47 [29; 61]	0,001
Масса тела, кг	105,3±20	104±16	88,4±15	0,0038
ИМТ, кг/м²	33,2±5,5	33,2±6,9	29,4±4,4	0,26
ОТ, см	115 [95; 130]	116 [97; 133]	101 [79; 113]	0,19
МК, мкмоль/л	629±124	540±119	529±101	0,75
ХС, ммоль/л	5,95 [5; 7]	6,2 [4,5; 9]	6 [4,1; 7,9]	0,92
ХСЛПНП, ммоль/л	3,97 [2,84; 5,5]	4,5 [2,72; 7,4]	4,5 [2,2; 6,4]	0,37
ХСЛПВП, ммоль/л	1,5 [0,6; 1,6]	1,2 [0,9; 1,65]	1,2 [0,9; 1,8]	0,25
ТГ, ммоль/л	2,4 [1,25; 6]	2,3 [1,5; 3,5]	1,8 [1,3; 2,8]	0,051

В таблице 4 представлена сравнительная клиническая характеристика обследованных больных трёх возрастных групп. Закономерно, что длительность заболевания прогрессивно увеличивалась с возрастом обследованных пациентов. Тем не менее, чем моложе были больные, тем в более раннем возрасте дебютировала подагра.

Прослеживается и обратная корреляция между массой тела и возрастом больных (r=-0,29, p=0,001). Кроме того, значение ИМТ у больных до 50 лет было достоверно больше, чем у больных старше 60 лет (p=0,054).

Отмечено также наличие прямой корреляционной зависимости между сывороточными уровнями ТГ, МК и массой тела (r=0,22, p=0,028) и обратная корреляционная связь между уровнем ТГ и МК в сыворотке крови и возрастом дебюта подагры (r=-0,19, p=0,022).

ГМЛЖ выявлена у 9 (69,2%) больных 1-й группы, 7 (53,8%) пациентов 2-й группы и 11 (91,7%) больных 3-й группы.

Основными факторами риска возникновения подагры, наряду с наследственной предрасположенностью, являются инсулинорезистентность, СД 2 типа, ожирение, АГ и нарушение липидного обмена [15,16]. Существенным фактором также является возраст пациентов.

Полученные нами данные о встречаемости МС (у 60,5% пациентов) и кардиоваскулярных нарушений у больных подагрой были сопоставимы с результатами немногочисленных работ, опубликованных ранее другими авторами [7,17-20]. Установлено, что частота выявления отдельных метаболических нарушений, таких как АГ, избыточная масса тела, гипертриглицеридемия и снижение уровня сывороточного ХСЛПВП была сопоставимой с частотой гиперурикемии – основного фактора риска развития подагры и важного лабораторного маркёра заболевания. Вместе с тем, мы не выявили возрастных различий во встречаемости МС у больных с первичной подагрой, тогда как частота ИБС у больных подагрой закономерно увеличивалась с возрастом – от 38% до 68%. Однако, при одинаковой частоте пик МС различен в возрастных группах. Так, у пациентов старших возрастных групп отмечено увеличение частоты АГ и ИБС, в то время как у больных более молодого возраста чаще встречаются ожирение, гипертриглицеридемия и гипергликемия.

Вывод. Результаты проведённого исследования свидетельствуют о наличии возрастных особенностей течения МС и кардиоваскулярных нарушений у больных подагрой. В частности, у больных в возрасте до 60 лет наблюдается большая выраженность ожирения, гипертриглицеридемии и гипергликемии, в то время как у пациентов старше 60 лет отмечается повышение частоты ИБС и изолированной систолической АГ.

Литература

1. Насонов Е.Л., Насонова В.А., Барскова В.Г. Механизмы развития подагрического воспаления // Тер. архив. М., 2006. №6 (78). С. 77-84

2. Adams P.F., Hendershot G.E., Marano M.A. Current estimates from the National Health Interview Survey, 1996 // Vital Health Stat. 1999. Vol. 10. P. 200

3. Terkeltaub R.A. Clinical practice. Gout // N. Engl. J. Med. 2003. Vol. 349. P. 1647-1655

4. Saag K.G., Mikuls T.R. Recent advances in the epidemiology of gout//Curr. Rheum. Rep.2005.Vol.7. P. 235-241

5. Wallace K.L., Riedel A.A., Joseph-Ridge N., Wortmann R. Increasing prevalence of gout and hyperuricemia over 10 years among older adult in a managed care population//J.Rheumatol.2004.Vol.31.P.1582-1587

6. World Health Organization (WHO). Obesity: prevention and management of the global epidemic. Report of the WHO Consultation // World Health Organ Tech Rep Ser. 2000. Vol. 894 P. 1-253

7. Vazguez-Mellado J., Garsia C.G., Vazguez S.G. et al. Metabolic syndrome and ischemic heart disease in gout // J. Clin. Rheumatol. 2004. Vol. 10 (3). P. 105-109

8. Елисеев М.С., Барскова В.Г., Насонова В.А. Клиническое значение метаболического синдрома при подагре // Клиническая геронтология. М., 2006. Т. 12; №2. С. 29-33

9. Fang J. Serum uric acid and cardiovascular mortality: The NHANES I epidemiologic followup study, 1971-1992. National Health and Nutrition Examination Survey//JAMA.2000.Vol.238.P. 2404-2410

10. Барскова В.Г. Метаболический синдром и кардиоваскулярные нарушения при подагре // Дисс. докт. мед. наук. М., 2006

11. Wallace S.L., Robinson H., Masi A.T. et al. Preliminary criteria for the classification of the acute arthritis of gout // Arthritis Rheum. 1977. Vol. 20. P. 895-900

12. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) // JAMA. 2001. Vol. 285 (19). P. 2486-2497

13. Rifai N., Bachorik P.S., Albers J.J. Lipids, lipoproteins and apolipoproteins. In: Burtis C.A., Ashwood E.R.//Tietz Textbook of Clinical Chemistry. 3rd ed.Philadelphia: W.B.Saunders Company.1999.P. 809-861

14. Friedewald W.T., Levy R.S., Fredrickson D.S. Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge // Clin. Chem. 1972. Vol. 18. P. 499-502

15. Fam A.G. Gout, duet, and the insulin resistance syndrome // J. Rheum. 2002. Vol. 29. P. 1350-1355

16. Choi H.K., Atkinson K., Karlson E.W. et al. Obesity, weight change, hypertension, diuretic use, and risk of gout in men: the Health Professionals Follow-up Study//Arch. Intern. Med.2005.Vol. 165. P.742-748

17. Шукурова С.М. Висцеральные проявления подагры // Автореф. докт. дисс. Душанбе, 1996

18. Хамидов Н.Х. Систолическая артериальная гипертония в пожилом и старческом возрасте (распространение, патогенез и лечение) // Автореф. докт. дисс. М., 1973

19. Шарипова Х.Я. Особенности течения систолической гипертонии старших возрастов по данным пролонгированного наблюдения // Автореф. докт. дисс. Душанбе, 2000

20. Rho Y.H., Choi S.J., Lee Y.H. et al. The Prevalence of Metabolic Syndrome in Patients with Gout // J. Korean Med. Sci. 2005. Vol. 20. P. 1029-1033

ХУЛОСА

ХУСУСИЯТҲОИ СИННУ СОЛИИ ҶАРАЁНИ АЛОИМИ МУБОДАЛАВӢ ВА ИХТИЛОЛОТИ КАРДИОВАСКУЛЯРӢ ҲАНГОМИ БЕМОРИИ НИҚРИС

Н.Ҳ.Ҳамидов, С.М.Шукурова, Х.К.Тоиров, Х.Ҳ.Абдулоев

Дар мақолаи мазкур хусусиятҳои синну солии ҷараёни алоими мубодалавӣ ва ихтилолоти кардиоваскулярии 38 марди гирифтори бемории ниқрис омӯхта шудааст. Таҳлилу баррасии тадқиқот нишон дод, ки дар беморони то синни 60-сола зуҳуроти зиёди фарбеҳӣ, ҳипертриглитсердемия ва ҳипергликемия мушоҳада мешавад, дар беморони синнашон аз 60 боло бошад - баландшавии басомади бемории ишемикии дил ва фишорбаландии шараёнии систоликии ҷудогона ба назар мерасад.

SUMMARY

AGE FEATURES OF THE METABOLIC SYNDROME AND CARDIOVASCULAR DISORDERS IN GOUT

N.H.Khamidov, S.M.Shukurova, H.K.Toirov, H.J.Abduloev

In the article were studied age-related peculiarities of the metabolic syndrome and cardiovascular disorders in 38 males suffering from gout. Analysis of the study showed that patients aged under 60 years have seen great severity of obesity, hypertriglyceridemia, and hyperglycemia, while patients older than 60 years have seen increased incidence of coronary heart disease and isolated systolic hypertension.

Key words: gout, metabolic syndrome, cardiovascular disorders, age

Адрес для корреспонденции:
Н.Х. Хамидов – профессор кафедры внутренних болезней №2 ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Гулистон, д. 21. Тел: (+992 37) 221-58-98. E-mail: toirov1980@mail.ru

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ ДИФФУЗНОГО НЕТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА У ДЕТЕЙ

М.Ф.Умарова, З.Х.Якубова, М.О.Курбанова
Кафедра пропедевтики детских болезней ТГМУ им.Абуали ибни Сино; лечебно-диагностический центр «Шифо»; РНЦССиГХ

Авторами изучены показатели УЗ - исследования 94 пациентов с диффузным нетоксическим зобом (ДНЗ), в возрасте от 6 до 16 лет. Согласно клинико-метаболическим критериям, пациенты дифференцированы в следующие группы: I группа - 48 больных в эутиреоидном состоянии, II – 28 пациентов с аутоиммунным компонентом, III – 18 больных с субклиническим гипотиреозом. Показатели УЗИ авторами расценены как эхографические маркёры, которые можно использовать при ранней диагностике, подборе адекватной терапии и в качестве мониторинга при определении эффективности лечения у детей с этой сложной патологией.

Ключевые слова: эхографические маркёры, диффузный нетоксический зоб, субклинический гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит, йододефицитные заболевания

Актуальность. Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) занимают ведущее место в структуре эндокринной патологии детского возраста. Наиболее актуальна эта проблема для Таджикистана со специфичными природно-географическими особенностями и антропогенными факторами, где диффузный нетоксический зоб (ДНЗ) регистрируется более чем у 60% детей препубертатного и пубертатного возрастов [6].

Дети с ДНЗ часто отстают в физическом, половом и интеллектуальном развитии и в 1,5-2 раза чаще своих сверстников имеют различные хронические соматические заболевания [4,5]. В то же время диагностика тиреоидной патологии у детей имеет свои особенности. Трудности диагностики обусловлены неспецифичностью клинических проявлений заболеваний щитовидной железы и вариабельностью его течения. У подавляющего большинства детей и подростков в начальной стадии ДНЗ клинические признаки нарушения функции щитовидной железы могут отсутствовать, и длительное время сохраняется эутиреоидное состояние [1,2]. Зачастую ДНЗ у этих больных обнаруживается случайно при обращении к смежным специалистам по поводу сопутствующей патологии. Именно поэтому решающее значение в ранней диагностике ДНЗ у детей принадлежит дополнительным лабораторным и инструментальным методам исследования. Одним из достоверных и в то же время доступных неинвазивных методов является ультразвуковое исследование щитовидной железы, позволяющее определить тиреоидный объём, оценить расположение, контуры, структуру и эхогенность ткани железы. Ультразвуковые технологии в последние десятилетия быстро совершенствуются, открывая новые возможности к их применению в тиреоидологии [3]. Высокая информативность этого метода позволяет использовать ультразвуковую визуализацию для диагностики заболеваний на доклинических (латентных) стадиях. Зачастую специалисты возлагают на него функцию одного из опорных критериев первичной диагностики заболеваний щитовидной железы, от результатов которого будет зависеть не только выбор последующего обследования, но и лечения. В связи с этим, оценка клинической значимости ультразвуковых технологий при ДНЗ с выбором адекватной терапии и мониторингом бесспорна и весьма актуальна.

Цель исследования: определить значение ультразвукового исследования в ранней диагностике диффузного нетоксическго зоба, дать характеристику эхографическим маркёрам ДНЗ у детей в зависимости от функционального состояния щитовидной железы.

Материал и методы. Обследованы 94 пациента в возрасте от 6 до 16 лет в условиях ДЛЦ «Шифо» в период с 2006-2010гг. Среди них девочек было 60, мальчиков - 34, преимущественно пре- и пубертатного возраста.

Верификация диагноза проводилась на основе клинических, лабораторных и инструментальных данных с определением базального уровня тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (Т4), трийодтиронина (Т4), антител к тиреоглобулину (АТ/ТГ), тиреопероксидазе (ТПО) методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием реактивов «Алкор-Био» (Россия).

Изучены эхографические маркёры ДНЗ на основе данных УЗИ ЩЖ и органов малого таза с использованием ультразвукового сканера фирмы Спектромед «Сономед-500» (Россия). По показаниям проведено УЗИ молочных желёз, консультация маммолога и детского гинеколога.

Эффективность УЗ - диагностики и терапии определена на основании динамики клинических параметров и мониторинга УЗ - исследований.

Результаты и их обсуждение. Обследуемые пациенты (94) были дифференцированы в следующие группы: в I группу вошли 48 больных в эутиреоидном состоянии, во II с аутоиммунным компонентом - 28, в III с субклиническим гипотиреозом (ТТГ≥2Ммг/мл) - 18.

Средний возраст пациентов I группы составлял 12±0,4 лет, из них девочек было 29, мальчиков – 19. Клинические симптомы у больных данной группы на фоне эутиреоза были минимальными и носили чисто субъективный характер. Основные жалобы пациенты предъявляли на чувство удушья, утомляемость, периодические боли в области сердца. Пальпаторно определялась безболезненная ЩЖ мягко эластичной консистенции. При ультразвуковом исследовании нами выявлена следующая эхографическая картина: у всех пациентов данной группы щитовидная железа имела мелкоячеистую однородную структуру и нормальную эхогенность, из них в 20 случаях размеры ЩЖ соответствовали 0-1 степени, а в 28 случаях 1-2 степени. При УЗИ сердца и органов малого таза у пациентов I группы патологии не выявлено.

У пациентов II группы средний возраст соответствовал 13±0.2 годам, из них девочек - 12, мальчиков - 10. Пациенты этой группы предъявляли жалобы на боли в области сердца колющего характера с иррадиацией в левую руку, головные боли, раздражительность, чувство удушья и «кома»-обморочные состояния, снижение памяти, нарушение менструального цикла (НМЦ). При пальпации щитовидная железа была плотной с неровными контурами, болезненная, с иррадиацией в шею. Эхографические маркёры показали: неоднородная структура - 100%, расширение тени перешейка - у 45%, нечёткость и размытость контуров – у 32%, гипоэхогенные включения dot 4 до 8мм - у 27%, жидкостные образования - у 15%. Эхографические признаки в комплексе с клиническими параметрами расценены нами как аутоиммунный процесс. Показатели тиреоидного статуса с повышением титра АГ/ТГ и ТПО свидетельствуют в пользу данной гипотезы.

Изменения эхографической картины органов малого таза были следующие: поликистоз яичников с НМЦ выявлен у 4 девочек; диффузная мастопатия по типу очагового фиброматоза - у 3 девочек старше 10 лет; гипоплазия матки II степени - у 3 больных данной группы в возрасте от 13 до 15 лет. При эхокардиографии больных данной группы пролапс митрального клапана выявлен у 13 пациентов, недостаточность митрального и трикуспедального клапанов - у 3, дополнительная хорда левого желудочка - у 4.

Средний возраст пациентов III группы составлял 14±0.2 лет, девочек было 19, мальчиков - 5. Пациенты III группы с СГ предъявляли жалобы на раздражительность, снижение памяти и успеваемости в школе, боли в области сердца, отёчность лица по утрам, склонность к запорам и НМЦ.

При УЗИ ЩЖ выявлены: увеличение объёма, понижение эхогенности - у 45%, гиперэхогенные зоны - у 22%, кальцинаты - у 5% и кистозные образования - у 12% (уровень ТТГ в данной группе

≥2Мме/мл). Эхографические признаки на фоне дисфункции тиреоидного статуса (ТТГ≥2Мме/мл) не исключают участия аутоиммунного процесса в развитии гипотиреоза у детей с ДНЗ.

В данной группе изменения эхографической картины органов малого таза были следующими: поликистоз яичников с НМЦ выявлен у 6 девочек; диффузная мастопатия по типу очагового фиброматоза - у 2 девочек старше 10 лет; гипоплазия матки II степени - у 9 больных.

При эхокардиографии больных данной группы пролапс митрального клапана выявлен у 12 пациентов, недостаточность митрального и трикуспедального клапана - у 5, дополнительная хорда левого желудочка - у 1, снижение сократительной функции миокарда - в 2 случаях, открытый артериальный проток у 1пациента.

При сопоставлении ультразвуковых характеристик структуры ЩЖ исследуемых групп выявлена следующая закономерность: однородная структура и нормальная эхогенность характерна для пациентов в эутиреоидном состоянии, тогда как для пациентов с наличием аутоиммунного компонента и субклинического гипотиреоза характерна неоднородная структура ЩЖ, изменение эхоплотности и наличие гипо- и гиперэхогенных включений.

Изменения эхографической картины сердца и органов малого таза были более выражены у пациенток II и III групп и зависели от функционального состояния ЩЖ.

Кроме того, нам удалось выявить взаимосвязь между степенью изменений эхографической картины ЩЖ и гормональным статусом исследуемых. Так, эхографические изменения ЩЖ были более выражены у пациентов II-III групп с аутоиммунным компонентом и субклиническим гипотиреозом, где отмечалось наличие антител к тиреоглобулину и повышение уровня ТТГ≥2мкМЕ/мг.

Необходимо отметить, что имелись некоторые различия между данными объективного метода исследования (визуализации и пальпации) и протоколом УЗИ. Так, при определении объёма ЩЖ с помощью УЗИ, установлено, что у детей I группы при отсутствии пальпаторного увеличения ЩЖ, её объём в 22% случаев превышал возрастной уровень. У детей II и III групп эти различия составили 9% и 11%, соответственно. Несоответствие между данными клинического обследования и УЗИ выявлялось чаще у пациентов I группы, чем во II и III группах. Так, отсутствие увеличения ЩЖ при пальпаторном исследовании не исключает его наличия. Достоверность пальпаторного исследования возрастает при больших размерах ЩЖ и при изменении её структуры.

Таким образом, полученные результаты исследования свидетельствуют о высокой информативности УЗИ при диффузном нетоксическом зобе. Высокая информативность этого метода позволяет использовать ультразвуковую визуализацию для диагностики заболевания на доклинических (латентных) стадиях Эхографические маркёры можно использовать при подборе адекватной терапии и мониторинге эффективности лечения у детей с диффузным нетоксическим зобом.

Литература

1. Афиногенова О.Б. Диагностические и прогностические значения увеличения щитовидной железы у детей и подростков/ Автореф. дисс. кан. мед. наук. Томск. 1997
2. Дедов И.И., Трошина Е.А., Антонова С.С. и др. Аутоиммунные заболевания щитовидной железы: состояние проблемы/Журн. «Проблемы эндокринологии». 2002.Т48. -С.5-12
3. Рюмин Г.А., Шилин Д.Е., Касаткина Э.П., Пыков М.И. Новые подходы в дифференциальной диагностике диффузного нетоксического зоба у детей и подростков/ Медицинский журнал «Sonoace-Ultrasound». №7. М. 2000
4. Шилин Д.Е. Клинические аспекты ультразвуковой диагностики заболеваний щитовидной железы/Медицинский журнал «Sonoace-Ultrasound» №7. М. 2001

5. Фадеев В.В., Мельниченко Г.А., Герасимов Г.А. Аутоиммунный тиреоидит. Первый шаг к консенсусу/Журн. «Проблемы эндокринологии». Т.47.№4.2001.-С.7-13
6. Якубова З.Х. Медико-социальные проблемы йоддефицитных заболеваний у детей и подростков/Журн. «Известия АН РТ». Отделение биологических и медицинских наук. №2(149). 2003

ХУЛОСА
МАРКЁРҲОИ ЭХОГРАФИКИИ ҶОҒАРИ БЕЗАҲРИ ДИФФУЗӢ ДАР КӮДАКОН
М.Ф.Умарова, З.Х.Ёқубова, М.О.Қурбонова

Муаллифон нишондиҳандаҳои тадқиқоти ултрасадоии 94 нафар бемори аз 6 то 14 соларо, ки гирифтори ҷоғари безаҳри диффузӣ мебошанд, омӯхтанд. Мувофиқи меъёрҳои саририю мубодалавӣ беморон ба гурӯҳҳои зерин ҷудо карда шуданд: гурӯҳи I – 48 нафар бо ҳолати эутиреоидӣ, гурӯҳи II – 28 нафар бо ҷузъи таркибии аутоиммунӣ, гурӯҳи III – 18 нафар бемор бо ҳипертиреози субклиникӣ.

Нишондиҳандаҳои тадқиқоти ултрасадоиро муаллифон ҳамчун нишонҳои (маркёрҳои) эхографикӣ арзёбӣ намуданд, ки онҳоро ҳангоми ташхисгузории барвақтӣ, интихоби табобати мувофиқ ва ба сифати танзиму назорат ҳангоми муайян намудани таъсирбахшии муолаҷа дар кӯдаконе, ки гирифтори чунин бемории вазнин мебошанд, истифода кардан мумкин аст.

SUMMARY
ECHOGRAPHIC MARKERS OF DIFFUSE NONTOXIC GOITER IN CHILDREN
M.F.Umarova, Z.Kh.Yakubova, M.O.Kurbanova

Authors studied the performance of ultrasonic study of 94 patients with diffuse nontoxic goiter (DNG), aged 6 to 16 years. According to the clinical and metabolic criteria for the patients differentiated into the following groups: I group - 48 patients in the state eutireoid, II - 28 patients with an autoimmune component, III - 18 patients with c subclinical hypothyroidism. Indicators of U.S. authors regarded as sonographic markers that can be used for early diagnosis, selection of adequate therapy and as a monitor for determining the efficacy of treatment in children with this complex disease.

Key words: sonographic markers, diffuse nontoxic goiter, subclinical hypothyroidism, autoimmune thyroiditis, iodine deficiency disorders

Адрес для корреспонденции:

М.Ф.Умарова – врач-педиатр Лечебно-диагностического центра «Шифо»; Таджикистан, г.Душанбе,

E-mail: mukaddas69@ mail.ru

ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Г.Б.Ходжиева, К.З.Ураков, Х.Э.Рахмонов, Ш.М.Джураев
Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им.Абуали ибни Сино

Авторами проведена оценка психоэмоциональной сферы при помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), теста Спилберга-Ханина (HDRS), опросника Басса-Дарки с уровнем враждебности и агрессивности у больных молодого возраста с острым инфарктом миокарда (ОИМ), находящихся на стационарном лечении в инфарктном отделении Республиканского клинического центра кардиологии.

Обследовано 24 больных, до и после лечения. Выявлено влияние депрессии и тревожных состояний на течение ОИМ у пациентов молодого возраста. В результате проведённого исследования отмечается более тяжёлое течение ОИМ у пациентов с депрессией, где заметны более высокие показатели шкал HDRS (46,3±3,2 балла) и HADS (тревога 40,4±3,6 баллов, депрессия 36,6±4,2 баллов). В группе больных инфарктом миокарда с депрессией отмечается увеличение частоты сердечного сокращения, систолического артериального давления и диастолического артериального давления, что свидетельствует о более тяжёлом течении инфаркта миокарда по сравнению с группой больных без депрессии.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда, депрессия, тревога, реактивная и личностная тревожность, враждебность и агрессивность

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС), является одной из основных причин смерти в большинстве индустриальных стран мира. Значительный ущерб, наносимый здоровью населения сердечно - сосудистыми заболеваниями, обуславливает актуальность этой проблемы для общества. Предполагается, что психосоциальные факторы могут быть одной из причин негативной динамики состояния здоровья населения и вносить существенный вклад в заболеваемость и смертность от ИБС [1,2].

По прогнозам экспертов ВОЗ к 2020 году произойдут существенные изменения в структуре заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистой патологией. Ожидается, что первое и второе место в качестве причин потери трудоспособности и смерти населения займут, соответственно, ИБС и депрессия. Рост количества депрессивных нарушений, их негативное взаимовлияние с сердечной патологией требует активного участия кардиологов в решении проблемы депрессивных расстройств. В настоящее время отсутствует определённая концепция диагностики и лечения депрессивных расстройств у больных с патологией сердечно-сосудистой системы. По результатам крупного эпидемиологического исследования INTERHEART показано, что депрессия и стресс являются третьим по значимости фактором риска развития ОИМ [3,4].

Множество работ последних лет как отечественных, так и зарубежных авторов, свидетельствуют о связи тревоги и депрессии с последующим развитием ИБС. У больных, страдающих умеренной и сильной тревогой, в 4 раза больше риск развития ИБС по сравнению с лицами, не имеющими тревожных расстройств [3].

В тоже время у больных ИБС расстройства психоэмоциональной сферы встречаются значительно чаще, чем в общей популяции. Показано, что панические проявления в общей популяции составляют 1,5-4%, а у больных ИБС - 32-50% [1,5].

По данным Вологдиной И.В., 40% больных с ИБС, страдают депрессивными и тревожными расстройствами различной степени выраженности. Установлено, что у больных ИБС риск развития коронарной смерти тем выше, чем более выражена депрессия: при малой выраженности депрессии риск коронарной смерти увеличивается в 1,6 раза, а при выраженной в 3 раза. Часть расстройства эмоциональной сферы наблюдаются после перенесенного ИМ. Так, депрессия встречается у 27% больных, перенёсших ИМ. Смертность среди больных, перенёсших ИМ и имеющих расстройства психоэмоциональной сферы, выше в 6 раз, по сравнению с пациентами, перенёсшими ИМ и не страдающими депрессией и повышенной тревожностью. У больных ИБС вероятность летального исхода повышается в 1,5 раза, что неоспоримо выше, чем при других заболеваниях [2,4,6].

У лиц, подверженных воздействию факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, происходит изменение структурно-функциональных характеристик левого желудочка, которое обозначается как ремоделирование сердца и выражается в виде увеличения массы миокарда, истончения его стенок, дилатизации полости и сферизации левого желудочка, а также в угнетении его сократимости и релаксации [4].

Специально проведённые исследования позволили установить, что доля больных, которым устанавливается правильный диагноз ОИМ, не превышает 10-50% и всего лишь 13% больным назначаются антидепрессанты [7,8].

Несмотря на высокую распространённость депрессивных и тревожных расстройств, депрессии распознаются не более, чем у половины больных, причём даже в этом случае лишь один пациент из десяти получает необходимую специализированную помощь [4].

Цель исследования. Оценить влияние психогенных факторов на возникновение и течение острого инфаркта миокарда (ОИМ) в молодом возрасте.

Материалы и методы исследования. В инфарктном отделении Республиканского клинического центра кардиологии Министерства здравоохранения Республики Таджикистан обследовано 24 больных с ОИМ в возрасте от 35 до 45 лет, которые составили основную группу.

Критерием включения в исследование являлся возраст от 35 до 45 лет, средний возраст больных составил 41,6 ± 3,4 среди них было 20 (83,3%) мужчин и 4 (16,6%) женщины с первичным ОИМ.

Критерии исключения: неконтролируемая артериальная гипертензия, инсульт в предшествующие 2-3 месяца, больные, имеющие тяжёлую сопутствующую соматическую патологию, выраженная хроническая почечная недостаточность, злокачественные новообразования.

Исследование проводилось в первые 2-3 дня пребывания больных в стационаре и с добровольного согласия со стороны больных. Диагноз ОИМ документирован на основании данных электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии (ЭхоКГ), биохимических методов исследования. В ходе исследования всем пациентам проводили ЭКГ в покое, по стандартной методике на двенадцатиканальном аппарате «Smart ECG», ЭхоКГ на эхокардиографе «Sonolaer-SSH 40A» фирмы «Toshiba», с последующим анализом. Также определялись биохимические показатели: общий холестерин, β-липопротеиды, АлАТ, АсАт по методике Райтмана-Френкеля, свертывающая система крови.

Оценка психоэмоциональной сферы проводилась при помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) [9]. Шкала разработана Zigmond A.S. Snaith R.P. в 1983 г. для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги. Этот опросник следует проводить в совокупности с другими методиками [9].

Тест Спилберга-Ханина (HDRS) – данный тест является надёжным и информативным способом самооценки уровня тревожности на момент обследования (реактивной тревожности) и личностной тревожности как устойчивой характеристики человека. Разработано Ч.Д. Спилбергером и адаптировано Ю.Л. Ханиным (1976). При интерпретации результат можно оценивать следующим образом: до 30 баллов - низкая тревожность; 31-45 баллов – умеренная тревожность; 46 и более баллов – высокая тревожность [9].

Агрессивность и враждебность оценивали по опроснику Басса-Дарки. Опросник личностный, разработан А.Бассом и А.Дарки в 1975 г. и предназначен для диагностики агрессивных и враждебных реакций [9].

Всем исследуемым больным измеряли систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД), частоту сердечных сокращений (ЧСС), определяли фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ).

В контрольную группу (n=24) входили здоровые лица, без признаков поражения сердечно-сосудистой системы (без перенесённого ОИМ в анамнезе), такового же возраста (от 34 до 45 лет).

Результаты и их обсуждение. В результате проведённого исследования, выявлены различные формы тревожности у больных молодого возраста с ОИМ.

Частота выявления отдельных признаков уровней тревожности у больных ОИМ представлены в таблице 1.

Таблица 1

Частота распространения различных уровней тревожности у больных с ОИМ

Показатели	Больные N=24 (%).	Группа контр. N=24 (%).
Тревога по шкале HADS (баллы)		
Нормальная	2 (8,3)	5 (20,8)
Субклинически выраженная	10 (41,6)	12 (50)
Клинически выраженная	12 (50)	7 (29,16)
Депрессия по шкале HADS (баллы)		
Нормальная	6 (25)	6 (25)
Субклинически выраженная	8 (33,3)	13 (54,16)
Клинически выраженная	10 (41,6)	5 (20,8)
Шкала Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина (HDRS)		
Реактивная тревожность (баллы)		
Низкий уровень	4 (16,6)	7 (29,16)
Средний уровень	4 (16,6)	12 (50)
Высокий уровень	16 (66,6)	5 (20,8)
Личностная тревожность (баллы)		
Низкий уровень	2 (8,3)	4 (16,6)
Средний уровень	14 (58,3)	13 (54,16)
Высокий уровень	8 (33,3)	7 (29,16)
Опросник Басса-Дарки (баллы)		
Враждебность		
Норма	4 (16,6)	6 (25)
Увеличена	20 (83,3)	18 (75)
Агрессивность		
Норма	10 (41,6)	11 (45,8)
Увеличена	14 (58,3)	13 (54,16)

Из таблицы 1 видно, что в первые сутки ОИМ отмечается клинически выраженная тревога у 12 (50%) больных и субклинически выраженная тревога - у 10 (41,6%) больных по шкале HADS. Клинически выраженная депрессия - у 10 (41,6%) больных и субклинически выраженная депрессия - у 8 (33,3%) больных, по шкале HADS, по сравнению с контрольной группой.

Также отмечается высокий уровень реактивной тревожности у 16 (66,6%) больных, а средний уровень личностной тревожности составил 33,3%, т.е. у 8 больных, по шкале HDRS, что значительно выше контрольной группы. Высокий уровень враждебности - у 20 (83,3%) больных и агрессивности - у 14 (58,3%) больных из 24 больных по опроснику Басса-Дарки вызывает опасение, которое необходимо откоррегировать в проведении лечения для уменьшения и устранения ранних осложнений ОИМ у молодых пациентов.

Всем больным с ОИМ проводили лечение по стандартной терапии. Исследования госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и теста Спилберга-Ханина (HDRS), проводили на второй – третий день после наступления ОИМ, и повторно через две недели после проводимой терапии.

Результаты изменений в состоянии больных по группам с депрессией и без депрессии до и после лечения, представлены в таблице 2.

Таблица 2

Сравнительная клиническая характеристика больных с ОИМ с депрессией (n=24) в зависимости от лечения

Показатели	Значение выборки			
	2-3 день ОИМ	через 2 недели	2-3 день ОИМ	через 2 недели
	группа с депрессией (N=24)		группа без депрессии (N=24)	
HDRS баллы	46,3±3,2	21,2±3,8	22,6±2,2	21,1±1,7
HADS баллы				
Тревога	40,4±3,6	26,7±2,5	25,2±1,8	24,8±1,5
Депрессия	36,6±4,2	24,2±4,0	24,8±2,0	22,6±1,8
ЧСС (уд/мин)	88,7±10,1	79,6±12,2	76,4±12,4	70,1±10,2
САД (мм.рт.ст)	160±10	140±12	150±16	134±12
ДАД (мм.рт.ст.)	100±11	92±12	93±13	85,9±15
ФВ ЛЖ (%)	59,3±11	64,4±9,6	61,6±8	63,4±10

Примечание: ЧСС – частота сердечных сокращений, САД – систолическое артериальное давление, ДАД – диастолическое артериальное давление, ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка

Из таблицы 2 видно: полученные данные показывают более тяжёлое течение ОИМ у пациентов с депрессией. В группе пациентов с депрессией, по сравнению с группой без депрессии, отмечаются более высокие показатели шкал HDRS (46,3±3,2 балла) и HADS (тревога 40,4±3,6 баллов, депрессия 36,6±4,2 баллов). А также отмечается увеличение ЧСС, САД и ДАД по сравнению с группой без депрессии.

В группе больных с депрессией на фоне стандартной терапии ИМ назначался антидепрессант атаракс в дозе 10мг/сутки в течение двух недель, при показателях шкалы HDRS до 30 баллов назначали седативные препараты персен, тривалумен, новобрассит, после чего улучшилось клиническое состояние всех больных, уменьшилась выраженность депрессии и тревоги.

Среднее значение уровня депрессии и тревоги по шкалам HDRS и HADS в группе больных с депрессией, были более высокие. ФВ ЛЖ в группе с депрессией увеличилась, через 2 недели после коррекции лечения из 59,3±11% до 64,4±9,6%.

В группе больных без депрессии ФВ ЛЖ к концу лечения составил 63,4±10%.

К концу второй недели проведение лечения в обеих группах отмечалось улучшение клинических показателей, снижение уровня депрессии, тревоги и САД.

Таким образом, в результате проведённых исследований необходимо учитывать уровень личностной и реактивной тревожности, уровень тревоги и депрессии. Для снижения количества неудовлетворительных исходов ОИМ у молодых, в максимально ранние сроки, путём проведения психологических тестов, необходимо выделить группу больных с депрессией и выраженной тревогой.

Значительные отклонения от уровня умеренной тревожности в сторону высокой требует особого внимания, поскольку предполагают возможное развитие психосоматического процесса.

При осуществлении лечебно-профилактических мероприятий в кардиологической практике необходимо учитывать психогенный фактор с учётом данных клинически- и субклинически - выраженной тревоги, реактивной и личностной тревожности, враждебности и агрессивности.

Литература

1. Лебедева Н.Б. Клинические, провоспалительные и гемореологические корреляты психофизиологических характеристик у больных инфарктом миокарда. Возрастные и гендерные особенности // Автореф. докт. дисс. – Кемерово. 2009. – 34с.
2. Вологдина И.В. Тревожно-депрессивные расстройства у больных с инфарктом миокарда у лиц пожилого возраста // Автореферат докт. дисс. С-Пб - 2009. – 42с.
3. Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В. Восьмилетнее изучение влияния депрессии на риск возникновения инфаркта миокарда в популяции мужчин 25-64 лет (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «Monica») // Терапевтический архив 2005. - №9. – С.60-64
4. Сыромятникова Л.И. Гендерные особенности клинико-метаболического и психоэмоционального статуса у больных инфарктом миокарда и их прогностическое значение // Автореф. докт. дисс. – Пермь. 2010. – 50с.
5. Sorensen C. Vermeltloort + LAC. Subendocardial ischemia present in patients wits chest pain and normal coronary angiogramma? A cardiovascular M.K. study // Eur. Heart J. – 2007. – vol.28. – P. 1554-1558
6. Васюк Ю.А., Лебедев А.В., Иванова С.В., Довженко Т.В. Депрессия при инфаркте миокарда – фактор или маркер риска // Российский медицинский журнал. – М.: - 2006. - №3. – С.47-49
7. Гоштаутас А., Шинкарева А. и др. Эффективность мероприятий по ранней психологической реабилитации больных ишемической болезнью сердца // Кардиология – 2004. - №7. – С.35-39
8. Ибатов А.Д. Особенности течения ишемической болезни сердца и качество жизни больных с различным уровнем тревожных нарушений // Терапевтический архив 2007. - №12. – С.35-38
9. Большая энциклопедия психологических тестов // М. – 2004. – С.47-57

ХУЛОСА

ТАЪСИРИ ДЕПРЕССИЯ ВА ҲОЛАТҲОИ ҲАЯҶОНОВАР БА ҶАРАЁНИ ШАДИДИ САКТАИ ДИЛ ДАР СИННИ ҶАВОНӢ

Г.Б.Ҳоҷиева, К.З.Уроқов,
Х.Э.Раҳмонов, Ш.М.Ҷӯраев

Муаллифон доираи рӯҳӣ – инфиолиро бо ёрии ҷадвали ҳоспиталии изтироб ва депрессия (ғамбеморӣ) (HADS), тести Спилберг-Ханин (HDRS), пурсишномаи Басс-Дарки бо дараҷаҳои адоват ва агрессивӣ дар беморони синни ҷавони гирифтори сактаи шадиди дил (СШД), ки дар шӯъбаи сактаи Маркази клиникии бемориҳои дили ҷумҳуриявӣ бистарӣ буданд, арзёбӣ намуданд.

24 нафар бемор то ва баъди муолаҷа муоина карда шуданд. Таъсири депрессия ва ҳолатҳои ҳаяҷоновар ба ҷараёни СШД дар беморони синнашон ҷавон ошкор карда шуд. Дар натиҷаи тадқиқот ҷараёни хеле вазнини СШД-ро дар беморони гирифтори депрессия бо нишондиҳандаҳои баландтари ҷадвали HDRS (46,3±3,2 балл) ва HADS (изтироб 40,4±3,6 балл, депрессия 36,6±4,2 балл) ба қайд гирифта шуд.

Дар гурӯҳи беморони гирифтори сактаи дил бо депрессия зиёдшавии басомади кашишхӯрии дил, фишори шараёнии систоликӣ ва диастоликӣ зикр шуд, ки аз ҷараёни вазнинтари сактаи дил дар муқоиса бо гурӯҳи беморони бе депрессия шаҳодат медиҳад.

SUMMARY

INFLUENCE OF DEPRESSION AND ANXIETY DISORDERS IN THE CURRENCY OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN YOUNG PATIENTS

G.B. Hojieva, K.Z. Urakov, H.E. Rakhmonov, Sh.M. Juraev

Authors assessed the psychological and emotional sphere with hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the test Spielberg Hanina (HDRS), the questionnaire Bass-Darky with the level of hostility and aggression in patients with acute myocardial infarction (AMI). The patients in a young age are hospitalized in Infarction Department of the National Clinical Centre of Cardiology.

A total of 24 patients before and after treatment were investigated. The influence of depression and anxiety on the course of AMI in young patients was revealed. The study indicated a more severe course of AMI patients with depression, which has a higher rate scales HDRS (46,3 ± 3,2 points) and HADS (anxiety 40,4 ± 3,6 scores, depression, 36,6 ± 4,2 points). In patients with myocardial infarction depression, there is an increase in heart rate (HR), systolic blood pressure (SBP) and diastolic blood pressure (DBP), indicating that more severe myocardial infarction compared with patients without depression.

Key words: ischemic heart disease, acute myocardial infarction, depression, anxiety, reactive and personal anxiety, hostility and aggressiveness

Адрес для корреспонденции:
Г.Б. Ходжиева – доцент кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки-39, E-mail: hodzhieva gulnora@mail. ru

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕТАЛЕЙКИНА У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

З.С.Гуломов
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

Автор изучил эффективность препарата «Беталейкин» у 82 больных с гнойными заболеваниями околоносовых пазух путём оценки состояния мукоцилиарного транспорта. Динамика восстановления мукоцилиарного клиренса у больных хроническим гнойным риносинуситом при лечении беталейкином была более выраженной по сравнению с группой сравнения.

Ключевые слова: околоносовые пазухи, хронические гнойные риносинуситы, восстановление мукоцилиарного клиренса, «Беталейкин»

Актуальность. В последние годы наблюдается неуклонный рост хронических воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей [2-4], поэтому значительное внимание уделяется вопросам рациональной терапии этих заболеваний [1-6]. Решающая роль в формировании воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух принадлежит нарушениям мукоцилиарной системы [1,5,6]. Длительно протекающие воспалительные процессы в околоносовых пазухах приводят к вторичным иммунодефицитным состояниям и угнетению местных защитных механизмов (снижение фагоцитарной активности нейтрофилов, снижение секреторного IgA) [1-3,7]. Устойчивость слизистых оболочек к микробному заражению обеспечивается «колонизационным иммунитетом», который уменьшает доступность рецепторов эпителия за счёт блокирования их микробами сапрофитной флоры, антимикробными факторами секретов слизистых оболочек (лизоцим, лактоферрин, лактопероксидаза, секреторные антитела и др.), мукоцилиарным клиренсом. Ослабление антиколонизационных ресурсов открывает путь агрессивным агентам, вынуждая к подключению следующие эшелоны защиты.

В настоящее время в задачи иммунокоррекции входит регуляция деятельности иммунной системы, изыскание путей воздействия не только в целом, но и на дискретные звенья иммунитета, лечение изменённой иммунной системы, исправление дефектов её функционирования.

Среди средств иммунокоррекции значительное место занимают медиаторы иммунитета - продукты иммунной системы и вспомогательных клеток - гормоны тимуса, лимфо- и монокины. Из числа этих препаратов большие перспективы имеет применение интерлейкинов, в первую очередь, интерлейкинов 1 и 2 и гамма-интерферона [1,2,4,7].

Имеющиеся в доступной нам литературе сведения о применении беталейкина при хроническом гнойном риносинусите, рассматривают преимущественно, иммунологические механизмы нарушений. Данный препарат был разработан в НИИОЧБ (Санкт-Петербург) и является безопасным, эффективным и весьма современным российским иммуномодулятором [1]. При этом отсутствуют сведения о функциональном состоянии воздухопроводящих путей больных ХГРС непосредственно после проведённого курса и в отдаленные сроки наблюдения.

Цель исследования: изучение эффективности беталейкина у больных с гнойными заболеваниями околоносовых пазух путём оценки состояния мукоцилиарного транспорта.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 82 больных хроническим гнойным риносинуситом (ХГРС) (односторонний и двусторонний процесс) в возрасте от 18 до 65 лет, из них 36 мужчин и 46 женщин. Продолжительность заболевания составляла не менее 5 лет. 21 человек - группа сравнения получали противовоспалительное лечение диоксидином. 61 человек - основная группа - получали иммунотропное лечение беталейкином. Схема лечения больных хроническим гнойным риносинуситом состояла в следующем. Всем больным проводилось местное лечение хронического гнойного риносинусита. Промывание пазух антисептическими растворами, введение лекарственных препаратов (диоксидина и беталейкина) проводили посредством пункций или катетеризации синус-катетером, создающим в полости носа и околоносовых пазухах перемежающееся давление. Курс лечения составил 5 процедур в течение 8-12 дней.

Методы обследования пациентов были традиционными, принятыми в оториноларингологии - сбор анамнеза жизни, анамнеза заболевания, риноскопическое и эндоскопическое исследование, рентгенография околоносовых пазух.

Состояние мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки носа оценивали с использованием сахариновой пробы. В преддверие носа вводили кристаллы сахарина. Затем по секундомеру фиксировали время появления у испытуемого ощущения сладости во рту.

Результаты исследований. У всех обратившихся больных мы наблюдали картину обострения ХГРС с наличием гнойных выделений в среднем и нижнем носовых ходах, значительное сужение носовых ходов, нарушение проходимости между средним носовым ходом и гайморовой пазухой, гиперемию слизистой оболочки носа. В более запущенных случаях заболевания гнойные выделения скапливались в нижнем носовом ходе, наблюдались участки деэпителизации стенок полости с наличием атрофичных плоских грануляций.

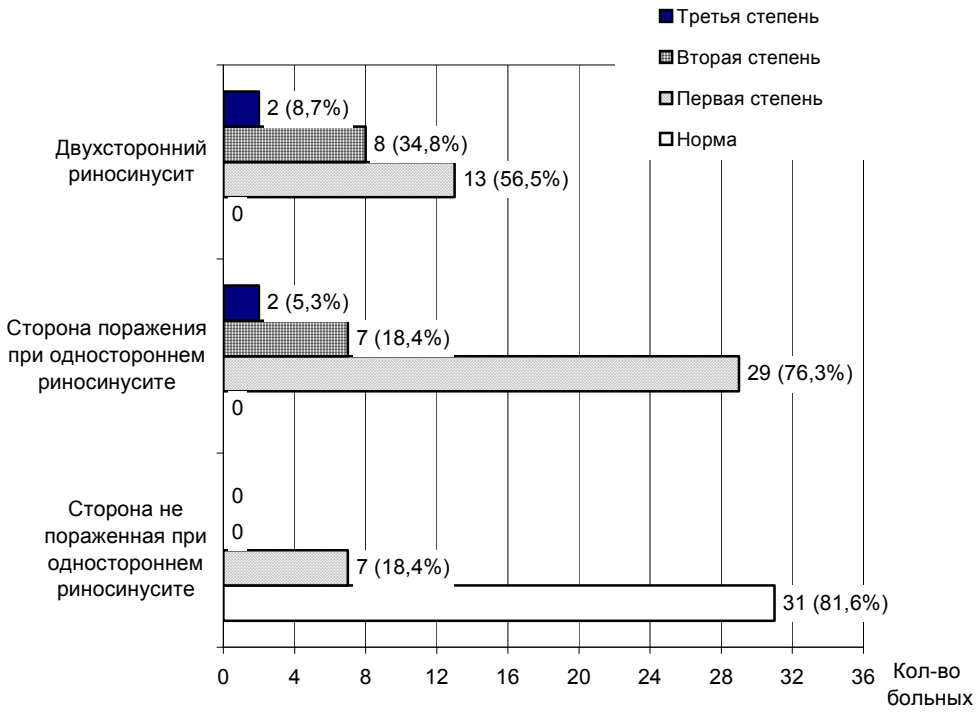


Рис. 1. Степень нарушения функции мукоцилиарного транспорта у больных ХГРС после местной иммунотерапии беталейкином (сахариновая проба)

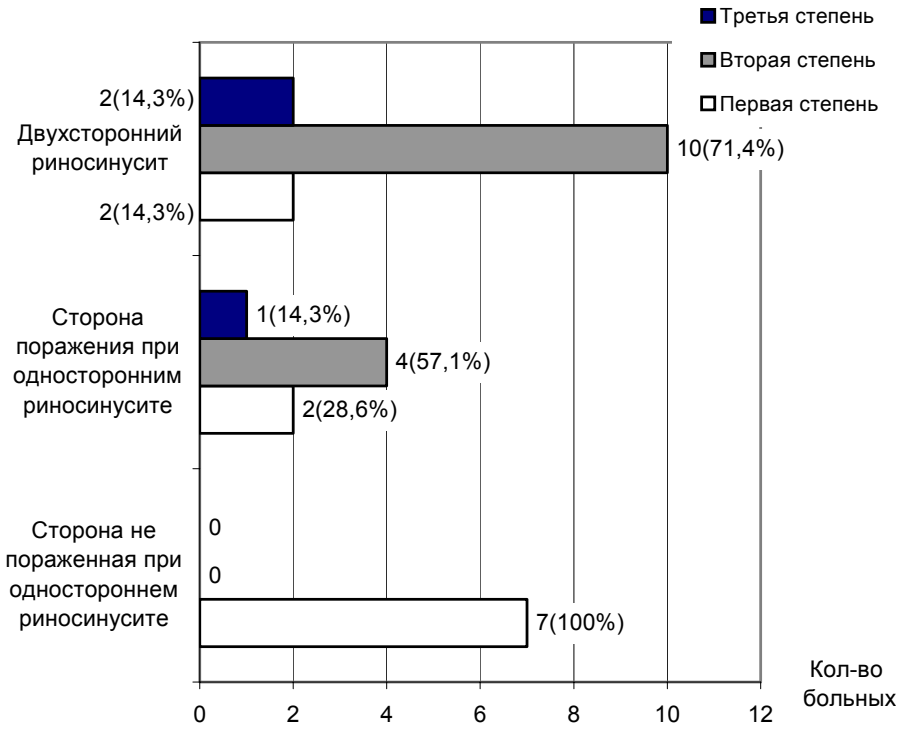


Рис. 2 Степень нарушения функции мукоцилиарного транспорта у больных ХГРС после применения диоксидина (сахариновая проба)

В результате проведённого курса лечения прийти к нормальным показателям сахариновой пробы не удалось ни у одного больного хроническим гнойным риносинуситом. Известно, что функция мерцательного эпителия слизистой оболочки носа и околоносовых пазух даже при острых респираторных заболеваниях и ринитах у здоровых людей восстанавливается в последнюю очередь. Несмотря на субъективные признаки клинического выздоровления, транспортная функция мерцательного эпителия полости носа заметно снижена при остром рините.

Давая оценку результатам сахариновой пробы больных, получавших диоксидин, мы отметили преобладание 2 степени нарушений: при одностороннем и двустороннем процессах (57,1% и 71,4%, соответственно). Следует отметить, что при лечении диоксидином, улучшения мукоцилиарного клиренса до 1 степени после проведённого курса лечения практически не наблюдалось (14,3%).

Анализ результатов сахариновой пробы у больных, получавших беталейкин, показал преобладание 1 степени нарушений мукоцилиарного клиренса на стороне поражения при одностороннем процессе (76,3% пациентов) и 1 степени нарушений при двустороннем процессе (56,5%).

В результате проведённого местного лечения у всех больных наблюдалась положительная динамика клинической картины: исчезновение гноетечения, головных болей, рентгенологическое снижение степени затемнения околоносовых пазух, снижение аэродинамического сопротивления, повышение функции мукоцилиарного клиренса. Положительная клиническая динамика коррелировала с показателями функционального состояния воздухопроводящих путей пролеченных больных. При лечении диоксидином, положительная динамика наблюдалась в более поздние сроки, чем при лечении беталейкином: 9-10 день против 4-6 дня лечения.

Температурной и других нежелательных реакций или осложнений на фоне местного применения беталейкина мы не наблюдали. Наилучшие результаты получены при лечении односторонних поражений верхнечелюстных пазух. Применение местной иммунотерапии хронического гнойного риносинусита препаратом беталейкин позволило сократить сроки лечения больных до 4-6 дней против 9-10 дней при лечении диоксидином.

Динамика восстановления мукоцилиарного клиренса у больных хроническим гнойным риносинуситом при лечении беталейкином была более выраженной по сравнению с группой сравнения.

Таблица 1

Отдалённые результаты местной иммунотерапии при ХГРС

	Длительность гноетечения		Длительность ремиссии	
	Проведённое лечение			
Клиническая форма	Иммунотерапия беталейкином	Лечение диоксидином	Иммунотерапия беталейкином	Лечение диоксидином
Односторонний процесс	3-4 дн.	5-7 дн.	до 1 года	2-3 мес.
Двухсторонний процесс	5-6 дн.	9-10 дн.	6 мес.	до 1 мес.

При лечении диоксидином, положительная динамика наблюдалась в более поздние сроки, чем при лечении беталейкином: 9-10 день против 4-6 дня лечения.

Курс местного лечения беталейкином и диоксидином, проведён у 82 человек. К сожалению, восемь больных, пролеченных беталейкином, выпали из поля нашего наблюдения непосредственно по окончании курса и в отношении их мы не могли оценить отдалённые результаты.

Наблюдение больных через полгода - показало хороший клинический результат местного применения беталейкина: только у 2 больных (3,28%) из 61 пролеченных наблюдался рецидив, тогда как в группе, получавших традиционное лечение, рецидивы в течение этого срока наблюдения выявлены у 9 человек (42,86%).

Наблюдение за больными в отдалённые сроки (через год) свидетельствовало о положительном клиническом эффекте проведённого лечения. У всех пролеченных нами больных снизилась частота обострений ХГРС в течение последующего за проведённым нами лечением года и уменьшилось количество дней временной нетрудоспособности в связи с обострением ХГРС, причём наиболее отчётливо эти изменения выражены у больных, получавших местную иммунотерапию препаратом «Беталейкин» (табл.1).

Полученные данные свидетельствуют о высоком противорецидивном эффекте препарата «Беталейкин» при его местном использовании в лечении хронического гнойного риносинусита (табл. 2).

Сравнительная оценка эффективности использованных схем местного лечения больных ХГРС приведена в таблице 3.

Таблица 2

Отдалённые результаты лечения хронического гнойного риносинусита

	Частота обострений ХГРС в течение последующего года	Среднее количество дней нетрудоспособности в течение срока наблюдения
За предшествующий год	от 3 у 52,4% пациентов до 5 у 47,6% больных	37±5 дней
После лечения «Диоксидином»	1,8±0,5 случаев в год	22±5 дней
После иммунотерапии «Беталейкином»	Однократная у 86,9% пациентов	14±4 дней

Таблица 3

Сравнительная эффективность различных схем лечения ХГРС

Результаты лечения	Использование препарата «Беталейкин» (61 чел.)		Терапия «Диоксидином» (21 чел.)	
	Односторон-ний процесс	Двусторон-ний процесс	Односторон-ний процесс	Двусторон-ний процесс
Клиническое улучшение	30 (78,9%)	21 (90,7%)	4 (57,1%)	10 (71,4%)
Отсутствие динамики	8 (21,1%)	1 (4,3%)	1 (14,3%)	2 (14,3%)
Клиническое ухудшение	0	1 (4,3%)	2 (28,5%)	2 (14,3%)
Всего	38 (100%)	23 (100%)	7 (100%)	14 (100%)

Если в группе больных, получающих антисептик диоксидин, общее количество неудач составило 33,37%, то при лечении беталейкином этот показатель уменьшился до 16,3%, причём ухудшение клинического состояния наблюдалось только при двустороннем гнойном процессе у 1 больного (4,3%). Первоначально у этого пациента диагностирован по клиническим и рентгенологическим признакам двусторонний хронический гнойный гайморит. Проведённое местное лечение беталейкином привело к усилению головных болей, в связи с чем назначена компьютерная томография околоносовых пазух. На томограмме обнаружили рентгенонегативную кисту правой верхнечелюстной пазухи, в дальнейшем больной прооперирован.

Других нежелательных реакций или осложнений на фоне применения беталейкина мы не наблюдали.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой клинической эффективности местной иммунокорригирующей терапии хронического гнойного риносинусита препаратом «Беталейкин» как при одностороннем, так и при двустороннем поражении.

Наилучший клинический результат получен при применении препарата «Беталейкин» у больных хроническим гнойным риносинуситом с односторонним проявлением процесса.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о целесообразности использования препарата «Беталейкин» в комплексной терапии хронических заболеваний околоносовых пазух. Препарат может быть рекомендован для широкого использования, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

Литература

1. Азнабаева Л.Ф., Арефьева Н.А. и др. Продукция противовоспалительных цитокинов клетками крови (in vitro) и очага воспаления (in vivo) у больных хроническим гнойным риносинуситом при различных способах лечения беталейкином // Мед. иммунология. - 2000. - Т.2. -№2. - С. 207
2. Пискунов Г.З. Клиническая ринология / С.З.Пискунов.-М.: Миклош, 2002.-390с.
3. Пискунов С.З. Диагностика и лечение воспалительных процессов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух / С.З. Пискунов, Г.З. Пискунов – Воронеж.: ВГУ, 1991. - 184 с.
4. Плужников М.С., Шантуров А.Г., Лавренова Г.В. и др. Слизистая оболочка носа. Механизмы гомеостаза и гомеокинеза. – С-Пб: Медицина, 1995. -104 с.
5. Рязанцев С.В. Роль муколитических, секретолитических и секретомоторных препаратов в лечении острых и хронических синуситов у детей / С.В.Рязанцев // Новости оторинолар. и логопатол.–2002.–№1(29).–С. 129-132
6. Лопатин А.С. Фармакотерапия воспалительных заболеваний околоносовых пазух/ // Consilium medicum, 2002.Т.4, №4.-С.186-188
7. Brandtzaeg P., Jahnsen F.L., Farstad I.N. et al. Immunobiology and immunopathology of the upper airway mucosa // Folia Otorhinolaryng. Pathol. Resp. - 1998. - Vol. 4, N 1-2. - P. 74-83

ХУЛОСА
ТАЪСИРНОКИИ ДОРУИ «БЕТАЛЕЙКИН» ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ КАСАЛИҲОИ ЧИРКОВАРИ СИНУСҲОИ ИЛОВАГИИ БИНӢ

З.С.Ғуломов

Таъсирнокии доруи «Беталейкин» дар 82 нафар бемори мубталои чиркноки синусҳои иловагии бинӣ бо роҳи арзёбии ҳолати интиқоли мукотсилиарӣ омӯхта шуд. Таҳрики барқароршавии тозакунии (клиренс) мукотсилиарӣ дар беморони риносинусити музмини чирковар ҳангоми табобат бо «Беталейкин» дар қиёс бо гурӯҳи санҷишӣ хеле назаррас буд.

SUMMARY
EFFICIENCY OF BETALEUKIN USING IN PATIENTS WITH DISEASES OF THE PARANASAL SINUSES

Z.S.Gulomov

We studied the efficacy of "Betaleukin" in 82 patients with purulent diseases of the paranasal sinuses by evaluating the condition of mucociliary transport. Dynamics of recovery of mucociliary clearance in patients with chronic purulent rhinosinusitis treatment by Betaleukin was more pronounced compared to the comparison group.

Key words: paranasal sinuses, chronic purulent rhinosinusitis, restoring mucociliary clearance, "Betaleukin"

Адрес для корреспонденции:
З.С. Гуломов - докторант Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования РФ; Санкт-Петербург, пр.Просвещения - 45/75. E-mail:gulomov_zafar@mail.ru

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЁЗУ У ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

У.Ю.Сироджидинова, Ф.С.Сироджидинов, С.Р.Рустамов, Б.У. Салихов
Кафедра фтизиатрии ТГМУ им.Абуали ибни Сино; Республиканская клиническая туберкулёзная больница

Трудовые мигранты являются группой повышенного риска заболевания туберкулёзом. Более 20% (из них 95% в возрасте 15-54г.) трудоспособного населения Республики Таджикистан являются трудовыми мигрантами. С каждым годом отмечается рост числа больных туберкулёзом среди трудовых мигрантов с 6,6% до 17% (с 2007 по 2009 гг.). Основной формой является инфильтративный туберкулёз лёгких - 72%, в фазе распада - 78%, выделители микобактерии туберкулёз - 50%, 35% имели сопутствующие заболевания, в том числе ВИЧ/СПИД. У всех пациентов туберкулёз был выявлен в миграции, но из-за недоступности бесплатного лечения, они не получили полный курс противотуберкулёзного лечения.

Ключевые слова: трудовые мигранты, туберкулёз, ТБ и ВИЧ/СПИД

Актуальность. Проблема трудовых мигрантов в последние десятилетия является актуальной для многих стран, так как в этой области задействованы лица молодого трудоспособного возраста, являющиеся опорой экономического развития любой страны [1,3]. Рост числа трудовых мигрантов как внутренних, так и внешних, отмечается с каждым годом. В Республике Таджикистан более 20% (620 000) трудоспособного населения являются трудовыми мигрантами [2,4]. Население республики, проживающие в тёплых климатических условиях, став трудовыми мигрантами в основном в Российской Федерации, не приспособлено к суровым климатическим условиям. Будучи трудовыми мигрантами, в основном мужчины, они проживают в неприспособленных жилищных условиях, скученность, с плохой вентиляцией, с плохим малокалорийным питанием, испытывая постоянный стресс в результате нарушения их прав, переживая трудности в поисках достойной работы. Все эти факторы приводят к снижению иммунно-биологической реактивности организма и при наличии туберкулёза у одного человека, проживающего вместе с другими, инфекция может быстро распространяться на другие лица. По данным статистики, в последние годы в структуре форм впервые выявленного туберкулёза от 6,6% до 17% составляют трудовые мигранты, и это число имеет тенденцию к росту. В последние годы диагностируется не только туберкулёз, но имеет место одновременно и ВИЧ/СПИД. Потому проблема заболеваемости туберкулёзом очень актуальна среди трудовых мигрантов, которые выезжают за пределы страны. Но до настоящего времени эта проблема в Республике Таджикистан не изучена и не разработаны меры по профилактике, своевременному выявлению и лечению таких больных.

Цель исследования: динамический анализ частоты заболевания туберкулёзом трудовых мигрантов и определение причин высокой заболеваемости и разработка мер по её своевременному выявлению, лечению и профилактике.

Материалы и методы. Учитывая рост заболеваемости туберкулёзом у трудовых мигрантов, мы проанализировали за три года динамику клинических форм выявленного туберкулёза и причин поздней диагностики туберкулёза у них.

Мы изучали истории болезни, карты диспансерного наблюдения впервые выявленных больных туберкулёзом с 2007 по 2009 гг. За этот период в Республиканскую клиническую туберкулёзную больницу (РКТБ) и в Областную туберкулёзную больницу (ОТБ) Согдийской области были госпитализированы 707 больных трудовых мигрантов с различными формами туберкулёза.

Результаты и их обсуждение. Из этого количества в 2007г. было 396 госпитализированных больных в РКТБ и в ОТБ Согдийской области, в 2008 144, в 2009г. и 107 больных госпитализированных только в РКТБ. В 2007г. трудовые мигранты по республике составляли 6,6% от общего количества регистрированных больных, в 2008 г. в 2 раза больше - 17%, в Согдийской области, соответственно, - 17,1 и 19,6%. Из числа наблюдаемых больных мужчин было 96%, женщин 4%; в возрасте 15-24 года - 34%, 25-34г. - 39%, 35-44г. - 17%, 45-55г. - 7,4% и только 2,5% старше 55 лет. Итак, 98% больных были в возрасте от 15 до 54 лет. Жителей сёл было 82,2%, города - 17,8%.

При анализе клинических форм выявленного туберкулёза установлено: у 72% - инфильтративный туберкулёз лёгких, из них в фазе распада - 78%, у 5% выявлен диссеминированный туберкулёз лёгких, у 0,1% - туберкулёзный менингит, у 14% больных установлен экссудативный плеврит специфической этиологии, у 3% - туберкулёз костей и суставов, у 0,1% - абдоминальный туберкулёз. Из числа госпитализированных больных с такими осложнениями, как эмпиема плевры - 2%, пневмоторакс - 4%, кровохаркание - у 17% больных.

Бацилловыделителей было 31% в 2007 г. и 50% в 2009 г., 6% больных поступили повторно с такими хроническими формами как кавернозный и фиброзно-кавернозные формы туберкулёза лёгких. В стационарах больным проводились: общий анализ крови, биохимический анализ крови, экспресс- тест на ВИЧ, они осматривались стоматологом, при необходимости консультировались у врачей узкой специальности.

У 35% больных имели место сопутствующие заболевания: гепатит в анамнезе - у 15%, брюшной тиф - у 10%, ещё у 10% - заболевания дыхательных путей (ОРВИ, пневмония, бронхиальная астма). У 60% наблюдаемых больных имел место кариес зубов, нелечённый, из них у 40% - с такими осложнениями, как пульпит и парадонтит.

Больным проводилось противотуберкулёзное лечение, по I категории DOTS - 73%, по категории II DOTS - 24%, индивидуальное лечение было назначено 3% больным.

Анализируя данные анамнеза, установлено, что перед выездом за пределы страны почти никто не проходил флюорографическое исследование, контакт с туберкулёзом в семье имели 26% больных, но не обследовались и не получали профилактическое лечение.

Туберкулёз у всех был установлен в Российской Федерации, у 45% - при флюорографическом исследовании, при регистрации в стране пребывания, у 55% - при обращении в лечебные учреждения с различными жалобами, и эти больные были депортированы. И так до поступления в стационар знали о своей болезни почти все больные, 16% начали лечиться противотуберкулёзными препаратами от 1 до 2,5 месяцев за свой счёт [5], 47% поступили в стационар через 1-3 месяца после установления диагноза, 38,2% - через 6 месяцев, 14,8% - более чем через 6 месяцев от момента установления диагноза. Причиной неполучения лечения почти все по возвращении на родину объясняют удовлетворительностью самочувствия в стране пребывания - нелегальностью пребывания в миграции и недоступностью бесплатного лечения.

Нами проанализирован срок пребывания в миграции до начала заболевания: 75% больных туберкулёз был установлен в первые 6 месяцев после прибытия в страну миграции, это в основном в Российской Федерации, 14,7% - от 6 месяцев до одного года, у 10,3% установлен срок пребывания в миграции более двух лет.

Все эти больные были госпитализированы в туберкулёзные стационары для получения интенсивной контролируемой терапии по стратегии ДОТС в течение 2-4 месяцев.

Следует отметить, что как в стационаре, так и в амбулаторных условиях по показаниям больным проводилась экспресс-диагностика на ВИЧ/СПИД. И если в 2007г. крайне редко выявлялись больные с двойной инфекцией, то в 2008-2009гг. у 1-1,5% госпитализированных больных в РКТБ наряду с туберкулёзом был диагностирован ВИЧ. В 2009г. среди мигрантов было 4 ВИЧ-инфицированных туберкулёзных больных, в двух случаях процесс прогрессировал и закончился летально [1]. Следует отметить, что с каждым годом количество больных туберкулёзом среди трудовых мигрантов увеличивается. При сравнении данных 2007г. с цифрами 2009г. количество больных среди трудовых мигрантов увеличилось в 2,5 раза, а так же отмечается рост больных - бактериовыделителей на 60%, среди всех регистрированных больных по республике бактериовыделителей - 48 %.

Выводы:

1. Среди впервые выявленных больных отмечается рост больных трудовых мигрантов с 6,6% до 17%, 98% из них были лица трудоспособного возраста (15-54 лет).
2. Основной формой туберкулёза является инфильтративный туберкулёз лёгких, число бактериовыделителей в 2007г. было 31%, в 2009г. - 50% случаев, и этот процесс имеет тенденцию к росту.
3. 26% больных имели контакт с туберкулёзом в семье, но не были обследованы как контактные и не получали профилактическое лечение.
4. Флюорографическое обследование, а также санации полости рта до выезда за пределы страны никому не были проведены.
5. Почти у всех туберкулёз выявлен в стране пребывания, но из-за недоступности медицинского обслуживания в миграции, 16% получали лечение от 1 до 2 месяцев.
6. Отмечается рост числа больных с двойной инфекцией (туберкулёз+ВИЧ/СПИД) до 1-1,5%.
7. Учитывая большой процент (60%) кариеса, всем следует обследоваться у стоматолога и провести санацию полости рта, так как наличие кариеса усугубляет течение хронического процесса.

Литература

1. Салихов Б.У., Сироджидинов Ф.С., Сироджидинзода Р. Трудовые мигранты - группа риска по заболеванию туберкулёзом// Современная медицина и новые технологии/ Годичная научно-практическая конференция молодых учёных и студентов ТГМУ им.Абуали ибни Сино, посвящённая «Году образования и технической культуры». Душанбе. 2010. –С.269-271
2. Глумная Т.В. Влияние активного выявления и лечения больных туберкулёзом на летальные исходы //– М. - №4. -2000.-С. 22-27
3. Курбоналиева Т.М., Бикметова Ф. и др. Трудовые мигранты - группа риска заболевания ТБ// Современные аспекты общественного здравоохранения. Душанбе. -2007. –С.145–148
4. Мирзоева М.Б., Дустматова З.Ш., Рустамов С. Проблемы туберкулёза у мигрантов в Республике Таджикистан//Сборник научных тезисов совместной Республиканской научно-практической конференции «Перспективы развития фундаментальных медицинских наук в Таджикистане» и 56-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им.Абуали ибни Сино.Душанбе.-2008.-С.184

5. Литвинов В.И. Миграция и заболеваемость туберкулёзом в Москве (по материалам семинара "Миграция и здоровье: корреляции, последствия, решения", 6 февраля 2002 года)

ХУЛОСА
ТАҲЛИЛИ ВАЗЪИ БЕМОРИИ СИЛ ДАР БАЙНИ МУҲОҶИРОНИ МЕҲНАТӢ

У.Ю.Сироҷидинова, Ф.С.Сироҷидинов, С.Р.Рустамов, Б.У.Солеҳов

Муҳоҷирони меҳнатӣ гурӯҳи аз ҳама осебпазири беморий сил ба шумор меравад. Зиёда аз 20% аҳолии қобили меҳнати Ҷумҳурии Тоҷикистон (аз инҳо 95% аз 15 то 54 сола) муҳоҷирони меҳнатӣ маҳсуб мешаванд. Ҳар сол шумораи беморони сил дар байни муҳоҷирони меҳнатӣ меафзояд, таносубан, агар дар соли 2007 6,6% бошад, пас дар соли 2009 ба 17% расидааст. Намуди паҳншуда ё худ асосии беморӣ ин сили инфилтративии шуш – 72%, дар марҳалаи паҳншавӣ – 78% мебошад, ихроҷкунандагони микобактерияи сил – 50% ва дар радифи дигар бемориҳо – 35%, аз ҷумла вируси норасоии масунияти бадан мушоҳада мешавад. Ба сил гирифтор будани ҳамаи беморон дар муҳоҷират ошкор шудааст, вале бинобар дастрас набудани табобати ройгон онҳо муолаҷаи пурраи зидди силро гирифта натавонистанд.

SUMMARY
ANALYSIS OF THE SITUATION OF TB IN MIGRANTS

Y.Yu. Sirojidinova, F.S. Sirojidinov, S.R. Rustamov, B.U.Salikhov

Migrant workers are a group of high risk of tuberculosis. More than 20% of the working age of population (95% of them aged 15-54years.) Republic of Tajikistan are migrant workers. Every year marked increase in the number of tuberculosis patients among migrant workers from 6,6 to 17% (from 2007 to 2009.). The basic form is infiltrative pulmonary tuberculosis is 72%, 78% - of the decay phase, highlighters of Mycobacterium tuberculosis - 50%, 35% had concomitant diseases, including HIV / AIDS. In all patients, TB was identified in the migration, but due to non-availability of free treatment, they have not received a full course of TB treatment.

Key words: migrant workers, tuberculosis, TB and HIV/AIDS

Адрес для корреспонденции:

У.Ю.Сироджидинова - зав.кафедрой фтизиатрии ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, ул., Азизбекова, 45; E-mail: bekhruz80@rambler.ru

РОЛЬ ВИРУСОВ В ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ И ОПУХОЛЕВЫХ ПРОЦЕССАХ ПИЩЕВОДА У ЖИТЕЛЕЙ МОНГОЛИИ

Х.Гэрэлээ, В.В.Байков, М. Туул
Кафедра патологической анатомии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П.Павлова, Россия

Исследование посвящено изучению роли вирусов в предопухолевых и опухолевых процессах пищевода у жителей Монголии.

Полученные результаты изучения участия вирусов простого герпеса (ВПГ), Эпштейн-Барр (ВЭБ) и вируса папилломы человека (ВПЧ) в патогенезе рака пищевода. С помощью полимеразной цепной реакции на гистологических препаратах было установлено, что положительные результаты были: при ВПГ 1,2 типов преобладали во всех формах карцином, кроме плоскоклеточной карциномы низкой дифференциации; при ВЭБ – в недифференцированном раке и в плоскоклеточной карциноме высокой и умеренной степени дифференцировки; при ВПЧ выявлен при интраэпителиальных неоплазиях различной степени и плоскоклеточной карциноме умеренной дифференциации. В предраковых процессах общий процент положительного результата всех вирусов составил 11.4%, а в опухолевых процессах - 22.8%, т.е. ровно в 2 раза больше, ВПГ вырос в 1,5 раза, ВЭБ – в 7 раз, процентное содержание ВПЧ не изменилось.

Авторы считают, что высокое процентное содержание ВПГ в предопухолевых и опухолевых процессах пищевода может быть одним из этиологических маркёров в развитии рака пищевода в Монголии.

Ключевые слова: предопухолевые и опухолевые процессы в пищеводе, вирус простого герпеса, вирус Эпштейн-Барр, вирус папилломы человека

Введение. Обширные эпидемиологические и экспериментальные исследования показали, что некоторые химические вещества, недостаток питания и физические факторы связаны с развитием рака пищевода, но точный этиологический фактор до сих пор не установлен [6]. Последние данные также свидетельствуют об этиологической роли определённых микроорганизмов в канцерогенезе рака пищевода или промоторов, которые действуют непосредственно на клетки хозяинах [2]. Мутагенные и канцерогенные свойства многих грибов и бактерий, выделенных из зерна и продовольствия в районах повышенного риска были обнаружены во многих исследованиях. Некоторые вирусы, например, вирус папилломы человека (ВПЧ), вирус простого герпеса (ВПГ), цитомегаловирус и вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ) были вовлечены в патогенез различных человеческих раковых заболеваний, и все они, как известно, вызывают раковые опухоли у животных и трансформации клеток в пробирке [3]. Поэтому, хотя многие из ключевых вопросов, механизмы действия которых не ясны до сих пор, они должны рассматриваться как потенциальные этиологические факторы рака пищевода. В Монголии, которая входит в зону высокой заболеваемости, проблема рака пищевода в аспекте вирусного онкогенеза пока не рассматривалась, но Л. Лхагважаргалом (2006) доказана роль папилломавируса (субтипы HPV 16,18) в генезе рака шейки матки.

Целью данного исследования является определение вирусов, в частности вируса папилломы человека, вируса простого герпеса 1,2 и вируса Эпштейн-Барр в предопухолевых и опухолевых процессах пищевода в Монголии.

Материалы и методы исследования. Для изучения роли вирусов, в частности вируса простого герпеса типа 1,2, вируса Эпштейн Барр и вируса папилломы человека был использован метод полимеразной цепной реакции. Из каждого диагноза брали по 5 срезов и выделяли ДНК с RNeasy mini kit (Quiagen, Crawley, Великобритания). кДНК синтезировали с использованием набора Superscript III для обратной транскрипции (InVitrogen), согласно рекомендациям производителя. Осуществляли 40 циклов полимеризации. Результаты оценивали с помощью диффузии в 2%-ном агарозном геле (SeaKem). Блоты проявляли с помощью этидиумбромида и УФ-облучения. Результаты оценивали как отрицательные, положительные и резко положительные (табл. 1).

Результаты и их обсуждение. Из всех 105 контрольных или изученных образцов - 70 (66.6%) являются отрицательными, а из оставшихся 35 (33.3%) образцов получены положительные результаты: вирус Эпштейн-Барр (ВЭБ) составляет 8.6%, вирус папилломы человека – 7.6% и вирус простого герпеса (ВПГ) - 17.14%.

Таблица 1

Структура различных форм карцином в зависимости от вирусных блот

№	Диагнозы	EBV			HPV 16,18			HSV 1 и 2 тип		
		/-/	/+/	/++/	/-/	/+/	/++/	/-/	/+/	/++/
1.	Интраэпителиальная неоплазия лёгкой степени	5			3	1	1	1	1	3
2.	Интраэпителиальная неоплазия выраженной степени	4	1		3	1	1	2	1	2
3.	Плоскоклеточная карцинома, умеренно-дифферен-цированная форма		5		1	4			2	3
4.	Плоскоклеточная карцинома, высокодифференцированная форма	4	1		5			3		2
5.	Плоскоклеточная карцинома, низкодиффе-ренци-рованная форма	5			5			5		
6.	Аденокарцинома	5			5			4		1
7.	Недифференцированная карцинома	3	2		5			2	2	1
8.	Всего	26	9	0	27	6	2	17	6	12

В предраковых процессах общий процент положительного результата всех вирусов составил 11.4%, из них 0.9% составляет вирус Эпштейн-Барр, 3.8% составляет вирус папилломы человека и вирус простого герпеса 1,2 типов составляет 6.7%. В опухолевых процессах общий процент положительных результатов всех вирусов составил 22.8%, из них 7,9% составляет вирус Эпштейн-Барр, 3.8% составляет вирус папилломы человека и вирус простого герпеса 1,2 типов составляет 10.9%. Положительные ответы вируса простого герпеса 1,2 типов преобладали во всех формах карцином, кроме плоскоклеточной карциномы низкой дифференциации, положительные результаты вируса Эпштейн-Барр были выявлены в недифференцированном раке и в плоскоклеточной карциноме высокой и умеренной степени дифференцировки. Вирус папилломы человека был выявлен при интраэпителиальных неоплазиях различной степени и плоскоклеточной карциноме умеренной дифференциации.

Впервые о взаимосвязи ВПЧ с раком пищевода высказал мнение Syrjanen в 1982 году. Он исследовал 60 больных с плоскоклеточной карциномой пищевода и по морфологической характеристике определил 40% выявления ВПЧ. С тех пор проведено немало исследований, подтверждающих роль ВПЧ в развитии рака пищевода. При этом молекулярный их механизм до сих пор полностью не установлен. Выявление ВПЧ колеблется с большой частотой, что объясняется следующими причинами: географические различия, различия техники обнаружения, интерпретация ответов. Но в последнее время бурно обсуждается вопрос об этиологической роли вируса Эпштейн-Барр в развитии рака пищевода. По данным Shunji Mizobuchi et al. (2005), исследовавшего вирус папилломы человека типа 16,18 и ВЭБ в плоскоклеточном раке пищевода, установили, что вышеописанные вирусы не играют роли в канцерогенезе рака пищевода. S.Sunpaweravong et al. (2006) доказали, что ВЭБ не ассоциируется с плоскоклеточным раком пищевода. Отличительной чертой всех этих вирусов является их персистирование в организме человека долгое время и активация этих вирусов может произойти в иммунодефицитном состоянии хозяина.

По данным Ming-yao Wu, Xian-ying Wu, Chu-xiang Zhuang, которые проводили исследования в районе повышеного риска в Китае, установлено, что в гистологических анализах положительные случаи ВПГ оказались более преобладающими в высоко и умеренно дифференцированном плоскоклеточном раке, положительные случаи ВЭБ были найдены в низкодифференцированном плоскоклеточном раке и недифференцированном раке с интенсивной лимфоидной инфильтрацией. Эти результаты подтверждают участие ВПГ и ВЭБ в патогенезе рака пищевода. ВПГ и ВЭБ, в частности, вирус простого герпеса может быть одним из этиологических факторов в развитии рака пищевода в районе с высокой заболеваемостью населения Шаньтоу Китая [1]. Эти данные полностью совпадают с результатами наших исследований.

Таким образом, мы пришли к выводу о том, что вирус простого герпеса 1 и 2 типов может быть одним из этиологических факторов в развитии рака пищевода в Монголии.

Литература

1. Ming-yao Wu , Xian-ying Wu , Chu-xiang Zhuang Detection of HSV and EBV in esophageal carcinomas from a high-incidence area in Shantou China Volume 18 Issue 2 , Pages 75 - 129 (June 2005)

2. Chang,F., Syrjanen,S., Shen,Q., Honxjiu,J. and Syrjanen,K. (1990 Human papillomavirus (HPV) DNA in esophageal precancer lesions and squamous cell carcinoma from China. Int. J. Cancer, 45, 21–25

3. Winkler,B., Capo,V., Rrumann,W., Ma,A., La Porta,R., Reilly,S., Green,P.M.R., Richard,R.M. and Crum,C.P. (1985) Human papillomavirus infection of esophagus. Cancer, 55, 149–155
4. Poljak,M., Cerar,A. and Seme,K. (1998) Human papollomavirus infection in esophageal carcinomas: a study of 121 lesions using multiple broad-spectrum polymerase chain reactions and literature review. Hum. Pathol., 29, 266–271
5. Mizobuchi,S., Sakamoto,H., Tachimori,Y., Kato,H., Watanabe,H. and Terada,M. (1997) Absence of human papillomavirus-16 and -18 DNA and Epstein–Barr virus DNA in esophageal squamous cell carcinoma. Jpn J. Clin. Oncol., 27, 1–5
6. Lavergno,D. and De Villier,E.M. (1999) Papillomavirus in esophageal papillomas and carcinomas. Int. J. Cancer, 80, 681–684
7. Williamson,A.L., Jaskiesicz,K. and Gunning,A. (1991) The detection of human papillomavirus in esophageal lesions. Anticancer Res., 11, 263–265
8. Mori,M., Shimono,R.F., Kuwano,H., Sugimachi,I.K. and Zhang,R.G. (1989) Papillomavirus and oesophageal cancer in the Japanese and Chinese. Am. J. Gastroenterol., 84, 1126–1127
9. Sur M, Cooper K. The role of the human papillomavirus in esophageal cancer. Pathology 1998; 30: 348-350
10. Schrump DS, Nguyen DM. Novel molecular targeted therapy for esophageal cancer. J Surg Oncol. 2005 ; 92(3): 257-61
11. Munger K., Baldwin Amy, Kirsten M. Edwards, Hiroyuki Hayakawa, Christine L. Nguyen. Mechanisms of human papillomavirus – induced oncogenesis. J of Virology. 2004;78;21;11451-11460

ХУЛОСА
НАҚШИ ВИРУСҲО ДАР РАВАНДҲОИ ПЕШАЗОМОСӢ ВА ОМОСИИ СУРХРӮДА ДАР АҲОЛИИ МУҒУЛИСТОН

Х.Гэрэлээ, В.В.Байков, М.Туул

Тадқиқот ба омӯзиши нақши вирусҳо (хумаҳо) дар равандҳои пешазомосӣ ва омосии сурхрӯда дар аҳолии Муғулистон бахшида шудааст. Натиҷаҳои бадастомада иштироки ҳумаҳои табхол (ҲТ), Эпштейн-Барр (ҲЭБ) ва ҳумаи папилломаи инсонро (ҲПИ) дар пайдоиши бемории саратони сурхрӯда исбот менамоянд.

Дар равандҳои пешазомосӣ фоизи умумии натиҷаҳои мусбии ҳамаи ҳумаҳо 11,4%-ро ташкил дод, дар ҷараёнҳои омосӣ бошад 22,8%, яъне 2 баробар зиёд, ҲТ 1,5 баробар, ҲЭБ 7 маротиба афзуд, миқдори фоизии ҲПИ тағйир наёфтааст.

Ба ақидаи муаллифон миқдори зиёди ҲТ дар равандҳои пешазомосӣ ва омосии сурхрӯда яке аз нишонҳои (маркёрҳои) этиологӣ дар ташаккули саратони сурхрӯда дар Муғулистон шуда метавонад.

SUMMARY
ROLE IN VIRAL PRECANCEROUS AND NEOPLASTIC PROCESS ESOPHAGUS IN RESIDENTS OF MONGOLIA
H. Gerelee, V.V. Baykov, M. Tuul

Study investigates the role of viruses in precancerous and neoplastic processes of the esophagus in people of Mongolia.

The results obtained that herpes simplex virus (HSV), Epstein-Barr virus (EBV) and human papilloma virus (HPV) infection are participate in the pathogenesis of esophageal cancer. Using polymerase chain reaction from histologic preparations showed that the positive results: at 1.2 HSV types predominated in all forms of carcinomas, except for squamous cell carcinoma of low differentiation, with EBV in undifferentiated carcinoma and squamous cell carcinoma of high and moderate degree of differentiation, with HPV identified with varying degrees of intraepithelial neoplasia and squamous cell carcinoma of moderate differentiation.

In the precancerous processes of the overall percentage of positive result of all viruses was 11.4%, and in neoplastic processes - 22.8%, ie in exactly 2 times more HSV grown in 1,5 times, VEB - 7 times, the percentage of HPV has not changed.

The authors believe that a high percentage of HSV in precancerous and neoplastic processes of the esophagus may be one of the etiological markers in the development of esophageal cancer in Mongolia.

Key words: precancerous and neoplastic processes in the esophagus, the herpes simplex virus, Epstein-Barr virus, human papilloma virus

Адрес для корреспонденции:
Х. Гэрэлээ - докторант кафедры патологической анатомии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета; Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого 6/8.
E-mail: doctorgerlee@yahoo.com

АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ РАЗНЫХ ВЫСОТ ТАДЖИКИСТАНА

Б.И. Саидов
Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Было осмотрено 5234 жителей низкогорья, среднегорья и высокогорья Таджикистана. Выявлено, что популяционная частота крапивницы в низкогорье составила 1,3%, в среднегорье - 1,1%, в высокогорье - 0,6%. Женщины болели крапивницей чаще мужчин. Клиническое изучение, течение аллергодерматозов выявило, что из 354 больных с хронической рецидивирующей крапивницей (в низкогорье - 176, в среднегорье - 109, в высокогорье – 69) у 113 отмечена аллергическая крапивница (АК). Лечение проведено с учётом иммунного статуса больных АК.

Ключевые слова: аллергодерматоз, крапивница, иммуностимулятор

Актуальность. В структуре аллергодерматозов наиболее частой регистрируемой является крапивница [1,2]. Частота крапивницы, согласно статистическим данным, ежегодно увеличивается, причём преимущественно среди лиц молодого трудоспособного возраста и представляет собой сложную проблему, как в установлении её причин, так и в выборе терапии [3,4].

Большинством исследователей признаётся деление крапивницы на аллергическую (атопическую), имеющую иммунологический механизм образования медиаторов и неаллергическую, когда в высвобождении тех же медиаторов иммунные механизмы не участвуют. Исследования, направленные на изучение крапивницы у жителей гор, единичны. Таджикистан - горная страна. Люди живут и трудятся на разных высотах (низкогорье, среднегорье, высокогорье). Существующие данные указывают на особенности функционирования различных органов и систем у жителей средне - и, особенно высокогорья. Выявлены особенности клинического течения различных заболеваний внутренних органов, а также ряд дерматозов у аборигенов гор [5,6].

Цель исследования. Изучение распространённости, этиологии, некоторых сторон патогенеза, клинического течения и совершенствование лечения аллергической крапивницы у жителей низко-, средне- и высокогорья Таджикистана.

Материал и методы. Для выяснения уровня заболеваемости крапивницей в разных климатических зонах гор были осмотрены 5234 (2299 мужчин, 2935 женщин) человека в возрасте от 16 до 82 лет. В низкогорье осмотрены 1829 человек, в среднегорье - 2334, в высокогорье - 1071. Для выявления причин неравномерного уровня заболеваемости и особенностей клинического течения АК у больных разных высот нами проведены аллергологические и иммунологические обследования больных. Для изучении значения различных неинфекционных аллергенов в этиологии АК нами проведены кожно-аллергические скарификационные пробы с 25 пищевыми, бытовыми, пыльцевыми и эпидермальными аллергенами и тест торможения естественной миграции лейкоцитов для изучения лекарственной аллергии с 12 лекарственными препаратами (антибиотики, сульфаниламиды, жаропонижающие и витамины).

Результаты и их обсуждение. Выявлена определённая зависимость в заболеваемости взрослых крапивницей от высоты проживания. Так, популяционная частота крапивницы в низкогорье составила 1,3%, в среднегорье - 1,1%, в высокогорье - 0,6%. Независимо от высоты проживания женщины болели крапивницей чаще мужчин (в низкогорье в 1,7 раза; среднегорье в 1,5 и в высокогорье 1,7 раза). На всех высотах частота крапивницы в возрасте 30-50 лет выше, чем до 30 лет (в низкогорье в 1,6 раза, в среднегорье - в 1,4 раза, высокогорье – в 1,6 раза). Низкие показатели заболеваемости крапивницей в высокогорье Таджикистана объясняются, в первую очередь, отсутствием в этом регионе республики промышленных предприятий и растительности, в связи с чем в окружающей среде мало аллергенов; а бедность рациона питания уменьшает количество пищевых аллергенов; высокая концентрация ультрафиолетовых лучей и низкая запылённость уменьшают количество бактерий в воздухе, тормозят частоту и развитие аллергических реакций [7,8].

Установление различий в уровне заболеваемости крапивницей на разных высотах служило основанием для изучения её клинического течения. На основе вышепроведённого обследования нами было выявлено 354 больных хронической рецидивирующей крапивницей (в низкогорье - 176, в среднегорье - 109, в высокогорье – 69). Аллергическая форма болезни встречалась реже псевдоаллергической. По сравнению с низкогорьем и среднегорьем в высокогорье аллергическая крапивница встречалась соответственно в 1,5 и 1,3 раза реже псевдоаллергической.

Верификация аллергической крапивницы от псевдоаллергической проводилась по данным анамнеза, клинического течения заболевания, аллергологических и иммунологических исследований, а также результатов обследования органов желудочно-кишечного тракта. Средний возраст больных АК

в низкогорье составил 28,0 лет; в среднегорье - 26,8; в высокогорье - 24,0 года. Длительность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 20 и более лет, большинство больных страдали дерматозом более 5-10 лет.

Анамнестически установлено, что по сравнению с больными высокогорья, обострения АК у пациентов низкогорья и среднегорья с годами становились частыми и продолжительными. Уртикарные элементы у жителей высокогорья были менее обильными и меньших размеров. Распространённые формы АК в низкогорье и среднегорье отмечались чаще, чем в высокогорье. Общие явления у больных высокогорья отмечались реже. Относительно тяжёлая форма болезни у больных высокогорья выявлена реже, чем у больных низкогорья и среднегорья, соответственно в 1,3 и 1,2 раза. Сопутствующие аллергические заболевания у больных высокогорья выявлены, соответственно в 1,5 и 1,4 раза меньше, чем у больных низкогорья и среднегорья. Наследственная предрасположенность к аллергии у больных высокогорья отмечалась реже, чем у больных низкогорья и среднегорья, соответственно в 1,7 и 1,5 раза.

Нами проведены аллергологические и иммунологические обследования 113 больных АК. Аллергологическими исследованиями установлено, что 91,9% обследованных больных низкогорья, 91,2% - среднегорья и 88,2% - высокогорья имели сенсибилизацию к использованным аллергенам. Главенствующее место в этиологии АК на всех высотах занимали лекарственные и пищевые аллергены, значительно опережая бытовые, пыльцевые и эпидермальные. У больных высокогорья пыльцевые аллергены вызывали сенсибилизацию реже, чем у больных низкогорья и среднегорья соответственно в 3,3 и 2,9 раза; бытовые - в 1,6 и 1,4 раза; эпидермальные напротив, чаще в 1,7 и 1,8 раза.

На всех высотах у больных АК преобладала поливалентная сенсибилизация. Часто отмечалась поливалентно-перекрёстная аллергия. Выявлено этиологическое значение краевых для Таджикистана аллергенов в возникновении АК (мясо и шерсть овцы и яка, грецкий орех, шелковица, табак, чинара), сенсибилизация к которым выявлена у 37,2% больных разных высот.

Иммунологическими исследованиями установлено, что у всех больных АК жителей разных высот отмечалось значительное увеличение (в сыворотке крови) уровня общего IgE. Иммунологические нарушения зависели от тяжести течения дерматоза. У больных с тяжёлым течением АК на всех высотах выявлено подавление активности клеточного звена иммунитета, что проявилось понижением (достоверным) содержания Т-супрессоров, тенденцией у большинства больных низкогорья и среднегорья к уменьшению Е-РОК. Недостаточность Т-клеточного звена иммунитета, в значительной степени опосредованная снижением субпопуляции Т - клеток, обладающих супрессорной активностью, является одним из факторов, способствующих развитию распространённого кожного процесса. Концентрация общего IgE у больных с тяжёлым течением АК в низкогорье в 5 раз превышала данные контрольной группы, в среднегорье - в 4 раза, в высокогорье - в 3,7 раз. В настоящее время считается, что основной характеристикой иммунного статуса больного АК является гипериммуноглобулинемия Е. Имеются работы, объясняющие повышенную продукцию IgE как результат недостаточности Т-супрессоров и нарушения иммунного ответа на антигенную стимуляцию [9-11]. Сопоставляя полученные данные о снижении супрессорной субпопуляции Т-лимфоцитов с повышением продукции IgE у больных АК, мы ещё раз подтвердили этот известный факт. Вероятно, что генетически детерминированное нарушение функций иммунной системы, о чём свидетельствует установленная нами у 36,3% больных АК отягощённая по аллергии наследственность, приводят к формированию совместно с другими патогенетическими факторами к возникновению аллергических дерматозов, в том числе крапивницы.

В свою очередь длительно существующие поражения кожи, особенно распространённого характера, сопутствующие хронические заболевания аллергической и неаллергической природы,

являясь источником постоянного поступления антигенов во внутреннюю среду, усугубляют изменения иммунокомпетентных систем, приводят к формированию «порочного» круга.

Независимо от высоты проживания у подавляющего большинства больных отмечено увеличение содержания эозинофилов в периферической крови.

Важное значение для практического здравоохранения имеет терапия больных АК. Всем больным вначале лечение назначалось голодание (1 сутки), солевые слабительные и очистительные клизмы, затем гипоаллергенная диета. Больным, с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, проводилась корригирующая терапия. Патогенетическое лечение зависело от тяжести АК. Больные с относительно лёгким течением дерматоза - 47 человек (30 в низкогорье и 17 в среднегорье) получали традиционное лечение (антигистаминные, гипосенсибилизирующие средства, общие ванны с отваром череды, крапивы или хвойного экстракта). Из противогистаминных средств всем больным в течение 30 дней назначался кларитин (лоратадин), который относится к антигистаминным препаратам 3-го поколения и обладает широким спектром противоаллергической активности. Он является антагонистом Н 1 -рецепторов и, кроме этого, тормозит высвобождение гистамина и лейкотриенов тучными клетками, в отличие от других антигистаминных препаратов, лишён антихолинергической активности и не обладает седативным эффектом. Большим преимуществом препарата является то, что его можно назначать длительно (до 2-х месяцев и более) и к нему не развивается привыкания. Непосредственные результаты лечения у больных с лёгким течением АК (отсутствие симптомов АК в течение 30 дневной терапии) были отличными у всех 47 больных низкогорья и среднегорья. К концу курса лечения в периферической крови у всех больных нормализовалось повышенное содержание эозинофилов, и значительно уменьшился высокий уровень общего иммуноглобулина Е.

После окончания курса комбинированного лечения в период ремиссии больным АК проводилась противорецидивная терапия, заключавшаяся в назначении ежемесячно в течение двух недель пантотената кальция по 0,3х3 раза в день. Кроме того больным с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта периодически назначались ферментные препараты (панкреатин, фестал, мезим-форте). Больным с пыльцевой аллергией в период цветения соответствующих растений проводились двух-трёх недельный курс противорецидивного лечения кларитином.

Отдалённые результаты лечения показали хорошую эффективность традиционной терапии с использованием кларитина. Так, если до лечения период ремиссии составил 2-3 недели, то после лечения у 21,3% больных она составила более 6 месяцев, у 44,7% 3-6 месяцев. У больных с отличными и хорошими результатами лечения в период ремиссии концентрация общего IgE медленно снижалась, а содержание эозинофилов в периферической крови было в пределах нормальных цифр. Отличными отдалёнными мы считали те результаты, когда у больных стойкая ремиссия наблюдалось не менее 6 месяцев, хорошими – не менее 3 месяцев. Удовлетворительные и неудовлетворительные отдалённые результаты лечения отмечены у больных, имевших сопутствующие аллергические заболевания и заболевания желудочно-кишечного тракта.

Больным с тяжёлым течением АК, которых было 49 человек (32 в низкогорье и 17 в среднегорье), ввиду подавленности клеточного звена иммунитета (снижение Т-супрессоров, понижение количества Е-РОК) в комплексном лечении, наряду с общепринятыми при АК средствами, назначался иммуностимулятор тимоген. Непосредственные, ближайшие и отдалённые результаты такого лечения больных с различными формами АК с использованием тимогена и кларитина показали высокую его эффективность.

В конце курса лечения у большинства больных нормализовалось содержание Т-супрессоров, Е-РОК, значительно уменьшилась высокая до лечения концентрация общего IgE и эозинофилов.

Отдалённые результаты лечения были следующими. Если до лечения период ремиссии составлял 6-7 дней, то после лечения у 24,5% больных она составила более 6 месяцев, у 40,8% 3-6 месяцев. У больных с отличными и хорошими отдалёнными результатами лечения содержание Т-супрессоров и эозинофилов в течение всего периода ремиссии было в пределах нормальных величин, а уровень общего IgE продолжал медленно снижаться.

Таким образом, наши исследования показали, что частота крапивницы, состояние сенсибилизации, иммунологические нарушения у больных аллергической крапивницей зависят от высоты проживания. Предложенные методы лечения и профилактики рецидивов аллергической крапивницы с использованием кларитина и тимогена оказались эффективными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А.Д., Польнер А.А. Современная практическая аллергология/М.,1993. -355 с.
2. Атопический дерматит: руководство для врачей / Под. ред. Ю.В. Сергеева.–М.: Медицина для всех.2002.–183с.
3. Зоиров П.Т. Частная дерматология и венерология// Душанбе, 2007. -815с.
4. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. и др. Кожные и венерические болезни/ Руководство для врачей. 2 том. М. Медицина. 1999
5. Общая аллергология. Под. ред. Г.Б.Федосеева.–С–Пб. 2001. –382с.
6. Ситкевич А.Е., Казеко А.Г. Профилактика и лечение аллергических заболеваний кожи/ - Минск, 1997. -199с.
7. Касымов О.И. Нейродерматозы у взрослых больных жителей разных высот Таджикистана (распространённость, особенности клиники, этиология, патогенез, совершенствование терапии). Дисс. д-ра мед. наук, 1996, 305 с.
8. Соловей Т.Н., Чистяков Г.М., Чебуркин А.А. Значение атопии при рецидивирующей крапивнице у детей // Лечащий врач. - 1998.-С.53-55
9. Аскарова Р.М., Расулов У.Р. Атопическая бронхиальная астма /Душанбе, 2000.- 157 с.
10. Barnes P.J. Optimizing the anti–inflammatory effects of corticosteroids. Eur Resp Rev 2001;78:15–22
11. Orbatos C.E., Garbe C. Therapie der Hautkrankheitwn. – Berlin, 1995 – 1358 p.

ХУЛОСА
БЕМОРИИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗ ДАР СОКИНОНИ БАЛАНДИҲОИ ГУНОГУНИ ТОҶИКИСТОН

Б.И.Саидов

5234 нафар сокинони пасткӯҳҳо, миёнакӯҳҳо ва баландкӯҳҳои Тоҷикистон муоина карда шуд. Муқаррар карда шуд, ки басомади популятсионии каҳир (саглес) дар пасткӯҳҳо – 1,3%, дар миёнакӯҳҳо – 1,1%, дар баландкӯҳҳо – 0,6%-ро ташкил дод. Занон нисбати мардон зиёдтар ба бемории каҳир гирифтор буданд. Омӯзиши саририи ҷараёни аллергодерматозҳо ошкор кард, ки аз 354 нафар бемори каҳири такроршавандаи музмин (дар пасткӯҳҳо – 176 нафар, миёнакӯҳҳо – 109, баландкӯҳҳо - 69) дар 113 нафар каҳири гармбодӣ (КГ) ба қайд гирифта шуд. Муолаҷа бо назардошти ҳолати масунии беморони гирифтори КГ гузаронида шуд.

SUMMARY
ALLERGIC IN RESIDENTS OF DIFFERENT HEIGHTS IN TAJIKISTAN
B.I. Saidov

Was examined 5,234 residents of low mountains, middle and high mountains of Tajikistan. Revealed that the population in low frequency of urticaria was 1.3% in the midlands - 1,1%, in the Highlands - 0,6%. Women suffered from hives more often than men. Clinical study for allergic found that of 354 patients with chronic urticaria (in the low - 176 in the midlands - 109, in the Highlands - 69), in 113 marked allergic urticaria (AK) was revealed. Treatment was carried out taking into account the immune status of patients with AK.

Key words: allergic dermatosis, urticaria, immune stimulator

Адрес для корреспонденции:
Б.И. Саидов – доцент кафедры дерматовенерологии ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони-63/1, E:-mail: bahromuddin@ mail.ru

Т Е О Р Е Т И Ч Е С К А Я М Е Д И Ц И Н А

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ КАЗАХСТАНА

А.А.Аканов, С.Т.Сейдуманов
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

На основе материалов широкомасштабного социологического исследования населения республики авторами установлено, что в среднем 38,8% респондентов отмечают у себя хронические заболевания. Наиболее высокий уровень хронических заболеваний отмечает население Восточного региона – 51,2%, низкий уровень - жители Южного региона - 31,9%. Выявлена закономерная связь между классами болезней и возрастными группами. Анализ самооценки респондентами собственного здоровья показал, что данный критерий в целом ухудшается с возрастом.

Ключевые слова: хронические заболевания, обращаемость в медицинские учреждения, самооценка здоровья

Введение. Одним из долгосрочных приоритетов стратегии «Казахстан – 2030» определено «Здоровье, образование и благополучие граждан». При этом во главу угла ставится сохранение и улучшение здоровья населения в целом и отдельно взятого гражданина [1].

В настоящее время в состоянии здоровья населения Казахстана отмечаются неблагоприятные тенденции роста заболеваемости и смертности, основными причинами которых выступают хронические неинфекционные заболевания. Так, большая часть смертности обусловлена такими причинами как сердечнососудистые заболевания, новообразования, болезни органов пищеварения и др.

Смертность от этих причин может быть сокращена за счёт снижения распространённости поведенческих факторов риска: увеличения физической активности, соблюдения принципов рационального питания, уменьшения распространённости курения, употребления алкоголя [2-6].

Наряду с изучением состояния здоровья населения по данным официальной статистики, немаловажное значение имеет и анализ состояния здоровья на основе самооценки и медицинской активности населения.

Цель исследования: изучить состояние здоровья населения на основе материалов широкомасштабных социологических исследований.

Материалы и методы. Объектом социологического исследования явилось население республики начиная с 11 лет и старше. Была сформирована репрезентативная выборочная совокупность (по методике ВОЗ), состоящая из 8 групп: 11-14 лет (дети); 15-17 лет (подростки); 18-19 лет (молодёжь); 20-29,30-39,40-49,50-59 лет (взрослое трудоспособное население); 60-69 лет и старше (пенсионеры). Анкетирование проводилось в пяти регионах республики: центральном: Карагандинская обл, г.Жезказаган; северном: Акмолинская, Костанайская, Павлодарская, Северо-Казахстанская области, г.Астана: восточном: Восточно-Казахстанская, г.Усть-Каменогорск, г.Семипалатинск; западном: Актюбинская, Атырауская, Мангистауская, Западно-Казахстанская области; южном: Кзылординская, Южно-Казахстанская, Жамбылская, Алматинская области, г.Алматы.

Основными критериями выбора регионов явилась территориальная и климато-географическая характеристики, социально-экономический уровень развития. В ходе исследования в каждом из регионов была выделена одна типичная область. Всего в пяти регионах было проанкетировано 24734 человека, в т.ч. 7411 школьников, 17323 - взрослого населения. В качестве предметов исследования были определены показатели образа жизни и состояния здоровья населения. Для исследования была разработана специальная анкета, включающая ряд блоков, в т.ч. по медицинской активности населения (уровень знаний об основных аспектах ЗОЖ, готовность вести ЗОЖ), состоянию здоровья (хронические заболевания, частота обращения за медицинской помощью в течение года).

Результаты и их обсуждение. Как показали результаты социологических исследований, проведённых нами, в среднем, по Республике Казахстан 38,8% населения страдают хроническими заболеваниями. Вызывает настороженность высокий процент уровня хронических заболеваний среди школьников 11-14 лет (37,3%). Самый высокий уровень хронических заболеваний наблюдается среди населения старше 60 лет – 61,9%, что является достаточно закономерным (рис. 1).

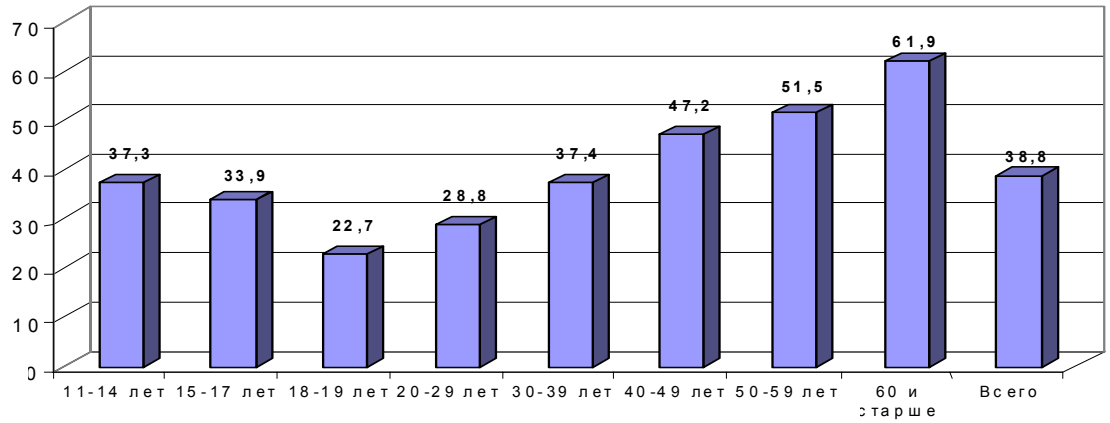


Рис. 1. Распространённость хронических заболеваний среди населения РК

Если рассматривать показатели уровня хронических заболеваний по регионам, то относительно низкий процент людей, имеющих хронические заболевания, наблюдается в Южном регионе, где данный показатель составляет 31,9%, в том числе в городе - 37,1% и в селе - 25,2% (табл. 1).

Таблица 1

Региональные особенности распространения хронических заболеваний

Регион		Муж	Жен	Оба пола
Северный	город	31,9	41,9	38,7
	село	31,2	44,8	37,9
	всего	31,8	42,1	38,6
Центральный	город	42,4	55,8	49,4
	село	29,0	38,3	33,5
	всего	36,9	49,4	43,3
Южный	город	28,3	43,6	37,1
	село	22,5	28,3	25,2
	всего	25,4	37,7	31,9
Восточный	город	49,2	52,6	51,1
	село	48,9	54,1	51,3
	всего	49,1	53,1	51,2
Западный	город	31,3	40,2	36,1
	село	35,7	36,9	36,3
	всего	32,2	39,5	36,1
Итого	город	36,3	46,1	41,9
	село	33,1	38,9	35,9
	всего	35,1	44,1	39,9

Большую настороженность вызывает положение в Восточном регионе республики, где процент лиц, имеющих хронические заболевания составляет 51,2%, в том числе в городе - 51,1%, в селе - 51,3%. В среднем по республике, и во всех регионах республики наблюдается относительно низкий уровень хронических заболеваний у сельских жителей, по сравнению с городским населением.

Приведённые данные, характеризующие состояние здоровья населения, указывают на широкое распространение хронических заболеваний во всех возрастных группах населения, что требует усиления мероприятий по укреплению здоровья и вторичной профилактике.

Основными причинами, по поводу профилактики которых респонденты обращались в медицинские учреждения, были заболевания сердечнососудистой системы (21,9% всех обращений), инфекционные заболевания (19,6%), онкологические заболевания (5,8%), острые респираторные заболевания (5,2%), заболевания желудочно-кишечного тракта (1,2%), заболевания почек (0,8%).

Выявлена закономерная связь между классами болезней и возрастными группами. Респонденты младших возрастных групп чаще обращаются в медицинские учреждения по поводу профилактики инфекционных заболеваний, острых респираторных заболеваний. С возрастом количество респондентов, обратившихся в медицинские учреждения по поводу профилактики ССЗ

увеличивается в 6 раз, онкологических заболеваний - в 2 раза, составляя в возрасте старше 60 лет 54,4% и 8,8%, соответственно, классам заболеваний (в возрасте 11-14 лет эти показатели составили 7,0% и 4,0%, соответственно). Анализ обращаемости респондентов в медицинские учреждения с профилактической целью в зависимости от места проживания показал, что в целом городские жители чаще,чем сельские обращаются в медицинские учреждения и основными причинами являются профилактика ССЗ, онкологических заболеваний, инфекционных и острых респираторных заболеваний. Статистически достоверных различий между мужчинами и женщинами выявлено не было (табл.2).

Таблица 2

Классы заболеваний, по поводу профилактики которых респонденты обращались в медицинские учреждения в среднем по РК в зависимости от возраста, места проживания и пола (в %)

	Заболевания сердца и сосудов	Онкологические заболевания	Инфекционные заболевания	Острые респираторные заболевания	Заболевания почек	Заболевания желудочно-кишечного тракта	Сахарный диабет
В зависимости от возраста							
11-14 лет	7,0	4,0	31,2	2,8	0,8	0,4	0,1
15-17 лет	9,0	3,1	26,0	6,6	1,2	0,8	0,2
18-19 лет	8,6	3,9	25,1	6,9	1,0	1,1	0,6
20-29 лет	12,8	4,9	21,7	9,1	0,6	1,0	0,5
30-39 лет	19,4	6,4	19,8	4,7	0,9	1,6	0,6
40-49 лет	27,6	7,6	14,3	3,9	0,7	1,7	0,6
50-59 лет	40,1	7,2	10,2	3,2	0,8	1,3	0,9
60 лет и старше	54,4	8,8	10,4	3,9	0,4	1,0	0,4
По всем возрастам	21,9	5,8	19,6	5,2	0,8	1,2	0,5
В зависимости от места проживания							
Город	22,1	6,2	20,1	5,6	0,9	1,2	0,5
Село	21,8	5,4	19,1	4,3	0,7	1,2	0,4
В зависимости от пола							
Мужчины	20,6	4,6	21,5	5,0	0,6	1,1	0,5
Женщины	23,0	6,8	18,2	5,4	1,0	1,2	0,5

Одним из важных вопросов исследования явилась самооценка респондентами собственного здоровья. Все ответы были разделены на пять категорий: отличное, хорошее, удовлетворительное, плохое и очень плохое. В среднем по РК 9,0% респондентов считали, что имели отличное здоровье, 33,1% - хорошее, 48,64% - удовлетворительное, 7,4% - плохое и 0,73% - очень плохое.

В целом самооценка здоровья ухудшается с возрастом: если в возрастной группе 11-14 лет отличное и хорошее здоровье имели соответственно 18,7% и 46,5% респондентов, то в возрасте старше 60 лет – 3,5% и 18,3%. В старших возрастных группах (старше 60 лет) респонденты статистически достоверно чаще определяют свое здоровье как удовлетворительное, плохое и очень плохое (55,6%, 20,4% и 1,4% соответственно) по сравнению с младшей возрастной группой 11-14 лет (29,1%, 5,5% и 0,5% соответственно). Статистически достоверно значимое ухудшение самооценки здоровья отмечается с 30-летнего возраста в среднем по РК как среди мужчин, так и среди женщин. Женщины дают более низкую оценку собственного здоровья по сравнению с мужчинами, особенно в старших возрастных группах.

Таким образом, проведённое социологическое исследование населения РК, позволило установить особенности образа жизни, состояния здоровья жителей республики, в зависимости от половозрастных групп, места проживания (город, село) и определило характерные черты образа жизни населения регионов республики.

Полученные данные, на наш взгляд, будут способствовать совершенствованию деятельности службы формирования ЗОЖ, путём разработки интегрированной программы формирования ЗОЖ и профилактики заболеваний, с учётом региональных особенностей образа жизни и состояния здоровья населения республики.

Литература

1. Назарбаев Н.А. Казахстан-2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев. Послание Президента Республики Казахстан народу.- Казахстанская правда.-11 октября 1997г.-С.22

2. Девятко В.Н. Состояние и перспективы охраны здоровья населения и отрасли здравоохранения на современном этапе развития РК // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением.-1995.-№1. –С.5-15

3. Доскалиев Ж.А., Аканов А.А. и др. Руководство по научно-методическому обеспечению программ медицинского обследования, динамического наблюдения и оздоровления школьников с 12 до 18 лет и взрослого сельского населения. Астана-Алматы, 2002. -153 с.

4.Досаев Е.А., Аканов А.А., Амангельдиев А.А. и др. Реформирование и развитие здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы// Астана-Алматы, 2004.-118с.

5. О ходе реализации первого этапа (2005-2007 годы) Государственной программы реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 годы (отчёт Министерства здравоохранения РК).

6. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения в 2008 г. (статистический отчёт).

ХУЛОСА
АРЗЁБИИ ВАЗЪИ САЛОМАТИИ АҲОЛИИ МИНТАҚАҲОИ ГУНОГУНИ ҚАЗОҚИСТОН

А.А.Аканов, С.Т.Сейдуманов

Муаллифон дар асоси маводи тадқиқоти иҷтимоии хеле васеъи аҳолии ҷумҳурӣ муқаррар карданд, ки ба ҳисоби миёна дар 38,8% пурсишшудагон бемориҳои музмин ба қайд гирифта шудаанд. Сатҳи баландтари бемориҳои музминро аҳолии минтақаи Шарқ – 51,2%, сатҳи пасти онро бошад аҳолии минтақаи Ҷануб – 31,9% зикр карданд.

Робитаи воқеии байни синфҳои беморӣ ва гурӯҳҳои синну солӣ ошкор карда шуд. Таҳлили худбаҳодиҳии пурсишшудагон нишон дод, ки умуман, меъёри мазкур бо рафти синну сол бадтар шуда истодааст.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE HEALTH OF THE POPULATION LIVING IN DIFFERENT REGIONS OF KAZAKHSTAN

A.A.Akanov, S.T.Seidumanov

On the basis of extensive sociological studies of the population of the republic by the authors found that on average 38.8% of respondents noted in their chronic diseases. The highest rate of chronic disease says the population of the Eastern region - 51,2%, a low level - the inhabitants of the Southern Region of -31.9%. The regularities of the link between the disease classes and age groups is revealed. Analysis of respondents' own health self-assessment showed that this criterion is generally worsens with age.

Key words: chronic disease, uptake of health facilities, self-rated health

Адрес для корреспонденции:

А.А.Аканов - ректор Казахского национального медицинского университета им.С.Д.Асфендиярова; Республика Казахстан, г.Алматы. E-mail.ru: s-seidumanov@mail.ru

ОЦЕНКА РИСКОВАННОГО ПОВЕДЕНИЯ И ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОСТЬ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ В СТРАНАХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ: КАЗАХСТАН, КЫРГЫЗСТАН И ТАДЖИКИСТАН

Х.К.Рафиев, М.М.Рузиев, А.В.Елизарьева, Б.А.Шералиева, З.А.Азизов
Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД;
кафедра эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино;
Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД, Казахстан;
Республиканское объединение «СПИД», Кыргызстан

Авторы на основании своих исследований пришли к выводу, что потребители инъекционных наркотиков (ПИН) представляют наибольшую опасность в качестве источника ВИЧ-инфекции для своих постоянных половых партнёров, с которыми использование презервативов остаётся на низком уровне. ПИН являются группой населения, на которую обосновано должно направляться большинство профилактических вмешательств, а также охват, интенсивность и качество этих вмешательств необходимо повысить.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН), наркотрафик, потребители инъекционных наркотиков (ПИН)

Актуальность. Уровень информированности групп наибольшего риска, в первую очередь, потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в области ВИЧ/СПИД, в целом, в странах Центральной Азии остаётся на низком уровне [1,2,6,7]. Страны Центральной Азии являются соседями Афганистана - самого крупного производителя опия в мире с последующим трафиком через эти страны в другие государства [3-11]. Низкая заработная плата, безработица, бедность стали причиной массовой трудовой миграции, преимущественно, в страны СНГ, являющиеся эпидемиологически неблагополучными по ВИЧ/СПИДу [4,8]. Кроме того, названные ситуации привели к росту случаев наркомании и развитию секс-бизнеса, а в целом, к активизации эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в регионе [1,10,12].

Цель исследования: изучение и анализ уровня информированности групп наибольшего риска, в первую очередь, потребителей инъекционных наркотиков в области ВИЧ/СПИДа и прогнозирование развития ВИЧ-инфекции в странах Центральной Азии.

Материалы и методы. Использованы материалы официальной регистрации случаев ВИЧ в странах Центральной Азии (Казахстан, Кыргызстан и Таджикистан) с 2006 по 2009 годы, оперативные донесения о выявленных ВИЧ-инфицированных (форма 266/4-88), карты эпидемиологического расследования случаев ВИЧ-инфекции с указанием предполагаемых источников заражения, путей и факторов распространения ВИЧ, выявленных контактов и проводимых противоэпидемических мероприятий, а также данные дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) за ВИЧ второго поколения в данный период, лабораторные исследования на выявление ВИЧ-инфекции на базе лаборатории республиканского и областных центров СПИД. В странах Центральной Азии с 2005 года активно внедряется ДЭН, который является одной из двух взаимодополняющих систем эпидемиологического надзора, обеспечивающих данными о состоянии эпидемии ВИЧ-инфекции. ДЭН позволяет получить данные о распространённости среди уязвимых групп населения (УГН); потребителей инъекционных наркотиков, работников секса (РС), (заключённые и др. – дозорные группы) и в отдельных населённых пунктах. Во время ДЭН тестирование проводится на добровольно-анонимной основе, а уровень знания и поведения представителей уязвимых групп исследуются методом интервьюирования. Статистическая обработка результатов исследования проводилась общепринятыми методами с использованием персонального компьютера Pentium IV, программ Microsoft Word, Microsoft Excel. Для оценки данных, распределение которых отличались от нормальных и при сравнении выборов применяли непараметрические методы статистического анализа: критерий сравнения x^2 и критический уровень значимости P нулевой гипотезы принимали равным 0,05, который отражался с помощью программы Epi-info.

Результаты и их обсуждение. В странах ЦА оценочное число ПИН насчитывало около 175 тысяч, из них в Казахстане – 124400, Кыргызстане – 26000, в Таджикистане – 25000. Профилактическими программами на конец 2009 года в странах ЦА охвачены 80614 ПИН, что составляет 46% от оценочного числа ПИН в ЦА: Казахстан – 58521, Кыргызстан – 16388, Тад-жикистан – 5705 ПИН. Основным фактором, характеризующим наркологическую ситуацию в республиках ЦА как сложную социально-опасную, становится беспрецедентный рост числа лиц, употребляющих героиновые наркотики. Для ПИН созданы и функционируют 261 пунктов доверия, где кроме предоставления одноразовых игл и шприцев, также предоставляется необходимая информация о ВИЧ/СПИД, информационные материалы, консультирование и тестирование на ВИЧ, выявление и посиндромное лечение ИППП.

Распространённость ВИЧ среди ПИН в странах ЦА за период 2006-2009 гг. приведена на диаграмме 1.

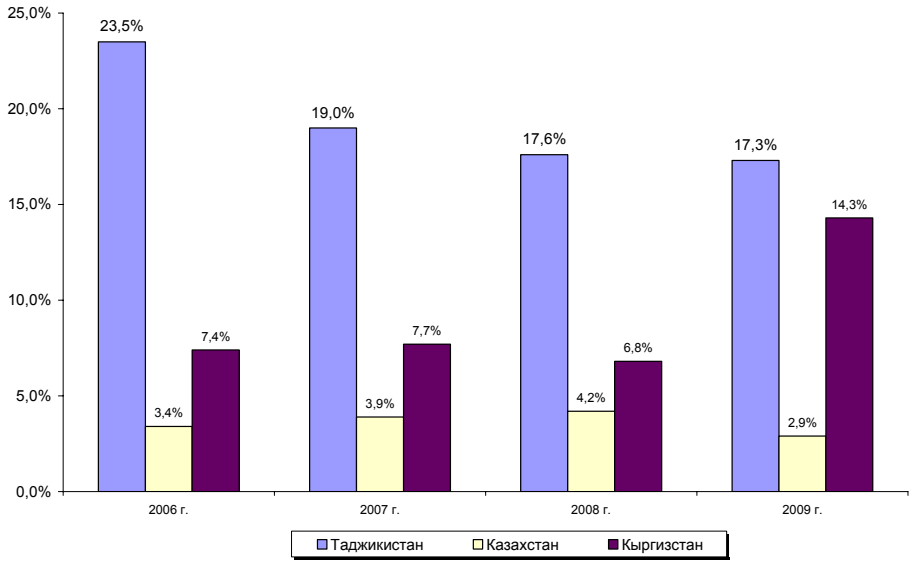


Диаграмма 1. Распространённость ВИЧ среди ПИН: Казахстан, Кыргызстан и Таджикистан по данным ДЭН, 2006-2009 гг.

Распространённость ВИЧ среди ПИН по данным ДЭН составила в 2009 году в Таджикистане – 17,3%, Кыргызстане – 14,3% и Казахстане – 2,9%. Доля положительных результатов тестирования по коду 102 коррелирует с данными ДЭН. По данным ДЭН уровень ВИЧ среди ПИН в странах ЦА находится на стабильном уровне, не превышая 20% барьер, который характерен для стран с концентрированной стадией эпидемии ВИЧ. Основным путем передачи ВИЧ в Центральной Азии остаётся парентеральный. Более 50% из всех зарегистрированных случаев ВИЧ являются потребителями инъекционных наркотиков (диаграмма 2). В отдельных странах региона продолжается рост распространённости ВИЧ среди ПИН.

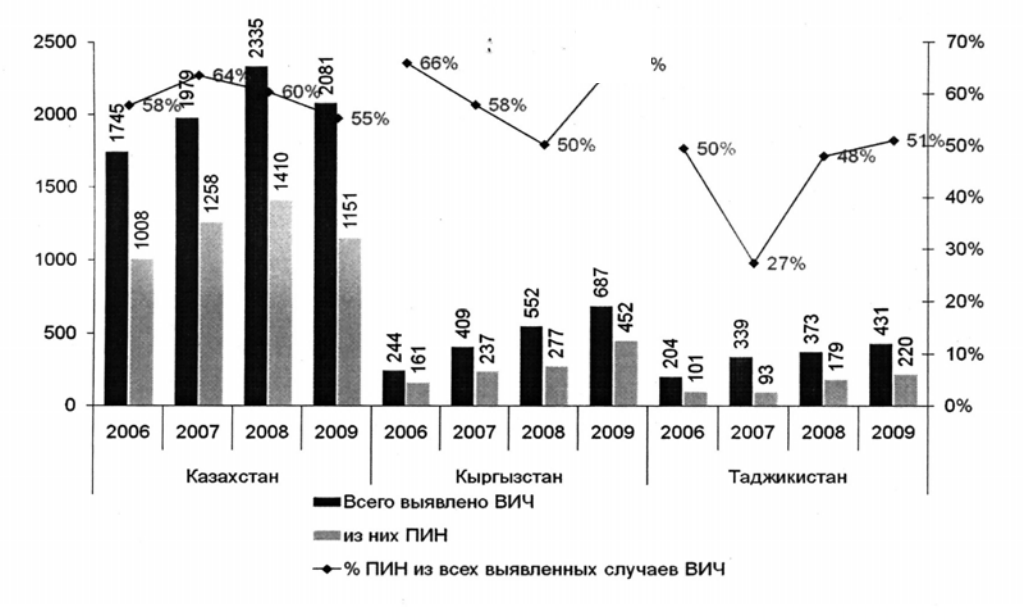


Диаграмма 2. Доля ПИН среди ВИЧ-инфицированных в Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане за период 2006-2009 гг. (ДЭН)

Безопасное инъекционное поведение среди ВИЧ-положительных и ВИЧ-отрицательных ПИН стран ЦА остаётся высоким. Так распространённость опасного инъекционного поведения среди ВИЧ-положительных ПИН в странах ЦА находится в пределах 50% (Казахстан - 61%; Кыргызстан - 48,8% и Таджикистан – 49,3%), а среди ВИЧ-отрицательных ПИН является немного ниже, чем среди ВИЧ+ ПИН (Казахстан – 50,3%; Кыргызстан – 35,8% и Таджикистан – 49,6%). Поведенческие данные ДЭН среди ПИН в странах ЦА за 2009 год подтверждаются серологическими данными, где уровень распространённости гепатита С, который характеризует опасное инъекционное поведение среди ПИН, остаётся весьма высоким (диаграмма 3).

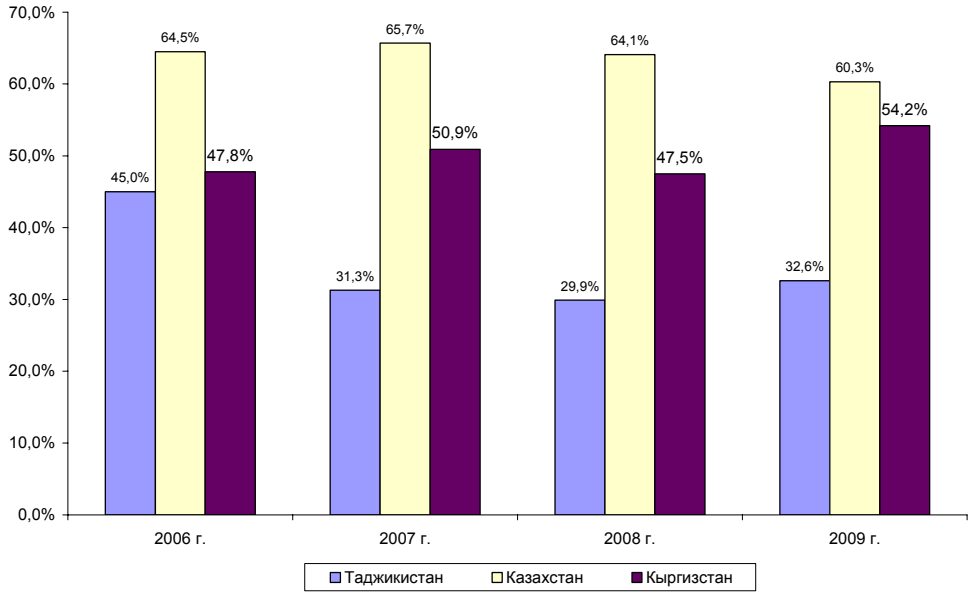


Диаграмма 3. Распространённость гепатита С среди ПИН Таджикистана, Казахстана и Кыргызстана, ДЭН, 2006-2009

Также неблагоприятным является опасное половое поведение ПИН в странах Центральной Азии. Уровень распространённости сифилиса среди обследованных ПИН в динамике практически не изменился и составляет в Казахстане 10,9%, Кыргызстане – 12,1%, Таджикистане – 9,6%. Данные показатели объясняются тем, что наряду с опасным инъекционным поведением, ПИН стран ЦА практикуют также опасное половое поведение, имели коммерческие половые контакты (Казахстан – 9,5%; Кыргызстан – 4,1% и Таджикистан – 14,8%). Уровень использования презерватива ПИН с постоянными половыми партнёрами остаётся на низком уровне (Казахстан – 28,1%; Кыргызстан – 37,8% и Таджикистан – 22,3%), что вызывает большой риск заражения ВИЧ для половых партнёров ПИН. Уровень знания, охват профилактическими программами и ДКТ среди ПИН в странах Центральной Азии в динамике улучшается.

По данным ДЭН, за 2009 год в странах ЦА уровень информированности ПИН о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ ежегодно улучшается (Казахстан – 76,5%; Кыргызстан – 51,2% и Таджикистан – 39,1%). Это объясняется тем, что доля ПИН, охваченных профилактическими программами и прошедших ДКТ, также параллельно идёт к повышению (диаграмма 4).

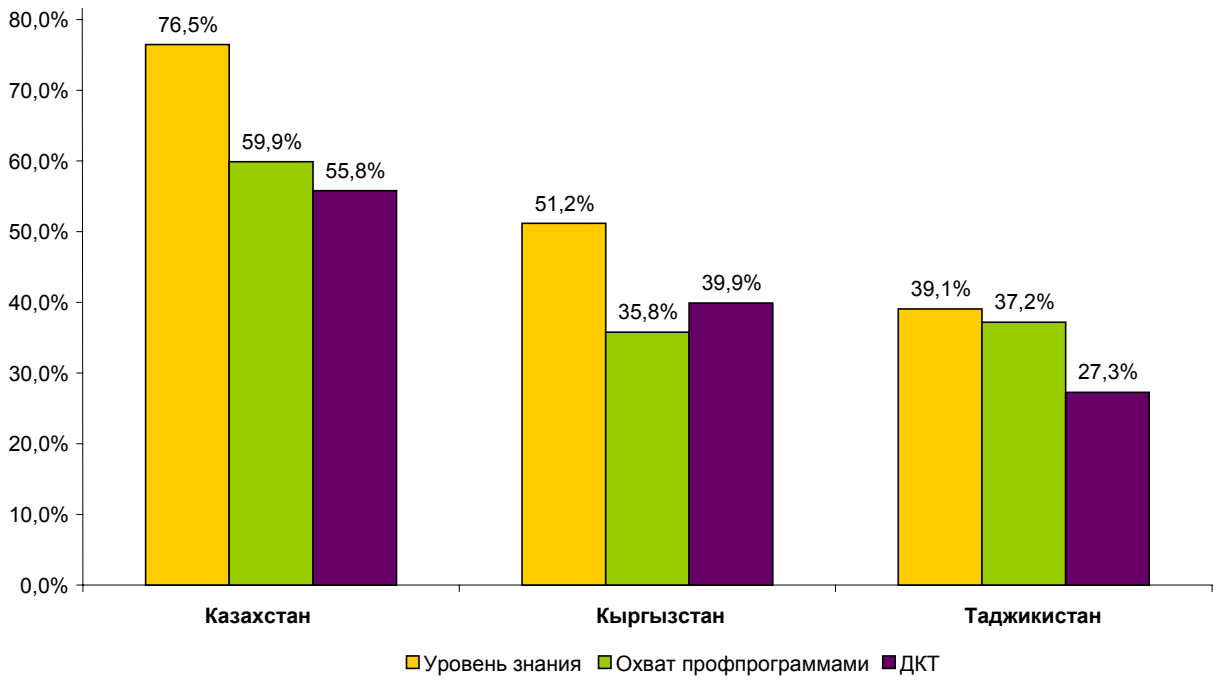


Диаграмма 4. Уровень знания, охват профпрограммами и ДКТ среди ПИН Казахстана, Кыргызстана и Таджикистана, ДЭН, 2006-2009

Выводы:

1. Характер употребления инъекционных наркотиков и социально-демографическая характеристика ПИН за последние три года изменились незначительно.

2. В республиках ЦА продолжает оставаться высокой заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков.

3. Среди ПИН существует угроза заражения ВИЧ как парентеральным, так и половым путём.

Литература

1. Отчёт о проведённом дозорно-эпидемиологическом надзоре за ВИЧ среди ПИН, среди ПИН Таджикистан,2010 г.
2. Отчёт о проведённом дозорно-эпидемиологическом надзоре за ВИЧ среди ПИН, среди ПИН Казахстан, 2010 г.
3. Отчёт о проведённом дозорно-эпидемиологическом надзоре за ВИЧ среди ПИН, среди ПИН Казахстан, 2010 г.
4. Программные отчёты Республиканских центров по профилактике и борьбе со СПИД, Таджикистан, Казахстан и Кыргызстан, 2010 г.
5. Порошина О.В., Андрейчук В.В., Воронина Л.Г. Распространённость ВИЧ/СПИДа и рискованного поведения среди московской молодёжи // СПИД Фонд Восток Запад. – М. - 2006. -209 с.
6. Рафиев Х.К., Аббасова Д.М. Направления деятельности службы эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией // Сб. научных статей 52 годичной конференции с междунар. участием – Душанбе, - 2004. - 271 с.

7. Андреев А., Гречухина Т.А., Асадчий О. Исследование поведения и сексуальной культуры среди мигрантов и женщин Молдовы // СПИД Фонд Восток Запад, - М. – 2006. – 169 с.
8. Горшкова Н.В., Першина О.В. Результаты социально-эпидемиологических наблюдений за лицами, работающими в сфере сексуальных услуг Волгограда / «СПИД Фонд Восток Запад». -М.-2006. -190 с.
9. Кириллова Л.Д., Филатов Ф.Н., Колчева Л.Д., Горбунов А.В. Влияние проекта Профилактика ВИЧ-инфекции среди ПИН и РКС на изменение рискованного поведения РКС / СПИД Фонд Восток Запад. – М. – 2006. – 190 с.
10. Мамаев Т.М. Эпидемиологический надзор за ВИЧ/СПИДом и ВИЧ индикаторными инфек-циями среди потребителей инъекционных наркотиков в Ошской области Республики Кыргыз-стан // ЖЭИБ. – 2007. - № 4. – С. 4-6.
11. The epidemiology of HIV/AIDS/ MorisonI.// Br. Med/ Bull 2001. – P.7-18
12. Evidence of Changes in Sexual Among Male Factory Workersin Ethiopia/Yared Mekonnen// AIDS – 2003-v. 17. – p. 223-231/

ХУЛОСА

АРЗЁБИИ РАФТОРИ ХАТАРНОК ВА СИРОЯТНОКИИ ВНМБ ДАР БАЙНИ ИСТЕЪМОЛКУНАНДАГОНИ ТАЗРИҚИИ МАВОДИ МУХАДДИР (ИТММ) ДАР МАМЛАКАТҲОИ ОСИЁИ МАРКАЗӢ: ҚАЗОҚИСТОН, ҚИРҒИЗИСТОН ВА ТОҶИКИСТОН

Ҳ.Қ.Рофиев, М.М.Рӯзиев, А.В.Елизарова, Б.А.Шералиева, З.А.Азизов

Муаллифон дар асоси тадқиқоти худ ба хулоса омаданд, ки ИТММ ҳамчун манбаи сирояти вируси норасоии масунияти бадан (ВНМБ) барои ҳамроҳони ҷинсии доимии худ, ки бо онҳо истифодаи рифолаҳо дар дараҷаи паст қарор дорад, хавфи зиёдеро эҷод менамояд.

ИТММ гурӯҳи аҳолӣ мебошад, ки ба онҳо бояд дахолати пешгироии асоснокшуда равона карда шавад, инчунин, фарогирӣ, шиддатнокӣ ва сифати ин дахолатҳо бояд баланд бардошта шаванд.

SUMMARY

ESTIMATION RISK BEHAVIOR AND HIV INFECTION AMONG IDUS CENTRAL ASIA: KAZAKHSTAN, KYRGYZSTAN AND TAJIKISTAN

H.K.Rafiev, M.M.Ruziev, A.V.Yelizarova, B.A.Sheralieva, Z.A.Azizov

The authors based their research concluded that injecting drug users represent the greatest danger as a source of AIDS infection to their sexual partners with whom condom use remains low. IDUs are a group of people, which rightly should be directed most of the optical preventive interventions as well as coverage, quality and intensity of these interventions should be raised.

Key words: HIV infection, sentinel surveillance (SS), drug trafficking, injecting drug users (IDUs)

Адрес для корреспонденции:
Х.К. Рафиев – профессор кафедры эпидемиологии ТГМУ;
Таджикистан, Душанбе, пр. Рудаки, 139, Тел: +992 (37) 236-04-15

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Б.Г.Муминов, Б.И.Абдурахимов, Д.Д.Хомидов
Городская клиническая больница
скорой медицинской помощи г. Душанбе

В условиях дефицита бюджетных средств, моноканального финансирования и отсутствия альтернативных источников финансирования в крупных городах, необходимо провести реорганизацию службы СМП на скорой и неотложной медицинской помощи. Требуется применение эффективных управленческих решений, направленных на использование экономических ресурсов, внедрение передовых технологий в управленческом и лечебном процессах службы СМП.

Ключевые слова: служба скорой медицинской помощи, реорганизация медицинской службы, неотложная медицинская помощь

Актуальность проблемы. Вследствие низкого качества управления отраслью, ограниченные финансовые средства расходуются крайне нерационально. Перед распорядителями кредитов постоянно возникает проблема рационального управления ресурсами посредством выбора приоритетов и нормирования. Среди проблем структурного реформирования отрасли здравоохранения республики важнейшие значение имеет совершенствование службы скорой медицинской помощи (СМП) [1].

По данным Бойкова А.А. (2006) в секторе скорой медицинской помощи сосредоточено более половины доходов здравоохранения. В структуре расходов на оказание медицинской помощи населению, на долю СМП на догоспитальном этапе приходится более 10% от бюджета здравоохранения, на госпитальном этапе – 65 % от всех расходов на стационарную помощь. По данным некоторых авторов почти в 60% случаев СМП выполняет несвойственные ей функции, подменяя обязанности амбулаторно-поликлинической службы [6]. Изучение экономических аспектов реорганизации службы СМП остаётся актуальной проблемой.

Цель исследования. Изучить состояние финансирования службы СМП г.Душанбе и экономические аспекты реорганизации службы на скорую и неотложную медицинскую помощь.

Материалы и методы. Объектом исследования явились планово-нормативные показатели деятельности службы СМП на примере Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г.Душанбе как составной части монопольной государственной модели здравоохранения.

В утверждённом Постановлении Правительства Республики Таджикистан №237 от 02.07.2005г. констатировано: « Базовая программа оказания медико-санитарной помощи гражданам Республики Таджикистан и порядок оказания медико-санитарной помощи учреждениями государственной системы здравоохранения за счёт физических и юридических лиц», СМП как составная часть первичной медико-санитарной помощи является бесплатной.

Главной проблемой в системе здравоохранения является значительный разрыв между государственными гарантиями бесплатного предоставления медицинской помощи населению и их финансовым обеспечением [8]. Ермолов А.С. (2003) отмечает, что в условиях «бесплатности» СМП является невольным стимулом для амбулаторно-поликлинического звена, т.е. ответственность за работу с хроническими больными переносится на службу СМП. В результате больше половины объекта работы службы СМП признаётся как несвойственные ей нагрузки.

В области повышения структурной эффективности отрасли предполагалось устранить негативный дисбаланс в структуре видов медицинской помощи, которые в удельном весе объёмов финансирования составляют: скорая медицинская помощь - 7-9%, амбулаторно-поликлиническая помощь - 27-30%, стационарная помощь - 60-64%.

По данным Хальфина Р.А. и Мыльникова А.А. (2003г.), средняя нормативная стоимость вызова бригады СМП составляет 318 рубль на 100 человека [8,13]. По данным Бойкова А.А. (2006), этот показатель в г.Санкт – Петербурге составил 358 руб [3]. Согласно отчёту администрации Городской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГКБ СМП) г. Душанбе в 2009 средняя стоимость вызовы СМП составил 35 сомони (эквивалент 7,8 долларов США). Финансирование службы скорой медицинской помощи в Республике Таджикистан осуществляется моноканальным источником и только из госбюджета. Предстоит разработка целевых программ по развитию службы СМП, как приоритет финансирование отрасли здравоохранения.

СМП г. Душанбе функционирует в условиях острой нехватки финансовых и людских ресурсов и ограниченности санитарного транспорта. Выделенные госбюджетом средства покрывает расходы СМП лишь на 34%. По данным некоторых авторов, только 5% вызовов, обслуженных кардиологической бригадой, представляют впервые выявленные больные с артериальной гипертонией и её осложнениями [2].

Планово-нормативный показатель деятельности станции СМП г.Душанбе, утверждённый финорганами, определяет 204 вызова на 1000 населения и позволяет рассчитывать затраты на один выезд. Необходимость именно такого норматива обусловлена применением методик расчёта стоимости одного посещения в поликлиниках и стоимость одной койки дня в стационаре [4]. По данным Ермолова А.С (2003) важную роль в процессе реформирования системы СМП играет тарифная политика. Речь идёт не только о достаточности тарифов по объёму, но и об их внутренней эффективности.

По мнению Мыльниковой и др. (2002), тарифная политика должна базироваться на следующих принципах: оплату следует производить за пролеченного пациента; тарифы должны прокрывать все виды затрат; оплата должна производиться дифференцированно по диагностически - родственным группам; оплате должны подлежать случаи оказания медицинской помощи всем без исключения, включая лиц без определённого места жительства, иностранцев и иных неопределённых в системе при обязательном медицинском страховании (ОМС) граждан. Вышеуказанная тарифная политика приемлема в условиях достаточного бюджетного финансирования или же наличия фонда ОМС. При дефиците бюджета более чем на 65% она окажется неэффективной или же малоэффективной.

Шестаков Г.С (2001), Артюхов И.П. и соавт. на основе комплексного подхода (объём выполненных услуг и работ по подразделениям; состояние и использование основных средств; использование рабочего времени; обеспеченность материальными ресурсами; уровень затрат на выполнение лечебной, диагностической, профилактической работы; себестоимость отдельных медицинских услуг и услуги немедицинского характера; оплата труда и материальное стимулирование работников; платёжеспособность и финансовое состояние) предлагают разработать систему доплат врачам и фельдшерам за интенсивность работы.

Стародубов В.И. и соавт. (2003) доказали экономическую эффективность организации службы неотложной медицинской помощи на базе амбулаторно-поликлинических учреждений, отдельно от СМП: по данным специалистов из Самары, стоимость вызова бригады неотложной помощи почти в два раза меньше стоимости вызова фельдшерской или обще-врачебной бригады СМП. Данный подход возможен только при реорганизации службы СМП на скорую и неотложную медицинскую помощь. При реорганизации службы, наряду с экономическими проблемами, возникают спорные вопросы организационно-лечебного характера. К преимуществам реорганизации службы относятся:

приближение СМП к населению до 15 минут, особенно кардио-бригад, в результате чего повышается эффективность стабилизации витальных функций при травмах на 24-37%, достигается стабильность кардиологических больных в 1,5-2 раза; уменьшение экономических затрат до 50%; появление возможностей для более чёткого планирования финансирования; улучшение оснащения специализированных бригад.

Реорганизация наряду с этим имеет свои недостатки: линейные бригады зачастую простаивают; ограничивается лечебная деятельность врачей скорой помощи; увеличивается время обслуживания специализированных бригад; зональный принцип уменьшает долю специализированных бригад; увеличивается время на передачу вызова бригадам неотложной помощи до двух минут; дублирование вызова по принципу «на себя»; простой специализированных бригад; трудность разделения вызовов скорой и неотложной помощи; нагрузка линейного врача значительно превышает нагрузку врача СМП; врачи линейные не в состоянии оказать квалифицированную помощь; недостаточное оснащение линейных бригад медоборудованием [4].

Реорганизация службы на скорую и неотложную помощь приобретает особую значимость в условиях недостаточного финансирования и нехватки санитарного транспорта. В настоящие время станция СМП г.Душанбе функционирует в условиях дефицита бюджетных средств (составляет 34%), и острой нехватки санитарного транспорта (обеспеченность 15%). Качественный анализ выполненных вызовов специализированных бригад показал, что в 75% в случаев они выполняют функцию центров здоровья [12].

В условиях отсутствия альтернативных источников финансирования (фондов ОМС, ДМС и т.д.) целесообразно искать резервы. В крупных городах, как г.Душанбе, необходима поэтапная реорганизация службы СМП на скорую и неотложную медицинскую помощь. При этом необходимо разработать экономический механизм, стимулирующий службу неотложной медицинской помощи. Взаимный расчёт между службой скорой и неотложной медицинской помощи должен базироваться из расчёта средней стоимости 1 вызова бригады СМП. Аналогичный вариант экономического сотрудничества можно вести со стационарами и воздействуя за необоснованный вызов других лечебных учреждений, а также за вызов со стороны населения.

Необходимо также рассмотреть вопрос внедрения частичных платных медицинских услуг на дому и обслуживание различных коммерческих мероприятий: плановые перевозки; снятие ЭКГ у неэкстренных больных, выполнение назначений врача (инъекции, клизмы и т.д.), перевозка тел умерших и т.д.

Таким образом, в условиях дефицита бюджетных средств, моноканального финансирования и отсутствия альтернативных источников финансирования в крупных городах необходимо провести реорганизацию службы СМП на скорую и неотложную медицинскую помощь. Требуется применение эффективных управленческих решений, направленных на использование экономических ресурсов, внедрение передовых технологий в управленческом и лечебном процессах службы СМП.

Литература

1. Абдурахимов Б.И. Состояние организации и пути совершенствования службы скорой медицинской помощи г.Душанбе в современной социально- экономических условиях // Автореф.канд.дисс.Душанбе,2007
2. 2. Абдурахимов Б.И и соавт. Совершенствование организации оказание медицинской помощи кардиологическим больным на догосп. этапе//ЦА журнал «Серд.-сосуд. хирур.».Бишкек.№2. 2008

3. Бойков А.А. Научное обоснование совершенствования работы службы скорой медицинской помощи в крупном городе на догоспитальном этапе// Автореф. дисс...док.мед.наук.- СПб., 2006. – 44с.
4. Ермолов А.С. Комментарий к приказу Минздрава России от 11.03.03. №93 «Об отраслевой программы скорой медицинской помощи»// Здравоохранения.-2003.-№5.- С.149-155
5. Карпеев А.А. Состояние дел и возможные пути реформирования службы скорой медицинской помощи // Здравоохр.: журн. для руководителей и гл. бухгалтера. – 1999. - №7. -С. 22-25
6. Карпеев А.А. Оперативно-диспетчерская система скорой медицинской помощи // Здравоохр.: журн. для руководителей и гл. бухгалтера.- 2001.-№2. -С.12-16
7. Левин И.А и соавт. Перспективы развития системы здравоохранения России // –М. 2007
8. Мыльникова Л.А. и соавт. Новые подходы к организации скорой медицинской помощи // Здравоохранения.-2002.-№1.-С.20-28
9.Стародубов В.И. и соавт. Анализ деятельности служб скорой и неотложной помощи г. Самары // Экономика здравоохранения. - 2003. - № 9. - С.23-25
10. Финансовый отчёт администрации ГКБ СПМ г.Душанбе 2009г.
11. Шестаков Г.С. К вопросу о реформировании службы скорой медицинской помощи больших городов в современных условиях//Скорая мед. помощь. – 2001.-Т. 2.-№4. С. 21-26
12. Шестаков Г.С. Некоторые аспекты применения экономических методов для оптимизации управления и планирования работы станций СМП // Экономика здравоохр.- 2001.-№3. -С. 27-29
13. Хальфин Р.А., Мыльникова Л.А. О совершенствовании организации и развития скорой медицинской помощи в Российской Федерации // Здравоохранение. - 2003. -№ 3. - С. 17-20

ХУЛОСА
ҶИҲАТҲОИ ИҚТИСОДИИ ФАЪОЛИЯТИ ХАДАМОТИ ЁРИИ ТАЪҶИЛИИ ТИББӢ (ЁТТ)

Б.Г.Мӯминов, Б.И.Абдураҳимов, Д.Д.Ҳомидов

Дар шароити камбуди маблағҳои буҷетӣ, маблаггузории якманбаъӣ ва набудани сарчашмаҳои алтернативии маблаггузорӣ дар шаҳрҳои калон, зарурияти гузаронидани таҷдиди хадамоти ЁТТ-ро ба ёрии тиббии таъҷилӣ ва фаврӣ таҳозо мекунад. Татбиқи самаранокии қарорҳои идоракунӣ, ки ба истифодаи захираҳои иқтисодӣ, ворид намудани технологияи муосир дар раванди идоракунӣ ва муолиҷавӣ равона карда шудаанд, талаби замон аст.

SUMMARY
ECONOMIC ASPECTS OF HEALTH CARE EMERGENCY SERVICES

B.G. Muminov, B.I. Abdurakhimov, D.D. Khomidov

Given the shortage of budgetary funds, single-sided funding and lack of alternative sources of financing in the big cities need to reorganize the service to SMEs emergency medical care. Requires effective management decisions aimed at the use of economic resources, introduction of advanced technologies in the management and treatment process.

Key words: Emergency medical service, the reorganization of medical services

Адрес для корреспонденции:
Б.Г.Муминов – главврач ГКБ СМП; Таджикистан, г.Душанбе, ул.Айни, 46, пр.1
E-mail: H_Jamshed@mail.ru

ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА СТРОИТЕЛЕЙ ПРИ СООРУЖЕНИИ МАШИННОГО ЗАЛА И ГИДРОТЕХНИЧЕСКИХ ТОННЕЛЕЙ

А.А.Насридинов
Кафедра общей гигиены и экологии
ТГМУ им.Абуали ибни Сино

В статье рассматриваются вопросы гигиены и физиологии труда монтажников, сварщиков и проходчиков при сооружении машинного зала и гидротехнических тоннелей. Установлено, что при сооружении машинного зала и гидротехнических тоннелей строители подвергаются влиянию дискомфортных микроклиматических условий, значительной запыленности и загазованности, интенсивного шума и вибрации и другим вредным факторам производственной среды, что является основной причиной напряжения процессов терморегуляции, центральной нервной, сердечно-сосудистой систем и нервно-мышечного аппарата.

Ключевые слова: вредные факторы производственной среды, процессы терморегуляции, центральной нервной и сердечно-сосудистой систем, нервно-мышечный аппарат

Актуальность. При сооружении машинного зала, гидротехнических и транспортных тоннелей монтажники, сварщики, проходчики и другие работники могут подвергаться влиянию различных неблагоприятных факторов производственной среды, таких, как: дискомфортные микроклиматические условия, интенсивность которых зависит от сезона года и климата местности, значительной концентрации пыли и сварочного аэрозоля, интенсивного шума и вибрации, повышенной концентрации выхлопных газов, концентрация и уровень которых зависят от особенности технологических процессов и характера выполняемых рабочих операций [1-3].

Неблагоприятные производственные факторы и тяжёлая физическая нагрузка могут способствовать напряжению различных систем организма монтажников, сварщиков и проходчиков, что вызывает развитие утомления организма работающих, и тем самым приводит к снижению работоспособности и производительности труда.

Цель исследования. Разработка научно обоснованных систем мероприятий по оздоровлению условий труда и охране здоровья работающих в подземных условиях на строительстве Рогунской ГЭС**.**

Материалы и методы. Исследования вредных производственных факторов трудового процесса и производственной среды и их влияния на организм монтажников, сварщиков и проходчиков при сооружении машинного зала и гидротехнических тоннелей проводились на строительстве Рогунской ГЭС. Для оценки влияния производственных факторов на организм работающих были выбраны адекватные апробированные методики, позволяющие в экспедиционных условиях и непосредственно во время выполнения характерных рабочих операций изучить функциональное состояние организма строителей машинного зала и гидротехнических тоннелей. Всего проведено более 980 измерений температуры, относительной влажности и скорости движения воздуха.

За период исследования отобрано и проанализировано 805 проб воздуха на наличие вредных химических веществ и пыли.

Определение уровней звука и звукового давления проводили шумовиброизмерительным прибором фирмы “ Брюль & Къер ” и ИШВ-1. Всего проведено измерение шума (844) и вибрации (750).

Для оценки функционального состояния организма работников при сооружении машинного зала и гидротехнических тоннелей были использованы физиологические методы исследований терморегуляции (2350 измерений), водно-солевого и газового обменов (более 200 измерений), функционального состояния сердечно-сосудистой и центральной нервной систем (более 500 измерений), силы и выносливости мышц (460 исследований) и др.

Измерение температуры кожи проводилось 4 раза в смену. Всего проведено более 2000 измерений температуры кожи различных участков тела.

Температура тела у строителей измерялась при помощи ртутного термометра в подмышечной впадине. Всего более 350 измерений.

Функции центральной нервной системы исследовались при помощи корректурных таблиц Анфимова и Шульца-Платонова. Всего проведено 120 исследований.

Сила и выносливость мышц определялись методом ручной и становой динамометрии в динамике рабочей смены при работе в разные сезоны года – всего 410 исследований.

Результаты и их обсуждение. Полученные нами материалы показывают, что при строительстве ГЭС строители подвергаются влиянию комплекса неблагоприятных производственных факторов в зависимости от этапа и характера выполняемых рабочих операций.

Основными профессиональными группами строителей при сооружении машинного зала являются монтажники и сварщики, которые почти все рабочие операции выполняют в подземных условиях. Трудовая деятельность проходчиков также протекает в подземных условиях и также связана с большими физическими нагрузками, действием дискомфортных температурных условий, интенсивного шума и вибрации, значительной запылённостью и загазованностью воздуха рабочих мест.

С целью оценки степени физических и нервно-психических нагрузок на организм монтажников, сварщиков и проходчиков нами было проведено хронометражное наблюдение за рабочим днём. Анализ хронометражных наблюдений показывает, что монтажники, сварщики и проходчики 68 - 73% рабочего времени затрачивают на выполнение основных рабочих операций, при которых 61 – 65% рабочего времени выполняются в вынужденной позе, длительность которой зависит от вида и характера выполняемых производственных операций.

Изучение рабочей позы и наклонов корпуса (особенно у монтажников и сварщиков) показало, что более 60% времени рабочей смены они находятся в наклонном положении 30° и более, а проходчики в подобном положении находятся до 25 % рабочего времени ($P< 0,01$).

Материалы, характеризующие энерготраты при выполнении характерных рабочих операций у строителей, показывают, что за рабочую смену энергетическая стоимость выполняемой работы в среднем у монтажников составляла - 3323,2 ккал, у сварщиков - 2988,4 ккал, а у проходчиков - 3206,5 ккал.

Наиболее высокий уровень энерготраты был зарегистрирован у монтажников при переноске различных деталей, подъёме наверх, у проходчиков при выполнении немеханизированной работы по уборке породы и чистке забоя.

Исследования параметров микроклимата показали, что температура воздуха на основных рабочих местах монтажников и сварщиков при работе в зимний период года до начала рабочей смены в среднем составляла 6,2±1,5°С, в середине рабочего дня она повышалась до 8,1±0,6°С, а в конце рабочей смены она понижалась до 6,5±0,4°С. При этом относительная влажность воздуха в динамике рабочей смены находилась в пределах 56,0±3,9 – 64,2±7,9%.

При работе в тёплый период года в динамике рабочей смены температура воздуха в среднем составляла 22,2±0,3–25,1±0,2°С, при относительной влажности воздуха 72,8±1,0– 83,2±1,4% и скорости движения воздуха 0,3±0,1 – 0,5±0,1 м/сек.

При сооружении гидротехнических и транспортных тоннелей показатели микроклимата были аналогичными, как при сооружении машинного зала.

Таким образом, монтажники, сварщики и проходчики при строительстве Рогунской ГЭС в процессе своей производственной деятельности подвергаются влиянию дискомфортных микроклиматических условий, степень воздействия которых зависит от сезона года.

Охлаждающая способность воздуха на рабочих местах монтажников и сварщиков при работе в холодный период года в начале смены составляла 15,4±1,1 мкал/см²/сек, в 14 часов она несколько снижалась 14,8±1,46 мкал/см²/сек, а в конце смены она опять возрастала до 15,7 ±1,6 мкал/см²/сек, а на рабочих местах проходчиков находилась в пределах 10,27±0,61 и 10,1±2,1 мкал/см²/сек в течение всей рабочей смены.

Содержание пыли при монтажных работах составляло в среднем 21,7± 2,1 мг/м³, а концентрация сварочного аэрозоля в зоне дыхания сварщиков соответственно 15,9 ± 4,5 мг/м³, что в 100% случаев наблюдений превышало предельно допустимую концентрацию (ПДК). При сварочных работах содержание марганца в зоне дыхания сварщиков в среднем составляло 0,34 ± 0,1 мг/м³, что в 50% случаях наблюдений превышает ПДК.

При этом содержание кристаллической двуокиси кремния в витающей пыли находилось в пределах от 14,8 до 47,6, что, согласно перечню ПДК вредных веществ, даёт возможность указать на ПДК пыли, равную 2 мг/м³. Наиболее высокая запылённость воздуха при проходке тоннелей установлена при сухом бурении с помощью перфоратора НКР. При этом содержание пыли на рабочих местах достигало 23,3 – 1258 мг/м³.

Основными источниками шума являются самоходные буровые установки (СБУ), пневмонагнетатели, вытяжные вентиляторы, вибраторы, электродвигатели, бетоноукладчики и другие агрегаты. Уровень шума почти во всех исследованных точках превышал предельно допустимый уровень (ПДУ) на 3–12 дБ, причём, чем выше частота, тем уровень звукового давления больше, что свидетельствует о высокочастотном характере шума. На рабочих местах, где работали СБУ- 4, уровень звука превышал ПДУ на 21 дБ, а звуковое давление - на 5 - 12 дБ среднегеометрических октавных полос 250 – 8000 Гц.

На основании полученных материалов, согласно «Гигиеническим критериям оценки и классификации условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряжённости трудового процесса», руководство Р.2.2. 2006 – 05, можно отнести их труд к 3 классу опасности в связи с тем, что на рабочих местах монтажников, проходчиков и сварщиков при строительстве ГЭС зафиксированы вредные производственные факторы разнонаправленного действия 1 и 2 класса опасности.

Работа при неблагоприятных производственных условиях вызывает значительное напряжение различных систем организма строителей. Одним из ведущих факторов производственной среды, влияющим на процессы терморегуляции и работоспособность организма строителей, являются дискомфортные микроклиматические условия.

При этом установлено, что температура тела у проходчиков, сварщиков и монтажников летом до начала рабочей смены в среднем составляла 36,3± 0,1-36,4 ± 0,05°С, а в конце смены она повышалась до 37,1±0,05-37,2±0,008 °С (Р<0,01). При работе в холодный период года в начале смены температура тела у рабочих находилась в пределах 36,3±0,002-36,5±0,015°С, а в конце рабочего дня она повышалась на 0,2-0,4°С от исходного.

Средневзвешенная температура кожи при работе в тёплый период у строителей в среднем составляла 31,1±0,2 – 34,2±0,2°С, а в конце рабочего дня она повышалась до 34,5±0,17 – 35,1±0,28°С

(P<0,01), а при работе в холодный период она в начале смены составляла 29,8±0,5 – 30,4±0,6°С, а в конце смены имела некоторую тенденцию к повышению (30,3±0,3 – 31,2±0,3°С), что свидетельствует о некотором охлаждении организма строителей при работе в зимний период года.

Одним из важных физиологических показателей, отражающих степень влияний дискомфортных микроклиматических условий на организм работающих, является величина влагопотерь за рабочую смену.

При работе в тёплый период года до начала рабочей смены потеря веса у монтажников составляет 2700 мл, а у проходчиков - 2500 мл. При работе в холодный период при такой же физической нагрузке потеря веса у строителей была незначительной (1100-1400 мл). В тёплый период года строители в среднем пили за смену 1600 – 2100 мл, воды, тогда как в холодный период - 120 – 250 мл воды. Общие влагопотери за рабочую смену в тёплый период года составляли 4100 – 4800 мл, а в холодный период -1220 – 1650 мл.

Исследования гемодинамических показателей указывают на то, что при работе в летний период года частота пульса у монтажников в начале смены в среднем составляла 81±1,2 уд/мин, а к концу она возрастала до 92,1±1,7 уд/мин, т.е. на 13,7% больше по сравнению с исходной величиной, при этом частота пульса у сварщиков возрастала за рабочую смену на 13,5%, а у проходчиков - на 10,4% по сравнению с исходными величинами (P<0,01).

Материалы динамометрических исследований показывают, что у строителей машинного зала и гидротехнических тоннелей под влиянием значительных физических нагрузок и дискомфортных температурных условий к концу смены сила мышц кистей снижалась на 10,3 – 12,5% по сравнению с исходными (P<0,01), а зимой на 2,5 – 7,4 %.

При исследовании нервно-психического состояния при помощи корректурных тестов Анфимова выявлено заметное увеличение количества ошибок и снижение степени сосредоточения внимания в конце рабочей смены.

Во время исследований объёма произвольного внимания количество ошибок у монтажников при работе в тёплый период года возрастало на 91,3%, а зимой на 84,5%, а у проходчиков на 110% и на 91,6% соответственно. Исследование скорости переработки зрительной информации показало, что при вычёркивании букв в определённой комбинации эти показатели снижаются за смену на 2,0 ±0,006 Бит/сек до начала работы и 1,4 ± 0,07 Бит/сек в конце рабочего дня. При исследовании скорости переработки зрительной информации у монтажников она составляла 1,3±0,07 Бит/сек до начала рабочей смены и 0,9±0,08 Бит/сек в конце смены, т.е. уменьшилась на 30,8%. При изучении устойчивости и переключения внимания монтажников и сварщиков было установлено, что показатели внимания у строителей за рабочую смену снижались летом с 45,5±2,4% и до 32,4±1,8%, к концу рабочего дня (на 30,4%), зимой с 57,2±2,8% до 51,6±2,3, т.е. по сравнению с исходной на 10,3%.

Время латентного периода на светозвуковой раздражитель у монтажников летом к концу смены возрастало на 14,5% по сравнению с исходным, а зимой на 5,3%. При этом время слухо–моторной реакции летом увеличилось на 12,2%, а зимой на 8,4%. Аналогичная картина изменения латентного периода зрительно-моторной реакции также наблюдалась у проходчиков и сварщиков.

Таким образом, при сооружении машинного зала и гидротехнических тоннелей монтажники, сварщики и проходчики в процессе своей производственной деятельности подвергаются влиянию различных вредных факторов производственной среды, что способствует напряжению процессов терморегуляции, центральной нервной и сердечно-сосудистой систем и нервно-мышечного аппарата. Это положение диктует необходимость разработки мероприятий по оздоровлению условий труда строителей при подземных работах.

Литература

1. Метляев Г.Н. Материалы по гигиене труда при изготовлении, транспортировке и укладке бетона на строительстве крупных ГЭС/Автореф. дисс…канд.мед.наук. Л.1972
2. Бабаев А.Б. Гигиена труда и профессиональные заболевания/Душанбе.-1975.-№6.-С.1-5
3. Rety I., et ell. Le bruit dane le percement du tunnel du Mont-Blanc. Arch.Mal.prof., 1963:24:4-5

ХУЛОСА
АРЗЁБИИ ФИЗИОЛОГӢ ВА БЕҲДОШТИИ ШАРОИТИ МЕҲНАТИ КОРГАРОН ҲАНГОМИ БУНЁДИ КОХИ МОШИНӢ ВА НАҚБҲОИ ҲИДРОТЕХНИКӢ

А.А.Насридинов

Дар тадқиқоти мазкур масъалаҳои беҳдошт ва физиологияи меҳнати таҳиягарон, кафшергарон ва нақбканҳо ҳангоми бунёди кохи мошинӣ ва нақбҳои ҳидротехникӣ баррасӣ шудааст.

Коргарони нақбкан ҳангоми сохтани ин иншоот бо шароити нобобу нороҳати муҳити ҷои кор (микроклимат), таъсири зиёди чангу гарднокӣ ва газолудии ҳаво, шуввас ва лаппиш, инчунин, дигар амовили муҳити истеҳсолӣ рӯ ба рӯ мешаванд, ки боиси равандҳои бошиддат дар танзими ҳарорат, системаҳои асаб, дилу рагҳо ва дастгоҳи асабу мушакҳо мегарданд.

SUMMARY
PHYSIOLOGICAL AND HYGIENIC EVALUATION OF CONSTUCTORS WORKING CONDITIONS IN THE CONSTRUCTION OF ENGINE ROOM AND HYDRAULIC TUNNELS

A.A.Nasridinov

The article deals with problems of hygiene and work physiology plumbers, welders and drifters in the construction of computer room and hydraulic tunnels. It was determined that in the construction of engine room and hydraulic tunnels, constructors are influenced by uncomfortable microclimate conditions, significant dust and gas, intense noise and vibration and other harmful factors of environment, which is the main cause of stress processes in thermoregulation, central nervous, cardiovascular and neuro-muscular system.

Key words: harmful occupational factors, processes, thermoregulation, central nervous and cardiovascular systems, neuro-muscular system

Адрес для корреспонденции:

А.А.Насридинов - ассистент кафедры общей гигиены и экологии ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, пр. Рудаки – 139, Тел: 236-32-71

ПРАВИЛА ПРИЁМА СТАТЕЙ

При направлении статьи в редакцию журнала «Паёми Сино» («Вестник Авиценны») автору необходимо строго соблюдать следующие ПРАВИЛА:

1. Статья должна быть набрана на компьютере с использованием программы MS Word 6,0-7,0; шрифтом 12 Times New Roman через 1,5 интервала и распечатана в двух экземплярах на одной стороне листа с обязательным представлением электронной версии статьи.
2. Оригинальные статьи, посвящённые описанию отдельных наблюдений из практики не должны превышать 5-8 страниц с обязательной рецензией.
3. Рецензии на статьи будут оцениваться по карте рецензии рукописи. Рецензент несёт ответственность за рецензируемую работу.
4. Обзорная статья должна быть написана ёмко, ясно и конкретно. Литературная справка должна содержать сведения, относящиеся только к обсуждаемому вопросу. Её объём не должна превышать 12 страниц. Библиографические ссылки должны включать не более 50 названий, в тексте должны даваться цифрами в квадратных скобках.
5. В начале статьи указываются название статьи, инициалы и фамилии авторов, юридическое название учреждения. Если количество авторов больше 5, то необходимо указать долевое участие каждого автора в данном статье.
6. Статья должна иметь следующие разделы: реферат (резюме), ключевые слова, актуальность (объёмом не более 1/2 страницы) или введение, цель, материал и методы, результаты и обсуждение, выводы, список литературы, адрес для корреспонденции. Реферат (резюме) должен отражать в сжатой форме содержании статьи. На основании реферата необходимо указать ключевые слова. Ключевые слова (от 2 до 5 слов) будут способствовать правильному перекрёстному индексированию статьи.
7. Все формулы должны быть тщательно выверены. При наличии большого количества цифровых данных, они должны быть сведены в таблицы. Таблицы должны быть компактными, обозначения чёткими, без сокращений.
8. Иллюстрации должны быть чёткими, конкретными, с обязательным пояснением и нумерационным (буквенным или цифровым) обозначением в подрисуночных подписях.
9. 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.
10. Адрес для корреспонденции включает: место работы и должность автора, адрес, контактный телефон и электронная почта.
11. Статья должна быть заверена руководителем учреждения или кафедры и иметь направление научной части ТГМУ.
12. Следует соблюдать правописание, принятое в журнале «Паёми Сино», в частности, обязательное обозначение буквы «ё» в необходимых местах текста.
13. В одном номере журнала может быть опубликовано не более 2-х работ одного автора.
14. Плата с аспирантов за публикацию рукописей не взимается.
15. Не принимаются статьи, ранее опубликованные в других изданиях.
16. Редакция оставляет за собой право рецензирования и редактирования статьи.

Статью следует направлять по адресу: 734025, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки - 139, ТГМУ имени Абуали ибни Сино, главный корпус, редакция журнала «Паёми Сино» («Вестник Авиценны»)

Ба матбаа 24.12.2010 супорида шуд. Ба чоп 20.12.2010 имзо шуд.
Чопи офсет. Қоғази офсет. Андозаи 60х84 1/8. 9,75 ҷузъи чопӣ
Супориши № 67 . Адади нашр 300 нусха.

Дар матбааи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон
ба номи Абӯалӣ ибни Сино ба табъ расид.
ш. Душанбе, хиёбони Рудакӣ, 139

Сдано в печать 24.12.2010. Подписано к печати 20.12.2010 г.
Печать офсетная. Бумага офсетная. Формат 60х84 1/8. 9,75 печатьный лист
Заказ №67. Тираж 300 экз.

Отпечатано в типографии ТГМУ им. Абуали ибни Сино
г. Душанбе, пр. Рудаки, 139