



## ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Сардабир  
У.А. ҚУРБОНОВ

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

Мухаррири масъул  
Р.А. ТУРСУНОВ

Ашӯров Ғ.Ғ. (дахонпизишкӣ)  
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. (ҷаррохия)  
Ҳамидов Н.Ҳ. (илоҷия)  
Шарифов А. (шӯъбаи табъу нашр)

## ШҶҶҶҶҶ ТАҲРИРИЯ

Абдурахмонов Ғ.А., Азизов А.А.,  
Ахророва З.Д., Абдурахмонова Ғ.М.,  
Дабуров Н.К., Ибодов С.Т.,  
Ишонкулова Б.А., Қурбонов К.М.,  
Қурбонов С.С., Раззоқов А.А.,  
М.Миршохӣ (Франсия), Осимов А.С.  
Расулов У.Р., Раҳмонов Р.А.,  
С.Северони (Италия), Сабурова А.М.  
Субхонов С.С., Халифаев Д.Р.,  
Холбеков М.Ё., Шарофова Н.М.,  
Шукуров Ғ.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 ҷоп мешавад

## 3\*2010

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

Маҷалла дар Вазорати фарҳанги Ҷумҳурии  
Тоҷикистон таҳти № 464 аз 5 январи соли 1999  
ба қайд гирифта шуд.  
Санаи азнавбақайдгирӣ 22.10.2008 таҳти №0066мч

Сӯроғи таҳририя: 734003, Тоҷикистон,  
шаҳри Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, ДДТТ  
Тел. (+992 37) 224-45-83

Индекси обуна 77688

E-mail: [avicenna@tajmedun.tj](mailto:avicenna@tajmedun.tj)

Сомонаи маҷалла: [www.avicenna.tsmu.tj](http://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.

## 3\*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](mailto:avicenna@tajmedun.tj)

WWW страница: [www.avicenna.tsmu.tj](http://www.avicenna.tsmu.tj)

## МУНДАРИҶА

## САРМАҚОЛА

### Қурбонов У.А.

Бахшида ба 100-солагии академик Комил Тоҷиевич Тоҷиев.....9

## ҶАРРОҶИЯ

### Қурбонов У.А., Давлатов А.А., Ҷононов Ҷ.Д., Қурбонов З.А.

Таботати ҷарроҳии оқибатҳои гангренаи Фурне.....13

### Гулов М.К., Салимов Д.С., Турсунов Р.А., Умаров Ш.Р., Боймуродов О.С., Қурбонов Н.Г.

Таснифи оризаҳои эхинококкози ҷигар.....18

### Назаров Х.Ш., Қурбонов К.М., Шарипов Х.Ю.

Технологияи муосир дар ташхиси маҷмӯӣ ва пешгирии начаспидани анастамозҳои  
рӯдаи ғафс.....25

### Раззоқов А.А., Хисомов Х.К.

Ксенотрансплантатсияи осеби кӯҳнашудаи пайванди пеши салибшакли  
буғуми зону.....29

### Полвонов Ш.Б., Иброҳимов Ю.Ҳ., Ҷаборов Д.О.

Усулҳои ҷарроҳии реконструктивӣ барқароркунӣ баъди гузоштани илеостома.....36

### Чингишпаев Ш.М., Кочоров О.Т.

Усулҳои муосири муолиҷаи ҷарроҳии ноқибҳо.....40

### Бозоров Н.И., Нарзулоев В.А., Қурбонов Д.М., Усмонов Х.С., Раҳимов Н.М., Қаҳоров А.З.

Асосноккунии истифодаи ксенотрансплантатсия дар таботати беморони гирифтори омосҳо  
ва раванди омосмонанди устухонҳо.....43

### Ҳусаинов Э.С., Чобулов А., Ҳусаинов С.Д., Чобулов С.А.

Ташхисгузорӣ ва тактикаи таботати осеби краниобазалии ҷумҷумаю майна бо истифодаи  
технологияи муосир.....50

### Кочоров О.Т., Чингишпаев Ш.М.

Муолиҷаи ҷарроҳии илтиҳоби музмини мағзи устухон бо истифодаи миопластикаи васлаи  
ротатсионӣ дар пояки рағӣ.....55

### Атоев И.К., Азизов Б.А., Бадалов Ш.А.

Таботати зиддибактериявӣ дохилилимфарағӣ дар кӯдакони гирифтори норасоии музмини  
гурда, ки пайдоиши калкулозӣ доранд.....59

### Ибодов Н.С., Умонов И.Г.

Осебҳои пӯшидаи гурдаҳои аномалӣ.....64

### Муродов Н.М., Гулов М.Қ., Қодирова Д.А.

Хусусиятҳои таботати бемориҳои фасодноки пӯст ва ҷарби зерпӯстӣ дар таҷрибаи духтури  
оилавӣ.....69

**Байрамова Э.В., Алиева Э.М., Асадова Ш.Ш.**  
Хусусиятҳои луоби сервикалӣ ҳангоми омили эндокринии безуретӣ.....74

## ИЛОҶИЯ

**Ғуломов З.С.**  
Таъсири сарири шакли аэрозолии доруи «Интерал» ҳангоми сирояти вирусии респиратории шадид .....78

**Олимов Н.Х., Воҳидов Х.Р., Юлдошев Э.Ч.**  
Имкониятҳои тасҳеҳи параметрҳои асосии силсилаи кининии хун дар беморони гирифтори сактаи дил бо оризаи шоки кардиогенӣ.....85

**Ҳақназаров М.Ш., Шарипова Х.Ё., Зубайдов Р.Н., Қиёмидинов Х.Х., Ҳақназарова А.А.**  
Норасоии музмини дил ҳангоми фишорбаландии шараёнӣ ва бемориҳои илтиҳобии гурдаҳо.....90

**Исмоилов К.И., Исмоилова М.А., Давлатов С.Т.**  
Хусусиятҳои ҷараён ва муолиҷаи норасоии шадиди гурда дар кӯдакони гирифтори бемориҳои нойжаю шуш.....95

**Ниёзова Н.Ф., Анварова Ш.С.**  
Баъзе аз нишондиҳандаҳои зичии маъдани бифтаи устухон ва мубодалаи калтсию фосфор дар беморони гирифтори тиреотоксикоз дар шароити норасоии йод.....100

**Талабов М.С., Умарова Ч.Ш., Шодиев М.Ш.**  
Хусусиятҳои ҷараёни сарири аскардоз дар кӯдакон.....104

## ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

**Эгамов Ф.Қ., Миралиев С.Р., Бобохоҷаева З.Ю., Мативет Б.**  
Натиҷаҳои қаблии тадқиқот оид ба таъсири ислоҳоти маблағгузори соҳаи тандурустӣ ба баъзе аз нишондиҳандаҳои фаъолият муассисаҳои кӯмаки аввалияи тиббӣ санитарӣ.....109

**Сейдуманов С.Т.**  
Фаъолнокии тиббии аҳолӣ дар масъалаҳои бурдани тарзи ҳаёти солим .....114

## МАВЗӢИ ГУНОГУН

**Баҳромӣ М.Т.**  
Таъсири парҳези ҳиперлипидемикии хушки холелитогенӣ ба характери тағйиротҳои таркиби кислотаҳои талха ва дигар унсурҳои талха дар миримушони озмоишӣ.....119

**Иброгимов Д.Э., Усмонова Ш.Х.**  
Тавсифи хроматографикии флавоноидҳои тухмҳои *Bunium persicum*.....123

## АХБОР

**ҚОИДАҶОИ ҚАБУЛИ МАҚОЛАҶО**.....127

## СОДЕРЖАНИЕ

### ПЕРЕДОВАЯ

<b>Курбанов У.А.</b> К 100-летию академика Камила Таджиевича Таджиева.....	9
---	---

### ХИРУРГИЯ

<b>Курбанов У.А., Давлатов А.А., Джононов Д.Д., Курбанов З.А.</b> Хирургическое лечение последствий гангрены Фурнье .....	13
--	----

<b>Гулов М.К., Салимов Д.С., Турсунов Р.А., Умаров Ш.Р., Боймуродов О.С., Курбонов Н.Г.</b> Классификация осложнений эхинококкоза печени.....	18
--	----

<b>Назаров Х.Ш., Курбонов К.М., Шарипов Х.Ю.</b> Современные технологии в комплексной диагностике и профилактике несостоятельности толстокишечных анастомозов.....	25
---	----

<b>Раззоков А.А., Хисомов Х.К.</b> Ксенолаванопластика застарелых повреждений передней крестообразной связки коленного сустава.....	29
--	----

<b>Полвонов Ш.Б., Иброхимов Ю.Х., Джабборов Д.О.</b> Способы реконструктивно – восстановительной операции после наложения илеостомы.....	36
---	----

<b>Чынгышпаев Ш.М., Кочоров О.Т.</b> Современные методы хирургического лечения пролежней.....	40
--	----

<b>Базаров Н.И., Нарзулоев В.А., Курбанов Д.М., Усмонов Х.С., Рахимов Н.М., Кахаров А.З.</b> Обоснование к применению ксенотрансплантации в лечении больных с новообразованиями и опухолеподобными процессами костей .....	43
---	----

<b>Хусаинов Э.С., Чобулов А., Хусаинов С.Д., Чобулов С.А.</b> Диагностика и тактика лечения краниобазальной черепно-мозговой травмы с использованием новой технологии .....	50
--	----

<b>Кочоров О.Т., Чынгышпаев Ш.М.</b> Хирургическое лечение хронических остеомиелитов с использованием миопластики ротационными лоскутами на сосудистой ножке.....	55
--	----

<b>Атоев И.К., Азизов Б.А., Бадалов Ш.А.</b> Эндолимфатическая антибактериальная терапия у детей с хронической почечной недостаточностью калькулёзной этиологии .....	59
--	----

<b>Ибодов Н.С., Умонов И.Г.</b> Закрытые повреждения аномальных почек.....	64
---	----

<b>Муродов Н.М., Гулов М.К., Кадырова Д.А.</b> Особенности лечения гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки в практике семейного врача.....	69
--	----

<b>Байрамова Э.В., Алиева Э.М., Асадова Ш.Ш.</b> Особенности цервикальной слизи при эндокринном факторе бесплодия.....	74
---	----

## ТЕРАПИЯ

<b>Гуломов З.С.</b> Клинический эффект аэрозольной формы препарата «Интераль» при ОРВИ .....	78
<b>Олимов Н.Х., Вохидов Х.Р., Юлдошев Э.Ч.</b> Возможности коррекции основных параметров кининовой системы крови у больных инфарктом миокарда, осложнившимся кардиогенным шоком.....	85
<b>Хакназаров М.Ш., Шарипова Х.Ё., Зубайдов Р.Н., Киёмидинов Х.Х., Хакназарова А.А.</b> Хроническая сердечная недостаточность при артериальной гипертонии и воспалительных заболеваниях почек.....	90
<b>Исмаилов К.И., Исмаилова М.А., Давлатов С.Т.</b> Особенности течения и лечения острой почечной недостаточности у детей с бронхо-лёгочными заболеваниями .....	95
<b>Ниязова Н.Ф., Анварова Ш.С.</b> Некоторые показатели минеральной плотности костной ткани и кальций-фосфорного обмена у больных тиреотоксикозом в условиях йодного дефицита.....	100
<b>Талабов М.С., Умарова Ч.Ш., Шодиев М.Ш.</b> Особенности клинического течения аскаридоза у детей.....	104

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

<b>Эгамов Ф.К., Миралиев С.Р., Бобоходжаева З.Ю., Мэтивет Б., Сафаров А.А.</b> Предварительные результаты исследования влияния финансовых реформ здравоохранения на некоторые показатели деятельности учреждений ПМСП в пилотных районах Таджикистана.....	109
<b>Сейдуманов С.Т.</b> Медицинская активность населения в вопросах ведения здорового образа жизни.....	114

## РАЗНЫЕ ТЕМЫ

<b>Бахроми М.Т.</b> Влияние сухой холелитогенной гиперлипидемической диеты на характер изменения содержания желчных кислот и других компонентов желчи у экспериментальных хомяков .....	119
<b>Иброгимов Д.Э., Усмонова Ш.Х.</b> Хроматографическая характеристика флавоноидов семян <i>Bunium persicum</i> .....	123

## ХРОНИКА

<b>ПРАВИЛА ПРИЁМА СТАТЕЙ</b> .....	127
------------------------------------	-----

## CONTENTS

### EDITORIAL

#### **Kurbanov U.A.**

For the 100th anniversary of academician Kamil Tajievich Tajiev.....9

### SURGERY

#### **Kurbanov U.A., Davlatov A.A., Djonov D.D., Kurbanov Z.A.**

Surgical treatment of Furnea's gangrene consequence.....13

#### **Gulov M.K., Salimov D.C., Tursunov R.A., Umarov Sh.R., Boimurodov O.C., Kurbonov N.G.**

Classification of liver echinococcosis complications.....18

#### **Nazarov Kh.Sh., Kurbonov K.M., Sharipov Kh.Yu.**

Modern technologies in complex diagnosis and prevention of large intestinal anastomosis insufficiens.....25

#### **Razzokov A.A., Khisomov Kh.K.**

Xenolavsanoplasty of the front cruciform ligament knee joint old damages.....29

#### **Polvonov Sh.B., Ibrokhimov Yu.Kh., Dzhabborov D.O.**

The methods of reconstructive operations after ileostomy forming.....36

#### **Chyngyshpaev Sh.M., Kochorov O.T.**

Modern methods of pressure sores surgical treatment .....40

#### **Bazarov N. I., Narzuloev V.A., Kurbanov D.M., Usmonov Kh.S., Rakhimov N.M., Kakharov A.Z.**

The substantiation of xenotransplantation use in patients with neoplasms and tumor-like active bones conditions .....43

#### **Husainov E.S., Chobulov A., Husainov S.D., Chobulov S.A.**

Craniobasal craniocerebral injury diagnostics and treatment with new technology use.....50

#### **Kochorov O.T., Chyngyshpaev Sh. M.**

Surgical treatment of chronic osteomyelitis with rotary flap on vascular pedicle myoplasty use....55

#### **Atoev I.K., Azizov B.A., Badalov Sh.A.**

Endolymphatic antibiotic therapy in children with chronic renal failure caused by calculosis etiology.....59

#### **Ibodov N.S., Umonov I.G.**

Closed injuries of the abnormal kidneys.....64

#### **Murodov N.M., Gulov M.K., Kadyrova D.A.**

The peculiarities of purulent skin and hypodermic tissue diseases in the family doctor practice...69

#### **Bairamova E.V., Alieva E.M., Asadova Sh.Sh.**

The peculiarities of cervical mucus in endocrine factor of sterility .....74

## THERAPY

- Gulomov Z.S.**  
Clinical performance of Interl aerosol formulation in acute respiratory viral infection.....78
- Olimov N.Kh., Vokhidov Kh.R., Yuldoshev E.Ch.**  
The possibility of basic parameters of blood kinin system correction in patients with myocardial infarction complicated by cardiogenic shock.....85
- Khaknazarov M.Sh., Sharipova Kh.E., Zubaydov R.N., Kiemiddinov Kh.Kh., Khaknazarova A.A.**  
Chronic cardiac failure in arterial hypertension and inflammatory kidney diseases.....90
- Ismailov K.I., Ismailova M.A., Davlatov S.T.**  
The peculiarities of acute renal failure course and treatment in children with bronchopulmonary diseases.....95
- Niyazova N.F., Anvarova Sh.S.**  
Some indices of bone stock density metabolism and calcium and phosphate metabolism in patients with thyrotoxicosis in iodine deficiency conditions.....100
- Talabov M.S., Umarova Ch.Sh., Shodiev M.Sh.**  
The peculiarities of ascariasis clinical course in children.....104

## TEORETICAL MEDICINE

- Egamov F.Q., Miraliev S.R., Bobokhojaeva 3.Yu., Mathivet B., Safarov A.A.**  
Preliminary survey outcomes of the impact of health financing reforms on several indicators of PHC facilities activity in pilot regions of Tajikistan.....109
- Seydumanov S.T.**  
Medical activity of population in matters of the healthy life-style.....114

## DIFFERENT SUBJECTS

- Bahromy M.T.**  
The influence of dry hyperlipoidemic cholelithogenic diet on content of bile acids behavior and other components of bile in experimental hamsters.....119
- Ibrogimov D.E., Usmonova Sh.Kh.**  
Chromatographic characteristic of Bunium persicum flavonoids seed.....123

## CHRONICLE

- Manuscript submission instructions.....127**





## ПЕРЕДОВАЯ

### К 100-ЛЕТИЮ АКАДЕМИКА КАМИЛА ТАДЖИЕВИЧА ТАДЖИЕВА

**У.А. Курбанов - ректор ТГМУ им. Абуали ибни Сино,  
главный редактор журнала "Паёми Сино"**

Яркий след в истории таджикского здравоохранения оставил великий сын таджикского народа, лауреат Государственной премии Таджикистана имени Абуали ибни Сино, заслуженный деятель науки, академик АН Таджикистана, доктор медицинских наук, профессор Камил Таджиевич Таджиев.

25 октября 2010 года медицинская общественность Таджикистана отмечает 100-летие со дня рождения великого Устода.

На заре становления медицинской помощи в Советском Таджикистане Камил Таджиевич вместе с Зикрулло Поччаевичем Ходжаевым были первыми советскими врачами из числа таджиков. Но прежде был тернистый путь учения, который начался в 1927 году со вступительных экзаменов в Ташкентский медицинский техникум им. Ахунбабаева (на тот момент единственное медицинское учебное заведение в Центральной Азии). После окончания учёбы в 1930 году Камил Таджиевич был направлен на работу заведующим медицинским пунктом на Файзабадкалинский хлопзавод №96. На молодого специалиста обратили внимание, и уже в 1932 году Таджиев был зачислен на 1 курс лечебного факультета I-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова. В этот период в I Московском работали такие видные деятели медицинской науки как профессора Н.А. Семашко (1 нарком здравоохранения СССР), А.И. Абрикосов, Н.Н. Бурденко и другие. Знаменательно, что эти корифеи советской медицины оказали большое влияние на формирование молодого специалиста.

Путь хирурга для Камилы Таджиевича начался в 1937 году в ординатуре хирургического отделения Республиканской больницы Таджикской ССР, после чего в 1939 году он поступил в аспирантуру на кафедру факультетской хирургии Ташкентского мединститута.

Однако, начавшаяся Великая отечественная война, не дала завершить научные изыскания и внесла свои коррективы. Время требовало от Камилы Таджиевича срочной переквалификации в военно-полевого хирурга и организатора медицинской службы батальона.

28 августа 1942 года К.Т.Таджиев в составе отдельного медико-санитарного эскадрона 104-й Таджикской кавалерийской дивизии был направлен на фронт под Сталинград. Камил Таджиевич прослужил там до февраля 1943 года, до полного освобождения Сталинград. В 1943 году медико-санитарный батальон 13 армии, где служил военврач Таджиев, вышел к Курской дуге.



Из истории Великой отечественной войны мы знаем, что и битва за Сталинград, и большое танковое сражение на Курской дуге являются самыми драматическими и исторически важными датами в переломе всей войны. И во всех этих сражениях принимал участие наш Устод, решая возложенные на него задачи по спасению и сохранению жизни советских солдат, а впереди ещё были бои за Польшу, Чехословакию, Австрию и Германию. За весь период войны Камиллом Таджиевичем была оказана квалифицированная медицинская помощь более 7000 солдатам, сержантам и офицерам. За проявленное мужество и выполнение возложенного врачебного долга он был награждён орденами Отечественной войны I и II степеней, двумя орденами Красной Звезды и 6 медалями, одной из которых является «За оборону Сталинграда». Для большинства молодых людей, к сожалению, название этих наград уже не о чём не говорит, поэтому хотелось бы подчеркнуть, что они были одними из наивысших наград Советского Союза.

После Великой Победы Камил Таджиевич возвращается к мирной профессии врача-хирурга на кафедру общей хирургии Ташкентского медицинского института, где под руководством профессора С.А. Масумова выполняет кандидатскую диссертацию на тему «Белковая, углеводная и антитоксическая функция печени при гнойных и гнойно-септических заболеваниях». Очень символично, что защита диссертации К.Т. Таджиева прошла в Таджикском государственном медицинском институте (ТГМИ), это открыло путь учёным-медикам Таджикистана для публичной защиты своей научной работы в стенах родного вуза.

В 1952 году Камил Таджиевич был назначен заведующим кафедрой общей хирургии Таджикского госмединститута. А в 1954 году его направили на кафедру факультетской хирургии II Московского медицинского института им. Н.И. Пирогова в докторантуру. Под руководством академика А.Н. Бакулева была успешно выполнена и в 1960 году защищена докторская диссертация на тему «Операционные и послеоперационные осложнения при лечении митрального стеноза и борьба с ними». За год до этого события Камил Таджиевич был избран заведующим кафедрой общей хирургии Таджикского государственного медицинского института им. Абуали ибни Сино, где проработал всю оставшуюся жизнь.

С 1965 по 1973 год профессор Камил Таджиевич Таджиев был ректором ТГМИ. В эти годы значительно улучшилась работа всех подразделений вуза. При его непосредственном и активном участии были открыты педиатрический факультет и факультет усовершенствования врачей. Но самым крупным достижением великого учёного было создание достойной уважения хирургической школы.

Камил Таджиевич, развивая лучшие традиции своих наставников, поражал всех разносторонностью своих интересов, увековечил своё имя новаторскими достижениями не только в решении современных проблем хирургии, но и в создании специализированных хирургических служб.

Научные проблемы, которые разрабатывались под руководством академика К.Т. Таджиева, чрезвычайно многообразны, они затрагивают почти все основные разделы хирургической науки.

Одним из крупных направлений медицины, актуальных и сегодня, является изучение печёночной недостаточности. Именно исследованию возможностей печени была посвящена кандидатская диссертация Камилы Таджиевичи, и, наверное, поэтому он доверил это направление первому своему ученику, будущему профессору С.И. Рахимову. Это только одно из направлений его исследований, которое сегодня уже является самостоятельной школой, подготовившей замечательную плеяду учёных-хирургов.

Другой актуальной проблемой для науки Таджикистана была тема высокогорья и обезболивания. По мере развития и успеха медицины, по мере увеличения охвата всего населения Таджикистана медицинской помощью, встала крупная задача по приближению хирургической помощи к жителям высокогорья, при этом нужно было учесть возможности внедрения наркоза в условиях высокогорья, где воздух очень разрежен. Эта проблема была доверена другому талантливому ученику Устода – профессору Ю.И. Датхаеву. Над этими проблемами работали профессора Ш.Ю. Юсупова, Б.М. Нурханов и другие. И сегодня основы их работ являются актуальными. Современный мир ставит эти же проблемы под другим углом зрения – влияние изменения климата на людей и проблемы акклиматизации.

Кроме того, Камил Таджиевич не забыл о своей первой теме, которую изучал на заре своей исследовательской работы – проблеме ожогов. В этом направлении большие исследования проводил его ученик Б.М. Нурханов. Так возникло целое направление – ожоговая хирургия с элементами камбустиологии. Камбустиология в последующем трансформировалась в большую клинику реконструктивно-пластической хирургии, которая сегодня существует как отдельная школа.

Большое значение Камил Таджиевич придавал вопросам дыхательной недостаточности, в частности, вопросам послеоперационной, а так же дыхательной недостаточности при туберкулёзе и других заболеваниях. В этом направлении работали такие ученики Камилы Таджиевича как профессора М.К. Муродов, А.А. Лебедев, А.В. Вахидов и другие. Фактически под руководством Таджиева сформировалась таджикская школа анестезиологов-реаниматологов.

Естественно, что в общей хирургии самым большим разделом является абдоминальная хирургия, связанная с хирургическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. В этой области работали и работают известные ученики Камилы Таджиевича – профессора А. Кахаров, Н.Х. Хашимов, М.К. Гарипов, С.З. Зарипов. Сегодня очень модно направление медицины – микронутриенты. Только недавно возникли препараты витаминов с микроэлементами, в то время как таджикские учёные под руководством академика Таджиева изучали эти проблемы в середине 70-х годов прошлого века.

Другое крупное направление, которое сегодня имеет свою школу, – это торакальная хирургия, из которой выросла школа сердечно-сосудистой хирургии. Естественно, что военный опыт Камилы Таджиевича пригодился, когда возник вопрос о спасении раненых в грудь, как и работа над докторской диссертацией под руководством академика А.Н. Бакулева, в вопросах торакальной и сердечно-сосудистой хирургии.

Впервые им в условиях Таджикистана проводились операции по коррекции пороков сердца. Камил Таджиевич по праву считается пионером и основоположником кардиохирургической школы в Таджикистане. Большой проблемой торакальной хирургии являются гнойные заболевания лёгких и плевральной области. Впервые в Таджикистане Камилем Таджиевичем была удалена опухоль средостения.

Под его руководством на кафедре общей хирургии получили признание более 100 специалистов высокой квалификации: Ю.И. Датхаев, С.И. Рахимов, М.К. Мурадов, Н.Х. Хашимов, А. Кахаров, Г.Ш. Салиев, Ш.Р. Акопян, А.П. Сухапарова, Р. Бекиев, В.Г. Турский, К.Б. Мамедов, А.Х. Азимов, А. Абдурахимов, Ш.Ю. Юсупова, Н.А. Магерамов, А. Мамадсултанов, А.А. Лебедев, М.К. Гарипов, А. Вахидов, В.И. Фисечко, Б.М. Нурханов, С.З. Зарипов, С.П. Езеев, Г.И. Носенко, И.С. Сулейманов и другие.

Камил Таджиевич со своими учениками обобщил большой фактический материал по всем направлениям хирургии, опубликовал более 600 научных трудов.

Научная, врачебная, педагогическая и организационная деятельность Камил Таджиевича свидетельствуют о том, что талантливый учёный – медик с большим энтузиазмом, огромной энергией и настойчивостью брался за разрешение труднейших и, вместе с тем, важнейших на данном этапе проблем, стоящих перед отечественным здравоохранением и таджикской медицинской наукой.

За весомый вклад в таджикскую науку в 1963 году Камил Таджиевич удостоился звания «Заслуженный деятель науки Таджикской ССР», а в 1966 году был избран академиком Академии наук Таджикской ССР. В 1967 году академику Камилу Таджиевичу Таджиеву была присуждена Государственная премия Таджикской ССР имени Абуали ибни Сино за «Цикл работ по сердечно–сосудистой и лёгочной хирургии, а также за внедрение грудной хирургии в Таджикистане».

Академик Камил Таджиевич Таджиев прожил достойную жизнь, оставив о себе самую добрую и светлую память. Имя великого Устода золотыми буквами навечно вписано в историю Таджикистана, в историю отечественного здравоохранения, в таджикскую медицинскую науку как крупнейшего организатора здравоохранения, талантливого клинициста и научного деятеля.

Патриотизм, трудолюбие, чувство собственного достоинства, стремление к новому, непреклонность в достижении поставленной цели, высокая культура и принципиальность во всех вопросах, являются отличительными чертами Камил Таджиевича. Эти черты он стремился воспитать и в своих учениках.

Можно с уверенностью сказать, что клиника академика К.Т. Таджиева и поныне, являясь крупным научным центром сердечно-сосудистой и грудной хирургии в Таджикистане, достойно выполняет свою миссию не только в лечении пациентов, но и в подготовке высококвалифицированных молодых отечественных и зарубежных специалистов.

**Жизненный путь академика Таджиева Камил Таджиевича является образцом беззаветного служения своему народу и своей Родине. Он был и остаётся великим сыном таджикского народа, гордостью Таджикского государственного медицинского университета.**

---

**P.S. В рамках празднования векового юбилея академика К.Т. Таджиева в ознаменование этой даты в ноябре текущего года пройдёт Научно-практическая конференция в стенах ТГМУ.**

**FOR THE 100TH ANNIVERSARY OF ACADEMICIAN  
KAMIL TAJIEVICH TAJIEV**

**U.A.KURBANOV  
Rector of the Avicenna Tajik State Medical University,  
Editor-in-chief of the Avicenna Bulletin journal**

---

## ХИРУРГИЯ

### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ГАНГРЕНЫ ФУРНЬЕ

У.А.Курбанов, А.А.Давлатов, Д.Д.Джононов, З.А.Курбанов

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ;

Республиканский научный центр

сердечно-сосудистой и грудной хирургии МЗ РТ

В работе приведены 2 случая с последствиями гангрены Фурнье, которым произведено формирование покровных тканей мужских половых органов. В обоих случаях получены хорошие функциональные и эстетические результаты. Авторы отмечают, что рациональное применение принципов пластической и реконструктивной хирургии позволяет реабилитировать больных в короткие сроки.

**Ключевые слова:** гангрена Фурнье, реконструкция мужских половых органов

**Актуальность.** В 1882 году французским венерологом Жаном Альфредом Фурнье впервые описана патология, которая характеризуется острым некрозом тканей полового члена и мошонки. В литературе эта патология описывается под разными названиями: флегмона мошонки, молниеносная гангрена наружных половых органов, эпифасциальный некроз, гангренозное рожистое воспаление мошонки и т.д. По данной проблеме опубликовано небольшое количество статей и к настоящему времени описано 440 случаев этой болезни [1,2,4,6].

Возбудителями заболевания являются стрептококки, стафилококки, фузоспириллы и даже в некоторых случаях выделен *Bacillus gangrenosus*. Заболевание возникает внезапно, молниеносно, с тяжёлым септическим течением, общей слабостью, высокой температурой тела, болями, ознобом. По данным литературы, вероятность летального исхода этой патологии высокая [6,7].

В связи со скудностью публикаций по данной проблеме, актуальным стал вопрос лечения последствий гангрены Фурнье, что связано с обширной утратой покровных тканей мошонки и полового члена. С другой стороны, редкость случаев с данной патологией не позволила на сегодняшний день выработать общепринятую тактику устранения обширного дефекта покровных тканей.

**Целью настоящей работы** является демонстрация случаев успешного формирования покровных тканей мошонки и полового члена при последствиях гангрены Фурнье.

**Материал и методы.** В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой и грудной хирургии (РНЦССиГХ) оперировано двое больных с последствиями гангрены Фурнье в возрасте 44 и 46 лет.

**Случай 1.** Больной С. поступил в хирургическое отделение Центральной районной больницы Дангаринского района 18.12.2007г. с жалобами на боли в области мошонки, повышение температуры тела до 38,7 град., озноб. На вторые сутки температура тела повысилась до 39 град. В экстренном порядке произведено оперативное вмешательство, вскрытие гнойного содержимого области мошонки.

В течение 16 дней проводилась ежедневная перевязка раны мошонки с поэтапной некрэктомией, больной получил курс антибактериальной, дезинтоксикационной и инфузионной терапии. В последующем образовался обширный дефект кожи мошонки (около 90% площади).

После нормализации общего состояния больного и очищения раны мошонки с целью укрытия дефекта 03.01.2008 года больной переведён в отделение реконструктивно-пластической микрохирургии РНЦССиГХ МЗ РТ.

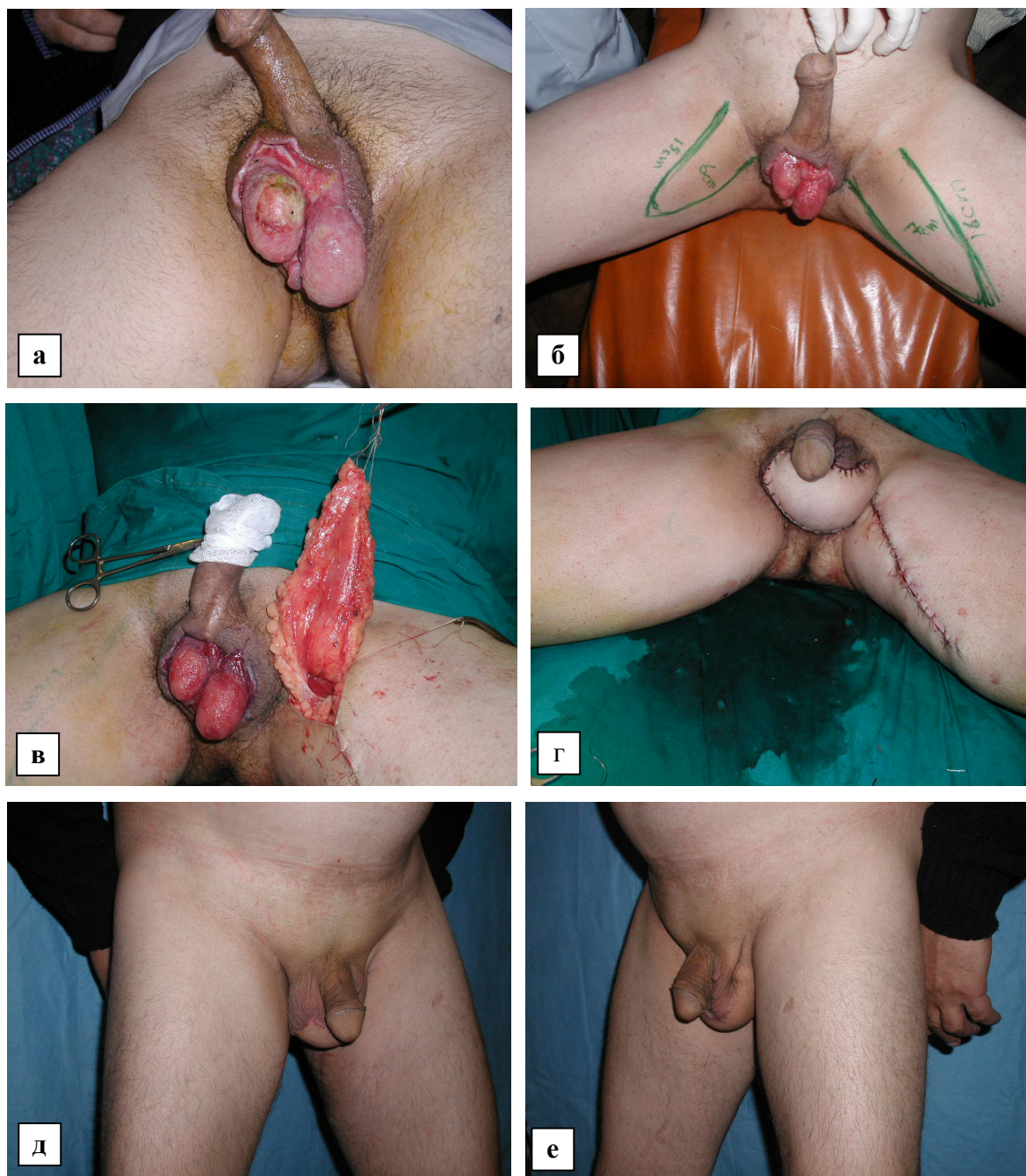


Рис. 1. Последствия гангрены Фурнье с субтотальным дефектом покровных тканей мошонки: а – дефект покровных тканей мошонки; б – схема кожно-фасциальных лоскутов; в – выкроенный кожно-фасциальный лоскут из медиальной поверхности левого бедра; г – вид мошонки после завершения операции; д и е – отдалённый результат через 6 месяцев после формирования мошонки.

При поступлении общее состояние больного удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Со стороны соматического статуса без особенностей.

**Местно.** При осмотре мужских половых органов отмечается обширный дефект покровных тканей по всему периметру мошонки. Края дефекта ткани начинаются от корня полового члена и, охватывая боковые стенки мошонки, доходят до промежности. В ране видны яички и их придатки, которые покрыты грануляционной тканью. Местами отмечается фибринозный налёт. Запах и нагноение раны не отмечаются. Половой член без изменений.

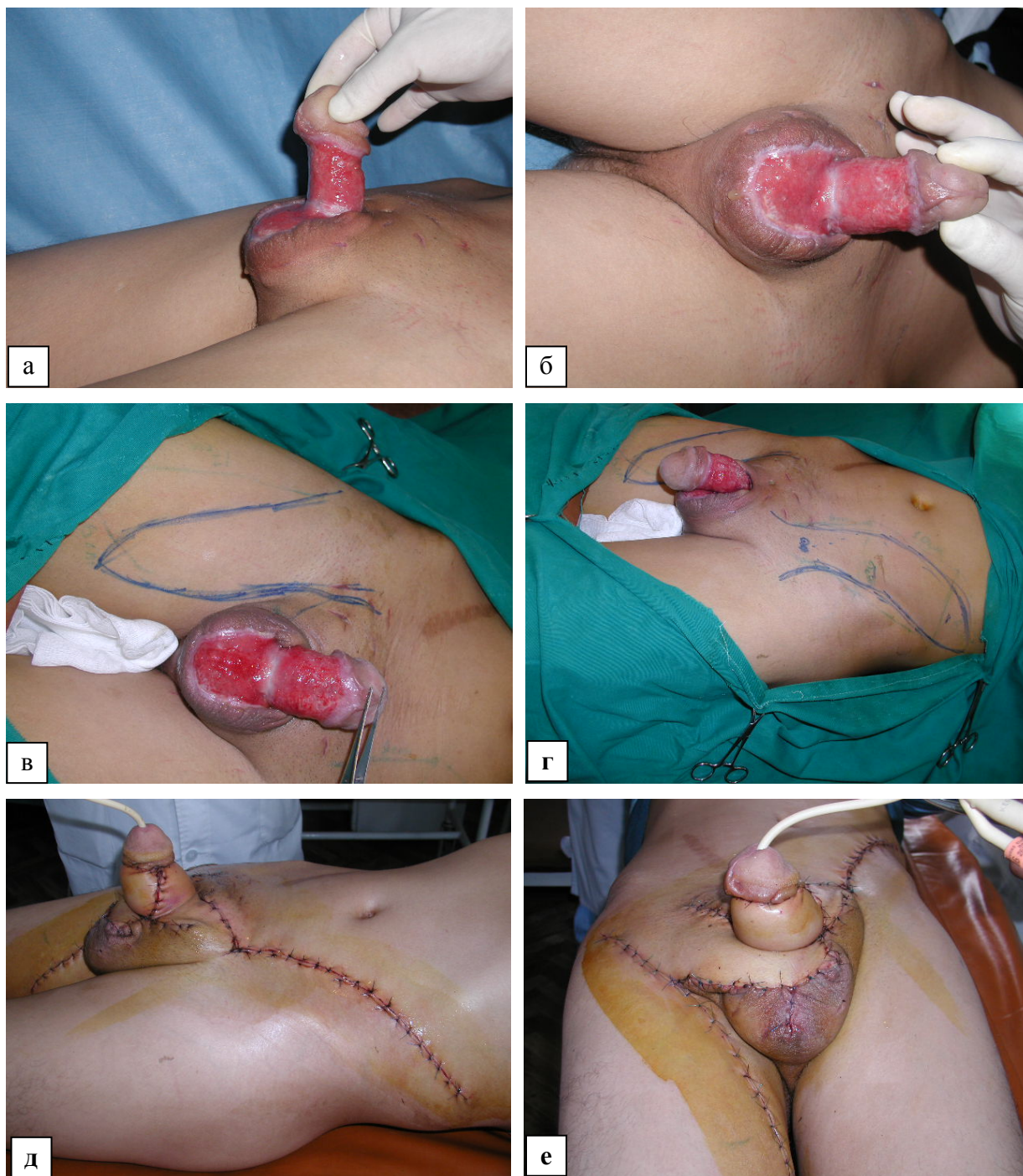
Больному после соответствующей подготовки в плановом порядке под общим обезболиванием 17.01.2008г. произведено укрытие дефекта покровных тканей мошонки перемещённым кожно-фасциальным лоскутом из медиальной поверхности левого бедра длиной 16 и шириной 7 см. Дефект покровных тканей мошонки полностью укрыт. Послеоперационный период протекал гладко. Заживление раны первичным натяжением, перемещённый лоскут прижился полностью. Сформированная мошонка в хорошем функциональном и эстетическом состоянии. В удовлетворительном общем состоянии больной через 20 дней после операции выписан домой. Через 6 месяцев после операции сформированная мошонка - в удовлетворительном состоянии, рубцы оформленные, больной жалоб не предъявляет (рис. 1).

**Случай 2.** Больной Н., 44 лет. Поступил в ЦРБ по месту жительства в тяжёлом состоянии 25 дней назад с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела до 39 град., озноб, боли и отёчность в области мошонки и полового члена. Через 2 дня после госпитализации появились признаки флегмоны и некроза покровных тканей ствола полового члена и мошонки с гнилостным запахом, в связи с чем по экстренным показаниям выполнено широкое вскрытие с дренированием ран. В последующем произведена поэтапная некрэктомия с активными двух-, трёхкратными перевязками в сутки с использованием растворов антисептиков. Больному назначена антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. Постепенно больной вышел из тяжёлого состояния, температура тела нормализовалась, раны очистились от некротизированных тканей. После появления грануляции ран больной направлен в отделение реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССиГХ для решения вопроса о формировании покровных тканей.

При поступлении в клинику общее состояние больного удовлетворительное. В соматическом статусе без особенностей. Гемодинамика стабильная, со стороны дополнительных методов исследования данные в пределах допустимых изменений.

**Местно.** При осмотре половых органов отмечается дефект покровных тканей по всему периметру полового члена, начиная от основания до венечной борозды. Покровные ткани сохранены только на головке полового члена. Отмечается широкий подкожный карман в области лона и лобка, кожа над которой имеет множество перфоративных отверстий в качестве контрапертуры. Покровные ткани отсутствуют также по передней поверхности мошонки, охватывая её дно.

В плановом порядке 17.12.2009г. больному под общим обезболиванием выполнена операция – создание покровных тканей ствола полового члена кожно-фасциальным паховым лоскутом слева и укрытие обширного дефекта покровных тканей мошонки перемещённым кожно-фасциальным лоскутом из медиальной поверхности правого бедра. Течение послеоперационного периода гладкое, заживление ран первичным натяжением, перемещённые лоскуты прижились. Больной через 2 недели после операции в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное долечивание у хирурга по месту жительства (рис. 2).



**Рис. 2. Тотальный дефект покровных тканей ствола полового члена и обширный дефект покровных тканей мошонки: а и б – вид полового члена и мошонки до операции; в и г – схема кожно-жировых лоскутов из медиальной поверхности правого бедра для мошонки и из левой паховой области для полового члена; д и е – ближайший послеоперационный период (раны спокойные, компенсированное кровообращение лоскутов).**

**Результаты и их обсуждение.** Ближайший послеоперационный период в обоих случаях протекал гладко, заживление ран было первичным натяжением, перемещённые лоскуты прижились. В отдалённом периоде толщина подкожно-жировой клетчатки значительно



уменьшилась и покровные ткани по толщине были близки к естественным покровам. Оба больных результатами операций были удовлетворены, и достигнута полная их социальная реабилитация.

В литературе предложены различные способы формирования покровных тканей мошонки и полового члена при последствиях гангрены Фурнье. Чаще всего с этой целью перемещаются кожно-фасциальные лоскуты из медиальных поверхностей бедер. В некоторых работах этому вопросу уделено недостаточное внимание, ссылаясь на общепринятые способы формирования мошонки как при травматических дефектах тканей мошонки и полового члена [7].

В общем, для формирования как мошонки и полового члена, так и их покровных тканей используются, как правило, регионарные кожно-фасциальные лоскуты из бёдер и паховых областей [3,5,8]. Мы также считаем, что наиболее целесообразным является использование этих лоскутов для ликвидации последствий гангрены Фурнье.

**Таким образом,** несмотря на тяжесть патологии, своевременное правильное экстренное хирургическое вмешательство и адекватная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия позволяют вывести больного из тяжёлого состояния. Рациональное применение принципов пластической и реконструктивной хирургии при последствиях гангрены Фурнье дают возможность укрыть дефект покровных тканей в кратчайшие сроки.

## Литература

1. Арапов Д.А. Анаэробная газовая инфекция / Д.А. Арапов / М. – Медицина. – 1972
2. Венгеровский И.С. Молниеносная гангрена наружных гениталий / И.С. Венгеровский //Сов. хирургия. – 1935. – №11. – С. 39-44
3. Вицын Б.А. Кожная пластика полового члена и мошонки после скальпирующей травмы. – Урология. – 1961. - № 3. – С.62-64
4. Горюнов С.В. Гнойная хирургия: атлас / Горюнов С.В., Ромашов Д.В., Бутивщенко И.А. / М: БИНОМ. Лабораторий знаний. – 2004. – С. 133-169
5. Гусарев В.Ф. О методике кожной пластики после скальпирования мужских половых органов. – Урология и нефрология. – 1976. - №1. – С.63-64
6. Измайлов Г.А. Болезнь Фурнье / Г.А. Измайлов, С.Г. Измайлов //Вестник хирургии. – 1997. – №6
7. Лопаткин Н.А., Шевцова И.П. Оперативная урология (руководство) / Под ред. Н.А.Лопаткина, И.П.Шевцова. – Л.: Медицина. – 1986. – 480 с.
8. Такач А. Одномоментная пересадка кожи мошонки и мужского полового члена. – Хирургия. – 1961. - № 8. – С.71-74

## ХУЛОСА

### ТАБОБАТИ ҶАРРОҶИИ ОҚИБАТҶОИ ГАНГРЕНАИ ФУРНЕ

**У.А.Қурбонов, А.А.Давлатов, Ҷ.Д.Ҷононов, З.А.Қурбонов**

Дар мақола 2 бемор бо оқибатҳои гангренаи (окилаи) Фурне, ки ба онҳо бофтаҳои рӯпӯшкунандаи узвҳои таносули мардона барқарор карда шудаанд, дарҷ гардидаанд. Дар ҳарду маврид натиҷаҳои хуби функционалӣ ва эстетикӣ ба даст омадаанд. Муаллифон қайд менамоянд, ки истифодаи оқилона ва босамари принципҳои ҷарроҳии пластикӣ ва реконструктивӣ барои ба даст овардани реабилитатсияи беморон дар муддати кӯтоҳ мусоидат менамояд.

## SUMMARY

### SURGICAL TREATMENT OF FURNEA'S GANGRENE CONSEQUENCE

**U.A. Kurbanov, A.A. Davlatov, D.D.Djononov, Z.A. Kurbanov**

Two cases with Furnea's gangrene consequences which the covering-tissue of penis and scrotum was formed are given in the article. Good functional and aesthetic results are received in both cases. The authors note that rational use of plastic reconstructive surgery principles allows rehabilitating patients in short terms.

**Key words:** Furnea's gangrene, penis and scrotum reconstruction

---

#### 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](mailto:kurbonovua@mail.ru)



### КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

**М.К.Гулов, Д.С.Салимов, Р.А.Турсунов,  
Ш.Р.Умаров, О.С.Боймуродов, Н.Г.Курбонов**

**Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино**

Нами проанализирован более 25-летний опыт диагностики и комплексного лечения больных (942) эхинококковой болезнью печени. Описаны клинические значения 21 симптома осложнений эхинококкоза печени по данным рентгенологической – скопия/графии (5), лапароскопического (7), УЗИ/КТ/ЯМР (7), ИК-спектрофотометрического – качественный/ количественный анализ исследований (2), изучены их информативность и специфичность.

Разработана классификация осложнённых клинических форм эхинококкоза печени, согласно которой выделены: остротекущие, хронически прогрессирующие, паразитарные (общие и местные) осложнения, изучено их академическое значение.

**Ключевые слова:** эхинококкоз печени, эхинококковая киста, классификация осложнённый эхинококкоза печени

**Актуальность.** Согласно классическим понятиям, период осложнений является закономерной стадией развития вегетативной формы эхинококкового возбудителя в организме человека, который не зависит от локальных характеристик эхинококковой кисты (ЭК) и органа-носителя [1-3, 9, 13, 15]. Значение этого обстоятельства заключается в том, что клинко-прогностические характеристики эхинококкоза печени во многом зависят от отношения кисты к жизненно важным структурам органа-носителя.

В свете изложенного исследователи [4] выделяют следующие стадии:

- 1 - латентный период;
- 2 - период продромальных симптомов;
- 3 - период прогрессивного увеличения печени;
- 4 - период осложнений.

Следует также отметить, что в литературе существует общеизвестная классификация на основе сугубо топографических характеристик ЭК. Согласно этой классификации, эхинококкоз печени подразделяется на правосторонний, левосторонний и центральный. В свою очередь, все они подразделяются на кортикальную и латеральную и т.п. [1, 6, 8, 16].

При этом, анализируя недостатки указанной классификации Ф.Г.Назырова с соавт. [8], А.А.Мовчун [7] и др. отмечают, что из-за избытка терминологических обозначений понятие «центральный» часто неверно понимается хирургами. Причина заключается в том, что печень относится к органам со смещённым центром. В результате ряд авторов под понятием «центральный» имеют ввиду отношение к паренхиме печени (кортикальный), а некоторые – к порталным воротам печени.

Вместе с тем, как правило, специфические особенности, имеющие значение при решении тактико-технических проблем лечения и реабилитации наблюдаются именно при воротной локализации ЭК. Так, при этом чаще развиваются нарушения внутриорганный кровообращения по типу внепечёночной порталной гипертензии и варикозной метаплазии сосудов. Появление подобных осложнений считается весьма неблагоприятным прогностическим признаком. Билиарная дискинезия чревата развитием холестаза со всеми вытекающими отсюда последствиями, кистозной трансформацией внутриорганных жёлчевыводящих протоков, образованием перфорантных жёлчных протоков с исходом в цирроз [10, 11].

Следует отметить, что существующие варианты классификации не отражают указанную специфику эхинококкоза, локализуемого в области функциональных ворот печени. С академической точки зрения это создаёт неудобства для углублённого исследования проблемы.

**Цель исследования.** Попытка систематизации совокупности академических знаний, накопленных при осложнённом эхинококкозе печени с клинической позиции.

**Материал и методы.** Настоящий анализ основан на опыте обследования и лечения 942 больных эхинококкозом внутренних органов, лечившихся в отделении общей хирургии ГKB №5 г. Душанбе имени академика К.Т.Таджиева, начиная с 1982 по 2010гг. Диагноз эхинококкоза печени устанавливали на основании клинических, лабораторных и инструментальных диагностических исследований, которые верифицировали с материалами оперативных находок. Из клинико-лабораторных исследований: общие клинические и биохимические анализы, серологические, РЛА, ИФР с качественным и количественным ИК-спектрофотометрическим тестированием и неспецифические иммунологические: ПМЯЛ в пробах ФАН-1 и ФАН-2 (фагоцитарных активных нейтрофилов). При этом исследовали активность ранних и поздних стадий фагоцитарного процесса, а также активность этапов обновления (АЭО). Параллельно исследовали показатели специфического клеточного иммунитета: относительное и абсолютное количество лимфоцитов, лейкоцитов, Т-(Е-РОК) и В-(ЕАК-РОК) и гуморального иммунитета: иммуноглобулины классов IgA, IgM, IgG, IgE, ЦИК по стандартным методикам. Из специальных инструментальных исследований применяли: рентгенологические (-скопия, -графия) исследования брюшной и грудной полостей, лапароскопию, УЗИ, КТ, ЯМР, а также методы математического анализа: объём кисты (V), фертильность (ФЭК), скорость роста (СР) и индекс роста (ИР) эхинококковой кисты.

В отношении каждого исследованного признака осложнения дифференцировались следующие характеристики: проявление (манifestация), клиническое значение, информативность и чувствительность/специфичность по общепринятой методике [5].

**Результаты и их обсуждение.** В имеющемся в нашем распоряжении клиническом материале мужчин было 404 (42,9%), женщин – 538 (57,1%) в возрасте 14-76 лет.

Одиночные ЭК имелись у 609 (64,65%) больных. Среди них локализация ЭК в правой доле была в 295 (48,5%), левой - в 194 (32,8%) и центральной – 110 (18,7%) наблюдениях.

У 333 (35,4%) больных имелись множественные ЭК. В эту группу мы включили также сочетанные формы эхинококкоза печени и других органов, которые наблюдались у 74 (9,9%) больных. Среди них сочетание эхинококкоза печени+лёгких имелось в 25, печени+селезёнки - 26, печени+забрюшинной клетчатки - 3, печени+почек - 4, печени+полых органов, а также их брыжейки - 14, печени+параректальной клетчатки - 2, печени+правого яичника - 1, вторично диссеминированный - 7 и генерализованный - 3 случаях.

Однокамерный эхинококкоз имелся у 498 (52,9%), многокамерный с наличием дочерних и внучатых пузырей - у 397 (43,3%), рецидивный - у 35 (3,8%) больных.

При определении размеров выявленного ЭК мы ориентировались на объём эхинококковой жидкости, который измеряли во время операции. При этом, кисты размерами до 100мл в объёме имелись у 82 (8,2%), от 100 до 1000мл - у 271 (28,8%), от 1000 до 2500мл - у 249 (26,4%) и свыше 2500мл - у 97 (10,3%) больных. Особо следует отметить, что группируя клинический материал по этому признаку при множественном эхинококкозе, мы исходили из размеров наибольшей кисты, а при сочетанном эхинококкозе - из размеров кисты, локализующейся в печени [12, 14].

Структура симптомов осложнений и характеристика их параметров при использовании современных инструментальных исследований приведена в таблице 1.

В настоящем сообщении нами приведены описание и клиническое значение симптомов, обнаруженных при проведении традиционного рентгенологического исследования в стандартных положениях. Вместе с тем, в литературе приводятся данные о применении методов контрастной рентгенографии. К ним относятся холецисто-холангография (в т.ч. чрезкожная и ретроградная), селективная ангиография, артериосцинтиграфия, радионуклидное сканирование и пр.). Анализируя клиническое значение этих исследований в настоящем материале мы отметили следующие обстоятельства:

- все указанные исследования обладают достаточно сложным технологическим циклом, что создаёт определённые трудности при их использовании в широкой клинической практике. Применение этих исследований нередко требует от клинициста специальных навыков, соответствующего оборудования и аппаратуры;
- при всех своих достоинствах эти исследования ориентированы на установление факта наличия ЭК, определения её локальных топографических характеристик. Этого не всегда достаточно для определения качественных параметров ЭК, особенно каждой из обнаруженных кист в отдельности (при множественном эхинококкозе);
- в случае обнаружения ЭК и установления его топографических параметров можно одновременно исследовать указанные выше признаки. Описанные симптомы характерны для всех видов рентгенологического исследования.

Следует отметить, что при применении рентгенологического исследования и радионуклидного сканирования мы выявили диагностические ошибки в 19 (12,41%) наблюдениях. Из них в 27 - была обнаружена опухоль печени, а в остальных - поражение её метастазами из других органов. При изучении результатов сканирования (n=24) имелись определённые затруднения в выяснении этиологии объёмных образований небольшого диаметра (до 5-6см).

Диагностическая лапароскопия применена 71 больным. При этом в 6 случаях выявлен цирроз печени, в 1 - эхинококковая этиология острого живота и в 2 - сочетанное поражение печени и селезёнки. Мы также применили лапароскопию 1 больному с прорывом кисты в жёлчевыводящие пути. При этом была исключена патология жёлчного пузыря как возможная причина механической желтухи и холангита.

При применении УЗИ диагностические ошибки имели место у 13 (8,49%) больных.

Таблица 1

**Признаки осложнений эхинококкоза печени при использовании современных клиничко – инструментальных исследований**

№ п/п	Название признака	Информативность (%)	Чувствительность (%)
<b>Лучевые (рентгенологические) методы исследования</b>			
1.	Ограничение подвижности диафрагмы	77,7	100,0
2.	Высокое стояние купола диафрагмы	47,7	100,0
3.	Деформация контуров диафрагмы	26,2	100,0
4.	Визуализация контуров эхинококковой кисты	100,0	100,0
5.	Симптом полумесяца	5,0	84,7
<b>Лапароскопическое исследование</b>			
1.	Наличие свободной жидкости в брюшной полости	71,4	97,3
2.	Обнаружение обрывков хитиновой оболочки в брюшной полости	20,45	100,0
3.	Симптом вмятины	4,54	100,0
4.	Обнаружение перфоративного отверстия на поверхности печени	11,36	100,0
5.	Изменение контуров печени	61,36	85,18
6.	Симптом белого пятна	54,53	97,61
7.	Симптом сосудистого клубка	50,0	100,0
<b>Эхо- (УЗИ) и томографическое (КТ, ЯМР) исследования</b>			
1.	Изменение округлости контуров ЭК	24,15	100,0
2.	Одностороннее выпячивание контуров ЭК	26,31	79,21
3.	Формирование ЭК в опале	24,1	98,3
4.	Отслоение фиброзной оболочки или симптом полумесяца	74,51	100,0
5.	Симптомокомплекс перфорации ЭК: - гармошкообразная деформация контуров ЭК; - наличие воздушной прослойки над жидким содержимым ЭК; - отслойка хитиновой оболочки	2,96	43,75
6.	Симптом рыбьей чешуи: - округлая форма; - уплощённая форма	100,0	100,0
7.	Нарушение чёткости контуров и элементов ЭК	47,3	65,8
<b>ИК-спектрофотометрический анализ</b>			
1.	Качественный анализ плазмы крови: - регистрация специфических признаков изменения характера антигенной стимуляции	100,0	100,0
2.	Количественный анализ субстратных смесей РЛА и ИФР: - превышение титра агглютината от 1,496 ед.; - превышение титра преципитата от 2,321ед.	98,9	98,6

Из них в 3 наблюдениях был обнаружен амёбный абсцесс печени, в 8 - доброкачественные и в 2 - злокачественные новообразования печени.

КТ была выполнена в этой группе 44 (28,75%) больным. Наблюдения показывают, что КТ позволяет обнаруживать небольшие и средние кисты независимо от глубины их локализации. Особое значение это обстоятельство имеет при кистах внутривнутрипечёночной локализации, представляющей наибольшие трудности для диагностики. Вместе с тем, в 3 случаях мы наблюдали диагностические ошибки. Во всех этих наблюдениях во время операции обнаруживались доброкачественные опухоли печени.

Проведённые исследования показали, что индивидуальная оценка качественных характеристик ЭК благоприятствует своевременному выявлению большинства осложнений. Это позволяет эффективно использовать определённые виды воздействия в порядке превентивных технических манипуляций на конкретных этапах лечения и реабилитации. В связи с этим, нами разработана классификация осложнений эхинококкоза печени (Рацпредложение, удостоверение №1806, выданное ТГМУ, 1998) [4]. Структура осложнённых клинических форм эхинококкоза печени в соответствии с этой классификацией приведена в таблице 2.

**Таблица 2**

**Структура осложнённых клинических форм эхинококкоза печени  
(по классификации И.Н.Мадалиева с соавт.)**

Наименование осложнений	Кол-во наблюдений (n)	%
<b>Остротекущие</b>		
Разрыв ЭК с прорывом содержимого в:	158	16,8
-свободную брюшную полость	23	14,6
-плевральную полость	2	1,26
-жёлчевыводящие пути	7	4,4
-забрюшинную клетчатку	3	1,9
Напряжённая ЭК краевой локализации	38	4,03
<b>Хронически прогрессирующие</b>		
Напряжённая ЭК кортикальной локализации	10	1,06
Инфекционные осложнения:		
-перифокальное воспаление	7	0,7
-омертвление	48	5,1
-инфицирование	38	4,03
-нагноение	238	25,2
-инволюция ЭК	64	6,8
Трещинообразование	98	10,3
Формирование перфорантных жёлчных протоков	442	46,9
Кальциноз фиброзной оболочки	115	12,2
Петрификация кисты	5	0,5
<b>Парагидатидозные</b>		
<b>Общие</b>		
Механическая желтуха	18	1,9
Гипертермический синдром	30	0,3
Аллергический синдром	21	2,2
Синдром сдавления нижней полой вены	18	1,9
<b>Местные</b>		
Варикозная метаплазия сосудов печени	5	0,5
Цирроз печени	56	5,9
Синдром сдавления полых органов	14	1,5

## Выводы:

1. При эхинококкозе печени индивидуальная оценка конкретных качественных параметров ЭК способствует заблаговременному выявлению большинства хронически прогрессирующих и парагидатидозных осложнений. Это позволяет с высокой эффективностью применять превентивные виды вмешательств на конкретных этапах лечения и реабилитации.
2. В свете изложенного, разработанная и предложенная классификация осложнений эхинококкоза печени имеет академическое значение, а также может быть рекомендована к использованию в качестве учётно-отчётных форм медицинской документации в системе практического здравоохранения.

## Литература

1. Арипов У.А., Прохорова И.П., Алиджанов Ф.Б. и др. Особенности хирургического вмешательства при эхинококкозе печени, осложнённого механической желтухой/У.А.Арипов [и др.]//Хирургия эхинококкоза.-Хива,1994.-С.56-57
2. Волох Ю.А. Эхинококковая болезнь у людей/Ю.А.Волох//Фрунзе,1957.-215с.
3. Гилевич М.Ю., Князева Г.М., Натрашвили Г.С. и др. Клинико-морфологическое обоснование в выборе метода лечения эхинококкоза органов брюшной полости и забрюшинного пространства/М.Ю.Гилевич [и др.]//Хирургия,1990.-№11.-С.116-121
4. Мадалиев И.Н., Каримов А.М. Классификация осложнённых клинических форм эхинококкоза печени/И.Н.Мадалиев [и др.]//Рацпредложение.Удостоверение №1806, выданное ТГМУ от 1998г.
5. Мадалиев И.Н., Боймуродов О.С., Каримов А.М. Клиническая оценка возможностей инструментальной диагностики осложнённых форм эхинококкоза печени/И.Н.Мадалиев [и др.]//Проблемы гастроэнтерологии,2000.-№1-2.-С.23-26
6. Мадалиев И.Н., Боймуродов О.С., Бободжонов М.Н. и др. Современные возможности клинико-инструментальной диагностики осложнений эхинококкоза печени/И.Н.Мадалиев [и др.]//Методические указания.-Изд-во «Хайём».-Душанбе,2001.-19с.
7. Мовчун А.А., Абдуллаев А.Г., Успенкалиев М.Р. Хирургическое лечение эхинококкоза печени с прорывом в жёлчные пути/А.А.Мовчун [и др.]//Хирургия,2000.-№5.-С.149-156
8. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Икрамов А.И. Сравнительная оценка радиологически контролируемых лечебных и диагностических вмешательств, при объёмных заболеваниях печени и поджелудочной железы/Ф.Г. Назыров [и др.]//Хирургия Узбекистана,1999.-№2.-С.61-64
9. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Дееничин П.Г. Хирургия эхинококкоза/ Б.В.Петровский [и др.]//Медицина.-М.,1985.-216 с.
10. Фёдоров В.Д., Помелов В.С., Вишневский В.А. и др. Хирургическая тактика при эхинококкозе печени/В.Д.Фёдоров [и др.]//Хирургия эхинококкоза.-Хива,1994.-С.32-33
11. Цыбырнэ К.А., Борган М.А., Рывняк В.В. Резекция печени при циррозе-раке/К.А.Цыбырнэ [и др.]//Хирургия,1990.-№3.-С.140-144
12. Bresson S., Vuitton D., Bresson J.L. et al. Etude phenotypique de l'infiltrat cellulaire mononucleé periparasitaire hépatique dans l'échinococcose alvéolaire humaine/S.Bresson [et al.]//C.R.Soc.Biol.,1985.-V.179.-№3.-P.327-330
13. Cohem J.J., Martin F.M., Rossi R.L. et al. Liver abscess. The need for complete gastrointestinal evaluation/J.J.Cohem [et al.]//Arch.Surg.,1989.-V.125.-№5.-P.561-564

14. Dottorini S., Sparvoli M. Echinococcus granulosus: Additonal studies on selected sera from seronegative patients with hydatidosis/S.Dottorini [et al.]//Bol.Jns.Sieroter.-Milan, 1984.-V.63.-№6.-P.513-518
15. Mentorini B., Roche P., Hammani A. La place de la perikistectomie dans le traitement du kyste hydatique du foie/B.Mentorini [et al.]//Chirurgie,1975.-V.101.-№11.-P.882-884
16. Isaacs R.D., Beeching N.J., Ellis-Pegler R.B. Cystic hydatig disease in Auckland, New Zealand,1967–1982/R.D.Isaacs [et al.]//Trans.Roy.Soc.trop. Med.Hug.,1987.-V.81.-№5.-P.794-798

## ХУЛОСА

### ТАСНИФИ ОРИЗАҲОИ ЭХИНОКОККОЗИ ЦИГАР

**М.К.Гулов, Д.С.Салимов, Р.А.Турсунов,  
Ш.Р.Умаров, О.С.Боймуродов, Н.Г.Қурбонов**

Дар мақола таҷрибаи зиёда аз 25 солаи ташхис ва муолиҷаи маҷмӯии 942 нафар бемори гирифтори эхинококки цигар таҳлил карда шудааст. Аҳамияти сарири 21 нишонаи оризаҳои эхинококкози цигар аз рӯи маълумотҳои рентгенологӣ, лапароскопӣ, УЗИ/ТК/ЯМР,ИК – спектрофотометрӣ баррасӣ шуда, дараҷаи иттилоотии онҳо таҳқиқ карда шудааст.

Таснифи оризаҳои шаклҳои саририи эхинококкози цигар такмил дода шудааст, ки мувофиқи он ба оризаҳои бошиддатгузаранда, авҷирандаи музмин, парагидатидозӣ тақсим карда шудаанд, инчунин аҳамияти академикии онҳо омӯхта шудааст.

## SUMMARY

### CLASSIFICATION OF LIVER ECHINOCOCCOSIS COMPLICATIONS

**M.K. Gulov, D.C. Salimov, R.A.Tursunov, Sh.R. Umarov,  
O.C. Boimurodov, N.G. Kurbonov**

It has been analyzed more than 25 years experience of diagnostic and complex treatment of 942 patients with liver echinococcosis. Described the clinical meanings of 21 symptoms of liver echinococcosis complications by X-ray, examination (5), laparoscopy (7), US,CT,NMR (7), IR – spectrophotometer qualitative and quantitative analyze (2) and their informative and sensitivity/specificity have been studied. The classification of clinical forms of liver echinococcosis complications was developed according of which there are: acute, chronic-progressive, paragidatodose (local and general) complications and their academical meanings also have been studied.

**Key words:** liver echinococcosis, hydatid cyst, classification of liver echinococcosis complications

---

**Адрес для корреспонденции:**

**Дж.С.Салимов** - ассистент кафедры общей хирургии №1 ТГМУ; 734003, Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139 E-mail: [salimov73@mail.ru](mailto:salimov73@mail.ru)



## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Х.Ш. Назаров, К.М. Курбонов, Х.Ю. Шарипов

Кафедра хирургических болезней № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Авторы проанализировали непосредственные результаты 160 реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке. В послеоперационном периоде несостоятельность швов имела место лишь у 21 больного. При этом установлено, что высокоинформативными методами ранней диагностики риска развития несостоятельности толстокишечных анастомозов, являются динамическое УЗИ с ЦДК, колоноскопия с видеолапароскопией.

**Ключевые слова:** несостоятельность швов, анастомоз, колоноскопия, видеолапароскопия

**Введение.** Среди колопроктологических болезней наиболее сложными для диагностики и лечения представляют опухолевые и воспалительные заболевания. Несмотря на значительные достижения последних десятилетий и внедрение новых технологий исследований в выполнении оперативных вмешательств, наблюдаются ощутимых результатов в уменьшении частоты несостоятельности толстокишечных анастомозов, которые достигают 13-16% [1,3-5].

Причины развития несостоятельности толстокишечных швов и анастомозов многообразны. Так, несмотря на усовершенствование разновидностей толстокишечных швов, способов формирования и укрепления анастомозов, применения перциозной техники, частота несостоятельности швов анастомозов не имеет тенденции к уменьшению [2,3].

Следует отметить, что центральное место в развитии несостоятельности толстокишечных анастомозов занимает нарушение кровообращения в зоне анастомозов, от которого во многом зависит характер оживления или развитие осложнений.

Немаловажное значение в предотвращении несостоятельности толстокишечных анастомозов имеет подавление вирулентной инфекции и динамические методы повышения физической и биологической их герметичности.

**Цель исследования** - улучшение непосредственных результатов оперативных вмешательств на толстой кишке.

**Материалы и методы.** В основу настоящей работы положены результаты хирургического лечения 160 пациентов, которым были выполнены неотложные, отсроченные и плановые оперативные вмешательства на толстой и прямой кишке с формированием анастомозов на базе ГКБСМП г. Душанбе с 2005 по 2010 годы. Мужчин было 90 (56,2%), женщин - 70 (43,8%). Возраст пациентов составил от 24 до 85 лет.

Характер реконструктивно-восстановительных операций представлен в таблице 1.

Для диагностики заболеваний толстой кишки больным проводили клинко-лабораторные, биохимические исследования крови, а также инструментальные методы исследования, включающие: ректороманоскопию, колоноскопию, УЗИ и лапароскопию с применением эндовидеоаппаратуры.

Для прогнозирования риска развития несостоятельности толстокишечных и колоректальных анастомозов были разработаны прогностические критерии их риска, которые включали в себя: пол, возраст, характер патологии толстой и прямой кишки, объем оперативного

пособия, его тяжесть, наличие сопутствующих заболеваний, способы формирования анастомозов, квалификацию хирурга, а также показатели состояния гемостаза.

**Таблица 1**  
**Характер оперативных вмешательств**

Характер оперативных вмешательств	Количество	%	Несостоятельность анастомозов
Проксимальная субтотальная колэктомия с перевязкой a.iliocolica и илеосигмоидальным анастомозом	28	17,7	5
Правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом конец в бок	20	12,6	3
Левосторонняя гемиколэктомия с формированием трансверзоректального анастомоза	21	21,4	4
Дистальная субтотальная резекция толстой кишки с перевязкой a.mesenterica inferior и формированием асцендоректального анастомоза	18	11,5	3
Передняя резекция прямой кишки с низким анастомозом по Dixon	7	10,6	2
Передняя резекция прямой кишки с низким анастомозом по Strasbong-Baker	10	6,3	1
Ликвидация сигмостомы с формированием трансверзоректального анастомоза	14	8,7	2
Ликвидация трансверзостомы с формированием трансверзоректального анастомоза	11	6,8	1
Ликвидация сигмостомы с формированием трансверзоректального анастомоза	7	4,4	1
Всего	160	100	21

Следует подчеркнуть, что в процессе динамического исследования пациентов в раннем послеоперационном периоде изучаемые факторы риска несостоятельности являлись лишь косвенными признаками. Ни один из них в отдельности или в совокупности с большой точностью не мог прогнозировать развитие несостоятельности анастомозов.

Наиболее объективным и высокоинформативным способом прогнозирования и ранней диагностики несостоятельности швов толстокишечных анастомозов, являлась визуальная оценка, позволяющая непосредственно оценить процесс заживления анастомоза. В любом случае несостоятельности кишечных швов предшествуют местные нарушения кровообращения, проявляющиеся в дальнейшем деструктивными изменениями в первые же послеоперационные сутки и значительно позднее (5-7суток), сопровождающиеся клиническими проявлениями.

Для прогнозирования риска развития несостоятельности и ранней её диагностики 63 пациентам в первые послеоперационные сутки (2-5) проводили комплексное УЗИ с использованием цветового доплеровского картирования (ЦДК). Клиническими задачами этого являлась: визуализация сосудов в стенке толстой кишки в зоне анастомозов, и оценка скорости кровотока, основанной на косвенной интерпретации данных. Исследование кровотока с помощью ЦДК сводилось к визуализации изменённых участков в зоне сформированных анастомозов, выделению и увеличению этой зоны по программе ZOOM, а затем обнаружения кровотока в ней.

Для определения степени нарушения кровообращения в зоне толстокишечного анастомоза применяли анализ спектра доплеровского сдвига частот.

**Результаты и их обсуждение.** Данные максимальной пиковой систолической скорости ( $V_{max}$ ), минимальной или диастолической скорости ( $V_{min}$ ), а также резистивного индекса (RI)- максимальной и минимальной скоростей приведены в таблице 2.

На 3-4 сутки послеоперационного периода у 12 пациентов при выполнении УЗИ с дуплексным сканированием наблюдалось критическое снижение показателей  $V_{max}$  до  $9,8 \pm 0,24$  см/сек,  $V_{min}$   $3,4 \pm 0,38$  см/сек и  $RI-0,58 \pm 0,02$ , тогда как в клинико-лабораторных показателях каких-либо сдвигов не наблюдалось. Во время релапаротомии во всех случаях наблюдалось совпадение диагноза.

**Таблица 2**  
**Средние показатели скорости внутрисстеночного кровотока у больных с заболеваниями толстой кишки (p < 0.05)**

Показатель	Норма (n=15)	Обтурирующие опухоли толстой кишки (n=16)	Снижение кровообращения в зоне анастомоза (n=12)	
			Критическая ишемия	Некроз
$V_{max}$ (см/сек)	$25,18 \pm 1,4$	$12,82 \pm 0,16$	$9,8 \pm 0,24$	$7,4 \pm 0,12$
$V_{min}$ (см/сек)	$5,92 \pm 0,62$	$4,16 \pm 0,07$	$3,4 \pm 0,38$	$2,9 \pm 0,18$
RI	$0,74 \pm 0,02$	$0,62 \pm 0,01$	$0,5 \pm 0,03$	$0,58 \pm 0,02$

Для визуальной оценки характера заживления толстокишечных анастомозов, прогнозирования риска развития несостоятельности кишечных швов 96 пациентам на 5-12 сутки послеоперационного периода проводился колоноскопический мониторинг. При этом в 12 случаях констатировали выраженное воспаление (отёк, гиперемия, налёт фибрина) в зоне сформированных анастомозов с последующим их заживлением. У 54 больных после формирования толстокишечных анастомозов (n=35) и колоректальных (n=19) анастомозов целенаправленно проведена оценка частоты несостоятельности по клиническим данным и результатам колоноскопического контроля. Клиническая несостоятельность соустья обнаружена у 4 пациентов. Эндоскопическое исследование на 5-12 сутки позволило выявить несостоятельность анастомозов ещё у 5 пациентов, что проявилось глубокой некротической щелью и утечкой воздуха, вводимого при исследовании. Всем пациентам выполняли релапаротомию с выведением колостомы, санацией и дренированием брюшной полости.

Противопоказанием к развитию несостоятельности тонкокишечных (n=18) и колоректальных анастомозов, особенно при «ненадёжных» и «трудных» анастомозах в 32 наблюдениях на заключительном этапе операции в переднюю брюшную стенку устанавливали канюли, ближе к зоне сформированных анастомозов через которые в послеоперационном периоде проводился динамический видеолапароскопический мониторинг. Во время выполнения видеолапароскопии в 10 наблюдениях проводили видеолапароскопическую санацию зоны анастомозов и брюшной полости от патологической жидкости.

У 9 пациентов при УЗИ и дуплексном сканировании диагностировали критическую ишемию зоны анастомоза;  $V_{max}$   $9,8 \pm 0,24$  см/сек,  $V_{min}$   $3,4 \pm 0,38$  и  $RI-0,58 \pm 0,02$ . Этим пациентам эффективно выполнены видеолапароскопические повторные ушивания зоны толстокишечных анастомозов с последующей аппликацией линии швов пластинами ТахоКомба.

На основании полученных объективных данных в клинике разработаны и усовершенствованы методы хирургической профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов (Патент РТ № TJ 235 от 23.04.2009г.). Так 57 пациентам с целью снижения воспалительных процессов в зоне толстокишечных анастомозов во время их формирования использовали субмукозные швы викрилом, импрегнированные антибиотиками. Наиболее часто (n=43)

формировали инвагинационные и погружные эндоректальные соустья, при которых линия анастомоза оказывалась ниже серо-серозной складки на 2,5-3,0см; удаление линии первого ряда швов от второго (серо-серозного) значительно снижает опасность несостоятельности.

Кроме этого, во время операции 6 пациентам производили катетеризацию а. сола sinistra (n=4) и а. mesenterica inferior (n=2) тонким полиэтиленовым катетером для проведения послеоперационной регионарной инфузионной терапии зоны сформированных анастомозов растворами реополиглюкина 200,0 + компламина 2,0 и гепарином по 1000 ЕД. для улучшения микроциркуляции и профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов. В послеоперационном периоде для профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов был проведён ультразвуковой и колоноскопический мониторинг.

Таким образом, усовершенствование техники формирования толстокишечных анастомозов, с проведением послеоперационного динамического мониторинга современными технологиями, в значительной степени снижает частоту развития несостоятельности толстокишечных анастомозов.

### Выводы:

1. Динамическое ультразвуковое исследование с дуплексным сканированием сосудов зоны сформированных толстокишечных анастомозов в первые 2-5 суток позволяет выявить нарушения кровообращения различного характера и прогнозировать риск развития несостоятельности.
2. Колоноскопический и видеолaparоскопический мониторинг в послеоперационном периоде являются высокоинформативными способами оценки заживления анастомозов и ранней диагностики несостоятельности швов сформированных анастомозов.
3. При проведении видеолaparоскопического мониторинга у пациентов с высоким риском развития несостоятельности толстокишечных и колоректальных анастомозов рекомендуется выполнение эффективных лечебных вмешательств, позволяющие оградить больных от реинтубации.
4. Применение разработанных хирургических способов профилактики несостоятельности толстокишечных и колоректальных анастомозов с проведением динамического мониторинга современными технологиями в значительной степени уменьшают частоту развития этой патологии.

### Литература

1. Курбонов Ю.П. Лапароскопия в неотложной хирургии органов брюшной полости// Ю.П.Атанов// Вестник хирургии.-1981.-№4.-С.-59-60
2. Ганцев Ш.Х. Рак ободочной и прямой кишки. М.2004.-111с.
3. Кандаков О.К. Диагностика и тактика лечения толстокишечной непроходимости опухолевого генеза// Автореф. дисс... канд. мед. наук / Душанбе.2009.-31с.
4. Курбонов К.М. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости// Душанбе.2006.-665с.
5. Berge T., Erelund G. et.al. Carcinoma of the colon and rectum in a defined population.- Acta Chir.Scand.1973. Suppl.46-38

## **ХУЛОСА**

### **ТЕХНОЛОГИЯИ МУОСИР ДАР ТАШХИСИ МАҶМЀИ ВА ПЕШГИРИИ НАЧАСПИДАНИ АНАСТАМОЗҶОИ РЀДАИ ҒАФС**

**Х.Ш.Назаров, К.М.Қурбонов, Х.Ю.Шарипов**

Муаллифон таҳлили натиҷаҳои бевоситаи 160 ҷарроҳии тармимию барқарорсозиро дар рӯдаи ғафс баррасӣ намудаанд, ки дар давраи баъдичарроҳӣ дар 21 бемор начаспидани кӯкҷо мушоҳида карда шудааст. Инчунин, муқаррар карда шуд, ки усулҳои баланди иттилооти ташхиси барвақтии хавфи ташаккули начаспидани анастамозҷои рӯдаи ғафс, тадқиқоти пайвастаи ултрасадоӣ бо ТС(Ц)ДК, колоноскопия бо видеолапароскопия ба шумор мераванд.

## **SUMMARY**

### **MODERN TECHNOLOGIES IN COMPLEX DIAGNOSIS AND PREVENTION LARGE INTESTINAL ANASTOMOSIS INSUFFICIENCY**

**Kh.Sh. Nazarov, K.M. Kurbonov, Kh.Yu. Sharipov**

The direct results of 160 reconstructive and plastic operations on large intestine were analyzed. Suture insufficiency in postoperative period was noted only in 21 patients. It was determined that high-informative methods of intestinal anastomosis failure appearance risk early diagnostics are dynamic ultrasound with color flow mapping and colonoscopy with videolaparoscopy.

**Key words:** suture insufficiency, anastomosis, colonoscopy, videolaparoscopy

---

**Адрес для корреспонденции:**

**Х.Ш.Назаров** - аспирант кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ; Таджикистан,  
г. Душанбе, ул. С.Айни 46, тел. 93-558-86-61



## **КСЕНОЛАВСАНОПЛАСТИКА ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА**

**А.А.Раззоков, Х.К.Хисомов**

**Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ  
ТГМУ им. Абуали ибни Сино**

В данной статье приведены результаты пересадки лавсановой ленты вместе с костным ксенотрансплантатом в метафиз бедренной кости экспериментальным животным (кроликам) с применением новой технологии. Ксенолавсанопластика была выполнена 23 пациентам с застарелыми повреждениями передней крестообразной связки по разработанной в клинике методике с применением малоинвазивных технологий, что позволило добиться положительных результатов у всех оперированных, сократить сроки реабилитации больных в послеоперационном периоде на 29,6 дней по сравнению с традиционным выполнением операции по Пайеровскому разрезу.

**Ключевые слова:** ксенолавсанопластика, застарелые повреждения передней крестообразной связки, ксенотрансплантат

**Актуальность.** Застарелые повреждения передней крестообразной связки относятся к числу частых повреждений в клинической ортопедии [1,2]. Если до недавнего времени при их лечении отдавалось предпочтение пластическим операциям с широким вскрытием коленного сустава, то в последнее время широко обсуждается необходимость применения методов лечения, основанных на применении малоинвазивных технологий. Для выполнения стандартной видеоартроскопической пластики застарелых повреждений передней крестообразной связки, помимо артроскопа, требуется специальный набор инструментов и фиксаторов. При этом элементам сустава наносится дополнительная травма в связи с необходимостью взятия аутоканей для формирования повреждённой связки [3,4]. По причине отсутствия дорогостоящего оборудования подобные операции преимущественно выполняются в единичных клиниках, поэтому поиск общедоступных и малозатратных методик для восстановления застарелых повреждений передней крестообразной связки с применением малоинвазивных технологий, относится к числу актуальных задач реконструктивной хирургии и клинической ортопедии.

**Цель исследования** - улучшение результатов лечения застарелых повреждений передней крестообразной связки путём малоинвазивной методики ксенолавсанопластики.

**Материал и методы.** Приведённые в настоящей работе подходы основаны на данных экспериментального изучения результатов пересадки лавсановой ленты вместе с костным ксенотрансплантатом в метафиз бедренной кости 15-ти экспериментальным животным (кроликам) и клинического применения ксенолавсанопластики застарелых повреждений передней крестообразной связки с применением малоинвазивных технологий 23 больным в возрасте от 21 до 45 лет.

Экспериментальная часть работы выполнена в 2005-2006 годы в лаборатории фармакологии Института химии им. В.И. Никитина АН Республики Таджикистан. Перед операцией кусочки лавсановой ленты шириной 1 см подвергались стерилизации по общепринятой методике и хранились в 96 - градусном растворе этилового спирта. Методика заготовки костных штифтов из ксенотрансплантата: первоначально из 38-40% нейтрального раствора формальдегида (формалина) с добавлением стерильного 0,9% раствора NaCl готовили 0,5-процентный раствор. При этом рН среды доводили до 7,2-7,4 фосфатным буфером (30мл буфера на 1 л консерванта). Использовали также концентрированный раствор флавоноидов, полученный из листьев облепихи крушиновидной, микроэлементы и другие компоненты. Для ксенопластики использовали рёбра и длинные трубчатые кости 6-месячного телёнка, которые брали на бойне под санитарным контролем. Промытые цельные кости телёнка помещали в плотно закрывающиеся банки с 0,5% формальдегида. Соотношение объёмов костей и консерванта 1:100. В течение 1 месяца раствор меняли 1 раз в неделю, а в последующем - 1 раз в 1-1,5-2 месяца. Банки этикетировали с указанием вида животного, вида кости, места и даты забора, а также данных сотрудника, ответственного за их приготовление. Банки с материалом хранили в холодильнике при температуре 2-4 градуса. Костный материал пригоден к использованию через 1 месяц консервации и вплоть до 2 лет.

Для ксенолавсанопластики в эксперименте и в клинике использовали заранее заготовленные по предложенной нами методике ксеноштифты и лавсановые ленты (рис. 1). Непосредственно перед операцией лавсановые ленты и ксенотрансплантат трехкратно промывались стерильным физиологическим раствором и помещались в физиологический раствор с антибиотиками.



**Рис. 1. Костные штифты из ксенотрансплантата и лавсановая лента**

**Методика эксперимента.** В стерильных условиях оперативным путём под внутримышечным наркозом поднадкостнично обнажался метафиз бедренной кости кролика. С помощью дрели создали канал, в который вначале вводили: лавсановую ленту (5 кроликам), ксенотрансплантант (5 кроликам) и лавсановую ленту с ксенотрансплантантом (5 кроликам). Во всех трёх сериях эксперимента рана зашивалась наглухо.

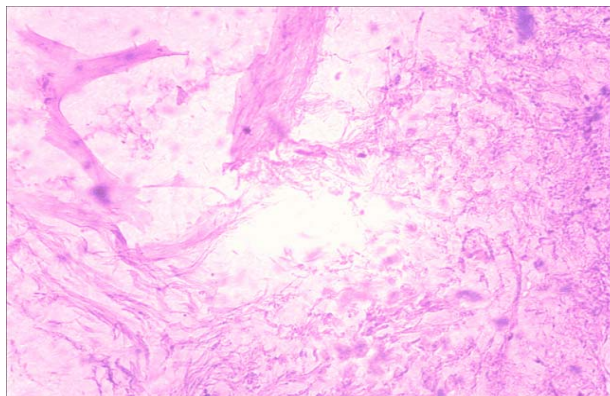
В послеоперационном периоде велось наблюдение за общим состоянием экспериментального кролика и местными изменениями оперированного сегмента. Последние сравнивались с интактной контралатеральной стороной. Также проводили рентгенологический контроль за консолидацией ксенотрансплантата. Рентгенологическое исследование проводилось рентгенологами Национального медицинского центра Республики Таджикистан аппаратом General electronics DXD 350 II USA (1989). Исследование проводилось в костном режиме от 45KV – 50 МА – 0,03сек до 100KV – 500МА – 2сек. Экспериментальные животные выводились из опыта с соблюдением общепринятых правил. После выведения из опыта производили изучение макропрепарата и изготавливали гистологические срезы для морфологического исследования. Морфологическое исследование проводилось совместно с патоморфологической лабораторией Государственного учреждения Онкологического научного центра МЗ РТ.

**Результаты и их обсуждение.** В настоящей работе приведены только те данные эксперимента, которые имеют прикладное значение для клинического обоснования ксенолавсанопластики. Во-первых, по результатам рентгенологического исследования спустя месяц после операции на рентгенограмме определялись тени ксенотрансплантатов. Явлений резорбции вокруг ксенотрансплантата нет, отмечена первичная консолидация ксеноштифта с реципиентной зоной (рис. 2).

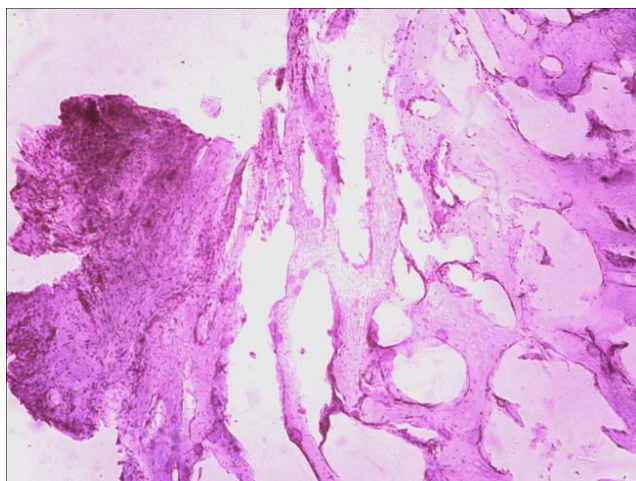
Вторым прикладным значением проведённого исследования явилось выявление элементов костно-хрящевой мозоли вокруг имплантированного ксенотрансплантата и лавсана (рис.2) и отсутствие выраженных воспалительных изменений в зоне имплантации к концу первого месяца после операции (рис. 3,4).



**Рис. 2.** Рентгенограмма коленного сустава экспериментального кролика спустя месяц после операции



**Рис.3.** Микропрепарат.Соединительная ткань кролика между волокнами лавсана через 1 месяц после операции. Окраска гематоксилин-эозином x280



**Рис. 4.** Микропрепарат. Гистологическое строение ксенотрансплантата и молодой пластинчатой кости кролика через 1 месяц после операции. Окраска гематоксилин-эозином x 280

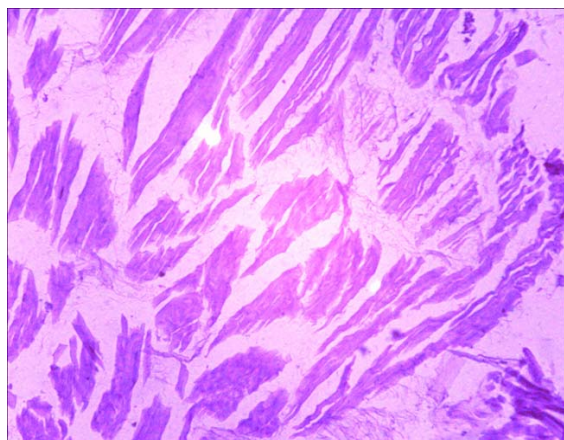


**Рис. 5.** Рентгенограмма коленного сустава кролика через год после операции

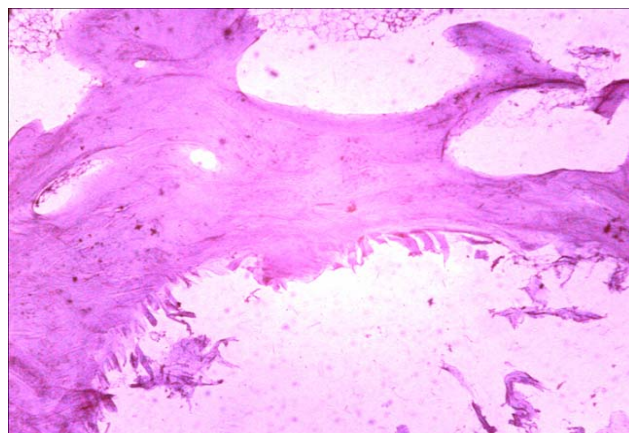
В дальнейшем по результатам рентгенологического и морфологического мониторинга каких-либо патологических реакций в области лавсаноксенопластики и ксенопластики не выявлено. Окончательная интеграция ксенотрансплантата с реципиентной зоной по данным рентгенографии наступила через год после операции (рис. 4).

При морфологическом исследовании через год лавсановая лента плотно сращена с костью. Лавсановое волокно с разросшейся соединительной тканью напоминает строение связки. Отмечается интеграция ксенотрансплантата с реципиентной костью. Гаверсовы каналы в обеих костях сужены, в них встречается костный мозг (рис. 6,7).





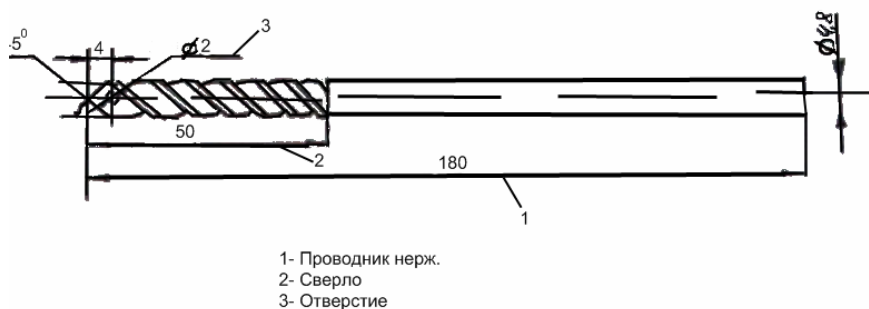
**Рис. 6. Микропрепарат через 1 год после операции. Окраска гематоксилинэозином x 280**



**Рис.7. Микропрепарат через год после операции. Окраска гематоксилинэозином x 280**

Таким образом, после имплантации лавсановой ленты и ксенотрансплантата, изготовленного по предложенной технологии, во-первых, не выявили каких-либо осложнений в зоне имплантации. Во-вторых, результаты проведенного эксперимента дают основание сократить сроки иммобилизации до одного месяца, что крайне важно в плане реабилитации больных.

В клинике ксенолавсанопластику выполняли из небольшого парapatеллярного доступа. Во всех случаях выявлено повреждение внутреннего и в 3 наблюдениях наружного мениска, которые были удалены. Из этого доступа в положении максимального сгибания с помощью длинного сверла поочередно выполнен канал в мышелки бедренной и большеберцовой кости по ходу передней крестообразной связки. Для облегчения проведения операции нами разработано сверло (рис. 8), имеющее в конце отверстие для фиксации проводника для лавсановой ленты (патент Республики Таджикистан № TJ 273 от 7 октября 2009 года).

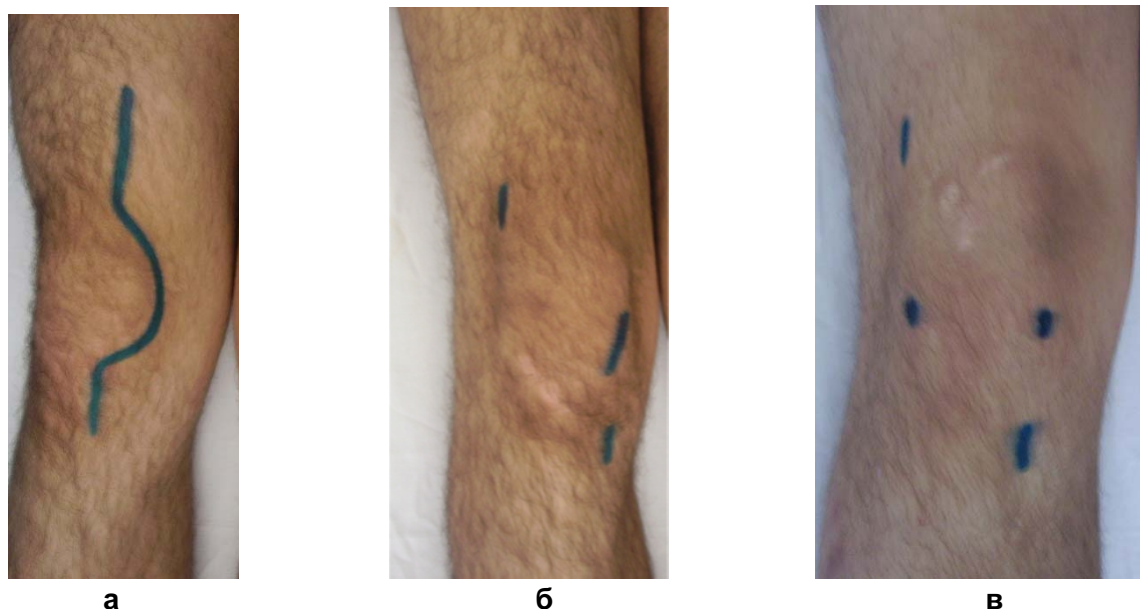


**Рис. 8. Сверло для формирования канала и проведения лавсановой ленты**

По выходу конца сверла наносились насечки и через них лавсановая лента выводилась наружу с помощью проводника и прикреплялась к кости с помощью вышеприведенных ксенотрансплантатов. Раны ушивались наглухо. Иммобилизация гипсовой повязкой в течение одного месяца.

В 7 наблюдениях выполнена видеоартроскопическая ксенолавсанопластика застарелых

повреждений передней крестообразной связки. В этих случаях операция выполнялась без парапателлярного доступа, артроскоп использовали для контроля мест проведения лавсановой ленты (рис.9-10). После сверления каналов в мышелках бедра и голени под контролем видеартроскопа, из мышелка бедра в канал вводили длинную двойную проволоку, которую под видеартроскопическим контролем захватывали с помощью проводника и выводили наружу через канал мышелка большеберцовой кости. Далее, к концу проводника фиксировали лавсановую ленту и выводили наружу через оба канала. На завершающем этапе операции лавсановая лента прикреплялась к кости с помощью ксенотрансплантатов. Как видим, данная операция выполняется из двух насечек кожи для проведения артроскопа и двух аналогичных насечек кожи в местах выхода лавсановой ленты без нанесения дополнительной травмы параартикулярным тканям.



**Рис. 9. Схема кожных разрезов:** а – разрез по Пайеру, б – при ксенолавсанопластике, в – при видеартроскопической ксенолавсанопластике



**Рис. 10. Рентгенограмма коленного сустава больного после применения ксенолавсанопластики**

Выполнение ксенолавсанопластики по предложенной малоинвазивной методике в клинике с применением вышеназванных ксенотрансплантатов позволило добиться положительных результатов у всех пациентов. Осложнений при использовании наших материалов не наблюдалось. Выполнение операции по малоинвазивной технологии позволяло сократить сроки реабилитации больных в послеоперационном периоде на 29,6 дней по сравнению с традиционным выполнением операций из Пайеровского разреза.

**Таким образом,** результаты проведённой работы свидетельствуют о высокой эффективности предложенной малоинвазивной технологии ксенолавсанопластики застарелых повреждений передней крестообразной связки, что позволяет рекомендовать эту методику для широкого применения в реконструктивной хирургии и клинической ортопедии.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. С-Пб. «Гиппократ». 1998. -С. 112-134
2. Ортопедия (национальное руководство). Под редакцией С.П.Миронова, Г.П.Котельникова. М. «Геотар-мед». 2008. -С. 596-604
3. Абдуразаков А.У. Оптимизация техники артроскопической пластики крестообразных связок коленного сустава / Здоровоохранение Таджикистана. Душанбе.2009.№1.С. 44-46.
4. Кесян Э.М. Новый способ хирургического лечения застарелых разрывов передней крестообразной связки коленного сустава// Автореф. канд. мед. наук.Самара. 2009.24 с.

### ХУЛОСА

## КСЕНОЛАВСАНОПЛАСТИКАИ ОСЕБИ КЎҲНАШУДАИ ПАЙВАНДИ ПЕШИ САЛИБШАКЛИ БУҒУМИ ЗОНУ

**А.А.Раззоқов, Х.К.Хисомов**

Дар мақола натиҷаҳои пайвандкунии тасмаи лавсанӣ яқоя бо ксенотрансплантати устухон ба метафизи устухони рони ҳайвоноти таҷрибавӣ (харгӯш) бо истифода аз технологияи муосир баррасӣ шудааст.

Ксенолавсанопластика бо усули дар клиника коркардашуда ба 23 нафар бемор бо истифода аз технологияи камхарҷ ба ҷо оварда шуд. Ин усул дар муқоиса бо иҷрои амали анъанавии ҷарроҳӣ бо буриши Пайеровӣ мӯҳлати реабилитатсияи беморонро дар давраи баъдиҷарроҳӣ ба 29,6 рӯз ихтисор кард.

### SUMMARY

## XENOLAVSANOPLASTY OF THE FRONT CRUCIFORM LIGAMENT KNEE JOINT OLD DAMAGES

**A.A. Razzokov, Kh.K. Khisomov**

The results of lavsan band transplantation with a bony xenotransplant in femoral bone metaphysis of experimental animals (rabbits) with application of new technology are given in the article.

Xenolavsanoplasty had been done for 23 patients with front cruciform ligament knee joint old damages patients by technology created in the clinic with application of small invasive techniques. This method makes it possible to achieve positive results in all operated patients, to reduce rehabilitation period of patients by 29.6 days in postoperative period as compared with conventional performing an operation along Payerovsky section.

**Key words:** xenolavsanoplasty, front cruciform ligament knee joint old damages

---

**Адрес для корреспонденции:**

**А.А.Раззоқов** - зав. кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. И.Сомони,59 «а». [Khisom.65@mail.ru](mailto:Khisom.65@mail.ru)

## СПОСОБЫ РЕКОНСТРУКТИВНО – ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ИЛЕОСТОМЫ Ш.Б.ПОЛВОНОВ, Ю.Х.ИБРОХИМОВ, Д.О.ДЖАББОРОВ ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР КОЛОПРОКТОЛОГИИ Г. ДУШАНБЕ

На основании комплексного лечения 67 больных с патологией терминального отдела тонкой кишки доказано, что наложение илеоцекоанастомоза, илеоаседоанастомоза бок в бок с последующей ликвидацией илеостомы при острой кишечной непроходимости в терминальном отделе тонкой кишки различной этиологии является более предпочтительной процедурой по сравнению с илеотрансверзоанастомозом, илео-илеоанастомозом, что уменьшает частоту послеоперационных осложнений.

**Ключевые слова:** илеостома, илеоцекоанастомоз, илеоасендоанастомоз, илеотрансверзоанастомоз

**Актуальность.** Операция наложения концевой илеостомы выполняется у тяжёлой категории больных с различной степенью распространённости перитонита, когда наложение швов на инфильтрированную стенку кишечника представляет реальную угрозу с высокой частотой осложнений [1]. Вариант реконструктивно-восстановительной операции по ликвидации илеостомы также решается однозначно. При короткой отводящей петле тонкой кишки, как правило, второй этап заключается в гемиколэктомии и наложении илеотрансверзоанастомоза [2]. При длинной петле операция завершается наложением энтероэнтероанастомоза.

Несостоятельность швов анастомоза после резекции тонкой кишки, завершённой прямым тонкокишечным соустьем вблизи илеоцекального угла, по мнению Серовой Л.С (1988) возникает реже, чем при создании илеотрансверзоанастомоза. Автор по экстренным показаниям оперировала 55 больных, у которых граница резекции тонкой кишки была на расстоянии 10 см и менее от ИЦК. При этом 74,5% пациентам наложен прямой тонкокишечный анастомоз, летальный исход последовал в 41,5% случаях, а 25,5% больным резекция подвздошной кишки завершена илеотрансверзоанастомозом с отключением правой половины толстой кишки, летальный исход последовал в 50% случаях [2]. В этой связи авторы [3,4] рекомендуют создать анастомозы тонкой кишки «конец в конец» вблизи илеоцекального угла. По данным Буценко В.Н. с соавт. (1985), такая тактика грозит развитием серьёзных осложнений: высок риск несостоятельности швов анастомоза из-за недостаточности кровообращения терминального отдела тонкой кишки [5].

По нашим данным [6] и результатам исследования наших коллег [7], большая часть пациентов с наложенной илеостомой не обращаются в указанный срок для повторной операции, ввиду дорогостоящих затрат на оперативное вмешательство. Своевременно не ликвидированная концевая илеостома приводит к тяжёлому истощению больных, гипово-лемии, нарушениям водно-электролитного обмена, что отрицательно сказывается на результатах реконструктивно-восстановительных операций [9].

**Цель исследования:** проанализировать результаты хирургических методов ликвидации илеостомы при патологии терминального отдела тонкой кишки.

**Материалы и методы.** Работа основана на изучении результатов хирургического лечения 67 больных с патологией терминального отдела тонкой кишки, находившихся в ГКБ №5 и Городском центре колопроктологии с 1993 по 2010 год. Основную группу составили 40 (59,7%) больных, а контрольную - 27 (40,3%). Из них мужчин - 38 (56,7%) и женщин 29 (43,3%) в возрасте от 18 до 72 лет. После выполнения первого этапа оперативного вмешательства решался вопрос о сроках реконструктивно-восстановительной операции. Не выпи-

сывая больных из стационара, или отпуская их по различным объективным причинам на непродолжительное время, мы ликвидировали разгрузочную илеостому после операции илеоцеко – и илеоасцендоанастомоза. Ликвидация илеостомы проводилась внебрюшинно. Из 16 (40%) операций на втором этапе по ликвидации илеостомы 11 (27,5%) были выполнены под местной анестезией. Осложнений после этих операций мы не наблюдали.

**Результаты и их обсуждение.** Сведения о выполненных реконструктивных операциях нашли отражение в таблице 1.

Таблица 1

**Сроки и вид реконструктивно-восстановительной операции**

Характер оперативного вмешательства	Число больных (основ. группа)	%
Илеоцекоанастомоз с разгрузочной илеостомой	26	65
Илеоцекоанастомоз	6	15
Илеоцекоанастомоз конец в бок	2	5
Илеоасцендоанастомоз бок в конец + илеостома	6	15
Всего	40	100

У больных, которым на первом этапе была наложена концевая илеостома, хирургическое лечение проводилось в 2 или 3 этапа. В 8 (20%) из 22 наблюдений у больных молодого возраста, без сопутствующих заболеваний при повторной операции отсутствовали выраженные сращения, им удалось без технических трудностей мобилизовать кишечник и операции были завершены илеоасцендо- и илеоцекоанастомозом без наложения разгрузочной илеостомы. Среди указанного контингента пациентов внутрибрюшные осложнения не наблюдались, послеоперационный период протекал адекватно.

В 26 (65%) других наблюдениях мы не решились на закрытие илеостомы. Обоснованием к 3-х-этапной операции мы посчитали высокий риск различных внутрибрюшных осложнений, из-за спаечного процесса, общего соматического состояния больных. Этим больным превентивная илеостома сохранялась и был наложен илеоцекоанастомоз. В последующем, через 3-4 недели илеостома устранялась внебрюшинным способом.

В контрольной группе 27 больным потребовались повторные реконструктивные операции. В том числе 8 (29,6%) из них на первом этапе перенесли операцию наложения обходного илеотрансверзоанастомоза. Несмотря на разъяснительную беседу с пациентами о сохраняющемся «слепом мешке» и необходимости повторной операции, не все они обращались в указанные нами сроки. Причиной повторной госпитализации 5 из них явился болевой синдром в правой половине живота. Они обратились в среднем через 1,5-2 года после первой операции. После соответствующего дообследования и подготовки, больные были оперированы и перенесли правостороннюю гемиколэктомию.

Из 19 (70,3%) пациентов, которым на первом этапе наложена концевая илеостома, были попытки наложения прямого энтеро-энтероанастомоза у 2 (7,4%) из них. Длина отводящего отрезка тонкой кишки составляла 5-8 см. У 1 (3,7%) пациента результат операции был удовлетворительный, а у второго наблюдалась несостоятельность швов и путем многоэтапных операций ему выполнена правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом. Данный факт ещё раз убедил нас в проблематичности подобной тактики, при отводящем отрезке кишки длиной менее 10 см.

Из 17 (62,96%) оставшихся в этой подгруппе 14 (51,8%) пациентам на втором этапе выполнена гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом, а 3 (11,1%) наложен обходной илео-

трансверзоанастомоз. Это были пациенты, оперированные в сроки до 1 месяца после наложения концевой илеостомы, у них, несмотря на соблюдение диетического режима питания, наблюдались большие потери жидкости (до 3-4 литров в сутки) и отмечена выраженная мацерация кожных покровов не только вокруг стомы, но и поясничных областей. Помимо всего наличие стомы оказывало выраженную психологическую травму. В дальнейшем на 3 этапе хирургической реабилитации им сделана правосторонняя гемиколэктомия.

Среди пациентов, перенёсших на втором этапе гемиколэктомию внутрибрюшных осложнений не наблюдались. Данные о других осложнениях приведены в таблице 2.

**Таблица 2**

**Послеоперационные осложнения после реконструктивных операций**

Название операции	Осложнение			
	Несостоятельность анастомоза	Флебит, уретрит	Легочные осложнения	Раневые осложнения
Илеоцекоанастомоз с разгрузочной илеостомой				2
Илеоцекоанастомоз			1	
Илеоцекоанастомоз конец в бок		1		
Илеоасцендоанастомоз бок в конец + илеостома			1	2
*Правосторонняя гемиколэктомия	1		1	
* Энтеро-энтероанастомоз	1			1
* Обходной илеотрансверзоанастомоз		1		
Всего	2	2	3	5

**Примечание:**\*контрольная группа

Сравнительный анализ результатов хирургического лечения в основной и контрольной группе показывает отсутствие статистически достоверных различий по частоте послеоперационных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде.

**Таким образом,** при хирургической патологии терминального отдела тонкой кишки различной этиологии целесообразно наложение илеоцекоанастомоза с разгрузочной илеостомой или илеостомы как первого этапа операции. В последующем, не вскрывая брюшную полость, закрывается илеостома, а больным с илеостомой накладывают илеоцекоанастомоз. Такая хирургическая тактика позволяет сократить сроки реабилитации больных, получить хорошие ближайшие и отдалённые результаты.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Тимербулатов В.М., Сибаяев В.М., Фаязов Р.Р., Уразбахтин И.М., Кунафин М.С., Нагаев Н.Р., Сагитов Р.Б., Сабиров Т.Т., Валиев Н.Р. Актуальные вопросы лапароскопических и комбинированных операций /Здравоохранение Башкортостана, -2004, №3, -С. 10-11
2. Серова Л.С. О возможности прямого тонкокишечного анастомоза у илеоцекального угла / Автореф. дисс.канд.мед.наук. Ленинград. -1988. -24 с.
3. Муминов М.А., Кулиев М.К., Холов К.Э. и соавт. Наш опыт лечения брюшнотифозных перфораций кишечника / В кн.: Актуал. проблемы кл.трансфузиологии, хирургические осложнения инфекционных и паразитарных заболеваний. Душанбе. -1997. -С.101-102

4. Сенютович В.Ф., Генык С.Н. Опыт изучения обширных резекций тонкой кишки с наложением различных анастомозов / Вестник хирургии им. Грекова. -1970. -№9. -С. 66-70
5. Буценко В.Н, Антонюк С.М. Особенности тактики при острой спаечной кишечной непроходимости / Вестник хирургии. -1985. -№6. -С. 60-63
6. Полвонов Ш.Б. Тактика хирурга при перфорации брюшнотифозной язвы подвздошной кишки / Здоровоохранение Таджикистана. -2006. -№2. -С. 66-69
7. Бабаджанов Д.С., Назаров Ф.Н., Ходиев Ш.И. и соавт. Хирургическое лечение перфорации брюшнотифозных язв тонкой кишки / Здоровоохранение Таджикистана. -2006. -№2. -С. 44-47
8. Гулов А.С., Зайниддинов Р.А., Салимов А.А. и соавт. Диагностика и лечение перфорации брюшнотифозных язв кишечника / В кн.: Актуальные проблемы клинической трансфузиологии, хирургические осложнения инфекционных и паразитарных заболеваний. Душанбе. -1997. -С. 105
9. Иванов В.В. Особенности артериального кровоснабжения илеоцекального угла и резекция терминального отдела подвздошной кишки / Вестник хирургии им. Грекова. -1969. -№7. -С. 116-118
10. Чернышов С.В. Выбор предпочтительного вида превентивной кишечной стомы. /Актуальные проблемы колопроктологии. Уфа. -2007. -С. 652-654

## ХУЛОСА

### УСУЛҲОИ ҚАРРОҲИИ РЕКОНСТРУКТИВИЮ БАРҚАРОРКУНИ БАЪДИ ГУЗОШТАНИ ИЛЕОСТОМА Ш.Б.ПОЛВОНОВ, Ю.Ҳ.ИБРОҲИМОВ, Д.О.ЧАББОРОВ

Дар асоси таъобати маҷмӯии 67 нафар бемор бо этилоли қисмати интиҳои рӯдаи борик исбот карда шуд, ки гузоштани илеотсекоанастомоз, илеоаседоанастомози паҳлӯ бо паҳлӯ ва сипас бартарафозии илеостома ҳангоми ногузароғии шадиди рӯдаҳо дар қисмати интиҳои рӯдаи борик, ки пайдоиши гуногун доранд ва дар муқоиса бо илеотрансверзоанастомоз, илеоанастомоз афзалият дошта, басомади оризаҳои баъдичарроҳиро кам мегардонад.

## SUMMARY

### THE METHODS OF RECONSTRUCTIVE OPERATIONS AFTER ILEO-STOMY FORMING

#### SH.B. POLVONOV, YU.KH. IBROKHIMOV, D.O. DZHABBOROV

On the base of complex treatment of 67 patients with pathology of small bowel terminal part are proved that ileocecal anastomosis forming, side to side ileo-ascendo anastomosis with following termination of ileostomy in acute intestinal obstruction in small intestine terminal segment with on different etiology are more preferable procedure as compared with ileo-transverso anastomosis and ileoileal anastomosis and they decrease the frequency of postoperative complications.

**Key words:** ileostomy, ileo-caecal anastomosis, ileo-ascendo anastomosis, ileo-transverso anastomosis

---

**Адрес для корреспонденции:**

**Ш.Б. Полвонов** – директор Городского центра колопроктологии; Таджикистан, г.Душанбе, ул. Санои-33, Тел: +992(37)228-90-91. E-mail: Josef\_0912@yahoo.com

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ Ш.М. ЧЫНГЫШПАЕВ, О.Т. КОЧОРОВ МЕЖДУНАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ КЫРГЫЗСТАНА; НАЦИОНАЛЬНЫЙ ГОСПИТАЛЬ ИМ. И.К. АХУНБАЕВА МЗ КЫРГЫЗСТАНА

Нами изучены результаты хирургического и консервативного лечения 46 пациентов с наличием пролежней различной локализации. Для хирургического лечения данной категории больных необходима определённая предоперационная подготовка, которая заключается в санации, некрэктомии и вторичной хирургической обработке. После аналогичной подготовки 18 больным произведены оперативные вмешательства с применением ротационного кожно-фасциального и кожно-мышечного лоскута, которые позволяют оперировать пролежни практически любого размера и локализации.

**Ключевые слова:** пролежень, некрэктомия

**Введение.** Пролежни, образующиеся в результате давления тела, являются серьёзным осложнением у больных с повреждением спинного мозга и у лиц, нуждающихся в уходе на дому или в домах престарелых. Пролежни оказывают огромное отрицательное влияние как на общее состояние больных, так и на частоту осложнений и летальных исходов. Они повышают общую стоимость лечения за счёт увеличения продолжительности пребывания пациента в стационаре, расходов по уходу за ним и затрат времени обслуживающего персонала. Большинство исследований по этой проблеме посвящены профилактике развития пролежней, однако, несмотря на использование самых современных технических разработок, полностью избежать этих осложнений не удаётся.

Под пролежнями мы понимаем хроническую язву мягких тканей, развившуюся у больных с нарушением чувствительности в результате сдавления, трения или смещения кожи или сочетания этих факторов. О частоте и распространённости возникновения пролежневых язв очень трудно судить, так как в литературе существует огромное количество анализов, проведённых различными учреждениями здравоохранения, больницами, специальными клиниками, домами престарелых. Поэтому данные о распространённости пролежневых язв сильно варьируют в различных клиниках, а также в разных странах. Так по данным Rudman и соавт. (США) распространённость этого осложнения колеблется от 2% до 16%. В Шотландии у 8,8% госпитализированных больных были выявлены пролежни. В исследованиях Лондонского королевского госпиталя Великобритании сообщалось о частоте пролежней, составившей от 5 до 8,8%. Эти цифры обычно резко возрастают у больных в неотложных состояниях или с острыми заболеваниями. Так, Allman сообщил о частоте пролежней от 7,7% до 25%, которые появились в течение нескольких дней или недель после острого приступа при поступлении в больницу [1-3].

Почти 96% пролежней появляются в нижних отделах тела: на крестце и седалищных буграх (67%), нижних конечностях (29%). Однако, пролежни могут встречаться и на других частях тела: в области затылка, лопаток, области локтей [1].

**Цель исследования:** определение роли предоперационной подготовки и эффективности оперативного вмешательства у больных с пролежнями.



**Материал и методы.** Нами изучены результаты хирургического и консервативного лечения 46 пациентов с наличием пролежней различной локализации в возрасте от 14 до 71 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии клиники им. академика И.К. Ахунбаева Национального госпиталя в период с 2000 по 2009 год. Среди всех пациентов женщины составляют 19, мужчины - 27. Из них от 13 до 30 лет - 12 (26%) больных, 31-50 лет - 26 (57%), от 51 до 70 лет - 7 (15%) и старше 70 лет - 1 (2%) больной.

Всем пациентам при поступлении проводили комплексное лабораторное, бактериологическое и клинично-рентгенологическое обследование. В анализах крови выявлено наличие анемии, повышение уровня лейкоцитов, увеличение СОЭ, снижение количества белка крови, снижение клеточного и гуморального иммунитета. При бактериальном посеве крови раневого отделяемого и послеоперационного материала микрофлора верифицирована у 43 больных. В посевах выделения из раны у 38 больных преобладала грамположительная микрофлора, а у 6 была выявлена грамотрицательная микрофлора. Среди грамположительных микроорганизмов у 36 были верифицированы различные штаммы стафилококков, у 2 - стрептококки. Грамотрицательная флора представлена кишечной палочкой, синегнойной палочкой и протеем. У двух септических пациентов из крови высеян золотистый стафилококк. С целью выявления деструктивных изменений со стороны костной ткани 32 больным выполнены рентгенологические, рентген-томографические, а также ядерно-магнитно-резонансное исследование, где обнаружены костные разрушения крестцовой кости, седалищного бугра, большого вертела бедра и других костей.

**Результаты и их обсуждение.** По локализации процесса изолированный пролежень был у 25 больных (54%), а сочетанные были у 21 (46%), из них локализация пролежня в области крестца и большого вертела - у 9 больных. При анализе причин возникновения пролежней оказалось, что у 37 пациентов пролежни появились вследствие компрессионных переломов поясничного или пояснично-грудного отделов позвоночного столба. У 2 пациентов развились после миелита спинного мозга, у 2 - после локальной травмы в области крестца, а у 3 больных пролежни возникли после полостных операции на органах брюшной полости в районных больницах по месту жительства. Остальные больные поступили из домов престарелых в связи с недостаточным уходом. Для успешного проведения операции необходима подготовленная раневая поверхность, покрытая хорошо васкуляризованными грануляциями. Поэтому подготовка пролежня к операции обычно занимает очень много времени, от 1 до 3 месяцев.

Всем 46 пациентам в ходе лечения производились такие операции как хирургическая обработка раны и санация с последующей аутодермопластикой 4 больным, у 3 больных раны закрылись самостоятельно после хирургической обработки. У 8 больных с наличием пролежня в области седалищного бугра выявлен остеомиелит седалищной кости, в связи с чем произведена резекция седалищных бугров, после которой у 2 пациентов пролежни закрылись самостоятельно.

Всем остальным 35 пациентам производилась пластика пролежней местными тканями, при этом использовали пластику пролежней перемещёнными кожными, кожно-фасциальными и кожно-мышечными ротационными лоскутами на ножке. Эта методика в сочетании с активным дренированием раны позволила значительно расширить показания к оперативному вмешательству. В настоящее время благодаря этому арсеналу методов можно оперировать пролежни практически любого размера и локализации. В клинике подобные ротационные кожно-фасциальные и кожно-мышечные лоскуты использованы для 18 больных, из них у 12 пролежни локализовались в области крестца, а у 6 больных в области большого вертела бедра. При локализации пролежней в области крестца применены верхне-ягодичные лоскуты с двух сторон в виде «бабочки», или с одной стороны. А при локализации пролежней в

области большого вертела бедра - кожно-фасциальный лоскут широкой фасции бедра. В двух случаях при остеомиелите седалищной кости из-за обширности дефекта использован ротационный кожно-фасциальный лоскут после удаления седалищного бугра.

Из медикаментозных препаратов назначены антибиотики по результатам посева из раны и крови больных, по показаниям - инфузионная терапия. Дефицит клеточного или гуморального иммунитета коррегировали назначением Т-активина, тимолина, циметидина, препаратов женьшеня и внутривенным введением плазмы и др.

В послеоперационном периоде у одного больного рана осложнилась прорезыванием швов из-за натяжения краев лоскутов, у всех остальных рана зажила первичным натяжением. Почти у всех больных в послеоперационном периоде наблюдалась лимфорея, в связи с чем дренажные трубки по Редону удалены в более длительные сроки, т.е. через 2-3 недели после операции.

**Вывод.** Для успешного хирургического лечения больных с пролежнями обязательна длительная предоперационная подготовка в основном в амбулаторных условиях. Использование пластики пролежней местными тканями, перемещёнными кожными, кожно-фасциальными и кожно-мышечными ротационными лоскутами на ножке в сочетании с активным дренированием раны позволила заметно расширить показания к оперативному вмешательству, что значительно улучшило результаты хирургического лечения больных с пролежнями.

## Литература

1. Басков А.Б. Хирургия пролежней// М.- «Гэотар-Медиа».-2001.-204с.
2. Ли Б.И., Герц Б.Л. Хирургическое лечение кожных и пролежневых язв//Перевод с англ. к.м.н. Селезнева М.Н./ М.- «Медицина».- 2003.- 301с.
3. Горюнов С.В. Пролежни. Трофические язвы // Клиническая хирургия. Национальное руководство. М.-«Гэотар-Медиа».- 2008. №1.- С.600-655

## ХУЛОСА

### УСУЛҲОИ МУОСИРИ МУОЛИҶАИ ҶАРРОҶИИ НОҚИБҲО Ш.М.ЧИНГИШПАЕВ, О.Т.КОЧОРОВ

Натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳӣ ва дорушифоии 46 нафар бемори гирифтори ноқибҳои ҷойгиршавиашон гуногун омӯхта шудааст. Ҷамзамон бояд қайд кард, ки барои муолиҷаи ҷарроҳии ин беморон тайёрии муайяни пеш аз амали ҷарроҳӣ, ки аз санатсия (беҳсозӣ), изолаи бофтаҳои мавтшуда ва покизакунии такрорӣ ҷарроҳӣ иборат аст, зарур аст. Баъди чунин омодагӣ ба 18 бемор амалиёти ҷарроҳӣ бо истифодаи васлаи пӯсту фатсиалии ва пӯсту мушакӣ гузаронида шуд, ки барои ҷарроҳӣ намудани ноқибҳои андозаи дилхоҳ ва ҷойгиршавиашон гуногун имконият медиҳад.

## SUMMARY

### MODERN METHODS OF PRESSURE SORES SURGICAL TREATMENT SH. M. CHYNGYSHPAEV, O.T. KOCHOROV


We studied the results of surgical and conservative therapy in 46 patients with different localizations of pressure sores. Meanwhile it should be noted that definite preoperative preparation is necessary for this category of patients' surgery treatment. The preparation consists in sanitation, necrectomy and second surgical debridement. After similar preoperative preparation 18 patients underwent surgery with rotary fasciocutaneous and myocutaneous flap use. The method makes it possible to operate any size and localization of pressure sores.

**Key words:** pressure sores, necrectomy

---

**Адрес для корреспонденции:**

**О.Т.Кочоров** – Национальный госпиталь им. И.К. Ахунбаева МЗ Кыргызстана  
Тел.: 0 (312) 620961 моб. 0 (555) 375012



### ОБОСНОВАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ КСЕНОТРАНСПЛАНТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫМИ ПРОЦЕССАМИ КОСТЕЙ

**Н.И. БАЗАРОВ, В.А. НАРЗУЛОВ, Д.М. КУРБАНОВ,  
Х.С.УСМОНОВ, Н.М.РАХИМОВ, А.З.КАХАРОВ**  
КАФЕДРЫ ОНКОЛОГИИ; ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И  
ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ТГМУ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО

На основании изучения научно-медицинской литературы и значительного клинического материала (n=98) обоснована возможность замещения костного дефекта при оперативных вмешательствах у больных с новообразованиями костей и опухолеподобными процессами.

**Ключевые слова:** новообразования костей, костная ауто - и ксенотрансплантация

**Введение.** С увеличением частоты и распространённости опухолей костной ткани, а также с расширением диапазона объёма и характера оперативных вмешательств резко возрастает значение проблемы выбора пластического материала для замещения обширных дефектов костей [1-3]. В восстановительной хирургии опорно-двигательного аппарата до сих пор используется самые разнообразные пластические материалы, причём лучшими из них по праву считаются аутологичные костной ткани и другие компоненты, которые с истечением определённого времени от 6 месяцев до года и более могут рассасываться, что дискредитирует опорные и контурные функции пересаженного костного трансплантата и наносится дополнительная травма (физическая, психологическая) как пациенту, так и оперирующему хирургу. Поэтому наиболее существенным оказывается вопрос об количестве, размере, объёме, устойчивости трансплантируемой костной ткани к лизису, вторичной инфекции, отсутствию дополнительных послеоперационных травм пациенту, а также доступность костного трансплантата.

В последние десятилетия в костно-пластической хирургии наравне ауторансплантацией всё большее применение находят консервированные алло- и ксеногенные костные трансплантаты, которые, хотя являются чужеродными для организма человека, но они - биологически полноценные, устойчивые к лизису, инфекции, а также обладают достаточной остеогенной прочностью и опорными свойствами, что доказано и подтверждено рядом исследователей [3-6].

Наряду с применением различных трансплантатов в костной хирургии происходит усовершенствование методов консервирования костной ткани и её компонентов, так как ранее предложенные способы консервации костной ткани имеют ряд недостатков, которые обусловлены использованием консервантов формалина, фенола, альдегидов, перекиси водорода и других растворов высокой концентрации, что отражается на их качестве, которая приводит к разрушению, снижению биологических свойств и устойчивости к инфекциям, что может привести к увеличению количества неудовлетворительных результатов костно-пластических операций [4]. В этом аспекте изыскание новых способов консервирования биологических тканей оправдано с точки зрения меньших финансовых затрат, которые отличаются от других трансплантатов простотой заготовки материала, экономичностью, устойчивостью его к инфекциям, снижением чужеродности и сохранением относительно нейтральной биологической ценности.

**Цель исследования:** обоснование возможности применения ксенотрансплантации в лечении больных с КНОП.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением в Государственном учреждении Онкологического научного центра МЗ РТ в период с 1998 по 2009 год находились 71 больных с КНОП. Среди них: женщин было 36 (52,7%), мужчин - 35 (47,3%). Возраст больных колебался от 5 до 70 лет, а также 27 пациентов с первичными опухолями и опухолеподобными процессами, прочими заболеваниями костей скелета (ПООППЗКС), которые находились на дообследовании и стационарном лечении в Национальном медицинском центре РТ, где произведено 17 костных аутотрансплантаций. Среди них: мужчин было 17 (63%), женщин - 10 (37%), а возраст больных колебался от 16 до 81 лет. Таким образом, собственные наблюдения базируются на клиническом обследовании и лечении 98 больных с ПООППЗКС (табл.1).

**Таблица 1**

**Локализация, характер морфологического строения, количество первичных опухолей и опухолеподобных процессов, прочих заболеваний костей скелета (ПООППЗКС)**

Локализация ПО-ОППЗКС	Характер морфологического строения				Всего больных
	Доброкачественный	Злокачественный	Опухоль - подобный	Прочие	
<b>Кости лицевого скелета и черепа</b>	48	23	11	-	82
нижняя челюсть	21	3	2	-	26
верхняя челюсть	12	18	6	-	36
лобная пазуха	14	-	3	-	17
височная кость	-	2	-	-	2
сосцевидная кость	1	-	-	-	1
<b>II-Кости конечностей</b>	4	-	2	10	16
Нижняя конечность	1	-	1	9	11
Верхняя конечность	3	-	1	1	5
<b>Итого</b>	<b>52</b>	<b>23</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>98</b>

Согласно таблице 1, основную массу среди костных новообразований и опухолеподобных процессов скелета составляли: а) доброкачественные опухоли – 52 (54 %); б) злокачественные опухоли – 23 (23%); в) опухолеподобные процессы – 13 (13%); г) прочие поражения, к ним относились продуктивно воспалительные процессы (хронический остеомиелит, гранулематозный остеомиелит, фронтит и другие продуктивные воспалительные процессы) – 10 (10%). Из табл.1 видно, что среди всех наблюдаемых больных, у 82 опухоли и опухолеподобные процессы локализовались в области костей лицевого скелета и черепа: из них: у 59% - установлены доброкачественные новообразования, у 28% - злокачественные опухоли, у 13% - установлены опухолеподобные процессы. У 16 больных опухоли, опухолеподобные процессы и прочие поражения локализовались в области верхних и нижних конечностей, из них: у 62,5% - прочие поражения, то есть хронические продуктивно воспалительные процессы, имитирующие костные новообразования, у 25% - доброкачественные костные опухоли, у 12,5% - опухолеподобные процессы костей.

При анализе сведения о распределении больных по опухолям, опухолеподобными процессами и прочими поражениями костей скелета по полу и возрасту в порядке регрессии было установлено, что из 98 чел. 45 были в возрасте от 5 до 19 лет, 20 - в возрасте от 20 до 29 лет, 9 - в возрасте от 40 до 49 лет, 8 - в возрасте от 60 до 69 лет, 7 - в возрасте от 50 до 59 лет, 5 - в возрасте от 30 до 39 лет, 3 - в возрасте от 80 до 89 лет, 1 был в возрастной группе от 70 до 79 лет (табл. 2).

Таблица 2

**Распределение больных с ПООППЗКС  
по полу и возрасту**

Пол	Возраст больных								Всего больных
	5-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	
Муж.	24	11	1	2	5	6	-	2	51
Жен.	21	9	4	7	2	2	1	1	47
Итого	45	20	5	9	7	8	1	3	98

Далее наши исследование будут касаться сравнительной оценки эффективности лечения ауто- и ксенопластики при костных новообразованиях и опухолеподобных процессах (КНОП). Для получения достоверных данных больные с КНОП и прочими поражениями костей были распределены на две группы, в зависимости от использованных трансплантатов при выполнении костнопластического восстановительного этапа оперативного вмешательства: в первой группе - 27 больных, среди этой группы у 10 был хронический продуктивный воспалительный процесс, они поступили с целью дифференциальной диагностики и оптимизации лечения, им также в качестве аутоостеотрансплантата были использованы: ребро, гребень подвздошной кости, венечный отросток нижней челюсти на височной мышце и др. Во второй группе (16 больных) был внедрён костный ксенотрансплантат (ребро 6 - месячного телёнка), консервированное в 0,5%-ном растворе формалина. Для объективизации клинических исследований 10 больных с хроническими продуктивными воспалительными процессами были сняты из первой группы клинических наблюдений.

В целях усовершенствования консервирования ксенотрансплантатов и улучшения приживаемости, а также предупреждения послеоперационных гнойных воспалительных процессов при костных пластических операциях по поводу опухолей и опухолеподобных процессов, нами применялись различные способы: 1.Способ лечения доброкачественных опухолей и опухолеподобных процессов костей лицевого скелета (удостоверение на рацпредложение №2007-Р/от 25.12.2001г., выданное БРИЗ ТГМУ, г.Душанбе, РТ); 2. Способ консервирования

декальцинированных костных трансплантатов (Удостоверение на рацпредложение №3034-Р-249/от 16.11.2004г., выданное БРИЗ ТГМУ, г.Душанбе, РТ); 3. Способ приготовления и консервирования трансплантатов (Удостоверение на рацпредложение №3028-Р-243/от 25.10.2004г., выданное БРИЗ ТГМУ, г.Душанбе, РТ).

Оценку эффективности лечения костных опухолей и опухолеподобных процессов во всех группах мы проводили на основании субъективных ощущений больных и объективных показателей.

Цифровые данные клинических исследований обработаны с применением методов вариационной статистики, вычисленный на основании критерий, Стьюдента – Фишера по программе проверки гипотезы о равенстве средних при неизвестных и известных дисперсиях и  $n_1 \neq n_2$ , а также на ЭВМ «Электроника» МС 0511. Различия между сравниваемыми величинами считали достоверными при  $P < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** В хирургии костных новообразований достигнуты значительные успехи, однако, существует ещё немало нерешённых вопросов, в частности, связанных с оценкой эффективности лечения костной аутоотрансплантацией и ксенотрансплантацией при КНОП в сравнительном аспекте, в зависимости от использованного трансплантата, применяемого во время реконструктивного восстановительного этапа оперативного вмешательства.

Одним из важных факторов гомеостаза человека является состояние кроветворной системы. Образование клеток крови происходит в кроветворных органах (красном костном мозге, лимфатических узлах и селезёнке).

По истечении срока жизни клетки крови разрушаются в системе мононуклеарных фагоцитов. В физиологических условиях процессы кроветворения и кроверазрушения находятся в строгой координации, регулируемой сложными путями (гуморальным, нервным), что обеспечивает постоянство клеточного состава крови. На основе экспериментальных данных установлено, что в кроветворных органах имеются элементы, обладающие способностью к самоподдержанию, пролиферации и дифференциации во всех направлениях кроветворения, то есть имеющих черты, характерные для стволовых клеток. В настоящее время установлено существование двух популяций стволовых клеток - пролиферирующего пула и пула, состоящего из клеток, находящихся вне методического цикла, в стадии покоя (G0).

Последняя популяция является основой и составляет (80-90%) стволовых клеток. Поэтому представляет большой научный интерес для изучения влияния различных трансплантатов на клеточный состав периферической крови пациентов с КНОП, которая, согласно группам, представлена в таблице 3, из последней следует, что у пациентов первой группы значительную разницу имели следующие показатели клеточного состава периферической крови: а) гемоглобин до и после операции 24,3; б) тромбоциты 13,78; в) лимфоциты 3,81; г) нейтрофилы сегментоядерные 3,44; д) скорость оседания эритроцитов 3,07, а во второй группе значительную разницу имели – а) тромбоциты 9,96; б) гемоглобин 4,48; в) лимфоциты 4,16. Другие показатели клеточного состава периферической крови в обеих сравниваемых группах колебались в пределах нормальных показателей. Столь разительные отличия показателей клеточного состава периферической крови в первой группе по-видимому, были обусловлены не только обширностью оперативных вмешательств, но и вторичной травмой, наносимой в области взятия аутоотрансплантата, то есть из гребня подвздошной кости, ребра венечного отростка нижней челюсти, а также влиянием аутоотрансплантата как местно, так и через плазму крови.

Менее выраженные изменения клеточного состава периферической крови во второй группе больных, после выполнения костнопластических операций с использованием ксенотрансплантата при КНОП, были обусловлены отсутствием вторичной травмы, сокраще-

нием длительности оперативного вмешательства, относительной биологической инертностью и антисептическим свойствам ксеногенной кости.

**Таблица 3**  
**Показатели клеточного состава периферической крови больных I и II групп КНОП, подвергнутых ауто – ксенопластике**

№ п/п	Показатели	Пределы нормальных колебаний	Группа больных			
			Исходные статистические показатели пациентов			
			I группа аутопластики		II группа ксенопластики (формалин 0,5%)	
			До	После	До	После
		M±m	M±m	M±m	M±m	
1	Эритроциты	3,7-5,1	4,36±5,35	3,93±4,91	3,79±1,12	3,46±1,18
2	Гемоглобин	115-164 г/л	145,04±3,48	120,74±2,42	112,21±10,68	107,73±4,33
3	Цветовой показатель	0,002-1,05	1,13±6,94	9,67±3,32	2,68±1,18	2,65±1,18
4	СОЭ мм/ч	2,0-10,0	18,25± 2,36	15,18±2,44	15,0±2,30	14,5±2,92
5	Тромбоциты, г/л	180-320	282,46±9,50	268,68±10,03	282,71±-11,42	272,75±18,84
6	Лейкоциты, г/л	4,0-8,8	6,20±1,60	6,61±1,53	6,11±2,10	6,83±5,07
7	Нейтрофилы, %					
A	Палочкоядерные	1-6	5,37±4,74	4,68±3,39	5,18±1,20	4,62±7,79
B	Сегментоядерные	45-70	61,62±9,09	58,18±9,85	59,56±1,25	60,31±1,0
8	Эозинофилы, %	0-5	2,18±2,53	1,37±1,49	1,81±2,01	1,56±1,76
9	Лимфоциты, %	18-40	23,81±1,48	20,0±1,46	26,56±1,64	22,4±2,27
10	Моноциты, %	2-9	4,93±3,89	3,87±1,95	5,37±4,22	4,37±5,21
			n=17	n=17	n=16	n=16

Одними из важных критериев эффективности проводимых костно-пластических реконструктивно-восстановительных операций при КНОП, являются: заживление после операционных ран, восстановление функции, трудоспособности и количество дней больных в клинике, которые представлены в таблице 4. Согласно этой таблице, у больных первой группы заживление послеоперационных ран первичным натяжением происходило у 59% клинического наблюдения, а во второй группе – у 82% пациентов, то есть с разницей на 23%, заживление послеоперационной раны вторичным натяжением больше было на 29% в первой группе, чем во второй группе, что было обусловлено дополнительной травмой в связи с взятием аутотрансплантата, двумя послеоперационными ранами, отсутствием антисептических свойств аутотрансплантата.

**Таблица 4**  
**Результаты эффективности лечения I и II групп больных с КНОП, в зависимости от использованных трансплантатов**

Группы больных и их количество	Первичным натяжением	Вторичным натяжением	Степень оценки эффективности после послеоперационной реабилитации больных (инвалидность)					Количество койко-дней (КД)
			0	1	2	3	4	
I группа больных с аутопластикой n=17	10	7	9	4	1	2	1	86
	(59%)	(41%)	(53%)	(24%)	(5,8%)	(11,6%)	(5,8%)	
II группа больных с ксенопластикой (формалин 0,5%) n=16	13	2	13	0	2	1	0	26
	(82%)	(12%)	(82%)	-	(12%)	(6%)	-	

При сравнительной оценке эффективности послеоперационной реабилитации больных с КНОП, I и II группы установлено было, что в I группе 53%, то есть больные были полностью активными, способными выполнять ту работу, которую осуществляли до болезни, без ограничений; а во второй группе такие больные составили 82%, то есть с разницей в 29%. Пациенты, которые испытывали трудности при выполнении физической или напряжённой работы, но были способны выполнять лёгкую или сидячую работу, относились к первой группе, что составило 24%, этого не было во второй группе. Больные, которые обслуживали себя полностью, но не были способны выполнять работу и большую часть дневного времени они проводили не в постели составили 6,2%, и больше их было во второй группе, чем в первой. Больные, которые обслуживали себя с ограничениями и более 50% времени проводили лёжа в постели, составили в первой группе 11,6%, а во второй группе – 6%, что на 5,6% меньше, чем в первой группе. Полная инвалидность, когда пациент не был способен обслуживать себя и был прикован к постели, наблюдалась лишь у одного больного (5,8%), что было связано сопутствующим заболеванием, а именно гипертонической болезнью II Б степени, осложнившейся геморрагическим инсультом. При анализе койко - дней согласно таблице 3 установлено наибольшее количество дней пребывания больных с КНОП, в клиниках в первой группе отмечено, и составило 86 дней, что больше, чем во второй группе - 60 дней.

Все вышеприведённые данные говорят о преимуществе использования ксенотрансплантатов для костной пластики при КНОП.

**Вывод.** Сравнительная оценка эффективности использования в реконструктивном восстановительном этапе ауто - и ксенотрансплантатов при КНОП, наглядно показала очевидное преимущество ксенотрансплантации. Это проявилось в менее выраженных изменениях клеточного состава периферической крови, в отсутствии вторичной травмы, сокращении длительности оперативного вмешательства, относительно биологической инертностью и антисептическими свойствами ксеногенной кости, а также первичным заживлением после операционной раны, ранним восстановлением функции, трудоспособности и уменьшением количества дней пребывания больных в клинике. Таким образом, ксенотрансплантация может быть альтернативой и методом выбора при костнопластических операциях у пациентов с КНОП.

## Литература

1. Bielack SS, Kempf-Bielack B et al. Prognostic factors in high-grade osteosarcoma of the extremities or trunk: an analysis of 1,702 patients treated on neoadjuvant cooperative osteosarcoma study group protocols. J Clin Oncol 2002; 20: 776-790
2. Kempf- Bielack B, Bielack SS, Jurgens H et al. Osteosarcoma relapse after combined modality therapy: an analysis of unselected patients in the Cooperative Osteosarcoma Study Group (COSS) J Clin Oncol 2005; 23: 559-568
3. Базаров Н.И. Современные подходы хирургической реабилитации дефектов и деформации челюстно - лицевой области и шеи у онкологических больных./ Н.И.Базаров. // Журнал здравоохранения Таджикистана.- 2009. № 1,-С.46-53
4. Болтрукевич С.И. Применение аллогенных костных трансплантатов в клинической практике // В: Актуал. вопросы экспер. хирургии, транспл. Душанбе, 2007, -С. 132-134
5. Митрошенков П.Н. Пластика послеоперационных дефектов лицевого скелета перфорированными АО/ASIF-экранами и индивидуальными литыми имплантатами // В: Совр. технологии в онкологии / Ростов-на-Дону 2005. - Т. 1. - С. 91-92
6. Базаров Н.И. Использование ксеногенного костного матрикса консервированного в смеси 0,5% ФА с добавлением гентамицина. Общества хирурга, Материалы.-57 годичной научно-



практ, конфер. с межд. участием, посвящённые 70 - летию образования ТГМУ им. Абуали ибни Сино /Н И.Базаров, Д.М.Курбанов, В.А. Нарзулоев/ Душанбе .2009. --С. 538-540

7. Кириллова И.А. Влияние физических и химических факторов на индуктивный остеосинтез при пересадке деминерализованного костного трансплантата (экспериментальное исследование): Автореф. канд. дис.- М., 2003.- 24 с.
8. Тельпухов В.И., Николаев А.В. Профилактика ишемических повреждений головного мозга в эксперименте // Актуал. вопросы экспер. хирургии, трансплантол. и консервирования трансплантатов. – Душанбе, 2007. – С. 288-29

## ХУЛОСА

### АСОСНОККУНИИ ИСТИФОДАИ КСЕНОТРАНСПЛАНТАТСИЯ ДАР ТАБОБАТИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ОМОСҶО ВА РАВАНДИ ОМОСМОНАНДИ УСТУХОНҶО

**Н.И.БОЗОРОВ, В.А.НАРЗУЛОЕВ, Д.М.ҚУРБОНОВ,  
Х.С.УСМОНОВ, Н.М.РАҶИМОВ, А.З.ҚАҶОРОВ**

Дар асоси омӯзиши адабиёти илмӣ-тиббӣ ва маводҳои зиёди сарирӣ (n=98) имконияти ивазнамоии нуқсони устухон ҳангоми амалиёти ҷарроҳӣ дар беморони гирифтори омосҷо ва раванди омосмонанди устухонҷо асоснок карда шудааст.

## SUMMARY

### THE SUBSTANTIATION OF XENOTRANSPLANTATION USE IN PATIENTS WITH NEOPLASMS AND TUMOR-LIKE ACTIVE BONES PROCESSES

**N. I. BAZAROV, V.A. NARZULOEV, D.M. KURBANOV, KH.S. USMONOV,  
N.M. RAKHIMOV A.Z. KAKHAROV**

On the base of scientific medical literature study and considerable clinical material (n=98) the possibility of bone defect replacement in patients with neoplasms and tumor-like active bones processes is substantiated.

**Key words:** bone neoplasms, bone auto- and xenotransplantation

---

**Адрес для корреспонденции:**

**Н.И. Базаров** - зав. кафедрой онкологии ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки-39,  
Тел.: 905505999

## **ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КРАНИОБАЗАЛЬНОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ**

**Э.С.ХУСАИНОВ, А.ЧОБУЛОВ, С.Д.ХУСАИНОВ, С.А.ЧОБУЛОВ**  
**КАФЕДРА НЕЙРОХИРУРГИИ ТГМУ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО**

Работа основана на анализе историй болезни 284 больных с краниобазальной черепно-мозговой травмой. Больным проводились дополнительные методы исследования: краниография, эхо-энцефалоскопия, отоскопия, компьютерная томография (КТ). Наиболее эффективным методом диагностики травмы у больных явилась КТ, позволяющая диагностировать линейные переломы, переходящие на основание черепа (в 100% случаев), которые не всегда выявляются на краниограммах, а также оценить состояние головного мозга и обнаружить внутричерепные гематомы. За 2000-2005 г.г. диагностировано 28 внутричерепных гематом, которые во всех случаях оперированы, летальность составила 53%. С использованием КТ за 2 года диагностированы 34 интракраниальные гематомы. После комплексного лечения хорошее восстановление отмечено у 82% больных.

**Ключевые слова:** краниобазальная травма, компьютерная томография, краниография, внутричерепные гематомы

**Актуальность.** Травматизм, в частности черепно-мозговая травма, становится все более актуальной проблемой не только медицины, но и любой общественной системы в целом. В общей структуре травматизма повреждение центральной нервной системы составляет 30-40% [2].

Среди пострадавших от черепно-мозговых травм (ЧМТ) особую группу составляют больные с краниобазальной ЧМТ, характеризующейся повреждением базальных отделов головного мозга, стволов черепно-мозговых нервов на основании черепа и нередко переломами основания передней и средней черепных ямок, относящихся к наиболее сложным видам черепно-мозговой травмы [4]. Всё это требует новых адекватных методов диагностики и лечения, направленных на улучшение исходов при краниобазальных черепно-мозговых травмах. До недавнего времени одним из первых и наиболее доступных методов диагностики при этом виде повреждений являлась краниография, производимая, как минимум, в двух взаимно перпендикулярных проекциях. Однако, обзорные краниограммы не могут дать полной информации о состоянии, в частности, о наличии трещины или фистулы многих участков основания черепа. Наиболее эффективным рентгенологическим методом диагностики краниобазальной ЧМТ является компьютерная томография головного мозга, которая даёт возможность прижизненной визуализации головного мозга, внутричерепных пространств, а также костей и мягких тканей покрова черепа [1].

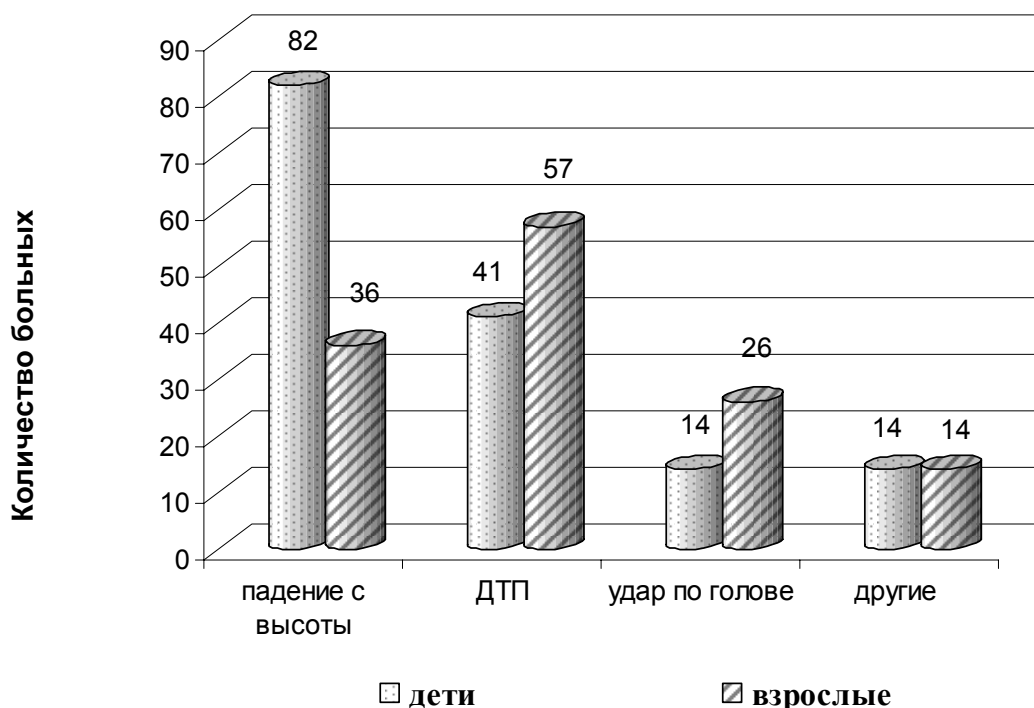
**Цель исследования:** улучшение диагностики, лечения и его исходов у больных с краниобазальной черепно-мозговой травмой.

**Материал и методы исследования.** За период 2000-2007 годы под нашим наблюдением находилось 284 больных с краниобазальной черепно-мозговой травмой, на стационарном лечении в нейрохирургических отделениях кафедры нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино на базе Национального медицинского центра Республики Таджикистан. Больным

проведено комплексное обследование, включающее: клиничко-неврологический осмотр, краниографию (РУ М-20 с YHU ZOХ 274 диафрагмой TADLIX-FI-EDR-750B), эхо-энцефалоскопию (ЭХО-ЭС 11) и компьютерную томографию (КТ в костном и мягкотканном режиме, фирмы TOSHIBA 2005 – Япония).

Возраст больных колебался от 1 года до 60 лет (средний возраст  $32 \pm 2$  года). Детей было 151 (53,2%), взрослых - 133 (46,8%).

**Результаты и их обсуждение.** Переломы основания передней черепной ямки диагностированы у 81 (28,5%), переломы основания средней черепной ямки - у 183 (64,4%), сочетание переломов основания передней и средней черепных ямок составили 20 (7,1%) случаев.



**Диаграмма 1. Распределение больных по возрасту и механизму травмы**

Как видно из диаграммы, основной причиной краниобазальной черепно-мозговой травмы у детей было падение с высоты, а у взрослых - дорожно-транспортное происшествие (ДТП).

Ушиб головного мозга легкой степени диагностирован у 4 (1,4%), средней степени тяжести - у 96 (33,8%), ушиб головного мозга тяжелой степени - у 184 (64,8%) больных.

Из 284 пострадавших 57 пострадавшим произведено КТ исследование черепа и головного мозга. Краниография черепа произведена всем больным. Произведённые краниограммы позволяли получить представления о характере перелома кости, расположении костных отломков.

Из 284 пострадавших с краниобазальной ЧМТ у 29 (10,2%) больных на краниограммах выявлены компрессионные переломы, у 178 (62,7%) - линейные переломы свода, переходящие на основание черепа. У 68 (23,9%) пострадавших на краниограммах переломы костей, не были диагностированы, что связано с низкой информативной возможностью данного метода исследования, и диагноз перелома основания передней или средней черепной ямки был установлен клинически, на основании внешнего осмотра больного (рино - и оторрея, кровоподтёки век, заушной и шейно-затылочной областей), а также на основании поражения соответствующей группы черепно-мозговых нервов (I, II, III, IV, VI при переломах основания

передней черепной ямки; VII, VIII при переломах основания средней черепной ямки). Так, по данным авторов [3], в ранние сроки травмы переломы основания черепа распознавались лишь в 23,8% случаях, несколько лучше обстояло дело с переломами основания передней черепной ямки, продолженными со свода черепа, - 45,5%, что проявлялось, в основном, косвенными признаками- распространение линии перелома на основание черепа без точной локализации.

Из 57 пострадавших, которым при поступлении произведена рентгенография черепа, у 26 (45,6%) не выявлено переломов костей черепа. Однако, после выполнения КТ черепа в костном режиме у всех больных (100%) диагностированы переломы костей свода и основания черепа. Таким образом, процент выявляемости переломов у больных с краниобазальной черепно-мозговой травмой соответствует данным литературы.

Из 62 больных, у которых были диагностированы интракраниальные гематомы (общее количество), в 34 (54,8%) случаях диагноз был подтверждён на основании данных компьютерной томографии. Оперировано 18 (54,5%) больных, в остальных случаях (45,5%) произведено консервативное лечение.

В таблице представлена сравнительная характеристика результатов лечения больных с внутричерепными гематомами, диагностированными с помощью ЭХО-ЭС и КТ.

Исходы лечения оценивали по шкале исходов Глазго (ШИГ) (см.табл.).

**Таблица**

**Сравнительная характеристика результатов лечения внутричерепных гематом**

Исходы по ШИГ	ЭХО-ЭС	КТ
Хорошее восстановление	7 (25%)	28 (82,4%)
Умеренная инвалидизация	2 (7,1%)	2 (5,9%)
Грубая инвалидизация	3 (10,7%)	1 (2,9%)
Вегетативный статус	1 (3,7%)	1 (2,9%)
Летальность	15 (53,5%)	2 (5,9%)
Всего	28	34

Эти данные свидетельствуют о том, что широкое использование современных методов исследования, в частности КТ, позволяет почти вдвое увеличить выявляемость внутричерепных гематом, выбрать оптимальный метод и улучшить качество лечения больных. Высокий процент хорошего восстановления у больных, диагностированных с помощью КТ, объясняется своевременной диагностикой и оптимальным выбором лечения как в отношении хирургического доступа, так и консервативного лечения.

Из 57 больных у 17 (29,8%) при поступлении была установлена лёгкая черепно-мозговая травма, однако, после проведения КТ головного мозга были выявлены более грубые повреждения, в связи с чем диагноз был перекалифицирован на тяжёлую черепно-мозговую травму.

В качестве примера приводим следующее клиническое наблюдение.

Больной И., 40 лет, история болезни № 573. Доставлен в клинику нейрохирургии на 3 сутки после травмы. Из анамнеза: в бытовой драке получил удар рукояткой лопатки по голове. Потерял сознание, после чего отмечается отсутствие речи. Первично доставлен в ЦРБ по месту жительства. Диагноз: «Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга лёгкой степени». В последующем он был доставлен в клинику НМЦ РТ.

Общее состояние по заболеванию тяжёлое.

Неврологический статус – умеренное оглушение (> 10 баллов ШКГ), вялый, сонливый. Зрачки D=S, средних размеров, фотореакция живая. Отмечается моторная афазия. Лицо

симметричное. Движения в руках и ногах симметричны. Имеется асимметрия сухожильных рефлексов D>S. Умеренно выражена менингеальная симптоматика. На глазном дне – умеренная внутричерепная гипертензия. На М-ЭХО смещение срединных структур головного мозга вправо на 4 мм.

На серии КТ головного мозга (рис.1): компрессионный перелом теменно-височной кости, переходящий в линейный перелом чешуи височной кости с переходом на основание средней черепной ямки. Имеется внутримозговая гематома височной доли мозга слева.

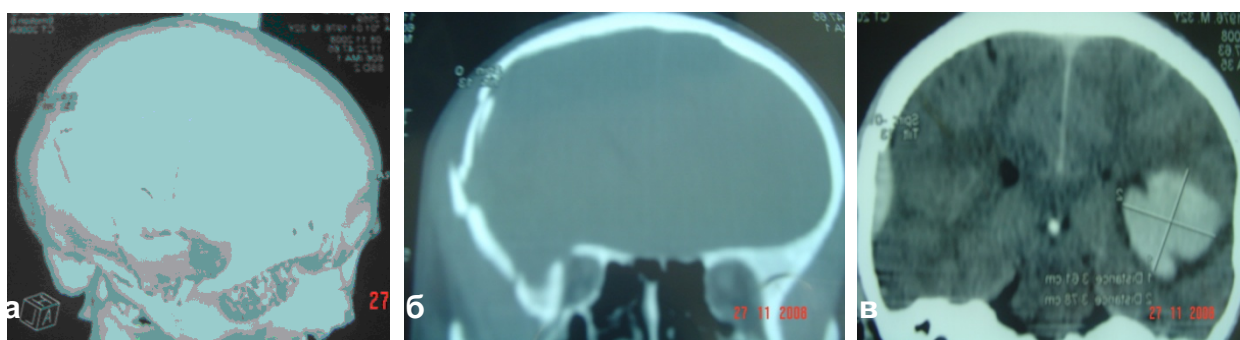


Рис. 1. КТ больного И., 40 лет: а), б) костный режим – имеется компрессионный перелом теменно-височной кости с переходом на основание черепа; в) фронтальный срез – внутримозговая гематома базальных отделов височной доли с перифокальным отёком. Смещение срединных структур мозга вправо.

После производства КТ диагноз был переключен: закрытая тяжёлая черепно-мозговая травма. Компрессионный перелом теменной кости с переходом в линейный на основание средней черепной ямки. Ушиб мозга тяжёлой степени. Больному назначен курс консервативной терапии по стандарту лечения ушиба головного мозга тяжёлой степени. В динамике лечения неврологическая симптоматика значительно улучшилась. Общемозговая, гипертензионная симптоматики регрессировали полностью. Моторная афазия регрессировала частично. На контрольных КТ головного мозга (рис. 2) объём гематомы значительно уменьшился.

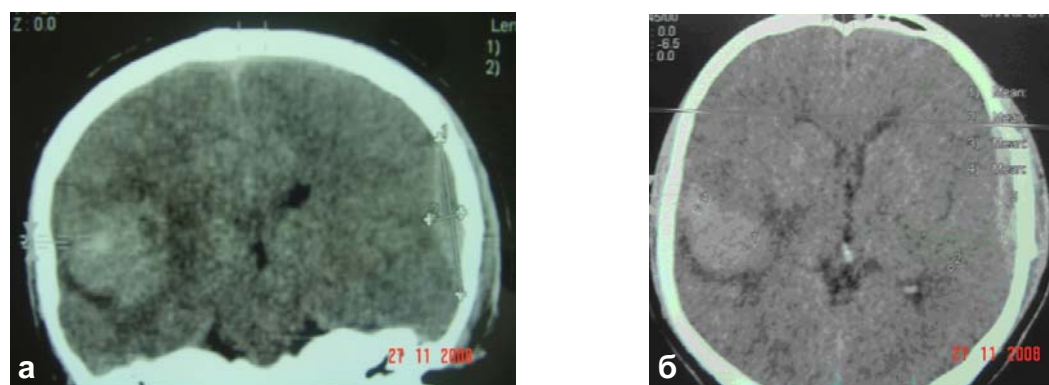


Рис. 2. КТ контроль больного И., 40 лет (14 сутки после травмы): а) фронтальный срез; б) аксиальный срез. Отмечается значительное уменьшение размеров гематомы, перифокального отека, снижение плотности гематомы.

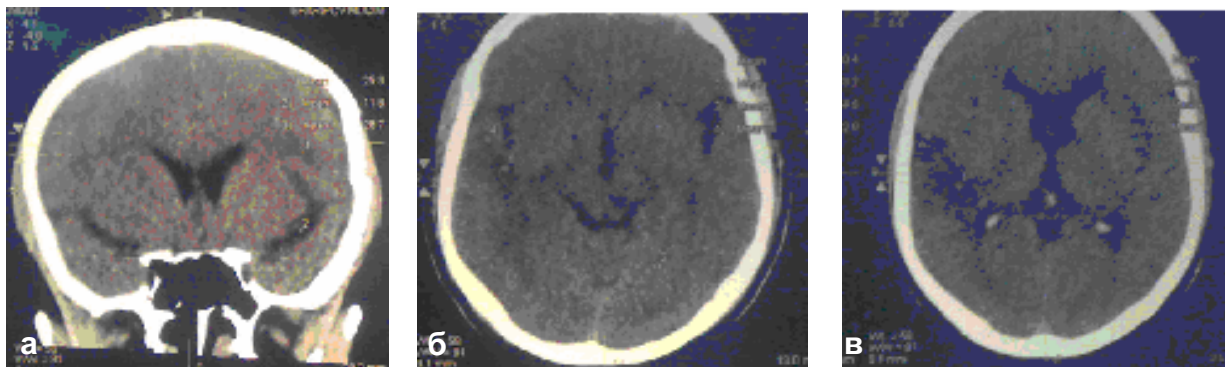


Рис. 3. КТ исследование больного И., 40 лет (через 2 мес.): а) фронтальный срез; б,в) аксиальные срезы. Структурных изменений в ткани мозга нет.

По завершению курса терапии больной выписан в удовлетворительном состоянии. При осмотре через 2 мес. состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Очаговая неврологическая симптоматика регрессировала. На рисунке 3 представлены данные КТ в динамике.

Таким образом, КТ исследование позволило точно установить диагноз (выявить перелом костей черепа, внутримозговую гематому), визуализировать состояние мозга, выбрать правильную тактику лечения и эволюцию течения внутримозговой гематомы. С помощью КТ почти вдвое увеличилась выявляемость внутричерепных гематом у больных с краниобазальной ЧМТ, по сравнению с использованием ЭХО-ЭС.

### Литература

1. Компьютерная томография в неотложной хирургии. Учебная литература для слушателей системы последипломного образования / В.В. Лебедев [и др.]; под ред. В.В. Лебедева. М. Медицина, – 2005. - С. 58-90
2. Коновалов А.Н. Эпидемиология черепно-мозговой травмы и её последствий / А.Н. Коновалов, Л.Б. Лихтерман, А.А. Потапов// Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / под. ред. А.Н. Коновалова.– М., 1998. – С Т. I. – С. 129-147
3. Коновалов А.Н. Рентгенологические методы диагностики черепно-мозговой травмы / А.Н. Коновалов, Л.Б. Лихтерман, А.А. Потапов// Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / под. ред. А.Н. Коновалова. М., 1998. –Т. I.- С. 472-509
4. Переломы основания черепа: клинические и прогностические аспекты /А.Г. Гаврилов [и др.]// Доказательная нейротравматология / под. ред. А.А. Потапова. - М., 2003.- С. 63-96

### ХУЛОСА

#### ТАШХИСГУЗОРӢ ВА ТАКТИКАИ ТАБОБАТИ ОСЕБИ КРАНИОБАЗАЛИИ ҶУМҶУМАӢ МАӢНА БО ИСТИФОДАИ ТЕХНОЛОГИЯИ МУОСИР

**Э.С.ҲУСАИНОВ, А.ЧОБУЛОВ, С.Д.ҲУСАИНОВ, С.А.ЧОБУЛОВ**

Мақола бо таҳлили таърихи бемории 284 нафар бемори гирифтори осеби краниобазалии ҷумҷумаӢ маӢна асоснок карда шудааст. Ба беморон усулҳои иловагии таҳқиқот: краниография (ҷумҷуманигорӣ), эхо – энтосефалоскопия, отоскопия, томографияи компютерӣ (ТК) гузаронида шуд.

Усули муосири ташхисгузори осебҳо дар беморон ТК мебошад, ки ташхиси шикастагии раҳдори ба асоси косаи сар гузарандаро дар 100% мавридҳо, ки на ҳама вақт дар партавниго

рии мағзи сар (краниограмма) намудор мешавад, инчунин барои арзёбии ҳолати мағзи сар ва зоҳир намудани хуномоси дохили косаи сар имконият медиҳад.

Дар тӯли солҳои 2000-2005 28 хуномосҳои дохилиҷумҷумай ташхисгузорӣ карда шуданд, ки дар ҳама мавридҳо ҷарроҳӣ гузаронида шуд, 53%-ро ташкил дод. Бо истифодаи ТК дар муддати 2 сол 34 хуномосҳои интракраниалӣ ташхисгузорӣ карда шуд. Баъди муолиҷаи маҷмӯӣ барқарорсозии хуби саломати 82%-и беморон ба қайд гирифта шуд.

## SUMMARY

### CRANIOBASAL CRANIOCEREBRAL INJURY DIAGNOSTICS AND TREATMENT WITH NEW TECHNOLOGY USE

**E.S. HUSAINOV, A. CHOBULOV, S.D. HUSAINOV, S.A. CHOBULOV**


The work is based on the analysis of 284 medical cards of patients with craniobasal cranio-cerebral injuries were made to all patients. The additional analysis: craniography, echoencephalography, otoscopy, computed tomography (CT). The most effective injury diagnostic technique in patients was CT that makes it possible to identify linear fractures crossing on skull base (in 100% cases), so long as such injuries are not always detected on craniograms, and also to assess brain status and to detect intracranial hematomas. 28 intracranial hematomas were diagnosed during 2000 – 2005 years, all of them were operated and lethality was 53%. 34 intracranial haematomas were diagnosed using CT during 2 years. Good rehabilitation was observed after integrated treatment in 82% patients.

**Key words:** craniobasal injury, computed tomography, craniography, intracranial hematoma

---

**Адрес для корреспонденции:**

**Э.С. Хусаинов** - врач-нейрохирург Национального медицинского центра РТ;  
Таджикистан, Душанбе, пр.И.Сомони,59. Тел: 236-79-36



## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОСТЕОМИЕЛИТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИОПЛАСТИКИ РОТАЦИОННЫМИ ЛОСКУТАМИ НА СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ

**О.Т. КОЧОРОВ, Ш.М. ЧЫНГЫШПАЕВ**  
**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ГОСПИТАЛЬ ИМ. И.К. АХУНБАЕВА;**  
**МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСШАЯ ШКОЛА МЕДИЦИНЫ**  
**Г. БИШКЕКА, КЫРГЫЗСТАН**

В клинике разработана оригинальная методика хирургического лечения хронического остеомиелита с использованием миопластики ротационными лоскутами на сосудистой ножке на примере 84 больных. В процессе обработки остеомиелитической полости у 32 пациентов использован низкочастотный ультразвук, а у 16 больных - СО<sub>2</sub>-лазер. Осложнения возникли у 2 пациентов, а рецидив заболевания - у 4.

**Ключевые слова:** миопластика, хронический остеомиелит, ротационный лоскут

**Актуальность.** Трудно найти равное остеомиелиту заболевание по длительности клинического течения. Срок заболевания во многих случаях исчисляется не годами, а десятками лет, что приводит к тяжёлым осложнениям, вынуждающим делать такие калечащие операции, как ампутация или экзартикуляция конечности. В настоящее время, в связи с эволюцией гнойной инфекции и изменением резистентности человеческого организма по отношению к ней, отмечается увеличение числа неудачных исходов лечения остеомиелита, нарастание поздних рецидивов болезни, проявление генерализации процесса осложнениями в виде сепсиса и амилоидоза. А к большей части широко применяемых антибиотиков, возбудители гноеродной инфекции стали менее чувствительны [1,2,4,8]. По данным различных авторов более 70% больных остеомиелитом на неопределённо длительное время выбывают из трудового процесса, а частота рецидивов гнойного процесса достигает 52,0-86,0% [3,5,6].

Лечение хронических форм остеомиелита, особенно гематогенного в сочетании с изъявлениями и длительно существующими гнойными свищами в области очага, представляет особую проблему в лечении гнойной хирургической инфекции. В этих случаях внедрение современных средств физической антисептики при лечении хронического остеомиелита, а именно СО<sub>2</sub>-лазера и низкочастотного ультразвука, разработка методов лечения с использованием хорошо васкуляризированных мышечных и кожно-мышечных лоскутов на сосудистой ножке представляется наиболее перспективной [7].

**Цель исследования.** Повышение эффективности хирургического лечения хронического остеомиелита с использованием миопластики ротационными лоскутами на сосудистой ножке.

**Материалы и методы.** Нами изучены результаты хирургического лечения хронического остеомиелита 84 больных, из которых гематогенный остеомиелит был у 65 больных (бедренная кость – у 32 (38%), большеберцовая кость - у 18 (21,4%), плечевая кость – у 15 (18%); травматический остеомиелит – у 19 (бедренная (9,5%), большеберцовая кость – у 10 (11,9%), плечевая кость – у 1 (1,2%) (табл.).

Таблица

**Распределение больных в зависимости от локализации процесса и происхождения заболевания**

Локализация процесса	Гематогенный остеомиелит	Травматический остеомиелит	Всего
Бедренная кость	32 (38%)	8 (9,5%)	40 (47,6%)
Большеберцовая	18 (21,4%)	10 (11,9%)	28 (33,3%)
Плечевая кость	15 (18%)	1 (1,2%)	16 (19,1%)
Всего:	65 (77,4%)	19 (22,6%)	84 (100%)

Всем больным в процессе предоперационной подготовки проводились общеклинические исследования (общий анализ крови, мочи, биохимические показатели крови) и специальные методы обследования: рентгенография длинных и трубчатых костей, фистулография в двух проекциях, при необходимости - рентгеномография или же компьютерная томография костей, кроме того, обязательное микробиологическое исследование отделяемого из свищей. С помощью рентгенологического исследования выявили наличие в костной ткани репаративных процессов в виде перикостальной реакции, проявляющейся утолщением и отслойкой надкостницы, изменение конфигурации и диаметра поражённых костей деструктивными изменениями, а так же наличие секвестров в остеомиелитической полости. Рентген - контрастные методы исследования позволили уточнить распространённость свищевых ходов в мягких тканях, в костях и объём патологической полости для рационального выбора оперативного доступа. Введённое контрастное вещество (йодолипол 5-10 мл) позволяет



точно определить расположение свищевых ходов и выявить их связь с костным очагом.

При отсутствии свищей, а также в поздних формах остеомиелита с выраженным склерозом кости производили рентгеномографию костей или же компьютерную томографию.

**Результаты и их обсуждение.** У всех больных отделяемое свищевых ходов было подвергнуто микробиологическому исследованию. Производили посев гноя на микрофлору и определяли чувствительность микробов к антибиотикам. В результате установлено: в 70% случаях выявлен золотистый стафилококк, который чувствителен, в основном, к линкомицину, гентамицину и цефзолу. Антибактериальную терапию применяли с учётом бактериологических исследований, при этом наибольшее предпочтение отдавали лимфотропному введению антибиотиков.

Кроме того, больные получали в процессе предоперационной подготовки иммунотерапию модуляторами, антистафилококковый анатоксин, а также ежедневную санацию свищевых ходов. В целом предоперационная подготовка занимает от 7 до 10 дней.

Непосредственно перед операцией в остеомиелитический очаг через свищ вводилась смесь метиленовой сини, перекись водорода 3% в соотношении 1:3, что обеспечивало хорошую окраску некротических тканей. Всем больным производили иссечение старого послеоперационного рубца с иссечением свищевого хода или остеомиелитических язв. После обнажения кости производили желобоватую остеотомию с помощью долота, молотка и электродрели над остеомиелитическим очагом, удаляя при этом одну из пластинок трубчатой кости в пределах 8-12 см. После удаления секвестров, грануляционной ткани и гнойного детрита, производили обработку стенок костной полости электродрелью с помощью конической, цилиндрической и шаровидной фрезами до полной ликвидации всех перегородок, выступов и карманов. Обработка считается завершённой, когда стенки костной полости становятся гладкими, блестящими и хорошо кровоточат. После чего всю рану промывали тёплым 3% раствором перекиси водорода и хлоргексидина. Костную полость после проведения туалета временно тампонируют салфетками, смоченными антисептиком.

У 18 больных с хроническим гематогенным остеомиелитом костей нижней конечности в ходе хирургической обработки раны было использовано дополнительное воздействие лучами CO<sub>2</sub>-лазера на поражённую кость. Контроль за качеством санации осуществляли бактериологическими исследованиями. В послеоперационном периоде наблюдалось незначительное повышение содержания микробных тел в 1 мл. экссудата до 10<sup>4</sup>, на третьи сутки количество микробных тел уменьшается в среднем до 10<sup>1</sup>, 10<sup>2</sup> бактерий в одном миллилитре экссудата.

У 36 больных обычная обработка секвестральной полости была дополнена воздействием низкочастотного ультразвука с добавлением антибиотиков. При этом в основном использовали канамицин 2,0 г, гентамицин 0,16 мг, линкомицин 30%-2,0гр., в зависимости от чувствительности микрофлоры. Озвучивание проводили в течение 5 мин. 3-хкратно.

После обработки остеомиелитических полостей лучами CO<sub>2</sub>-лазера и низкочастотным ультразвуком производили выделение мышечных или кожно-мышечных лоскутов на сосудистой ножке, ротировали их к остеомиелитическому очагу в зависимости от локализации процесса и тампонируют полость.

При этом на основании проведённого анатомического исследования разработаны следующие модификации васкуляризованных ротационных лоскутов:

1. Торакодorzальный лоскут для пластики остеомиелитических дефектов плечевой кости.
2. Портняжный лоскут для пластики остеомиелитических полостей бедренной и большеберцовой костей.
3. Икроножный лоскут для пластики дефектов бедренной и большеберцовой костей.

После пломбировки остеомиелитической полости вышеуказанными лоскутами производили трансоссальную фиксацию, чтобы мышца не выскочила из полости. Операцию завершали наложением послойных швов на рану и вакуумным дренированием ран по Редону (полость остеомиелита и донорский участок мышцы). Не снимая с операционного стола, всем больным была наложена задняя гипсовая лангета.

В послеоперационном периоде продолжали назначать целенаправленную антибактериальную терапию. Всем больным назначались антикоагулянты, по показаниям больные получали белковые растворы, некоторым больным назначалась эритроцитарная масса.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 2-х больных. У одного больного наблюдался некроз кожного лоскута, а у другого - некроз кожного и мышечного лоскутов, что связано, по-видимому, с перетяжкой или перегибом сосудистой ножки. Рецидивы основного заболевания в отдалённом периоде наблюдались у 4 больных.

**Таким образом,** с учётом особенностей предоперационной подготовки больных и обработки остеомиелитической полости с применением физических факторов, пластика дефекта костной ткани мышечными или кожно-мышечными лоскутами на сосудистой ножке путём ротации тканевых лоскутов, были разработаны модификации торакодorzального лоскута для пластики остеомиелитических дефектов плечевой кости, протяжного лоскута для пластики остеомиелитических полостей бедренной и большеберцовой кости. Использование икроножного лоскута для пластики дефектов бедренной и большеберцовой костей позволяет улучшить хирургическое лечение хронических остеомиелитов.

## Литература

1. Акжигитов Г.Н., Галлеев М.А. и др. Остеомиелит// М., Медицина. 1986
2. Никитин Г.Д., Рак А.В., Линник С.А., Агафонов И.А. Хронический остеомиелит, пластическая хирургия// – Ленинград.- «Медицина»,1990
3. Хлопов Н.А. и др. Хронический остеомиелит длинных трубчатых костей//–Алма-Ата,1988
4. Ватагин С.А. Хирургическое лечение закрытых остеомиелитических полостей с использованием свободного аутодермального трансплантата //Хирургия.-№6.- 1996.- С.87-89
5. Раны и раневая инфекция: руководство для врачей // Под ред. М.И. Кузина, Б. М. Костюченков.- М., Медицина.1990
6. Коваль А.Н. Оперативное лечение больных молодого возраста с хроническим гематогенным остеомиелитом длинных трубчатых костей// Автореф. Дисс. канд. мед наук, Хабаровск 2009г. 19с.
7. Fulda G.J., Khan S. U., Zabel D. D. Special issues in plastic and reconstructive Surgery // Crit. Care. Clin. 2003. - V. 19.-№1.-91-108
8. Panda M., Ntunqila N., Kalunda M., Hinsenkamp M. Treatment of chronic Osteomyelitis using the Papineau technique // Int Ortop.- 1998.- №22(1) P.37-40с.

## ХУЛОСА

### **МУОЛИЦАИ ҶАРРОҶИИ ИЛТИҶОБИ МУЗМИНИ МАҶЗИ УСТУХОН БО ИСТИФОДАИ МИОПЛАСТИКАИ ВАСЛАИ РОТАТСИОНӢ ДАР ПОЯКИ РАГӢ О.Т.КОЧОРОВ, Ш.М.ЧИНГИШПАЕВ**

Дар мақола усули оригиналии муолиҷаи ҷарроҳии остеомиелити музмин дар 84 нафар бемор такмил дода шуд. Дар раванди покиза кардани ковокии остеомиелитӣ дар 32 нафар бемор ултрасадои басомадаш паст, дар 16 нафари дигар бошад лазери CO<sub>2</sub> истифода карда шуд. Оризаҳо дар 2 бемор, такроршавии беморӣ дар 4 бемор ба қайд гирифта шуд.

## SUMMARY

### SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC OSTEOMYELITIS WITH ROTARY FLAP ON VASCULAR PEDICLE MYOPLASTY USE

O.T. KOCHOROV, SH. M. CHYNGYSHPAEV


An original surgical method for the treatment of chronic osteomyelitis was designed in the clinic. The method had been done for 84 patients with rotary flap on vascular pedicle myoplasty use. During the osteomyelitic cavity treatment process in 32 patients low-frequency ultrasound was used and CO<sub>2</sub> (carbon dioxide) laser – in 16 patients. Complications arose in 2 cases and relapses of diseases – in 4 patients.

**Key words:** myoplasty, chronic osteomyelitis, rotary flap

---

**Адрес для корреспонденции:**

**О.Т.Кочоров** – Национальный госпиталь им. И.К. Ахунбаева МЗ Кыргызстана  
Тел.: 0 (312) 620961 моб. 0 (555) 375012



### ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КАЛЬКУЛЁЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ И.К.АТОЕВ, Б.А.АЗИЗОВ, Ш.А.БАДАЛОВ КАФЕДРА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ ТГМУ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО

Работа посвящена эффективности применения эндолимфатической антибиотикотерапии у детей с хронической почечной недостаточностью калькулёзной этиологии.

Результаты лечения показывают, что при применении регионарной эндолимфатической антибиотикотерапии в сочетании с общепринятыми методами лечения отмечается раннее улучшение состояния больных. У этих групп больных в ближайшем послеоперационном периоде обострение калькулёзного пиелонефрита и прогрессирование почечной недостаточности не отмечалось.

**Ключевые слова:** регионарная эндолимфатическая антибиотикотерапия, хроническая почечная недостаточность

**Актуальность.** По литературным данным, среди способов введения антибиотиков внутримышечно (в/м), внутривенно (в/в), внутрикостно (в/к), внутриартериально (в/а), лимфотропный доступ считается более эффективным. Эффективность обусловлена хорошим всасыванием с наименьшим токсическим действием лимфатической системы и длительной концентрацией антибиотиков в лимфе [1,2].

Огромное количество разнообразных антибиотиков и их широкое внедрение в клиническую практику введением их в/в, в/м, в/к и в/а, ведёт к появлению антибиотикорезистентных штаммов, снижению эффективной концентрации препаратов, вследствие неравномерного распределения антибиотика в жидкостной среде организма – плазма, лимфа и др. [3,4].

С другой стороны, повышение дозы антибиотиков для достижения лечебного эффекта введением в/в, в/м, в/к и в/а, усиливают их токсическое действие на организм, поражая, в первую очередь, наиболее функционально-активные органы, такие как печень и почки, угнетая их детоксикационную и секреторную функцию, т.к. у этих больных имеется глубокое деструктивное изменение тканей почек [4].

Известно, что все микробные агенты и их токсины поступают в русло циркуляции через лимфу, т.е. гематогенный занос инфекции невозможен без лимфатического звена [5]. С этой целью в лечении хирургической инфекции, кроме парентеральной и энтеральной, применяется регионарная эндолимфатическая антибиотикотерапия (РЛАТ). Имеются лишь единичные сообщения о применении и эффективности РЛАТ у детей во время операции на органах грудной, брюшной и забрюшинной областях [3,6].

Учитывая вышеизложенное, нами планировалось применение РЛАТ при ХПН калькулезной этиологии.

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения детей с хронической почечной недостаточностью калькулезной этиологии, путём применения регионарной эндолимфатической антибиотикотерапии.

**Материалы и методы исследования.** В клинике детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино в период с 2008-2009гг. находилось 48 больных с нефролитиазом, осложнённым ХПН.

Больные, в зависимости от способа применения антибактериальной терапии, были разделены на 2 группы.

Основную группу составили 31 (64,6%) ребёнок, которым антибиотикотерапия была назначена общепринятым методом (PER-OS, внутримышечно или внутривенно). Курс лечения зависел от состояния больных, операционных ран, фаз и течений КП. В среднем, в послеоперационном периоде антибиотикотерапия продолжалась в течение 10-15 дней.

В контрольной группе 17 (35,4%) больным была назначена РЛАТ.

Метод РЛАТ был разработан в 2008 году в нашей клинике (Азизов А.А. с соавт.). Суть метода заключается в том, что, в конце операции к корню сосудистой ножки почки, где расположены лимфатические узлы, вставляется полиэтиленовый катетер на 3-4 дня и фиксируется одним швом к фибролипомотозным тканям ворот почки. Полиэтиленовый катетер выводится отдельным контрапертурным разрезом на кожу выше послеоперационной раны и фиксируется к коже. Один раз в сутки вводится суточная доза антибиотика (с учётом чувствительности), и спустя 2-3 минуты, после введения суточной дозы антибиотиков, через катетер вводятся препараты, улучшающие лимфадренажные свойства (новокаин, лидаза, трипсин, химотрипсин).

Диагноз установлен на основании общеклинических, биохимических, рентгеноурологических, бактериологических и гистологических методов исследования.

**Результаты и их обсуждение.** Данные ХПН, калькулезного пиелонефрита (КП) и калькулезного гидронефроза (КГ) представлены в таблице 1.

**Таблица 1**  
**Распределение больных с ХПН, КП и КГ по стадиям течения**

№	ХПН	КП	КГ	n
1.	Латентная стадия	I	I	8 (16,6%)
2.	Компенсированная стадия	II	I-II	23 (47,9%)
3.	Интермитирующая стадия	II-III	II	12 (25,0%)
4.	Терминальная стадия	III	II-III	5 (10,5%)
<b>Всего:</b>				<b>48 (100,0%)</b>

При поступлении в стационар у всех 48 больных с ХПН калькулёзной этиологии был взят посев на флору и чувствительность к антибиотику (таблица 2).

**Таблица 2**  
**Характеристика микрофлоры мочи и чувствительности к антибиотикам**

Микрофлора	Моча	Чувствительность к антибиотикам	%
Стафилококк	12 (25%)	III поколение цефалоспаринового ряда	80
Стрептококк	8 (16,6%)	—	82
Синегнойная палочка	4 (8,3%)	—	60
Протей	6 (12,5%)	—	55
Клебсиелла	3 (6,3%)	—	50
Кишечная палочка	4 (8,3%)	—	64
Смешанная флора	10 (20,8%)	—	70
Роста нет	1 (2,2%)	0	---
Итого:	48 (100%)	—	61

Как видно из таблицы 2, у исследуемых больных чаще высеивался стафилококк и смешанная флора (25% и 20,8% соответственно) и высокая чувствительность к антибиотикам III поколения цефалоспаринового ряда (группа цефтриаксон).

До получения результатов микробиологического исследования, антибактериальную терапию проводили следующими препаратами:

- ампиокс по 40-100 мг/кг в сутки;
- гентамицин по 3-5 мг/кг в сутки.

После получения результатов посева мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, антибактериальную терапию продолжали в соответствии с полученными результатами (табл. 3).

**Таблица 3**  
**Антибиотикотерапия при нефролитиазе, осложнённым ХПН**

№	АНТИБИОТИКИ	Способ введения	ХПН-I	ХПН-II	ХПН-III	ХПН-IV
			При клиренсе креатинина > 30мл/мин. Остаточный азот <50мг%		При клиренсе креатинина до20-15 мл/мин. Остаточный азот <110мг%	При клиренсе креатинина ниже 15мл/мин. Остаточный азот >110мг%
1.	Ампициллин	в/м	50–100 мг/кг/сутки, через 6-8 часов		50–100 мг/кг, через 12-16 часов	50–100 мг/кг, через 24 часа
2.	Ампиокс	в/м	40–100 мг/кг/сутки, через 5-8 часов		40–100 мг/кг, через 10-16 часов	40–100 мг/кг, через 18-26 часов
3.	Гентамицин	в/м	3–5 мг/кг/сутки, через 8-12 часов		3–5 мг/кг, через 14-20 часов	3–5 мг/кг, через 20-24 часов
4.	Цефозолин	в/м, в/в	20–50 мг/кг/сутки, через 10-12 часов		20–50 мг/кг, через 16-22 часов	20–50 мг/кг, через 24-26 часов
5.	Клофоран	в/м, в/в	30–50 мг/кг/сутки, через 8-12 часов		30–50 мг/кг, через 14-20 часов	30–50 мг/кг, через 20-24 часов
6.	Цефтриаксон (лораксон, ротоцеф, ультрацеф, ПЭО, ультропим, цефтрокс, цефамед)	в/м, в/в	30–80 мг/кг/сутки, через 6-12 часов		30–80 мг/кг, через 16-24 часов	30–80 мг/кг, через 24-26 часов
7.	Ципрофлоксацин	per-os в/в	0,4–0,8 мг/кг/сутки, через 10-12 часов		0,4–0,8 мг/кг, через 16-24 часов	0,4–0,8 мг/кг, через 20-24 часов

Для профилактики дисбактериоза, в связи с применением антибиотиков, назначали лацидафил, бифидумбактерин, лактобактерин, нистатин, линекс в возрастной дозировке. Всем 48 больным произведено оперативное вмешательство (табл. 4).

Таблица 4

**Виды оперативных вмешательств  
при нефролитиазе, осложнённым ХПН**

№	Виды операций	Односторонний	Двухсторонний
1.	Нефролитостомия с интратрениальной пластикой	5	4
2.	Пиелолитотомия с нефростомией	10	8
3.	Неопиелоуретероанастомоз с удалением вторичных камней	4	---
4.	Нефроуретерозэктомия	4	---
5.	Порциональная нефролитостомия	8	5
	Итого:	31	17

Результаты лечения показывают, что при применении РЛАТ в сочетании с общепринятыми методами антибиотикотерапии, по сравнению с больными контрольной группы, показатели лейкоцитоза, ЛИИ, МСМ, СОЭ, начиная с 5-6 дня снижаются, и к 10 дню нормализуются, самочувствие больных заметно улучшалось, чем у детей контрольной группы (табл. 5). У всех больных послеоперационная рана заживала первично, за исключением 3 больных, у которых отмечался мочевиный свищ, который самостоятельно закрылся в течение одного месяца путем консервативного лечения. По показателям анализа крови стихание воспалительного процесса, отмечено на 3-5 дней раньше, чем в контрольной группе больных.

Таблица 5

**Сравнительная оценка эффективности способов  
антибиотикотерапии**

Показатели	Контрольная группа		Основная группа	
	1 день	10 день	1 день	10 день
Лейкоцитоз (тыс/мкл)	14±0,6	12±0,8	15±0,8	8±1,2
ЛИИ (усл.ед.)	6±0,7	4±1,1	5,8±0,4	2±1,2
МСМ (усл.ед.)	0,40±0,030	0,340±0,020	0,450±0,025	0,300±0,020
СОЭ (мм/час)	22±1,6	16±2,0	20±2,2	14±1,8

Следует отметить, что короткий курс применения антибиотиков лимфатропным путём, предотвращает токсическое действие антибиотиков на деструктивно-изменённую ткань почки.

**Таким образом,** регионарная эндолимфатическая антибиотикотерапия при ХПН калькулёзной этиологии является более эффективной и целенаправленной по сравнению с общепринятыми методами антибактериальной терапии.

## Литература

1. Азизов А.А. Диагностика и тактика хирургического лечения осложнённого уролитиаза у детей// Душанбе. 1996. -С. 108
2. Джавад-заде М.Д., Мальков П.С. Хроническая почечная недостаточность//—М. Медицина, 1978. -С. 171
3. Джавад-заде М.Д., Лынев С.Н. Гомеостаз при операциях на органах мочеполовой системы// М. 1987. -С. 227-230
4. Коровина Н.А. Рациональный выбор антимикробной терапии при инфекции мочевой системы у детей// Руководство для врачей. М.-2000
5. Warren J.W., Abrutyn E., Hebel J.R. et al. Guidelines for antimicrobial treatment of uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women. Infectious Diseases Society of America (JDSA). Cline Inject. Dis.1999. 29:745-758
6. Абдуфатов Т.А. Диагностика функциональных изменений и предоперационная подготовка детей с нефролитиазом. Материалы II-съезда детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана.—Душанбе.—2008.—С.191-195

## ХУЛОСА

### ТАБОБАТИ ЗИДДИБАКТЕРИЯВИИ ДОХИЛИЛИМФАРАГӢ ДАР КӢДАКONI ГИРИФТОРИ НОРАСОИИ МУЗМИНИ ГУРДА, КИ ПАЙ- ДОИШИ КАЛКУЛОЗӢ ДОРАНД

**И.К.АТОЕВ, Б.А.АЗИЗОВ, Ш.А.БАДАЛОВ**

Истифодаи муолиҷаи мазкур яқоя бо усулҳои маъмули табобати натиҷаҳои хеле хуб дод. Муаллифон бартарии чунин табобатро дар муқоиса бо дигар тарзҳои тазриқи антибиотикҳо нишон додаанд. Самарабахшии он дар истифодаи кӯтоҳмуддати антибиотикҳо мебошад, ки дар натиҷа таъсири захрокии антибиотикҳо ба бофтаҳои табоҳовару тағйирёфтаи гурдаҳо ва тамоми бадан бартараф карда мешавад. Ҷамзамон, ба фаъолияти кори гурдаҳо таъсири манфии худро намерасонад.

## SUMMARY

### ENDOLYMPHATIC ANTIBIOTIC THERAPY IN CHILDREN WITH CHRONIC RENAL FAILURE CAUSED BY CALCULOSIS ETIOLOGY

**I.K. Atoev, B.A. Azizov, Sh. A. Badalov**

The work deals with efficiency of endolymphatic antibiotic therapy use in children with chronic renal failure caused by calculosis etiology.

The efficiency consists in short course of lymphotropic introduction antibiotic therapy use that prevents toxic effect of antibiotics on destructive modified tissue of kidney and the whole body.

Treatment results show that status of patients is improved earlier on application of regional endolymphatic antibiotic therapy in combination with conventional treatment methods. There were not observed exacerbation of calculous pyelonephritis and advance of renal failure in nearest postoperative period in these groups of patients.

**Key words:** regional endolymphatic antibiotic therapy, chronic renal failure

---

#### Адрес для корреспонденции:

**И.К.Атоев** - аспирант кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Джамии, д. 42, кв. 32; Тел.: 239-63-50

## ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ АНОМАЛЬНЫХ ПОЧЕК Н.С.ИБОДОВ, И.Г.УМОНОВ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

В статье представлены результаты диагностики и лечения 90 пациентов с закрытыми повреждениями аномальных почек. Диагностика повреждений аномальных почек затруднена сочетанием повреждения как такового и особенностями аномалии, что требует комплексного применения визуализирующих методов исследования с применением КТ.

Больные с ушибами почек получали консервативное лечение, за исключением двух пациентов с ушибом гидронефротически - трансформированной почки, спровоцировавшим острую обтурацию лоханки. Этим больным была произведена операция Андерсена-Хайнса с ушиванием раны и дренированием почки.

Нефрэктомия произведена 2 больным с терминальным гидронефрозом и тампонадой почки сгустками крови и 1 - с разрывом почки, ранее оперированной по поводу обструктивного уретерогидронефроза.

Отдалённые результаты лечения 19 больных по поводу закрытых повреждений аномальных почек расценены как удовлетворительные: артериальная гипертензия не развилась ни у одного больного, мочекаменная болезнь выявлена у одного больного с мегауретером единственной почки.

**Ключевые слова:** закрытые повреждения почек, аномальные почки, разрыв почки

**Актуальность.** Закрытые повреждения почек встречаются достаточно часто и составляют, по данным разных авторов, от 1% до 4% от всех травм [1-3]. Именно почки наиболее часто повреждаются при сочетанной абдоминальной травме, а среди всех других повреждений уступают по частоте только травме центральной нервной системы [3-6]. Летальность при закрытых повреждениях почек составляет от 6 до 12% [7,8].

Наиболее подвержены травматическим повреждениям аномально-развитые почки, что связано с повышенным внутрилоханочным давлением (гидронефроз, мегауретер), необычным расположением (различные виды сращений почек), близким соседством с костными структурами. По данным литературы, частота закрытых повреждений аномальных почек составляет до 10% от всех закрытых повреждений [9,10].

**Целью работы** явилось установление частоты и структуры повреждений аномальных почек, изучение отдалённых результатов лечения и выработка рекомендаций по диагностике и лечению этого сложного вида травмы.

**Материал и методы исследования.** За 10 лет на базе отделения урологии Национального медицинского центра лечились 90 пациентов с закрытыми повреждениями почек, 19 из них имели сопутствующие аномалии почек. Возраст составил от 18 до 68 лет. Мужчин было 15 (78,9%), женщин - 4 (21,1%) .

Наиболее частым механизмом травмы была автотравма 12 (63,2%), удар в соответствующую половину живота или поясницы - 4 (33,3%), падение с высоты - 3 (15,8%). Отмечено преимущественное падение с небольшой высоты, что свидетельствует об относительной лёгкости повреждения аномальной почки.

Характер выявленных аномалий: гидронефроз врождённый - 8 (42,1%), удвоение почки - 4 (21,1%), солитарная киста почки - 2 (10,1%), подковообразная почка - 1 (5,3%), врождённо -



единственная почка – 2 (10,5%), мегауретер – 2 (10,5%). Таким образом, наиболее частой патологией оказалась обструктивная уропатия у 8 (42,1%) больных. У 12 (63,1%) больных аномалии почек были выявлены впервые при обследовании по поводу травмы.

Характер повреждения аномальных почек: ушиб 13 (68,4%), разрыв – 4 (21,1%), изолированный разрыв почечной лоханки – 1 (5,3%), разможнение – 1 (5,3%).

В диагностике использовались следующие визуализирующие методы обследования: УЗИ, экскреторная урография, компьютерная томография (КТ), ретроградная пиелография.

Обследование пациентов с закрытыми повреждениями почек начиналось с проведения ультразвукового их исследования. Этот метод может быть рекомендован всем больным с подозрением на травму почек и использоваться для динамического наблюдения.

Признаваемую некоторыми авторами малоинформативной ретроградную пиелографию мы считаем ценным методом диагностики повреждения лоханки или отрыва мочеточника при условии стабильного состояния пациента.

Наиболее ярко трудности диагностики травм аномальных почек проявились в группе больных с обструктивными уропатиями. Наибольшую ценность при обследовании таких больных имеет компьютерная томография. Как и большинство авторов, мы считаем, что компьютерная томография даёт возможность с высокой точностью определить анатомию порока и особенности повреждения почки.

**Результаты и их обсуждение.** При поступлении больных с травмой аномальных почек, у всех 19 пациентов отмечалась гематурия: макрогематурия – у 6 (31,5%), микрогематурия – у 13 (68,5%), при этом у 2 (10,5%) больных микрогематурией выявлены более тяжёлые повреждения почек. Болевой синдром различной степени интенсивности отмечен у всех больных. Пальпируемая опухоль в поясничной области определялась у 3 (15,7%) пациентов. Анемия лёгкой степени отмечена у 12 (63,1%) пациентов, лейкоцитоз – у 5 (26,3%), признаки хронической почечной недостаточности выявлены у 2 (10,5%) больных с двухсторонней патологией.

Экскреторная урография проводилась всем пациентам данной группы. Полное отсутствие контрастирования повреждённой почки отмечено в 1 наблюдении, отдельные пятна контраста в проекции повреждённой почки – в 2 наблюдениях, тотальное затемнение соответствующей половины забрюшинного пространства при повреждении гидронефротически трансформированной почки – в 1 наблюдении, деформация полостной системы почки с ампутацией чашечек или лоханки – в 2 наблюдениях.

Больные с ушибами почек получали консервативное лечение, за исключением двух пациентов с ушибом гидронефротически трансформированной почки, спровоцировавшим острую обструкцию лоханки.

Эти больные были оперированы: произведена операция Андерсена-Хайнса с ушиванием раны и дренированием почки. Оперативное лечение больных с разрывами почек заключалось в ушивании раны паренхимы в 3 случаях. Нефрэктомия произведена у 2 больных с терминальным гидронефрозом и тампонадой почки сгустками крови и у 1 – с размождением почки, ранее оперированной по поводу обструктивного уретерогидронефроза.

Пациенты с обструктивными уропатиями, пролеченные консервативно, в дальнейшем подверглись плановой реконструкции мочевых путей. Оценены отдалённые результаты лечения 19 больных по поводу закрытых повреждений аномальных почек, результаты расценены как удовлетворительные: артериальная гипертензия не развилась ни у одного больного, мочекаменная болезнь выявлена у одного больного с мегауретером единственной почки.

Повреждения почек с врождённой патологией представляют собой большую проблему как в диагностическом, так и в лечебном аспекте. Наиболее часты и сложны для диагностики и лечения повреждения почек при обструктивных уропатиях. Для повреждения почки с нарушенной уродинамикой достаточно минимального травмирующего воздействия.

Симптоматика повреждения почечной лоханки часто бывает смазанной и невыраженной в первые несколько суток после травмы; отсутствие макрогематурии, умеренная выраженность болевого синдрома, объясняемые снижением внутрилоханочного давления вследствие экстрavasации мочи, затрудняют диагностику.

Ушиб гидронефротически - трансформированной почки приводит к постепенно нарастающей обтурации лоханки вследствие нарушения проходимости аномального пиелоуретрального сегмента. При установленном разрыве гидронефротически - трансформированной почки необходима срочная её ревизия и, в зависимости от степени сохранности почечной паренхимы, ушивание ран паренхимы или лоханки с пластикой пиелоуретрального сегмента или нефрэктомия. К сожалению, вероятность сохранения функционирующей почечной паренхимы невелика. Обтурация лоханки вследствие ушиба почки при гидронефрозе также требует срочной операции. Считаем, что в данной ситуации при сохранении достаточного количества паренхимы также необходимо выполнять, кроме дренирования почки, реконструктивную операцию.

Большую проблему представляет лечение больных с повреждением единственной почки. Это редкая ситуация, требующая индивидуального и максимально щадящего подхода. Максимально консервативную тактику с отказом от оперативного лечения даже при разрывах почки демонстрируют в своих работах многие зарубежные авторы.

В нашем исследовании у одного пациента был диагностирован ушиб единственной почки с уретерогидронефрозом, он был излечён консервативно. В другом случае по поводу множественных разрывов паренхимы и разрыва лоханки у больного с аналогичной патологией была произведена органосохраняющая операция – ушивание ран с дренированием почечной лоханки и околопочечного пространства. После сложного послеоперационного периода достигнуто заживление ран и получен хороший отдалённый результат.

Таким образом, мы считаем, что диагностированный проникающий разрыв единственной почки или изолированное повреждение её лоханки показанием к срочной операции, памятуя о возможных осложнениях консервативного лечения в отдалённом периоде – склерозирование повреждённых сегментов почки, развитие артериальной гипертензии, вторичного гидронефроза, ХПН.

### Выводы:

1. Повреждения аномальных почек относятся к редким видам травмы. Наиболее частой аномалией, выявляемой при обследовании, является обструктивный гидронефроз.
2. Диагностика повреждений аномальных почек затруднена сочетанием повреждения как таковой аномалией, что требует комплексного применения визуализирующих методов обследования с применением КТ.
3. Принципы лечения травмы аномальных почек практически не отличаются от таковых при повреждении нормально сформированного органа. Однако, лечебная тактика в отношении ряда аномалий имеет существенные особенности.
4. Ушиб гидронефротической почки часто приводит к острой обструкции чашечно-лоханочной системы. В этих случаях показана срочная ревизия почки. Риск нефрэктомии при повреждении гидронефротической почки значительно выше, чем в группе пациентов с нормально сформированным органом. Это объясняется тем, что достаточно часто при ревизии выявляется гидронефроз в терминальной стадии. Повреждения солитарной почки требует максимального комплексного обследования, динамического наблюдения и при подозрении на повреждение паренхимы или лоханки – срочной ревизии почки.
5. Одновременно с оперативным лечением травмирующего повреждения необходимо производить хирургическую коррекцию порока развития. После консервативного лечения необходимо производить корригирующую операцию в плановом порядке.

6. Обязательное диспансерное наблюдение пациентов, перенёсших травму аномальной почки, необходимо сочетать с достаточно частым комплексным урологическим обследованием и, при необходимости - проведением оперативной коррекции почечной аномалии.

## Литература

1. Аршба Я. Отдалённые результаты закрытых повреждений почек / Я. Аршба, Т.Ш. Датикашвили, И.В. Джанелидзе // VI Пленум Всесоюзного общества урологов: Тезисы докладов.-Ростов-на-Дону, 1983.-С.40-41
2. Баев В.А. Травма почек и мочевых путей / В.А. Баев, В.П. Попов, А.Н. Радченко // Конференция Всероссийского общества урологов «Травмы органов мочеполовой системы»:Тезисы докладов.-Ростов-на-Дону, 1993.-С-9-10
3. Баньковский Н.С. Повреждение почек и мочеточников / Н.С. Баньковский, Н.Г. Зайцев, К.Ф. Товстолес // В кн.: Повреждения органов мочеполовой системы / Под ред. И.П.Шевцова.-Л.:Медицина,1972.-С.7-63
4. Бачурин, В.Н. Ранняя диагностика закрытых повреждений почек / В.Н. Бачурин, Н.П. Пригородова // Материалы Межрегионально-научно-практической конференции урологов.Харьков,1993.-С.19-23
5. Вайнберг З.С. Неотложная урология / З.С. Вайнберг. М., 1999. 204с.
6. Гораш В.А. Повреждения и ранения почек / В.А. Гораш // Материалы по военно-полевой хирургии / Под ред. Н.П. Бурденко, А.В. Мельникова и А.Л. Слободского. -М.,1940.-427с.
7. Даренков А.Ф. Ультразвуковое исследование в диагностике закрытой травмы почек / А.Ф. Даренков А.Л. Шабалин, Н. Андрианов // VI Пленум Всесоюзного научного общества урологов: Тезисы докладов.-Ростов-на-Дону. 1983.-С. 22-23
8. Арбусынов Б.У. Диагностика и лечение повреждений почек. / Б.У. Арбусынов, М.А. Абдикасы // VI Пленум Всесоюзного общества урологов. -Ростов-на-Дону 1983.-С.28
9. Дивненко П.Г. Внутривенная урография при закрытых повреждениях почек / П.Г. Дивненко // Вестник рентгенологии и радиологии.1946.-Т.26.-Вып.4.-С.18-24
10. Дунаевский Я.Л. Диагностика и лечение закрытой травмы почки / Я.Л. Дунаевский, В.Б. Чепуленок // VI Пленум Всесоюзного общества урологов: Тезисы докл. Ростов-на-Дону, 1983.-С.24-25

## ХУЛОСА

### ОСЕБҲОИ ПЎШИДАИ ГУРДАҲОИ АНОМАЛӢ Н.С.ИБОДОВ, И.Г.УМОНОВ

Дар мақола натиҷаҳои таҳҳис ва табоати 19 нафар бемор бо осебҳои пӯшидаи гурдаҳои аномалӣ (ғайримуқаррарӣ) пешниҳод шудааст. Мушкилии таҳҳис ба бо ҳам пайва-стани худ осеб ва хусусиятҳои гурдаҳои аномалӣ вобаста аст, ки ба қор бурдани усулҳои муштараки мушоҳидашудаи тафтишотиро бо истифодаи томографии компютерӣ талаб ме-намояд.

Натиҷаҳои ниҳии табоати беморон ҳамчун қаноатбахш арзёбӣ гардидаанд, яъне фи-шорбаландии шараёни дар ягон нафар бемор мушоҳида нашуд, бемории санги пешоб дар як нафар бемори гирифтори мегауретерии гурдаи ягона муайян карда шуд.

## SUMMARY

### CLOSED INJURIES OF THE ABNORMAL KIDNEYS

#### N.S. IBODOV, I.G. UMONOV

The results of diagnosis and treatment of 19 patients with closed injuries of the abnormal kidneys are given in the article. The injuries diagnosis of the abnormal kidneys is obscured by combination of an injury and anomaly characteristics and it is required integrated use of all visualize survey techniques with CT.

The patients with kidney contusion underwent conservative treatment with the exception of 2 patients with contusion of hydronephrotic transformed kidney that leads to renal obstruction. These patients underwent the Anderson-Haynes operation with wound closure and kidney drainage.

A nephrectomy was performed in 2 patients with terminal hydronephrosis and kidney grumes tamponade and in 1 patient with kidney crushing that was operated earlier on obstructive uretero-hydronephrosis.

Remote of 19 patients with closed injuries of the abnormal kidneys are considered as satisfactory. Arterial hypertension didn't develop in any patient. Urolithiasis was detected in 1 patient results with a sole kidney megaureter.

**Key words:** Closed kidney injuries, abnormal kidneys, kidney rupture

**Адрес для корреспонденции:**

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

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

И.М.Муродов, М.К.Гулов, Д.А.Кадырова

Кафедры семейной медицины №1; общей хирургии №1  
ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В данной статье авторы разработали алгоритм лечения 100 больных с гнойными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки (ГЗКПК), сочетающихся с сахарным диабетом, бронхиальной астмой, нарушением периферического кровообращения.

Алгоритм включает комплексную терапию антиоксидантов, местное применение 2%-ного фторгосульфана и своевременной коррекции хронических заболеваний внутренних органов.

У больных с ГЗКПК, получивших данную терапию, отмечено улучшение общего состояния, уменьшение отёка, гиперемия раны и гнойного отделяемого происходили на 2-3 дня раньше, чем у тех больных, которых лечили традиционными методами.

Учитывая эффективность разработанного авторами алгоритма лечения ГЗКПК, можно рекомендовать его в практике семейного врача в амбулаторных условиях.

**Ключевые слова:** гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки, сахарный диабет, хроническая недостаточность периферического кровообращения, семейная медицина.

**Актуальность.** Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки (ГЗКПК) являются одним из наиболее распространённых заболеваний, имеющих тенденцию к прогрессивному росту. Частота ГЗКПК составляет 1/3 часть хирургических заболеваний, поэтому имеет не только медицинскую, но и социально-экономическую значимость [1-4].

Анализируя научную литературу, можно выявить ссылки на множественные факторы риска (сахарный диабет, бронхиальная астма, нарушение периферического кровообращения), приводящие к развитию ГЗКПК и исходя из этого, необходим поиск адекватных путей профилактики и методов лечения ГЗКПК в практике семейного врача в амбулаторных условиях [5,6].

В связи с этим, представляется весьма актуальным и своевременным изучение частоты ГЗКПК и основных факторов риска среди населения г. Душанбе во взаимосвязи с заболеваниями внутренних органов, которые, в свою очередь, могут явиться способствующим фактором развития данной патологии.

Следовательно, отсюда возникает необходимость разработки тактики ведения, лечения и профилактики ГЗКПК в практике семейного врача.

**Цель исследования:** разработка алгоритма лечения гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки во взаимосвязи с хроническими заболеваниями внутренних органов в амбулаторных условиях.

**Материалы и методы.** В основе настоящей работы лежит анализ результатов комплексного обследования и лечения 100 больных с ГЗКПК, обратившихся и лечившихся в хирургических отделениях поликлиник №10 и №2, а также Центральной поликлиники г. Душанбе за период 2007-2010 гг.

С целью изучения взаимосвязи частоты ГЗКПК с заболеваниями внутренних органов (сахарный диабет, бронхиальная астма, хроническая недостаточность периферического кровообращения), проведено обследование 60 человек – основная группа. Эту группу составляли 39 мужчин и 21 женщин (в возрасте от 18 до 64 лет) с сопутствующими заболеваниями внутренних органов: сахарный диабет (СД), хроническая недостаточность периферического кровообращения (ХНПК), бронхиальная астма (БА).

Лицам из основной группы в амбулаторных условиях проводилось лечение гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки с учётом сопутствующей патологии. С учётом того, что БА, ХНПК и СД у больных ГЗКПК наблюдаются наиболее часто, в основную группу вошли больные с ГЗКПК с указанными заболеваниями. Контрольную группу составили 40 человек (26 мужчин и 14 женщин) с ГЗКПК без сопутствующих заболеваний, адекватных по возрасту и полу.

Учитывались данные представленных медицинских документов (амбулаторных карт, выписок из историй болезни, заключений специалистов и специальных методов исследований).

Полученные результаты исследования обработаны методом разностной вариационной статистики с вычислением  $M \pm m$  и показателя статистической значимости различий по  $t$  - критерию Стьюдента на компьютере Pentium IV. В случаях неравных и малых групп значений применён непараметрический метод по  $U$  – критерию Манна - Уитни.

**Результаты и их обсуждение.** Из общего количества отобранных больных с ГЗКПК (60) сахарный диабет имел место у 25 больных, бронхиальная астма – у 16 и хроническая недостаточность периферического кровообращения – у 19 пациентов. Все больные с ГЗКПК находились под нашим наблюдением в амбулаторных условиях.

Для больных СД более характерны нелокализованные формы ГЗКПК. При этом флегмона у больных СД I и II типов наблюдалась, соответственно, у 25,0 и 23,1% .

Хроническая недостаточность периферического кровообращения характеризовалась различными заболеваниями, которые сопровождалась хронической артериальной и венозной недостаточностью: облитерирующим эндартериитом, болезнью Рейно, облитерирующим атеросклерозом, варикозной болезнью вен нижних конечностей.

Наиболее часто у больных ХНПК отмечалось развитие фурункула (26,1%) и панариция (20,6%).

Исследования показали, что среди пациентов с ГЗКПК, страдающих БА, наиболее часто встречаются больные с фурункулёзом (38,3%), гидраденитом (18,5%) и панарицием (17,3%).

У больных ГЗКПК с наличием в анамнезе одного из факторов риска, происходило более медленное очищение гнойных ран от свободно лежащей микрофлоры, функциональное состояние клеток и фагоцитарная активность нейтрофильных гранулоцитов и макрофагов не были выражены, сроки лечения увеличены по сравнению с таковыми у больных контрольной группы.

У больных с сопутствующим СД очищение раны от гноя было более медленным, имело место длительное гноетечение и выраженная перифокальная реакция мягких тканей. Отмечалась упорная тенденция к прогрессированию воспалительного процесса с явлениями общей интоксикации.

Нами в результате комплексного обследования и лечения больных с ГЗКПК с сопутствующими хроническими заболеваниями внутренних органов был разработан алгоритм лечения этих больных (рис.).

Комплексное лечение больных с ГЗКПК проводилось в зависимости от формы и тяжести патологического процесса, наличия осложнений, характера сопутствующих заболеваний, состояния иммунной системы и уровня антиоксидантной защиты. Больным основной группы в зависимости от тактики проведённого лечения, наряду с операцией, проводилось консервативное лечение, направленное на снижение гнойно-воспалительного процесса и продуктов ПОЛ, повышение иммунитета и коррекция сопутствующей патологии и местное применение 2%-ного крема аргосульфана во второй фазе раневого процесса.

У больных основной группы антибактериальная терапия проводилась с учётом роста и характера микрофлоры, их чувствительности к антибиотикам. Учитывая высокую степень чувствительности к препаратам цепаинового ряда, метронидазолу и рифампицину, больным этой подгруппы назначены ципрофлоксацин по 500 мг x 2 раза в день, метронидазол по 250 мг x 3 раза в день и рифампицин по 0,15 x 3 раза в день по показаниям. Курс антибактериальной терапии составил 10 дней. У больных второй подгруппы антибактериальная терапия проведена без учёта чувствительности микробов к антибиотикам. При этом, в основном, были назначены гентамицин и антибиотики пенициллинового ряда.

У больных с ГЗКПК для повышения их иммунного статуса нами применён иммуномодулятор тималин по 10 мг x 1 раз в день внутримышечно в течение 10 дней.

Антиоксидантная терапия проведена у всех больных основной группы. При этом в качестве антиоксиданта назначался 10%-ный раствор токоферола ацетата по 1 мл 1 раз в день и аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день в течение 10 дней.

Также после проведения курса антибактериальной, противовоспалительной и антиоксидантной терапии и появления признаков второй фазы раневого процесса, лечение продолжалось применением 2%-ного аргосульфана в виде мазевых повязок. Первоначально перевязки проводились ежедневно, а затем по мере активации процесса регенерации и роста эпителия, перевязки выполнялись через день. Применение аргосульфана продолжалось до полного заполнения раны грануляционной тканью. У всех больных отмечалась хорошая переносимость аргосульфана, ни в одном случае не было побочных явлений. В первые сутки отмечалось умеренное пропитывание повязок гнойным отделяемым. Повязка с аргосульфана не прилипала к ране, не пересыхала и при этом не повреждала грануляционную ткань.

Коррекция сопутствующих заболеваний была проведена в зависимости от формы и характера патологии, её осложнений и степени компенсации организма. При необходимости с целью коррекции сопутствующей патологии была проведена консультация соответствующих специалистов.

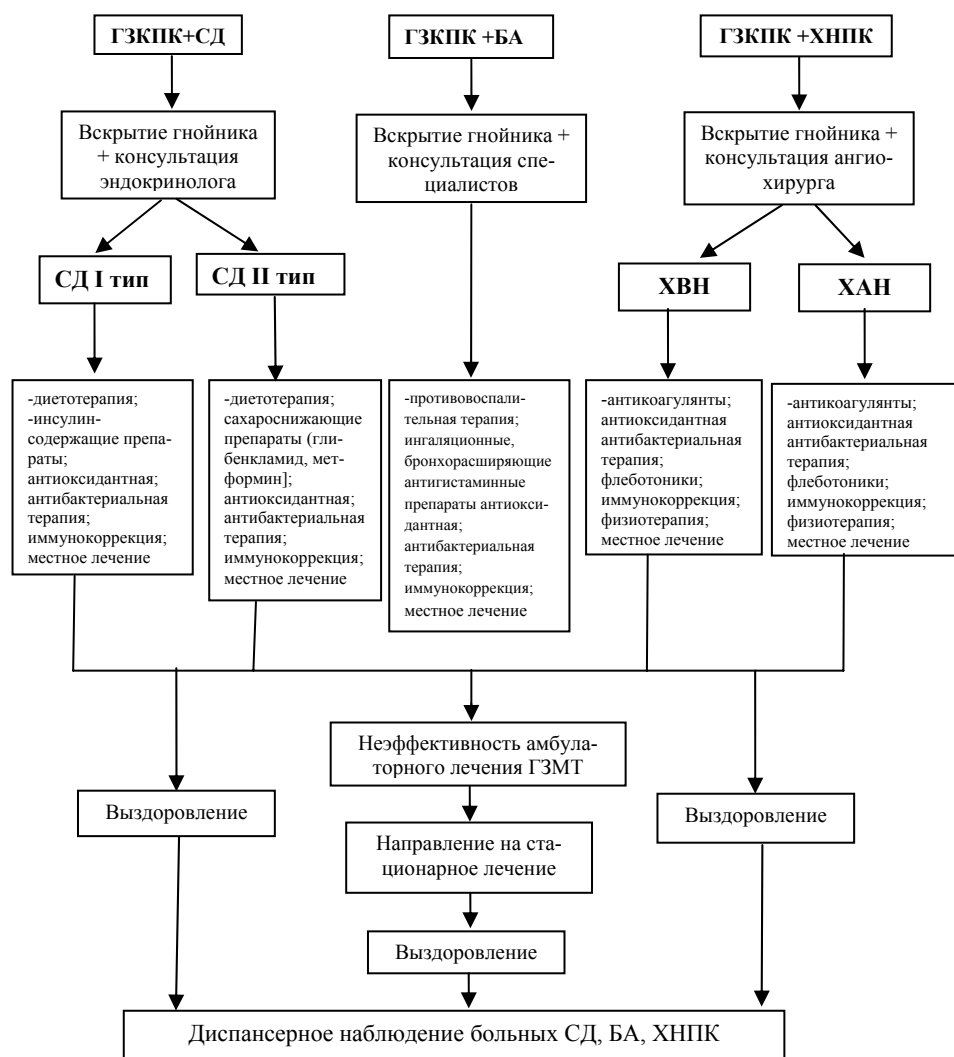


Рис. Алгоритм лечения ГЗКПК на фоне СД, БА и ХНПК

Сравнительный анализ результатов лечения показал, что у больных с ГЗКПК, получавших комплексную терапию с применением антиоксидантов и 2%-ного аргосульфана, наблюдалось улучшение общего состояния, уменьшение отека, гиперемия раны и гнойно-го отделяемого, нормализация показателей крови происходила на 2-3 дня раньше, чем у тех больных, которых лечили традиционными методами.

Таким образом, предложенный нами метод (алгоритм) лечения больных с ГЗКПК с включением в комплексную терапию антиоксидантов, местного применения 2%-ного аргосульфана и своевременной коррекции хронических заболеваний внутренних органов способствовал значительному улучшению результатов лечения больных и его можно рекомендовать в практике семейного врача в амбулаторных условиях.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Карлов В.А. Гнойно-септические заболевания мягких тканей на рубеже XX-XXI веков / В.А. Карлов // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2007. – Т. 2. №2. – С.129-131
2. Абаев Ю.К. Современные особенности хирургической инфекции / Ю.К. Абаев // Вестник хирургии, 2005. - №3. – С. 107-111

3. Кадырова Д.А., Муродов Н.М. Взаимосвязь заболеваний внутренних органов с гнойными заболеваниями мягких тканей и их профилактика в практике семейного врача // Мат. 56-ой конф. ТГМУ «Персп.разв. семейной медицины в РТ». -Душанбе. 2008.- С. 186-187
4. Ефименко Н.А. Хирургические инфекции мягких тканей / Н.А.Ефименко, А.А. Новожилов //Клиническая хирургия. Нац. руководство.-2008. Т. I. -С.560-585
5. Абаев Ю.К. Заживление ран при сахарном диабете / Ю.К.Абаев // Вестник хирургии. – 2005. - №4. – С. 109-111
6. Денисов И.Н. Врач общей практики (семейный врач) в системе первичной медико-санитарной помощи / И.Н.Денисов, А.И.Иванов // Семейный врач.-2000. №2. – С.6-12

## ХУЛОСА

### ХУСУСИЯТҶОИ ТАБОБАТИ БЕМОРИҶОИ ФАСОДНОКИ ПЌСТ ВА ЧАРБИ ЗЕРИПЌСТЌ ДАР ТАҶРИБАИ ДУХТУРИ ОИЛАВЌ Н.М.МУРОДОВ, М.К.ГУЛОВ, Д.А.ҚОДИРОВА

Муаллифон алгоритми табобатиро дар 100 нафар бемориҶои фасодноки пЌст ва чарби зерипЌстЌ, ки Ҳамзамон мубталои диабети қанд (22,4%), диққи нафас (17,6%) ва ихтилоли хунгардиши атрофЌ (20%) буданд, кор карда баромаданд.

Алгоритми табобати маҷмЌии антиоксидантЌ, истифодаи марҶами 2%-и аргосулфан ва тасеҶи саривақтии бемориҶои музмини узвҶои даруниро дар бар мегирад.

Дар бемороне, ки чунин тарзи табобатро гирифтанд, беҶбудии вазъи умумии онҶо, камшавии варам ва Ҷиперемияи (пурхунЌ) ҶароҶат нисбат ба бемороне, ки бо усули анъанавЌ табобат шуданд, дар муддати 2-3 рЌз барвақт ба қайд гирифта шуд.

Бо назардошти самарабахшии он алгоритми мазкурро дар таҷрибаи духтурони оилавЌ дар шароити амбулаторЌ тавсия кардан мумкин аст.

## SUMMARY

### THE PECULIARITIES OF PURULENT SKIN AND HYPODERMIC TISSUE DISEASES IN THE FAMILY DOCTOR PRACTICE N.M.MURODOV, M.K.GULOV, D.A.KADYROVA

In present work the authors developed a therapy algorithm in 60 patients with purulent skin and hypodermic tissue diseases (PSHTD) in combination with diabetes mellitus, bronchial asthma and peripheral circulation disturbance.

The algorithm includes complex antioxidant therapy, 2% Argosulfan local administration and internals chronic disease timely correction.

It was determined general condition improvement, edema, wound hyperaemia and purulent discharge reduction in the PSHTD patients who underwent to this therapy as compared with conventional therapy patients.

In consideration of the PSHTD therapy algorithm efficiency it can recommend to use this algorithm in family doctor practice.

**Key words:** purulent skin and hypodermic tissue diseases, diabetes mellitus, peripheral circulation chronic deficiency

---

**Адрес для корреспонденции:**

**Н.М.Муродов** – ассистент кафедры семейной медицины №1 ТГМУ; Таджикистан, Душанбе, ул.А.Навои, 4а. Тел.: 95-155-72-41



## **ОСОБЕННОСТИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ ПРИ ЭНДОКРИННОМ ФАКТОРЕ БЕСПЛОДИЯ**

**Э.В. БАЙРАМОВА, Э.М. АЛИЕВА, Ш.Ш. АСАДОВА**  
**КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ №3**  
**АЗЕРБАЙДЖАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА, Г. БАКУ**

Авторы приводят результаты обследования 30 женщин с эндокринным фактором бесплодия. В ходе проведённого исследования, было установлено, что состояние цервикальной слизи определяется функциональной активностью яичников и снижается при эндокринных нарушениях. Патологические изменения цервикальной слизи объясняются отсутствием предовуляторного пика эстрогенов.

**Ключевые слова:** аменорея, олигоменорея, ановуляция, лютеин, цервикальная слизь, предовуляторность

**Актуальность.** Одной из актуальных проблем современной гинекологической науки является бесплодие. Эпидемиологические исследования, проведённые в Российской Федерации Кулаковым В.И. и соавт. [1,2] позволили установить, что у 6 млн. женщин и 3.5 млн. мужчин определяется бесплодие. При этом частота бесплодных пар ежегодно увеличивается на 160-170 тыс., значительный процент которой составляет эндокринное бесплодие на фоне ожирения [3-5]. В современных условиях по частоте встречаемости различных форм бесплодия, эндокринные факторы бесплодия являются одной из частых причин бесплодия после мужского и трубно-перитонеального фактора. Частота эндокринного фактора колеблется от 4 до 40% и определяется, прежде всего, нарушениями овуляции. Различают следующие клинические формы:

- аменорея – первичная, вторичная;
- олигоменорея;
- синдром хронической ановуляции, наблюдаемой при различных нейроэндокринных синдромах;
- недостаточность лютеиновой фазы;
- яичниковая и/или надпочечниковая гиперандрогения [6-8].

По данным разных авторов в 15-20% случаях, причиной бесплодия является нарушение овуляции [8,9].

Одной из частых причин бесплодия является синдром поликистозных яичников (СПЯ). В то же время следует отметить преобладание нарушений гипоталамо-гипофизарной системы, что позволяет утверждать, что в развитии СПЯ существенная роль отводится нарушениям этой системы.

По данным других авторов, по меньшей мере, в 5 системах отмечаются изменения, связанные с СПЯ: гипоталамус, гипофиз, яичники, кожа, надпочечники, поджелудочная железа. Для данного синдрома характерны следующие биохимические изменения: гиперандрогения яичникового, гиперандрогения надпочечникового генезов, нарушение секреции гонадотропинов, периферическая гиперэстрогения и гиперинсулинемия, что позволяет говорить о нейроэндокринных нарушениях, лежащих в основе данного синдрома. Диагностическими критериями СПЯ являются нерегулярные менструации, гиперандрогения, хроническая ановуляция, изменения в соотношении секреции гонадотропинов (ЛГ:ФСГ >3), ожирение, эупролактинемия [7,10]. Другой причиной эндокринного бесплодия является недостаточность лютеиновой фазы. Нарушение функциональной активности жёлтого тела и, соответственно,

недостаточная продукция прогестерона, может быть причиной бесплодия у некоторых женщин. В результате недостаточности прогестерона отмечается нарушение секреторной трансформации эндометрия, что подтверждается данными гистологического исследования биоптата эндометрия. Несмотря на многообразие научных исследований относительно клинико-диагностических проявлений эндокринного фактора бесплодия, исследования состояния цервикальной слизи у женщин с СПЯ и с недостаточностью лютеиновой фазы (НЛФ) ограничены [11-13].

**Цель исследования:** изучить состояние цервикальной слизи у больных с хронической ановуляцией.

**Материалы и исследования.** Было обследовано 30 женщин с эндокринным фактором бесплодия, которые составили основную группу. В сравнительную группу были включены 20 женщин с сохранённой репродуктивной функцией.

У всех обследованных женщин был тщательно собран анамнез, с включением информации о наличии бесплодия в семье, у близких родственников со стороны отца, либо матери, наличие различных факторов бесплодия в родословной. У обследуемых больных оценивалось наличие профессиональных вредностей, контакт с различными факторами производства. Обязательным моментом исследования явилась оценка периода полового созревания, включая возраст наступления менархе, регулярность установления цикла, характер менструальной функции: наличие болезненности, регулярности, длительности цикла и менструации, количество теряемой менструальной крови. В динамике проведённого исследования была оценена половая жизнь и длительность брака, состояние здоровья мужа, возраст, наличие вредных привычек, профессия, группа крови, резус фактор. При наличии изменений спермограммы, проводилась консультация уролога, андролога, ультразвуковое исследование яичек, микробиологическое исследование мазка из уретры. У всех женщин с бесплодием изучались перенесённые заболевания, включая детские инфекции, оперативные вмешательства, их объём и длительность, а также гинекологические заболевания.

Основным этапом обследования женщин явилось гинекологическое обследование, с осмотром шейки матки в зеркалах, проведение расширенной кольпоскопии, ультразвукового исследования матки, яичников и надпочечников, проведение рентгенологической гистеросальпингоскопии. При наличии бесплодия, преимущественно всем обследованным больным с целью возможного сочетания нескольких факторов бесплодия, проводилась диагностическая лапароскопия. Функциональная активность яичников оценивалась проведением тестов функциональной диагностики: определение базальной температуры в течение не менее 2-3 месяцев, динамическое наблюдение за ростом фолликула. Обязательным этапом проведённого обследования являлась оценка выраженности оволосения кожного покрова по шкале Ferriman & Golvey, с определением гирсутного числа. Исследование также включало проведение посткоитального теста (ПКТ) с помощью пробы Симса- Хунера. В первую фазу менструального цикла всем обследованным женщинам проводилось определение уровня фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего гормонов (ЛГ), пролактина, эстрадиола (E2), дегидроэпиандростерона (ДЭА), трийодтиронина (T<sub>3</sub>), тироксина (T<sub>4</sub>).

Микробиологическое исследование цервикальной слизи включало определение уреоплазмы, микоплазмы, хламидии, цитомегаловируса, вируса простого герпеса.

Всем обследуемым женщинам в преовуляторный период проводилась оценка цервикальной слизи. Определялись критерии цервикальной слизи: количество, вязкость, степень кристаллизации, растяжимость, клеточный состав, с последующей оценкой критериев цервикальной слизи, а также суммированной общей оценки цервикальной слизи с определением

РН цервикальной слизи. Определение РН цервикальной слизи проводилось экспресс методом с помощью универсальных индикаторных бумаг (Universal indicator Paper PH 0-12).

Для определения РН цервикальной слизи индикаторную бумагу обмакивали в цервикальную слизь и тут же сравнивали с окраской полоски эталонной шкалы РН. В качестве физиологических показателей применялись данные Moghissi K.S (1973), при РН 6,3-8,5. Полученные данные вводились в шкалу оценки состояния цервикальной слизи, представленную в таблице 1.

Таблица I

**Оценка состояния цервикальной слизи по цервикальной шкале**

Критерии цервикальной слизи	Бальная оценка критериев цервикальной слизи
Количество	0=0 1=0,1 мл 2=0,2 мл 3=0,3 мл
Вязкость	0=толстая,повышающая вязкость(переменстр.) 1=промежуточ.
Симптом папоротника (степень кристаллизации)	0=нет кристаллизации 1=атипич. форма папоротника 2=первич. и вторич. ветки папоротника 3=третич. и четвертич. ветки папоротника
Растяжимость	0=<1см 1=1-4 см 2=5-8 см 3=>9 см
Клеточный состав	0=>11 клеток в поле зрения 1=6-10 клеток 2=1-5 клеток 3=0 клеток
Общая оценка	15 балловмах. оценка церв. слизи <10 баллов-недост. церв. слизи <5 баллов-невозможна для пенетрации сперматозоидов

**Результаты и их обсуждение.** Нами было установлено наличие эндокринного фактора бесплодия, проявляющегося синдромом поликистозных яичников (n=16), синдромом Штейна-Левенталя (n=3) и недостаточностью лютеиновой фазы (n=11).

Клинико-лабораторное исследование яичников включало оценку состояния цервикальной слизи. Результаты данных исследований представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, исследование цервикальной слизи позволило установить достоверно низкие параметры цервикальной слизи: количества, вязкости, степени кристаллизации, растяжимости, клеточного состава, что отразилось на низкой оценке по цервикальной шкале. Следует отметить снижение РН цервикальной слизи, что влияет на качество цервикальной слизи и соответственно на пенетрирующую активность сперматозоидов.

Таблица 2

**Состояние цервикальной слизи при эндокринном факторе бесплодия (M+Se)**

Показатель цервикальной слизи	Больные с эндокрин. Фактором бесплодия (n=30)	Сравнит. группа (n=20)	P
Количество	1,15+0,08 (0-2)	2,3+0,06 (2-3)	P<0.05
Вязкость	1,7+0,19 (0-2)	3,1+0,15 (2-3)	P<0.05
Степень кристаллизации	0,65+0,03 (0-2)	2,81+0,41 (2-3)	P<0.05
Растяжимость	0,39+0,07 (0-2)	3,1+0,8 (2-3)	P<0.05
Клеточный состав	1,25+0,28 (0-2)	2,75+0,12 (2-3)	P<0.05
Общ. оценка по цервик. шкале	5,11+0,29 (2-7)	14,66+0,03 (10-15)	P<0.05
РН цервик. слизи	4,4+0,06 (4-6)	7,01+0,01 (6-8)	P<0.05

**Таким образом,** в результате проведённого исследования, было установлено, что состояние цервикальной слизи определяется функциональной активностью яичников и снижается при эндокринных нарушениях. Патологические изменения цервикальной слизи объясняются отсутствием предовуляторного пика эстрогенов. Отсутствие предовуляторной насыщенности эстрогенами, являющимися основным источником воздействия на рецепторы цервикального канала и определяющие секрецию цервикальной слизи, вызывает патологическое уменьшение цервикальной слизи вплоть до её отсутствия.

### Литература

1. Алиева Э.А. Синдром поликистозных яичников у женщин репродуктивного возраста// Автореф. дисс. канд.мед.наук.-М.-1991.-44с.
2. Корнеева И.Е. Современная концепция диагностики и лечения бесплодия в браке//Автореф. дисс. д-ра мед. наук.- М.-2003.-16с.
3. Кулаков В.И., Корнеева И.Е. Диагностика и лечение женского бесплодия// М.-2002
4. Кулаков В.И., Овсянникова Т.В., Шилова М.Н. Проблемы репродуктологии// М. 1997.- ЖЗ.-С.34-37
5. Назаренко Т.А., Дурянин Э.Р., Перминова С.Г. Современные подходы к диагностике и лечению бесплодия у женщин // Гинекология.-Т.06.2000.- С.147-151
6. Чернуха Г.Е. Современные представления о синдроме поликистозных яичников// Consilium Medicum/ 2002:4 (10): 16-9
7. Amer SA, Banu Z, Li TC, Cooke Id. Long-term follw-up of patients with polycystic ovary syndrome after laparoscopic ovarian drilling. Endocrine and ultras nographic outcomes. Hum Reprod 2002; vol 17 p 2851-2855

8. Larsen U. Research on infertility: Which definition should we use? Tunis Med, 2004 vol. 82. N9. p. 837-842
9. McKenzie L.J., Carson S.A., Evaluation of infertility, ovulation induction and assisted reproduction., Female Reproductive Endocrinology Evaluation of Infertility. 2002. p. 1-13
10. Pasquali R, Gambineri A. Role of changes in dietary habits in polycystic ovary syndrome. Reprod Biomed Online 2004. vol.8 p. 431-9
11. World Health Organization (1992) WHO laboratory manual for the examination of human semen and sperm-cervical mucus interaction. 2<sup>nd</sup> edn. Cambridge University Press, Cambridge, UK. p.44
12. WHO editor (1992): WHO laboratory manual for the examination of human semen and sperm-cervical mucus interaction. 3<sup>rd</sup> ed. Cambridge University Press, Cambridge
13. World Health Organization: WHO laboratory manual for the examination of human semen and sperm-cervical mucus interaction, ed 2, Cambridge, UK, 1987, Press Syndicate of the University of Cambridge

**ХУЛОСА**  
**ХУСУСИЯТҶОИ ЛУОБИ СЕРВИКАЛӢ ҶАНГОМИ**  
**ОМИЛИ ЭНДОКРИНИИ БЕЗУРӢТИ**  
**Э.В.БАЙРАМОВА, Э.М.АЛИЕВА, Ш.Ш.АСАДОВА**

Муаллифон натиҷаҳои тафтишоти 30 зани гирифтори омилҳои эндокринии безуретиро овардаанд. Дар рафти тадқиқот муқаррар карда шуд, ки ҳолати луоби сервикалӣ бо фаъолинокии вазоифии тухмдонҳо муайян карда мешавад ва ҷангоми ихтилолотҳои эндокринӣ паст мешавад. Тағйиротҳои этилолии (патологӣ) луоби сервикалӣ бо набудани авҷи пеш аз тухмпизишии эстрогенҳо маънидод мешавад.

**SUMMARY**  
**THE PECULIARITIES OF CERVICAL MUCUS IN ENDOCRINE**  
**FACTOR OF STERILITY**  
**E.V. BAIRAMOVA, E.M. ALIEVA, SH.SH. ASADOVA**

The authors presented the results of examination of 30 women with endocrine factor of sterility. It was detected in the course of conducted study that cervical mucus status is determined by ovaries functional activity and reduced in endocrine disturbances. The pathological changes of cervical mucus are explained oestrogens preovulatory peak absence.

**Key words:** amenorrhea, oligomenorrhea, anovulation, lutein, cervical mucus, preovulatory

---

**Адрес для корреспонденции:**

**Э.В. Байрамова** – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №3 АМУ; Азербайджан, г.Баку, проспект Бюль-Бюля, 65А, кв.19 E-mail: Elmar@varidat.az

## ТЕРАПИЯ

### КЛИНИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ АЭРОЗОЛЬНОЙ ФОРМЫ ПРЕПАРАТА «ИНТЕРАЛЬ» ПРИ ОРВИ

З.С. Гуломов

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия  
последипломного образования, Россия

Изучен клинический эффект аэрозольной формы интерферона альфа-2-бета (интераль) у 240 больных с ОРВИ.

При оценке динамики клинической картины острых респираторных вирусных инфекций при лечении их препаратом «Интераль» отмечено достоверное купирование общих и местных проявлений интоксикации, синдрома системного воспаления, что, в свою очередь, ускоряет клиническое выздоровление пациентов.

Наиболее выраженный клинический эффект препарата «Интераль» при острой респираторной вирусной инфекции отмечается у лиц трудоспособного возраста 20-40 лет.

**Ключевые слова:** острые респираторные вирусные инфекции, интерферон альфа-2-бета, интераль, ОРВИ

**Введение.** По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются самым распространённым заболеванием, составляя до 80-90% в общей структуре инфекционной заболеваемости [1,2]. ОРВИ относятся к повсеместно распространённым болезням, ведущая роль среди них принадлежит, бесспорно, гриппу различных серотипов. Вирусы гриппа вызывают эпидемии и пандемии, поражая людей всех возрастов [4,6].

Ежегодно в России ОРВИ переносят порядка 50 млн. человек. Столь высокий уровень заболеваемости определяет значительный экономический ущерб — на долю данной патологии приходится до 40% от общей временной нетрудоспособности населения. Только в Москве ежегодно на расходы лечения ОРВИ тратится до 20 млн. рублей [4].

Острые респираторные вирусные инфекции, в том числе и вирус гриппа, могут поражать как верхние, так и нижние дыхательные пути, что приводит к развитию острого ринита (насморка), трахеобронхита, пневмонии, одышки, затруднению носового дыхания, появлению сухого и влажного кашля. Без адекватного лечения респираторные инфекции часто принимают осложнённое или хроническое течение, лёгкий насморк может закончиться синуситом или тяжёлой пневмонией. Как правило, вирусные инфекции возникают при общении с больным или при массовых эпидемиях [6,7]. Заболеть можно и в случае, когда организм не располагает достаточными силами сопротивляться инфекции, т.е. при недостаточном иммунном ответе. Дело в том, что здоровый человек хорошо защищён от вирусных инфекций своей иммунной системой, и, прежде всего, системой интерферона [6,7]. Своевременная терапия ОРВИ способствует более быстрому выздоровлению и предупреждает развитие осложнений. Безусловно, лечение ОРВИ должно быть комплексным и строиться индивидуально в каждом конкретном случае [2-5]. Один из путей повышения эффективности комплексной терапии ОРВИ предусматривает использование иммуномодулирующих препаратов, в частности, препаратов интерферона [1,4,10].

Интерфероны - это вырабатываемые организмом вещества белковой природы для защиты от различных инфекций. Снижение их синтеза, например при переохлаждении, приво-

дит к развитию инфекционных заболеваний. Интерфероны были впервые обнаружены как защитные факторы, синтезируемые в клетках, инфицированных вирусами. Их главным свойством является нарушение репликации вирусов. За это они получили своё название от английского *Interfere with* - мешать (вирусам осуществлять синтез своей РНК и белков) [4,6,8].

Противовирусная, противоопухолевая и иммуномодулирующая активность интерферона альфа (ИНФ- $\alpha$ ) явилась основанием для его применения в клинической практике. Прямой противовирусный эффект ИНФ- $\alpha$  реализуется через подавление синтеза вирусных нуклеиновых кислот и подавление синтеза белков оболочки вируса. Механизмом этого эффекта является активация внутриклеточных ферментов, протеинкиназ, аденилатсинтетазы. Протеинкиназа разрушает фактор инициации синтеза белка с матричной РНК, что подавляет синтез белка. Аденилатсинтетаза индуцирует синтез веществ, разрушающих вирусную РНК [4,6,8-10]. Патогенетическая иммунотерапия рекомбинантным интерфероном альфа-2бета (ИНФ- $\alpha$  2 $\beta$ ) позволяет нормализовать цитокиновый баланс и воздействовать на ключевые звенья патологических процессов при вирусной инфекции и злокачественных новообразованиях [8-10]. Заместительная цитокиноterapia рекомбинантным ИНФ- $\alpha$  2 $\beta$  (интераль) восстанавливает эффективную работу иммунной системы за счёт восполнения дефицита интерферона препаратом, идентичным собственному цитокину человека. При этом методе лечения отпадает необходимость в дополнительной индукции выработки иммунных факторов с использованием собственных ресурсов организма, которые уже ограничены патологическим процессом [8-10].

Рекомбинантный ИНФ- $\alpha$  2 $\beta$  (интераль) производится в ГНЦ «ГосНИИ особо чистых био-препаратов» ФМБА России. Препарат производится под постоянным контролем и с непосредственным участием специалистов, обладающих значительным научно-практическим опытом в области биотехнологий и создания высокоэффективных сорбентов для выделения и очистки рекомбинантных белков. Производство организовано и осуществляется по международным стандартам, продукция полностью соответствует требованиям Британской фармакопеи. Рекомбинантный ИНФ- $\alpha$  2 $\beta$  (интераль) сравним по эффективности и безопасности с лучшими мировыми аналогами и значительно превосходит их по фармакоэкономическим показателям [8-10].

**Цель исследования:** изучить клинический эффект аэрозольной формы интерферона альфа-2-бета (интераль) при ОРВИ.

**Материалы и методы.** В нашей клинике в течение последних двух лет изучена клиническая эффективность монотерапии аэрозольной формой ИНФ- $\alpha$  2 $\beta$  (интераль) при ОРВИ.

Под наблюдением находилось 240 больных с ОРВИ в возрасте от 20 до 70 лет, из которых большинство (61%) – мужчины. Всем 150 пациентам основной группы, включённым в исследование, назначалась аэрозольная форма ИНФ- $\alpha$  2 $\beta$ .

Контрольную группу составили 90 пациентов в возрасте от 20 до 70 лет с теми же клиническими проявлениями, но лечившихся препаратом «Гриппферон».

Все пациенты дали добровольное согласие на участие в клинических испытаниях. Критерии включения: пациенты с ОРВИ не позднее 3-го дня от начала проявления клинических симптомов и больные обоего пола в возрасте от 20 до 70.

Критерии исключения: пациенты с ОРВИ до 20 и старше 70 лет; пациенты, получавшие в течение предшествующих 10 суток, антибиотики или стероидные препараты; пациенты с тяжёлой соматической патологией; больные с острым или обострением хронического воспалительного процесса любой локализации; пациенты с индивидуальной аллергологической непереносимостью; не соблюдающие режим назначения препарата.

Способ применения и дозы: интераль применяли путём ингаляции в каждый носовой ход (100 000 МЕ в 10 мл) через каждые 2 часа, не менее 8 раз в сутки в течение 5-7 дней. Негативных последствий не наблюдалось.

Обследование пациентов включало общий осмотр, ЛОР-осмотр, и рентгенологическое обследование околоносовых пазух.

Для контроля эффективности лечения анализировали динамику субъективных и объективных проявлений заболевания, используя для этого разработанную нами анкету. С использованием разработанной анкеты, заполняемой пациентом и врачом, проводили в динамике оценку выраженности клинических проявлений, а также изменения риноскопической картины (наличие выраженного отёка слизистой оболочки, отделяемого в носовых ходах, нормальное анатомическое соотношение внутриносовых структур).

Статистическую обработку полученных результатов производили с помощью программы статистической обработки STATISTICA 6.0. Для обработки данных использовали непараметрические методы статистики.

**Результаты исследований.** Распределение больных ОРВИ основной и контрольной группы, лечившихся с применением аэрозольной формы ИНФ- $\alpha$  2 $\beta$  (интераль) в режиме монотерапии, или получавших гриппфероном с учётом пола и возраста, приводим на рисунках 1 и 2.

Установлено, что по полу и возрасту больные основной и контрольной группы распределились следующим образом: 90 (60%) мужчин и 60 (40%) женщин и 50 (55,6%) мужчин и 40 (44,4%) женщин, соответственно. Возраст в обеих группах от 20 до 70 лет. Среди больных ОРВИ основной группы преобладали лица молодого (48%) и среднего возраста.(36,6%) В пожилом и старческом возрасте ОРВИ встречается реже (15,4 %).

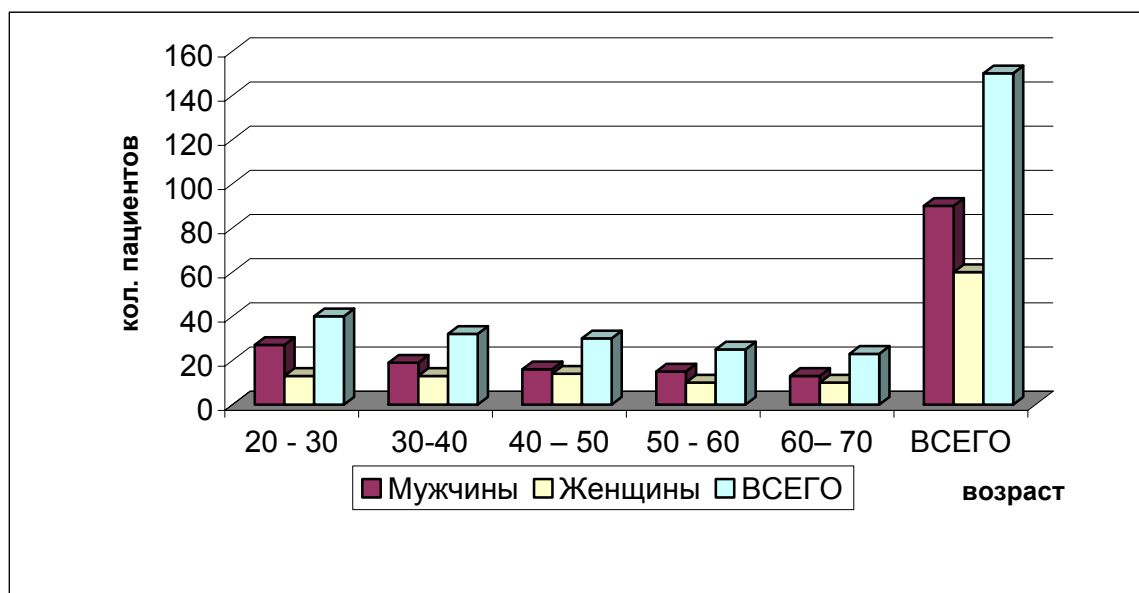
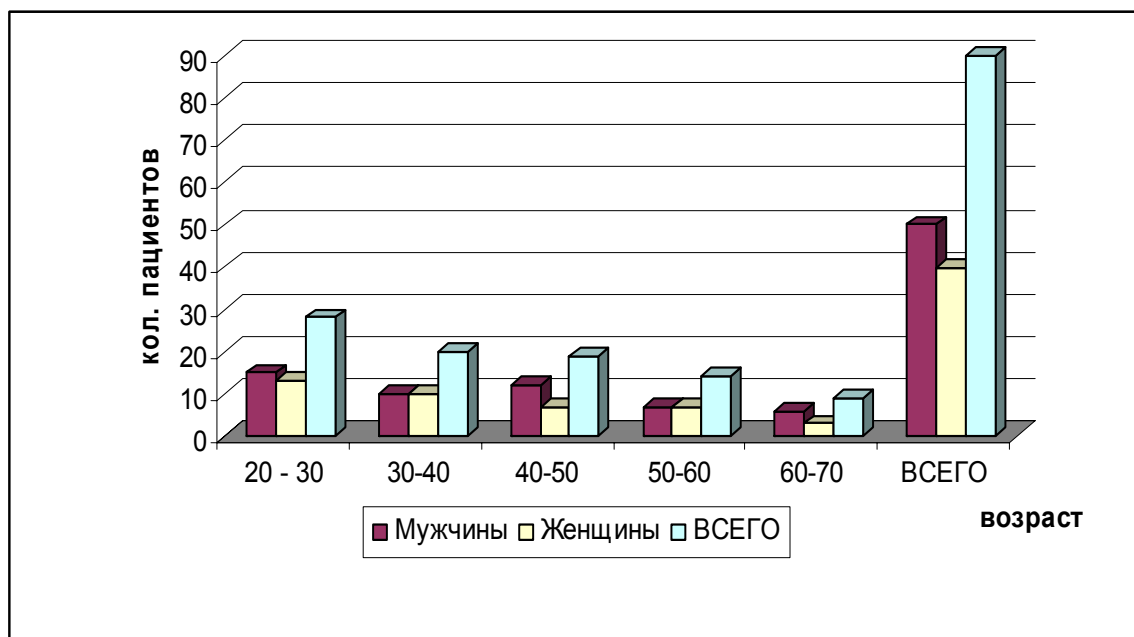


Рис. 1. Распределение пациентов основной группы с учётом возраста и пола





**Рис. 2. Распределение пациентов контрольной группы с учётом возраста и пола**

Как было указано, обследование пациентов включало общий осмотр, сбор анамнеза жизни, анамнеза заболевания, риноскопическое исследование. При обращении больные предъявляли жалобы на ухудшение общего состояния, повышение температуры тела от 37 С до 39,1 С, слабость, головную боль, выделения из носа, нарушение носового дыхания (табл. 1).

**Таблица 1**

**Структура клинических симптомов у больных ОРВИ основной и контрольной группы**

	Симптомы	Количество наблюдений в %	
		основная	контрольная
общие	Повышение температуры тела	146 (97,3)	90 (100)
	Головная боль	120 (80)	70 (77,8)
	Слабость	90 (60)	58 (64,4)
местные	Выделения из носа	150 (100)	90 (100)
	Нарушение носового дыхания	70 (46,7)	35 (38,9)
	Отёк слизистой носа	135 (90)	75 (83,3)
	Гиперемия слизистой носа	150 (100)	90 (100)
	Всего	150 (100)	90 (100)

Риноскопическое исследование при первичном обращении показало наличие выраженных признаков воспаления, заложенность носа с наличием слизистых выделений в среднем и нижнем носовых ходах, значительное сужение носовых ходов, нарушение проходимости между средним носовым ходом и гайморовой пазухой, гиперемия слизистой оболочки носа.

Полученные данные, приводимые в табл. 1, позволяют заключить, что группы сопоставимы между собой и могут быть подвергнуты статистическому анализу.

Таблица 2

**Динамика клинических симптомов у пациентов с ОРВИ  
на фоне применения препарата «Интераль»**

Клинические симптомы	Количество наблюдений основной группы n(%)									
	20-30		30-40		40-50		50-60		60-70	
	3день	7день	3день	7день	3день	7день	3день	7день	3день	7день
повышение температуры	38(95)	-	20(62,5)	-	20(66,6)	-	20(80)	4(16)	17(74)	4(17,3)
головная боль	25(62,5)	-	15(46,9)	-	14(46,6)	4(13,3)	18(72)	-	15(65,3)	-
	27(67,5)	-	22(68,7)	-	17(56,6)	2(6,6)	17(68)	5(20)	17(74)	4(17,3)
слабость	28(70)	1(2,5)	19(59,4)	-	16(53,3)	1(3,3)	16(76)	3(12)	15(65,3)	2(8,6)
выделения из носа	28(70)	1(2,5)	20(62,5)	1(3,1)	18(60)	1(3,3)	17(72)	2(8)	18(78,3)	1(4,3)
затруднённая носового дыхания	32(80)	-	21(65,6)	-	18(60)	1(3,3)	17(68)	5(20)	17(74)	3(13)
отёк слизистой носа	30(75)	-	20(62,5)	-	17(56,6)	1(3,3)	16(64)	2(8)	15(65,3)	3(13)
гиперемия слизистой носа										
Итого	40 (100)		32(100)		30(100)		25(100)		23(100)	
* - различия достоверны (p < 0,05)										

Полученные данные позволяют заключить, что при проведении консервативного лечения состояние больных улучшилось в обеих группах. Однако, в основной группе к 3-му дню затруднённая носового дыхания снизилась на 32,7%, к 7-му на 96%, в контрольной группе – лишь на 24% и 87,8%; выделения из носа уменьшились в основной группе, соответственно, на 37,4% и 93,4%, в контрольной – на 33,4% и 91% (p<0,05); отёк слизистой носа купирован на 30% и 94,7% в основной группе и на 25,6% и 90% - в контрольной; гиперемия слизистой оболочки полости носа у больных основной группы уменьшилась на 34,7%, и 96,7%, в контрольной – лишь на 26,7% и 93,6% (табл.1 и 2). Уже на 3 сутки на фоне применения препарата – интераль в моно-режиме, клинические проявления: затруднённая носового дыхания на 8,7%, выделения из носа на 4%, отёк на 4,4% и гиперемия слизистой носа на 8% уменьшились в основной группе в сравнении с контрольной (p<0,05). Наилучший клинический эффект наблюдался у лиц наиболее трудоспособного возраста, от 20 до 40 лет. В этой группе на 7 сутки терапии аэрозольной формой интерферона альфа 2b, отмечены единичные случаи сохранения у больных субъективных ощущений у 3 человек.

В результате лечения аэрозольной формой ИНФ- $\alpha$  2 $\beta$  (интераль), у всех больных наблюдалась положительная динамика клинической картины: улучшение общего состояния, прекратилось выделение из носа, затруднённость носового дыхания, отёк, гиперемия, уменьшилась выраженность симптомов интоксикации. Таким образом, интраназальное применение аэрозольной формы ИНФ- $\alpha$  2 $\beta$  (интераль) в моно-режиме, является перспективным способом лечения ОРВИ.

**Таблица 3**

**Динамика клинических симптомов у пациентов с ОРВИ на фоне применения препарата «Гриппферон»**

Клинические симптомы	Количество наблюдений контрольной группы n(%)									
	20-30		30-40		40-50		50-60		60-70	
	3день	7день	3день	7день	3день	7день	3день	7день	3день	7день
повышение температуры	24(85,7)	3(10,7)	18(90)	3(15)	19(100)	2(10,5)	14(100)	4(28,5)	9(100)	2(22,2)
головная боль	21(75)	3(10,7)	15(75)	2(10)	14(73,7)	-	13(92,8)	-	9(100)	-
слабость	22(78,5)	-	14(70)	-	13(68,4)	2(10,5)	13(92,8)	3(21,4)	9(100)	2(22,2)
выделения из носа	15(53,6)	1(3,5)	14(70)	-	11(57,9)	2(10,5)	12(85,7)	3(21,4)	8(88,8)	2(22,2)
затруднённость носового дыхания	24(85,7)	2(7,1)	14(70)	3(15)	13(68,4)	2(10,5)	9(64,2)	2(14,3)	9(100)	2(22,2)
отёк слизистой носа	23(82,1)	1(3,5)	18(90)	3(15)	17(89,5)	2(10,5)	9(64,2)	1(7,1)	8(88,8)	1(11,1)
гиперемия слизистой носа	20(85,7)	-	14(75)	-	15(89,5)	1(5,2)	9(64,2)	2(14,2)		
Итого	28 (100)		20(100)		19(100)		14(100)		9(100)	

\* - различия достоверны ( $p < 0,05$ )

### Выводы:

1. Комплексный противовирусный и противовоспалительный эффект аэрозольной формы интерферона альфа 2 $\beta$  (интераль) уменьшает проявление как общих, так и местных признаков острой респираторной вирусной инфекцией, а также достоверно ускоряет клиническое выздоровление пациентов.
2. Наиболее выраженный клинический эффект препарата интераль при острой респираторной вирусной инфекции отмечается у лиц трудоспособного возраста 20-40 лет.

## Литература

1. Крюков А.И., Туровский А.Б. Симптоматическая терапия при острых респираторных заболеваниях // Справочник поликлинического врача. 2005. № 4. Т. 4
2. Карпухин Г.И., Карпухина О.Г. Диагностика, профилактика и лечение острых респираторных заболеваний. СПб: Гиппократ, 2000; 180с.
3. Морозова С.В. Лечение острых инфекций верхних дыхательных путей // Русский медицинский журнал. 2005. № 26. Т. 13. С. 1748–1751
4. Зайцев А.А., Тропин А. В., Лукашкин Р.В. с соавт. Лечение острых респираторных инфекций у военнослужащих // Военно-медицинский журнал. 2007. № 11. Т. 328. С. 15–19
5. Gwaltney J. M. Jr., Druce H. M. Efficacy of brompheniramine maleate treatment for rhinovirus colds // Clin. Inf. Dis. 1997; 25: 1188–1194
6. Ершов С.И. Система интерферона в норме и патологии. М.: Медицина. 1996
7. Львов Д.К., Маринич И.Г. и др. Эпидемиологические особенности гриппа последних лет // Вопр. вирусологии. 1998. №2. С. 59-62
8. Кетлинский С.А. Эндогенные иммуномодуляторы/ С.А.Кетлинский, А.С. Симбирцев, А.А Воробьёв. – СПб.: Гиппократ, 1992. - 256 с.
9. Симбирцев А.С. Биология семейства интерлейкина-1 человека // Иммунология. - 1998. - №3. - С. 917
10. Справочник по иммунотерапии / А.С.Симбирцев//С-Пб.:Диалог, 2002.-478с.

## Хулоса

### **Таъсири саририи шакли аэрозолии доруи «Интерал» ҳангоми сирояти вирусии респиратории шадид (СВРШ)**

#### **З.С.Фуломов**

Таъсири саририи шакли аэрозолии (гардпошии) интерферони алфа-2-бета (интерал) дар 240 нафар бемори гирифтори СВРШ омӯхта шуд.

Арзёбии равиши сурати саририи СВРШ ҳангоми табобат бо интерал боздории боэъти-моди зухуроти умумӣ ва маҳаллии захролудшавӣ ва алоими илтиҳоби силсилаваӣ ба қайд гирифта шуд, ки дар навбати худ, сиҳатшавии саририи беморонро метезонад.

Таъсири назарраси саририи доруи «Интерал» ҳангоми СВРШ дар шахсони синни қобили меҳнат (20-40 сола) қайд карда мешавад.

**Summary**  
**Clinical performance of Interferon alfa2beta aerosol formulation in acute  
respiratory viral infection**  
**Z.S. Gulomov**

Clinical performance of interferon alfa2beta aerosol formulation (Interferon) in 240 patients with acute respiratory viral infection (ARVI) was studied.

It was observed reliable relief of general and local intoxication manifestation and systemic inflammation syndrome during clinical finding of acute respiratory viral infection evolution assessment, which, in turn, precipitates recovery of patients.

The most apparent clinical performance of Interferon aerosol formulation in acute respiratory viral infection was noted in working age people 20 to 40 years old.

**Key words:** acute respiratory viral infection, Interferon alfa2a, Interferon, ARVI

---

**Адрес для корреспонденции:**

**З.С. Гуломов** - докторант Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования РФ; Санкт-Петербург, пр. Просвещения - 45/75. Тел: +79523682381.

E-mail: gulomov\_zafar@mail.ru

---

**ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ  
КИНИНОВОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ  
МИОКАРДА, ОСЛОЖНИВШИМСЯ КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ**

**Н.Х. Олимов, Х.Р. Вохидов, Э.Ч. Юлдошев**

**Республиканский клинический центр кардиологии; кафедра кардиологии  
с курсом клинической фармакологии ТИППМК**

У 80 больных инфарктом миокарда, осложнившимся кардиогенным шоком, были определены основные параметры калликреин-кининовой системы (ККС) крови. Установлено, что у этих больных активность ККС крови возрастает в три раза по сравнению с нормой. С целью снижения активности ККС на фоне противошоковой терапии больным основной подгруппы назначен ингибитор калликреина – контрикал в/к. Выявлено, что после терапии контрикалом в основной подгруппе снижается активность ККС и улучшается клиническое состояние больных. Наблюдается положительная динамика на ЭКГ, улучшаются показатели внутрисердечной гемодинамики по данным ЭхоКГ и снижается летальность от кардиогенного шока.

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда, кардиогенный шок, калликреин-кининовая система крови

**Введение.** Сердечно – сосудистые заболевания (ССЗ) и, в первую очередь, ишемическая болезнь сердца (ИБС) продолжают оставаться ведущей причиной смертности и инвалидизации в большинстве стран мира. Если исключить случаи смерти от травм, самоубийств, проблем, связанных с родами, то окажется, что истинный показатель смертности среди

взрослого населения от заболеваний сердца составит 70%. При этом среди прочих сердечно-сосудистых заболеваний, лежащих в основе смертности, 80% составляет инфаркт миокарда (ИМ), являющийся причиной летальности [1-3].

Кардиогенный шок (КШ) считается одним из тяжёлых вариантов острой сердечной недостаточности у больных ИМ, вызванный неспособностью сердца осуществлять насосную функцию. КШ проявляется выраженными нарушениями гемодинамики, гипотонией, гипоперфузией органов. Летальность от КШ в развитых странах составляет от 45 до 74% [3-5]. Основное направление медикаментозного лечения сердечной недостаточности – назначение препаратов, усиливающих сократительную функцию сердца (инотропных препаратов).

Не исключается возможность участия гуморальных механизмов регуляции гемодинамики, в частности калликреин-кининовой систем (ККС) крови, играющих существенную роль в патогенетических механизмах острого ИМ и развитии КШ. ККС крови играет ключевую роль в механизмах свёртывания и противосвёртывания, и правильным было бы исследование показателей калликреин-кининовой и свёртывающей систем крови как единой полисистемы, осуществляющей существенную роль в регуляции кардиогемодинамики [6,7].

Тесная взаимосвязь ККС со свёртывающей системой крови проявляется и в том, что кининовая система является активным регулятором противосвёртывания, что обуславливает нормальное реологическое состояние крови. При определённых условиях кининовая система также может оказывать вазоконстрикторное действие на отдельные сосудистые области, что является весьма важным в перераспределении крови [8,9]. Вышеизложенное делает неизбежным участие кининов в патогенетических механизмах формирования ИМ и его осложнений на ранних этапах, что и побудило нас исследовать основные показатели, характеризующие состояние ККС, с целью возможности их использования в качестве коррекции КШ.

При изменениях показателей ККС в сторону высокой концентрации ингибиторов калликреина (КК) и для достижения её стабильного состояния, необходимо поддерживать активацию брадикинина, а в ситуациях с чрезмерной продукцией кининов необходимы средства, блокирующие активность ККС. По этому аспекту имеются экспериментальные и клинические наблюдения, говорящие о том, что введение ингибитора КК трасилола (контрикал) оказывает благоприятное влияние на течение ИМ, болевого фактора и состояние ККС [9-11].

**Цель исследования:** оценить эффективность влияния препарата «Контрикал» на основные параметры кининовой системы крови у больных ИМ, осложнившимся КШ.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 80 больных (50 мужчин и 30 женщин, средний возраст  $59 \pm 5,5$  лет) с острым ИМ, осложнившимся КШ, поступившие в Республиканский клинический центр кардиологии (отделение реанимации). ИМ диагностировался по критериям ВОЗ (1976). Истинный КШ диагностировался следующим симптомокомплексом: артериальная гипотония со снижением АД  $< 90$  мм.рт.ст (30-60 мин); клинические признаки гипоперфузии органов - бледные, холодные, влажные кожные покровы, акроцианоз, угнетение сознания; олигурия (диурез  $< 30$  мл/час).

Определялись основные компоненты ККС - калликреин (КК), прекалликреин (ПКК), а также ингибиторная ёмкость калликреина по показателям  $\alpha$ -1 антитрипсина и  $\alpha$ -2 макроглобулина. Исследование проводилось биологическим методом М.С. Сурувикиной [8].

Все больные были распределены на две подгруппы по 40 человек. Первая подгруппа (основная) на фоне стандартной терапии КШ дополнительно, с целью коррекции ККС, получала препарат «Контрикал» (Германия) по 30-50 тыс. ед. внутривенно капельно, ежедневно. Контрикал вводился до стабилизации активности ККС (1-4 сутки) и улучшения клинического состояния больных. Вторая подгруппа (контрольная) получала основную противошоковую терапию (антикоагулянты, антиагреганты, инотропы, мочегонные, плазмозамещающие, по

показаниям - наркотики и антиаритмические препараты), за исключением препарата «Контрикал». Также нами для сравнения приведены основные параметры ККС у здоровых (n=25, средний возраст 57±7,5 лет).

**Результаты и их обсуждение.** Результаты основных параметров исследования ККС в норме и у больных ИМ, осложнившимся КШ приведены в таблице.

**Таблица**

**Показатели ККС крови у здоровых и у больных ИМ, осложнившимся КШ на фоне лечения контрикалом (1-4 сутки)**

Группы	Калликреин, нмоль/л	Прекалликреин нмоль/л	$\sigma$ -1 АНТИТРИПСИН, ие/мл	$\alpha$ -2 Макроглобулин ие/мл
Здоровые n=25	13,75±0,23	45,1±1,03	22,75±0,67	5,08±0,11
Основная под- группа n=40	24,10±1,5 P<0,001	21,55±0,95 P<0,001	15,15±0,67 P<0,001	3,4±0,21 P<0,001
Контрольная подгруппа n=40	34,34±2,5 P<0,001	14,35±0,75 P<0,001	10,25±0,98 P<0,001	2,0±0,41 P<0,001

**Примечание:** различия в группах статистически значимы (P<0,001)

Проведённые исследования показали, что у больных с острым ИМ имеется чёткая тенденция возрастания активности КК плазмы крови, что выражается в повышении уровня КК с подавлением концентрации ПКК и снижением ингибиторной ёмкости по сравнению с показателями лиц здоровой группы.

Отчётливая тенденция повышения активности ККС регистрируется у больных ИМ и характеризуется достоверным повышением концентрации КК до 34,34±2,5 нмоль/мл на фоне высокой активности кининообразующих ферментов. Так, содержание ПКК составило соответственно 14,35±0,75. Аналогичная картина наблюдается по отношению к ингибиторной ёмкости, которая выражается в снижении  $\alpha$ -1 антитрипсина 10,25±0,98 и  $\alpha$ -2 макроглобулина 2,0±0,41 ие/мл. У всех больных, по данным ЭхоКГ, зафиксировано снижение фракции левого желудочка до 32-35%, повышение конечно-систолического (КСР=5,4±0,32см) и конечно-диастолического (КДР=6,4±0,45см) размера левого желудочка. По данным ЭКГ наблюдался подъём сегмента ST более 3-5мм в соответствующих отведениях. Клинически наблюдалось проявление недостаточности кровообращения более II-III степени, признаки периферического шока, нарушение сердечного ритма и проводимости в виде экстрасистолии 3-5 градации по Лауну-Вольфу и блокада ножек пучка Гиса.

Выявлено, что у больных ИМ в первые сутки после выраженного ишемического состояния миокарда, состояние ККС изменяется соответственно степени тяжести клинической картины и степени ишемии, а также зависит от глубины поражения миокарда, наличия осложнений. Состояние ККС у больных можно охарактеризовать как состояние активации кининовой системы крови, о чём свидетельствуют повышенные концентрации КК, повышенное расхождение ПКК и снижении активности ингибиторов. Обращает на себя внимание тот факт, что содержание КК у больных с КШ превышает контрольные показатели почти в 3 раза на фоне снижения активности ингибиторов в 2 раза (P<0,001).

Для больных ИМ наибольшую опасность представляет чрезмерная активация ККС, и первоочередной задачей практического врача-кардиолога является снижение активности КК. Из природных ингибиторов КК широкое распространение получил препарат «Контрикал».

Клинические испытания этих препаратов в кардиологической практике датированы 60-ми годами прошлого века, причём множество литературных источников свидетельствуют об успешном лечении этими препаратами [4,9].

Учитывая вышеуказанное, проведена коррекция ККС крови контрикалом у больных основной подгруппы, и результаты сравнения с контрольной подгруппой приведены в ниже следующей таблице.

Как видно из таблицы, на фоне проведения противошоковой терапии с дополнительным применением контрикала происходит снижение КК до  $24,10 \pm 1,5$  нмоль/л, повышение ПКК до  $21,55 \pm 0,95$  и ингибиторных ёмкостей, соответственно, до  $15,15 \pm 0,67$  и  $3,4 \pm 0,21$  ие/мл. Однако, в контрольной подгруппе существенных изменений на 1-4 сутки не отмечалось, и активация основных параметров кининовой системы крови оставалась сохранённой. По данным ЭхоКГ в основной подгруппе наблюдается повышение фракции выброса левого желудочка более 40% и уменьшение КСР до  $4,6 \pm 0,40$  см, КДР  $5,5 \pm 0,28$  см и быстрое снижение подъёма сегмента ST до изолинии на ЭКГ. По клиническим данным в основной подгруппе наблюдалось нивелирование недостаточности кровообращения, исчезали признаки периферического шока и жизнеугрожающей аритмии.

Длительная активация ККС не бесконечна, и в конечном итоге происходит её истощение или «хроническая активация». Истощение данной системы нарушает баланс регулирования систем гемодинамики, микроциркуляторного русла, транскапиллярного обмена, что, в свою очередь, может привести к развитию серьёзных осложнений и риску развития летального исхода у больных ИМ [5,6,9].

Клиническое наблюдение больных, действительно, показало, что в основной подгруппе летальность составила не более 15% (n=7), а в контрольной подгруппе 65% (n=26).

**Вывод.** Результаты проведённого стационарного этапа лечения больных ИМ с КШ в основной подгруппе свидетельствуют о том, что применение контрикала на фоне противошоковой терапии способствует более быстрой и оптимальной стабилизации ККС крови. На фоне улучшения клинической симптоматики на ранних стадиях лечения происходит накопление ПКК и снижение активности КК. Более быстро стабилизируется работа сердечной деятельности по данным ЭхоКГ и наблюдается положительная динамика на ЭКГ, а также снижается частота летальных исходов от КШ.

Таким образом, исследование показателей ККС у больных ИМ с КШ и коррекцией её контрикалом на фоне проведённой противошоковой терапии может быть использовано для снижения риска развития летального исхода от кардиогенного шока на фоне ИМ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: возможностями практического здравоохранения //Кардиоваск. терапия и профилактика. - 2002. - №1. - С. 5-9
2. Оганов Р.Г., Поздняков Ю.М., Волков В.С. Ишемическая болезнь сердца. - М.: Издательский Дом Синергия, 2002. - 308 с.
3. Сыркин А. Л. Инфаркт миокарда. – М.: Медицина, 2003.-301с.
4. Малая Л.Т. Активность кининогеназы и кининазы при инфаркте миокарда и кардиогенном шоке //Вестн. АМН СССР – 1973. - № 3. - С. 30-40
5. Агдулина Э.И., Сридкина Л.П., Атфулин И.А. Кининовая и ферментативная система крови у больных острым инфарктом миокарда на фоне внутрисердечной лазерной терапии //Тезисы симпозиума «Влияние лазерного излучения на кровь».- Киев., 1989. - С. 52-53
6. Гомазков О.А. Калликrein-кининовая система крови в регуляции гемодинамики. //Кардиология. - 1973. - № 7. - С. 130-134



7. Дзизинский А.А., О.А. Гомазков. Кинины в физиологии и патологии сердечно-сосудистой системы. // Изд. Наука. Сибирское отд. 1976. - С.4
8. Сурувикина М.С. Кининовая система плазмы крови при патологических процессах.
9. //Кинины и кининовая система крови. М.: -1976.- С. 21-33
10. Shimamoto T., Atsumi T. Pyridinolcarbamate, bradycinin antagonist in patients suffering from arteriosclerosis obliterans thromboangitis obliterans: a preliminary reports on the treatment of human atherosclerosis //Jap. Heart. – 1965. - V. 6. - P. 407-421
11. Singer D. H., Martin G.J., Magid N. et al. Low heart rate variability and sudden cardiac death. J. Electrocardiol 1998; 21: S46-S55
12. Wolf M.W., Varigos G.A., Hunt D. et al. Sinus arrhythmia in acute myocardial infarction. Med. J Austral 2003; 2: 52-53

## ХУЛОСА

### ИМКОНИЯТҲОИ ТАСҲЕҲИ ПАРАМЕТРҲОИ АСОСИИ СИЛСИЛАИ КИНИНИИ ХУН ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ САКТАИ ДИЛ БО ОРИЗАИ ШОКИ КАРДИОГЕНӢ

**Н.Х.ОЛИМОВ, Х.Р.ВОҲИДОВ, Э.Ч.ЮЛДОШЕВ**

Дар 80 нафар бемори гирифтори сактаи дил бо оризаи садмаи (шоки) кардиогенӣ параметрҳои асосии силсилаи калликреин-кининӣ (СКК) муайян карда шуд. Муқаррар карда шуд, ки дар ин гурӯҳи беморон параметрҳои СКК то 3 маротиба меафзояд.

Бо мақсади паст намудани фаъолнокии СКК ба ин гурӯҳи беморон маводи ингибитори калликреин - контрикал (тазриқи дохиливаридӣ) гузаронида шуд. Баъд аз таъобат бо контрикал дар гурӯҳи асосӣ пастшавии фаъолнокии СКК ва беҳшавии ваъзи саририи беморон, тағйиротҳои мусбӣ дар ЭКГ, нишондиҳандаҳои хуби дохилиқалбии хунгардиш, аз рӯи маълумотҳои ЭхоКГ ва инчунин, камшавии фавтият аз садмаи кардиогенӣ мушоҳида карда шуд.

## Summary

### The possibility of basic parameters of blood kinin system correction in patients with myocardial infarction complicated by cardiogenic shock N.Kh. Olimov, Kh.R. Vokhidov, E.Ch. Yuldoshev

Among 80 patients with myocardial infarction (MI) complicated by cardiogenic shock a blood kallikrein-kinin system (KKS) parameters have been estimated. It was determined that KKS activity increased threefold in these patients. Contrical has been administrated on the background of anti-shock therapy for the purpose of activity dropping as the main inhibitor of KKS. It was detected that KKS activity was depressed and clinical condition of patients in the main group was improved after contrical therapy. It was observed improvement on ECG, intracardiac haemodynamics indices were made better according to echocardiogram and lethality from cardiogenic shock is reduced.

**Key words:** myocardial infarction, cardiogenic shock, kallikrein-kinin blood system

---

**Адрес для корреспонденции:**

**Н.Х. Олимов** - главный врач РКЦК; Таджикистан, г. Душанбе, ул. И. Сомони - 59 «а».  
E-mail: cardio2008@mail.ru

## **ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК**

**М.Ш.ХАКНАЗАРОВ\*, Х.Ё.ШАРИПОВА, Р.Н.ЗУБАЙДОВ,  
Х.Х.КИЁМИДИНОВ, А.А. ХАКНАЗАРОВА\***

**КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ ТГМУ  
ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО; \*МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «ИБНИ СИНО»**

Нами изучена значимость ренопаренхиматозной артериальной гипертензии на фоне хронического пиелонефрита (ХП) в возникновении и течении хронической сердечной недостаточности (ХСН). Установлено, что клинико-эхографические признаки ХП нередко (в 13,2% случаях) возникали на фоне артериальной гипертензии (АГ), а у 54,7% больных способствовали возникновению умеренной и тяжёлой АГ. Отмечено, что у больных АГ с выраженной ХСН и на фоне длительной гипотензивной и спазмолитической терапии, могут наблюдаться изменения сонографической картины и биометрических показателей почек, свидетельствующих о доклинической стадии ХП.

**Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, хронический пиелонефрит

**Введение.** Проблема сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных артериальной гипертензией, остаётся одной из наиболее важных проблем в клинической практике. Наиболее частым осложнением заболеваний системы кровообращения является хроническая сердечная недостаточность (ХСН), которая становится одной из основных причин потери трудоспособности и смерти среди лиц трудоспособного возраста [1- 4].

Почки являются одним из основных физиологических систем, ответственных за регуляцию кровообращения. Симптоматическая гипертензия чаще всего возникает на фоне патологии органов мочевой системы [5-7]. Согласно данным Н. А. Лопаткина, паренхиматозная форма артериальной гипертензии (АГ) чаще всего является следствием хронического пиелонефрита (ХП): при одностороннем ХП она наблюдается в 35-37% случаях, при двустороннем - в 43% [9]. В патогенезе АГ при ХП играет роль как атрофия почечной ткани, так и воспалительный межпочечный процесс со стороны сосудов и значительное нарушение внутрпочечного кровообращения. Определённое значение придаётся нарушению венозного оттока и состоянию центральных гуморальных механизмов [1,2,8].

Нередко симптоматическая гипертензия, возникающая на фоне латентно текущего воспалительного заболевания почек, расценивается как артериальная гипертензия. С другой стороны, возникающая дизурия у больных с артериальной гипертензией на фоне лечения диуретиками и вазодилататорами (влияющими на тонус сфинктеров мочевыводящего тракта с созданием условий инфекционного их поражения), трактуется как пиелонефрит с симптоматической гипертензией [4, 8].

Согласно Шулутко Б.И., «артериальная гипертензия при хроническом пиелонефрите без клинико-лабораторных признаков хронической почечной недостаточности является проявлением эссенциальной гипертензии: возникает в том же возрасте (в среднем, в 37 лет); имеет такие же уровни АД, аналогичную клиническую симптоматику и такую же частоту гипертонических кризов» [4]. Хотя до конца не изучены механизмы формирования АГ при ХП, установлено, что больные с ХП с симптоматической артериальной гипертензией составляют группу высокого риска в отношении смертности от сердечно-сосудистых осложнений, в первую очередь от

сердечной недостаточности, т.к. при этом создаётся гемодинамическая перегрузка левого желудочка (ЛЖ) сопротивлением [2,8-10].

В этой связи, вопрос о соотношении артериальной гипертензии и инфекционно-воспалительных заболеваний почек (хронического пиелонефрита) в развитии ХСН, в возникновении осложнений и исходов, требует дальнейшего изучения.

**Целью настоящего исследования** явилось изучение значимости ренопаренхиматозной артериальной гипертензии на фоне хронического пиелонефрита в возникновении и течении ХСН.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находились 81 больных, поступивших в нефрологическое и кардиоревматологическое отделения. Критерием включения больных в исследование явился подтверждённый диагноз ХСН на фоне эссенциальной гипертензии и/или хронического пиелонефрита.

В основную группу включены 53 больных с хроническим пиелонефритом, у 29 из которых отмечалась ренопаренхиматозная гипертензия. 28 больных с эссенциальной гипертензией составили группу сравнения.

По данным эхокардиографии и доплер-эхокардиографии, проведённых в стандартных эхокардиографических позициях, по критериям Нью-Йоркской Ассоциации сердца (NYHA), выделены функциональные классы ХСН [3].

Степень АГ оценена согласно классификации JNC VII «Седьмой отчёт Объединённого национального комитета США по профилактике, выявлению, оценке и лечению гипертензии» и ESH-ESC (2003), «Рекомендации Европейского общества гипертензии и Европейского общества кардиологов по лечению АГ» [9,11].

Всем пациентам было проведено ультразвуковое исследование почек в В-режиме. Проводились как качественная оценка контуров почки, паренхимы, состояния чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), так и расчёт объёмов почек. Толщину почки измеряли при локализации со стороны спины в положении больного сидя из парасагиттального доступа в месте анатомической проекции почек. Проводилась оценка эхогенности кортикального слоя методом А. Т. Rosenfield. При постановке диагноза хронического пиелонефрита использована классификация Н.А. Лопаткина, ХПН - классификация С.И. Рябова [5,6].

**Результаты и их обсуждение.** Данные, полученные при клинико-инструментальном исследовании больных, представлены в таблице. С учётом полученных данных все больные разделены на следующие группы: 1-ю группу составили 53 больных, которым выставлен диагноз хронический пиелонефрит: активный - у 21 (39,6%), латентный – у 15 (28,3%) и в стадии ремиссии – у 17 (32,1%).

У 29 (54,7%) больных этой группы отмечена АГ (мягкая – у 15, умеренная – у 11, тяжёлая - у 3), а у 24 – отмечена нормотония. Признаки ИБС выявлены у 9 (17%) больных. У 29 (54,7%) больных диагностирован односторонний ПН, а у 24 (45,3%) – двухсторонний. В этой группе больных с 1-2 ФК ХСН было 35 (66%), 3-4 ФК – 18 (34%).

2-ю группу составили 28 больных (средний возраст  $53,4 \pm 3,1$ ; женщин - 46,4%, мужчин – 53,6%) с разной степенью эссенциальной гипертензии и ХСН. У пациентов этой группы преходящие нарушения процессов реполяризации миокарда, чаще всего, возникали на фоне гипертонических кризов, диагноз ИБС был подтверждён в 10 (35,7%) случаях (стенокардия напряжения – 5, нестабильная стенокардия – 1, ИМ – 1, постинфарктный кардиосклероз – 3). Признаки ХСН 1-2 ФК отмечены у 16 (57,1%), 3-4 ФК ХСН выявлены у 12 (42,9%). У 4 (14,3%) больных этой группы анамнестически установлено, что на фоне гипотензивной и спазмолитической терапии появились клинико-сонографические проявления хронического пиелонефрита.

**Таблица**

**Выраженность ХСН, АГ и ИБС у больных с хроническим пиелонефритом (1 гр.) и эссенциальной АГ (2 гр.)**

Показатели	1 группа (n=53)		2 группа (n=28)		P <sub>1-2</sub>
	абс.	%	абс.	%	
ХСН	53	100	28	100	>0,05
1 ФК	15	28,3	2	7,1	<0,05
2 ФК	20	37,7	14	50	>0,05
3 ФК	14	26,4	10	35,8	>0,05
4 ФК	4	7,5	2	7,1	>0,05
АГ	29	54,7	28	100	<0,05
1 ст. (мягкая)	15	28,3	17	60,7	<0,05
2 ст. (умеренная)	11	20,7	10	35,7	>0,05
3 ст. (тяжёлая)	3	5,6	1	3,6	>0,05
ИБС	9	17	10	35,7	>0,05
Стенокардия напряжения	5	9,4	5	17,8	>0,05
Нестабильная стенокардия	2	3,7	2	7,1	>0,05
Инфаркт миокарда	1	1,9	1	3,5	>0,05
Перенесённый ИМ	1	1,9	2	7,1	>0,05

В связи с тем, что особый интерес представляет соотношение и последовательность развития АГ, пиелонефрита и ХСН, то более детально изучены особенности возникновения и течения этих синдромов у больных 1-ой группы, у которых ХСН возникла на фоне подтверждённого диагноза хронического пиелонефрита. При оценке особенностей течения артериальной гипертензии у больных с хроническим пиелонефритом, используя классификацию АГ и методический подход Н.Н.Крюкова и Е.С.Дормана [7], эта группа разделена на 3 подгруппы:

*1-ю подгруппу* составили 15 (28,3%) пациентов с мягкой АГ, у которых повышение артериального давления (диастолическое давление 96—105 мм рт. ст.) регистрировалось чаще всего в периоды обострения хронического пиелонефрита. Нередко отмечалась спонтанная нормализация АД, иногда без лечения, отсутствовали признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и стойкие изменения сосудов глазного дна. У 7 (13,2%) больных этой подгруппы периодическое повышение АД предшествовало клинико-лабораторным и сонографическим признакам хронического пиелонефрита, а у 8 (15,1%) больных клинико-лабораторные и сонографические признаки ХП предшествовали АГ.

11 (20,8%) больных с умеренной АГ составили *2-ю подгруппу*. У них отмечалось: стойкое повышение АД, диастолическое давление повышалось до 106—115 мм рт. ст., на фоне приёма гипотензивных препаратов гипертензивные кризы развивались редко, имели место ГЛЖ и ангиопатия сосудов сетчатки. У 4 (7,6%) больных этой подгруппы АГ предопределила клинико-лабораторные и сонографические признаки хронического пиелонефрита, а у 7 (13,2%) больных признаки ХП привели к развитию стойкой АГ.

*3-ю подгруппу* составили 3 (5,7%) пациента с тяжёлой АГ, у которых наблюдалась стойкая гипертензия с уровнем диастолического давления выше 115 мм рт. ст., частое повышение АД на фоне постоянной, многокомпонентной антигипертензивной терапии, клинические признаки энцефалопатии, ишемии миокарда, ретинопатии. Диагноз хронической почечной недостаточности (ХПН) подтверждён у 2-х больных этой подгруппы. Только у одного (1,9%) больного этой подгруппы АГ способствовала клинико-лабораторным и сонографическим признакам хронического пиелонефрита. У 2 (3,8%) больных признаки ХП предшествовали развитию

стойкой АГ и тяжёлая, рефрактерная АГ развилась на фоне ХПН.

Таким образом, согласно полученным результатам, у преобладающего большинства больных ХПН наблюдается артериальная гипертензия, способствующая развитию ХСН: в 41 (77,4%) случаях возникновению симптомов АГ предшествовали клиничко-лабораторные признаки хронического пиелонефрита, а у 12 (22,6%) – повышение АД предопределила клинические проявления ХПН. У 8 (15,1%) больных (7 – с АГ и 1- с нормотонией) при отсутствии клиничко-лабораторной симптоматики, диагноз хронического пиелонефрита выставлен на основании характерных эхографических сдвигов почек.

### **Выводы:**

1. Клиничко-эхографические признаки хронического пиелонефрита в 13,2% случаях возникли на фоне АГ, а у 54,7% больных способствовали возникновению умеренной и тяжёлой АГ.
2. На фоне ХПН АГ была стойкой, рефрактерной, сопровождалась сочетанным поражением органов-мишеней.
3. У больных АГ с выраженной ХСН на фоне длительной гипотензивной и спазмолитической терапии могут наблюдаться изменения сонографической картины почек, свидетельствующие о доклинической стадии хронического пиелонефрита.

### **Литература**

1. Бреннер Б.М. Механизмы прогрессирования болезней почек//Нефрология.-1999.-№4.-С. 23-27
2. Гогин Е.Е. Артериальная гипертензия и почки // Тер. арх.-1997.-№6.-С. 65-68
3. Современные подходы к диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (изложение Рекомендаций Американской коллегии кардиологов и Американской ассоциации сердца 2001 г.) // Кардиология. – 2002. – № 6. – С. 65-78
4. Шулуто Б.И. Воспалительные заболевания почек (пиелонефрит и другие тубулоинтерстициальные заболевания). - С-Пб. -1996. - 255 с.
5. Рябов С.И. Нефрология// Руководство для врачей.- С-Пб: Спец. лит-ра, 2000.-672с.
6. Урология: учебник / Под ред. Н.А.Лопаткина. 4-е изд.-М., 1995
7. Крюков Н.Н., Дорман Е.С. Ультразвуковые критерии хронического пиелонефрита //Урология.-2000.-№2.-С.15-17
8. Леонова Н.Я. Зависимость суточного профиля АД у больных хроническим пиелонефритом от факторов риска артериальной гипертензии: Автореферат ...к.м.н., - Смоленск.-2004.-26с.
9. Лопаткин Н.А. с соавт. Нефрогенная артериальная гипертензия // Урология. М. Медицина.-2002. Глава XII. -496с.
10. ACC / AHA Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2001, Inc.- 55 p.
11. Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA 2003;289:2560-2572

## ХУЛОСА НОРАСОИИ МУЗМИНИ ДИЛ ҲАНГОМИ ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРАЁНИ ВА БЕМОРИҶОИ ИЛТИҶОБИИ ГУРДАҶО

**М.Ш.ҲАҚНАЗАРОВ, Х.Ё.ШАРИПОВА, Р.Н.ЗУБАЙДОВ,  
Х.Х.ҚИЁМИДИНОВ, А.А.ҲАҚНАЗАРОВА**

Аҳамиятнокии фишорбаландии шараёнии (ФШ) ренопаренхиматозӣ дар заминаи пиелонефрити музмин (ПМ) дар пайдоиш ва ҷараёни норасоии музмини дил (НМД) омӯхта шуд.

Муқаррар карда шуд, ки нишонаҳои саририю эхографии ПМ бисёртар (дар 13,2% маврид) дар заминаи ФШ пайдо шудаанд, дар 54,7% беморон бошад, ба пайдоиши ФШ-и мӯътадил ва вазнин мусоидат намуданд.

Дар беморони гирифтори ФШ бо НМД-и возеҳ ва дар заминаи табобати дурударози ҳипотензивӣ ва спазмолитикӣ (ихтилоҷӣ), тағйиротҳои сурати сонографӣ ва нишондиҳандаҳои биометрии гурдаҷоро мушоҳида кардан мумкин аст, ки аз дараҷаи тосаририи ПМ шаҳодат медиҳад.

## SUMMARY CHRONIC CARDIAC FAILURE IN ARTERIAL HYPERTENSION AND INFLAMMATORY KIDNEY DISEASES

**M.SH. KHAKNAZAROV, KH.E. SHARIPOVA, R.N. ZUBAYDOV,  
KH.KH. KIEMIDDINOV, A.A. KHAKNAZAROVA**

The significance of renoparenchymatous arterial hypertension against the background of chronic pyelonephritis (CP) in chronic cardiac failure (CCF) becoming and course was studied. It was determined that CP clinicosonographic signs quite often (13.2% cases) arose on the background of arterial hypertension (AH) and CP signs contributed to become moderate and serious AH in 54.7% patients. It was point out that AH patients with apparent CCF and against the background of prolonged hypotensive and spasmolytic therapy it can be observed sonographic picture and kidneys biometric indices changes. These changes are evidence of the CP pre-clinical stage.

**Key words:** chronic cardiac failure, arterial hypertension, chronic pyelonephritis

---

### Адрес для корреспонденции:

**Р.Н.Зубайдов** – ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ;  
Таджикистан, г.Душанбе, ул. Санои 33, Тел: +9929-18-51-72-70

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С БРОНХО-ЛЁГОЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

К.И. Исмаилов, М.А. Исмаилова, С.Т. Давлатов

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В данной работе идет речь о возможности развития острой почечной недостаточности у детей при тяжёлом течении инфекционно-воспалительных заболеваний дыхательной системы, вследствие возникновения сладж-синдрома в паренхиме почек.

При проведении, наряду с этиопатогенетической терапией, направленной на коррекцию водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния крови и форсирования диуреза в кратковременные сроки происходит нивелирование проявлений основного заболевания и восстановление функционального состояния почек.

**Ключевые** слова: острая почечная недостаточность, олигурия, водноэлектролитный баланс, креатинемия, кислотно-основное состояние крови

**Актуальность.** Острая почечная недостаточность (ОПН) у детей занимает одно из значительных мест в структуре неотложных состояний в педиатрии [1,2].

Как известно, острая почечная недостаточность бывает преренального, ренального и постренального генеза [3,4].

ОПН преренального происхождения чаще возникает при детских соматических заболеваниях с инфекционно-токсическими проявлениями.

Многие аспекты данной проблемы, в частности, особенности клинического течения и лечения ОПН у детей при инфекционно-воспалительных заболеваниях бронхо-лёгочной системы до настоящего времени не подвергались целенаправленному изучению.

**Цель.** Изучить особенности течения острой почечной недостаточности у детей с бронхо-лёгочной патологией и разработать её терапевтическую тактику.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 28 детей с инфекционными воспалительными заболеваниями дыхательной системы, осложнёнными ОПН.

Возраст детей составлял от 5 до 19 мес., из которых у 24 (85%) имела место пневмония, а – у 4 (15%) бронхолит.

Среди обследованных детей мальчиков было 15 (53%), а девочек – 13 (47%).

Контрольную группу составляли 19 здоровых детей соответствующего возраста.

Наблюдаемым больным были проведены общеклинические (общий анализ крови, мочи) и биохимические (креатинин, калий, натрий, Са и Р) методы исследования, а также были определены некоторые (рН, ВЕ) параметры кислотно-основного состояния крови (КОС).

**Результаты и их обсуждение.** Состояние всех обследуемых детей было расценено как тяжёлое. У всех детей наблюдалась выраженная одышка (ЧД=66–88 в мин.). Дыхательная недостаточность (ДН) во всех случаях сочеталась с резко выраженной симптоматикой интоксикации в виде гипертермического синдрома (температура тела колебалась от 38,5<sup>0</sup>С до 40,8<sup>0</sup>С) и рвотой (96,3%). Во всех случаях наблюдалась бледность кожных покровов с мраморным оттенком.

У 19 (67,86%) детей на коже вырисовывалась мелкая сыпчатая сыпь. Повышенная кровоточивость из мест инъекций отмечалась во всех случаях. У 25 (89%) наблюдалась пастозность тканей.

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

У 20 (75%) детей с пневмонией, над поражёнными участками лёгких выслушивались мелкопузырчатые влажные хрипы, а у больных с бронхолитом такие хрипы выслушивались по всей поверхности грудной клетки с обеих сторон на высоте вдоха и в начале выдоха.

При исследовании периферической крови лейкоцитоз до  $16,7 \cdot 10^9$  выявился у 92,9% больных. Лейкоцитоз сопровождался палочкоядерным сдвигом (от 8 до 23%).

Рентгенологическое исследование верифицировало диагноз во всех случаях.

При исследовании суточного объёма мочи выявилось уменьшение его от 30 до 70% у 26 (93%), а у 2-х (7,14%) детей суточный объём мочи оказался меньше 30% (в одном случае 21%, а в другом – 24%).

Удельный вес мочи во всех случаях оказался меньше 1010 ( $1007 \pm 16,3$ ).

При микроскопическом исследовании мочи небольшую гематурию (эритроциты 8-17 в поле зрения) обнаружили у 25 (89,28%), умеренную (эритроциты – 24 в поле зрения) у 1-го (3,5%), выраженную гематурию (эритроциты 33-36 в поле зрения) у 2-х (7,14%) больных.

Лейкоцитурия во всех случаях оказалась незначительной (лейкоциты 11-18 в поле зрения).

Содержание белка в моче колебалось от 0,066‰ до 0,125‰.

Итак, у обследованных детей олигурия наблюдалась у основной массы больных (93%), а тенденция к анурии отмечалась только лишь у 2-х (7,14%). Снижение удельного веса мочи (гипостенурия) выявилась абсолютно у всех больных.

Небольшая гематурия имела место у основной массы больных, умеренная и выраженная гематурия наблюдалась у единичных больных. Небольшая лейкоцитурия и протеинурия зафиксирована у всех наблюдаемых больных.

Результаты биохимических исследований крови представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Содержание биохимических показателей крови у больных с инфекционно-воспалительными заболеваниями органов дыхательной системы**

Показатели Группа	Креатинин моль/л	К моль/л	Са моль/л	Na моль/л	Р моль/л
Контрольная (n=19)	$0,081 \pm 0,0005$	$4,1 \pm 0,10$	$2,02 \pm 0,23$	$137,0 \pm 2,5$	$1,45 \pm 0,02$
Больные с ИВЗОД(n=28)	$0,148 \pm 0,009$	$5,6 \pm 0,14$	$1,76 \pm 0,07$	$133,4 \pm 1,8$	$1,66 \pm 0,01$
p	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Как видно из представленных данных в таблице 1, среднее содержание креатинина в сыворотке крови больных с инфекционно-воспалительными заболеваниями дыхательной системы оказалось существенно выше по сравнению с такими же показателями контрольной группы. Концентрация калия в крови у наблюдаемых больных так же оказалась достоверно больше по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы, тогда как среднее содержание Са, Na и Р в крови больных заметно не отличались от таких же показателей здоровых детей. В то же время следует отметить, что концентрация Са и Na в сыворотке крови больных имела тенденцию к снижению, а содержание фосфора к нарастанию.

В таблице 2 представлено среднее значение газов и кислотно-основного состояния КОС крови у больных с инфекционно-воспалительными заболеваниями органов дыхания.



**Таблица 2**

**Показатели газов крови и КОС у больных с инфекционно-воспалительными заболеваниями органов дыхательной системы, осложнённые ОПН**

Показатели группа	PaO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>	pH	BE
Контрольная (n=19)	91,2±0,18	35,4±0,17	7,34±0,02	-2,3±0,21
Больные с ИВ-ЗОД (n=28)	66,4±0,11	51,5±0,14	7,22±0,006	-7,2±0,35
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Представленные данные в таблице 2 показывают, что в артериализованной крови больных с инфекционно-воспалительными заболеваниями органов дыхательной системы, осложненных ОПН, наблюдалось значительное снижение парциального давления кислорода по сравнению с такими же показателями контрольной группы, тогда, как парциальное напряжение углекислого газа оказалось существенно больше по сравнению с аналогичными показателями здоровых детей ( $p < 0,001$ ).

Средний показатель pH и BE крови больных был существенно ниже по сравнению с соответствующими показателями контрольной группы, что констатирует наличие выраженного ацидоза у обследуемых детей.

Итак, проведённые нами исследования показали, что у детей, больных ИВЗОД, осложненных ОПН, чаще всего наблюдается олигурия, тогда как анурия развивается очень редко. Во всех случаях наблюдается гипостеноурия, говорящая о нарушении функции почек по осмотическому концентрированию.

В анализе мочи у большинства больных наблюдалась небольшая гематурия, а умеренная и выраженная гематурия прослеживалась очень редко. Небольшая лейкоцитурия имела место во всех случаях.

В биохимическом анализе крови было выявлено повышение концентрации креатинина, калия, некоторое увеличение содержания фосфора и незначительное снижение кальция и натрия. У обследованных больных так же наблюдались гипоксимия, гиперкаиния, снижение pH и дефицит буферных оснований-резервов. Биохимические изменения и сдвиги со стороны кислотно-основного состояния крови свидетельствуют о нарушении функции почек по ацидоамоногенезу и регуляции водно-электролитного баланса у больных с ИВЗОД, осложнённого ОПН.

В плане лечения всем обследуемым больным наряду с этиопатогенетической терапией для коррекции водно-электролитного баланса назначали коллоидно-кристаллоидные растворы – глюкоза 10%, физраствор, с учётом физиологической потребности (100-120мл.кг. в сутки) больного и объёма его диуреза. Для лавилирования изменений со стороны кислотно-основного состояния крови в комплексное лечение был подключён раствор бикарбонат натрия 4%, 4-8 мл/кг в сутки (расчёт производился с использованием уровней дефицит BE x массу тела/2).

Антикоагуляционную активность крови потенцировали введением гепарина 100-150 ед.кг. в сутки.

Диурез форсировался сальуретиком (лазикс 3-5 мг/кг) в сочетании с диуретиком натрий уретического эффекта (альдактон 5 мг/кг).

Нередко в качестве препаратов симптоматического эффекта больным вводили эуфиллин 2,4% по 0,1 мл.кг и сердечные гликозиды (кофглюкин 0,06% по 0,1 мл на год жизни).

На фоне комплексного лечения на 3-5 день состояние у обследованных детей улучшилось, симптомы интоксикации значительно уменьшались (температура тела нормализовалась), одышка нивелировалась (ЧД 38-42 ударов в мин.), диурез восстановился.

Удельный вес мочи нормализовался (1010-1020). Гематурия, лейкоцитурия и протеинурия практически у всех больных прошли, только у одного больного, у которого в дебюте болезни эритроцитов было 35-36 в поле зрения, в динамике они уменьшились до 5-7 в поле зрения.

Биохимические показатели крови в динамике на фоне комплексной терапии приведены в таблице 3.

**Таблица 3**

**Концентрация биохимических показателей крови у больных с ИВЗОДС, осложнённых ОПН, в динамике на фоне лечения**

Показатели Группа	Креатинин моль/л	К моль/л	Са моль/л	Na моль/л	Р моль/л
До лечения	1,45±0,0009	5,6±0,14	1,76±0,07	133,4±1,8	1,66±0,01
После лечения р	0,092±0,007 <0,05	4,7±0,11 <0,05	1,97±0,09 >0,05	136,3±2,1 >0,05	1,47±0,04 >0,05

В соответствии с представленными данными в таблице, биохимические показатели крови, в частности содержание креатинина, К у больных на фоне комплексного лечения (на 3-5 сутки) достоверно снизилось по сравнению с исходными данными ( $p < 0,05$ ).

Средняя концентрация креатинина и К у больных после лечения практически приблизилась к значениям контрольной группы ( $p > 0,05$ ).

Следует отметить, что средние показатели Na, Са и Р приобрели тенденцию к нормализации.

Средние величины показателей газов крови и КОС у больных с ИВЗОД, осложнившихся ОПН, в динамике лечебного процесса представлены в таблице 4.

**Таблица 4**

**Показатели газов крови и КОС у больных с ИВЗОДС, осложнённых ОПН, в динамике на фоне лечения**

Показатели Группа	PaO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>	Рн	ВЕ
До лечения	66,4±0,11	51,5±0,14	7,22±0,006	-7,2±0,35
После лечения	88,5±0,16	36,7±0,13	7,35±0,003	-2,6±0,19
р	<0,001	<0,001	<0,05	<0,001

Как видно из представленных данных в таблице 4, средняя величина парциального напряжения кислорода после комплексного лечения достоверно увеличилась по сравнению с исходными данными ( $p < 0,001$ ), напротив, парциальное напряжение углекислого газа в крови в динамике лечебного процесса существенно снизилось по сравнению с исходными данными ( $p < 0,001$ ).

Средние значения рН и ВЕ крови у больных в ходе лечения так же претерпели положительные изменения. Так средняя величина рН заметно увеличилась ( $p < 0,05$ ), а ВЕ уменьшилась ( $p < 0,001$ ) по сравнению со стартовыми значениями.

Итак, комплексное лечение, направленное на сбалансирование всех звеньев патологического процесса, способствовало оптимизации биохимических показателей, газов и КОС крови у детей с заболеваниями дыхательной системы, осложнённых острой почечной недостаточностью.

Таким образом, у больных с тяжёлыми формами ИВЗОД может развиваться ОПН, которая носит более мягкое, доброкачественное течение с умеренными нарушениями всех функциональных возможностей почек (клубочковая фильтрация, реабсорбция, экскреция, по осмотическому концентрированию и разведению, ацидоамоногенезу), в основе которых лежит стаз (сладж-синдром) в паренхиме почек, обусловлены выраженной интоксикацией, гипоксимией, продуктами нарушенного метаболизма в организме.

Комплексная медикаментозная терапия, включающая наряду с этиопатогенетическими средствами лечения, направлена на нормализацию водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния крови, на форсирование диуреза с использованием диуретиков сальуретического и натрий - уретического эффекта в средних терапевтических дозах, способствует довольно быстрому устранению проявлений основного заболевания и восстановлению функционального состояния почек.

### **Выводы:**

1. Острая почечная недостаточность может развиваться при тяжёлом течении пневмонии и бронхолита, сопровождающихся выраженными симптомами интоксикации, дыхательной недостаточностью с гипоксией и глубокими метаболическими изменениями.
2. Острая почечная недостаточность при инфекционно-воспалительных заболеваниях органов дыхания характеризуется начальными проявлениями процесса, олигурией, анурия с соответствующими клиническими признаками наблюдается крайне редко.
3. Адекватная этиопатогенетическая и коррегирующая терапия способствует своевременному регрессу пневмонического процесса и бронхиолита с восстановлением функционального состояния почек.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Игнатова М.С. с соавт. Детская нефрология /Игнатова М.С. с соавт.//. – М. – 2002. – 528 с.
2. Лазарев В.В. Почечная недостаточность /Лазарев В.В.// в кн.: Интенсивная терапия в педиатрии. – М. – 2003. – С.308-314
3. Лещенко И.В., Руднов В.А. Оптимизация интенсивной терапии при неотложных состояниях в пульмонологии /Лещенко И.В., Руднов В.А.// Уч. метод. пособие. – Екатеринбург. – 2000. – 48 с.
4. Михельсон В.А. Интенсивная терапия в педиатрии /Михельсон В.А.// – М. – 2003. – 560 с.
5. Петрушина А.Д. и др. Острая почечная недостаточность /Петрушина А.Д. с соавт.// в кн.: Неотложные состояния у детей. – М. – 2002. – С.103-108
6. Рачинский С.В., Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей /Рачинский С.В., Таточенко В.К.// – М. – 1997. – 464 с.

## ХУЛОСА

### ХУСУСИЯТҶОИ ҶАРАЁН ВА МУОЛИҶАИ НОРАСОИИ ШАДИДИ ГУРДА ДАР КЎДАКОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИҶОИ НОЙЖАӢ ШУШ

**К.И.ИСМОИЛОВ, М.А.ИСМОИЛОВА, С.Т.ДАВЛАТОВ**

Дар мақолаи мазкур оид ба имконияти рӯшди норасоии шадиди гурда дар кӯдакон ҳангоми ҷараёни вазнини бемориҳои илтиҳобию сироятии силсилаи нафаскашӣ, ки дар натиҷаи пайдошавии алоими слаҷ дар лаҳми гурда ба вучуд меояд, сухан меравад.

Ҳангоми гузаронидани табобати этиопатогенетикӣ дар кӯтоҳтарин мӯҳлат баробар шудани зуҳуроти бемории асосӣ ва баргардонидани ҳолати вазоифии гурдаҳо ба вуқӯъ меояд.

## SUMMARY

### THE PECULIARITIES OF ACUTE RENAL FAILURE COURSE AND TREATMENT IN CHILDREN WITH BRONCHOPULMONARY DISEASES

**K.I. ISMAILOV, M.A. ISMAILOVA, S.T. DAVLATOV**

In the present work it's all about acute renal failure behavior possibility in children in severe course of respiratory system infectious inflammatory diseases in consequence of origin of the sludge in kidney parenchyma.


In the time of water and electrolyte, acid-base blood correction balance therapy and diuresis forcing in short-term time, along with etiopathogenetic therapy, it takes place an underlying disease activity disappearance and kidneys functional condition rehabilitation.

**Key words:** acute renal failure, oliguria, water and electrolyte balance, creatinemia, acid-base blood balance

---

**Адрес для корреспонденции:**

**С.Т.Давлатов** – ассистент кафедры детских болезней №2 ТГМУ; 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. И.Сомони, 63/1.Тел.: 98-528-71-15



### НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ И КАЛЬЦИЙ-ФОСФОРНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ В УСЛОВИЯХ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА

**Н.Ф.НИЯЗОВА, Ш.С.АНВАРОВА**

**КАФЕДРА ЭНДОКРИНОЛОГИИ ТГМУ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО**

У больных активным тиреотоксикозом, обусловленным диффузным, смешанным и многоузловыми формами токсического зоба в условиях йодного дефицита, выявлены значительные изменения показателей минеральной плотности костной ткани и кальций - фосфорного обмена. Денситометрия оценена как наиболее информативный и неинвазивный метод ранней диагностики костных поражений при тиреотоксикозе, который является особенно необходимым в регионах йодной недостаточности.

**Ключевые слова:** тиреотоксикоз, костная ткань, остеопороз, остеопенический синдром, денситометрия

**Актуальность.** Среди факторов, оказывающих влияние на состояние метаболизма костной ткани, важную роль играют тиреоидные гормоны [1-3]. Заболевания щитовидной железы, в частности тиреотоксикоз, относятся к наиболее распространённым эндокринопатиям. Остеопороз – заболевание скелета, для которого характерны снижение прочности кости и повышение риска переломов. Прочность кости отражает интеграцию двух главных характеристик: минеральной плотности кости и качества кости [4]. Известно, что остеопенический синдром развивается у больных с диффузным и смешанным токсическим зобом вследствие значительного повышения секреции тиреоидных гормонов [5]. Между тем, литературные данные противоречивы и не отражают частоты и характера костных поражений у больных тиреотоксикозом с учётом степени тяжести заболевания, возрастных и половых особенностей в условиях йодного дефицита. Как известно, Таджикистан – край климато-географических контрастов, более 93%, которого занимают горы, характеризуется йодной недостаточностью. В регионах с йодной недостаточностью, наряду с болезнью Грейвса, часто встречаются смешанные и многоузловые формы токсического зоба с проявлениями не только манифестного, но и зачастую субклинического тиреотоксикоза.

**Цель исследования.** Изучение показателей кальций-фосфорного обмена, костного моделирования и минеральной плотности костной ткани у больных тиреотоксикозом в регионах йодного дефицита.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 100 женщин и 20 мужчин с тиреотоксикозом в возрасте от 20 до 62 лет. Все пациенты были разделены на 3 клинические группы. В 1-ю группу вошли 75 женщин пременопаузального возраста (средний возраст  $34,13 \pm 0,9$  года), преимущественно со средней тяжестью тиреотоксикоза ( $86,7 \pm 3,9$ ) и длительностью заболевания  $39,48 \pm 3,84$  мес. Во 2-ю группу вошли 25 женщин постменопаузального периода (средний возраст  $53,88 \pm 1,2$  года) со средней тяжестью тиреотоксикоза ( $76,0 \pm 8,5$ ) и длительностью заболевания  $41,84 \pm 6,8$  мес. 3-я группа была представлена 20 мужчинами (средний возраст  $41,15 \pm 1,85$  года), преимущественно со средней тяжестью ( $80,1 \pm 8,9$ ) и длительностью тиреотоксикоза  $25,95 \pm 0,5$  мес.

Контрольную группу составили 15 женщин и 12 мужчин без нарушений функции щитовидной железы в возрасте от 22 до 60 лет (средний возраст  $49,8 \pm 2,42$  года).

Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) определялась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (денситометрия, DEXA) на аппарате Prodigy фирмы «Luna» (США). Измерения проводились в двух областях: в поясничном отделе позвоночника (L2-L4) в передне-задней проекции и в проксимальном отделе бедренной кости. Оценка МПКТ осуществлялась в абсолютных величинах ( $г/см^2$ ), по Т-критерию (сравнение с пиковыми значениями МПКТ лиц молодого возраста, выраженными в стандартном отклонении – SD) и Z- критерию (показатели МПКТ соответствующего пола и возраста в стандартном отклонении). Согласно рекомендации ВОЗ (1994), снижение МПКТ по Т-критерию до  $-1,0$  SD рассматривалось как вариант нормы, от  $-1,0$  SD до  $-2,5$  SD – остеопения, менее  $-2,5$  SD – остеопороз.

Гормональные исследования проводились в лаборатории Клинической больницы ООО «ИИ Насочии тоҷик». Уровни ТТГ (норма  $0,4-4,0$  мМЕ/л), св. Т4 (норма  $9,0-22,2$  пмоль/л) и св. Т3 (норма  $1,2-4,2$  пмоль/л) определяли твёрдофазным иммуноферментным анализом на спектрофотометре вертикального сканирования при длине волны  $450$  нм с настройкой прибора по «воздуху» с использованием набора «ДС-ИФА-Тиреоид-ТТГ, Т4 свободный, Т3 свободный» (Москва).

Биохимические исследования проводились в лаборатории биохимии и иммунологии Национального диагностического центра г. Душанбе. Оценку уровня кальция в сыворотке

крови (норма 1,98-2,66ммоль/л) и экскреции его в суточной моче (норма 100-300мл/сут) проводили титрометрическим методом с применением мурексида. Определение фосфора в сыворотке крови (норма 0,81-1,45ммоль/л) и экскреция фосфора в суточной моче (норма 22,4-44) осуществляли методом восстанавливающей аскорбиновой кислотой. Концентрацию ионизированного кальция (норма 1,03-1,33 ммоль/л) подсчитывали по результатам общего белка и общего кальция на КФК-3, СФ-630, кюв-0,5.

Состояние костного метаболизма оценивалось по активности щелочной фосфатазы (норма 70-270Е/л) ферментативным методом набором фирмы “Вектор- Бест” Россия на ФП-анализаторе.

**Результаты и их обсуждение.** При анализе данных денситометрии среди больных тиреотоксикозом, обусловленным диффузным (47) и смешанным токсическим зобом, включая многоузловые формы (53) у женщин пременопаузального периода – 1-я группа и постменопаузального периода – 2-я группа, были выявлены случаи остеопороза у 2-х и 4-х женщин в 1-й и во 2-й группах, соответственно. Проявления остеопении были обнаружены у 29 и 24 женщин 1-й и 2-й групп. Костные поражения были выявлены у больных женщин тиреотоксикозом, преимущественно постменопаузального периода. Соотношение частоты встречаемости костных поражений у больных тиреотоксикозом пременопаузального и постменопаузального периода составило 41,33% : 96% соответственно. Следует отметить как большую частоту встречаемости, так и степень выраженности костных поражений у больных женщин постменопаузального периода. В группе женщин постменопаузального периода в 2 раза чаще отмечались костные поражения.

В группе обследованных мужчин, больных тиреотоксикозом, составившей 20 человек, костные поражения выявлены лишь в 30% случаях. Причём, они выражались преимущественно в виде проявлений остеопении.

В контрольной же группе обследованных костные поражения выявлялись значительно реже, в основном по типу остеопении лишь в 20% и 10% случаях, соответственно, у женщин и мужчин. Необходимо также отметить, что в процессе обследования лиц контрольной группы выявлены половые особенности плотности костной ткани, свидетельствующие о меньшей ( $P<0,1$ ) минерализации скелета у женщин по сравнению мужчинами. Эти данные согласуются с исследованиями А.М. Мкртумян [6].

Результаты исследования показателей кальция - фосфорного обмена и костного метаболизма представлены в таблице.

При исследовании уровня общего кальция в крови у больных с диффузным и смешанными, многоузловыми формами токсического зоба существенных отличий от контрольной группы не выявлено. Однако, у больных тиреотоксикозом в активной фазе заболевания отмечено снижение фракции ионизированного кальция в крови и кальциурия. Исследование экскреции кальция в суточной моче выявило достоверное увеличение ( $p<0,001$ ) этого показателя в основных группах.

Гиперкальциурия при тиреотоксикозе может свидетельствовать как о развитии отрицательного кальциевого баланса, так и отражать повышенную скорость костной резорбции. При достижении эутиреоза кальциурия устранялась.

Выявлено нормальное содержание фосфора в крови при наблюдающейся сниженной экскреции его во всех группах.

Анализ показателей костного метаболизма позволил выявить достоверное повышение щелочной фосфатазы в крови в 1-й ( $p<0,01$ ), во 2-й ( $p<0,05$ ), и в 3-й ( $p<0,001$ ) группах обследованных больных тиреотоксикозом по сравнению с контрольной группой, что указывает на ускорение обеих фаз костного ремоделирования (костной резорбции и костеобразования).

**Таблица**

**Показатели кальций-фосфорного обмена и костного метаболизма у больных тиреотоксикозом мужчин, а также женщин в пременопаузальном и постменопаузальном периодах**

Параметр	Контрольная группа		1-я группа (n=75)	2-я группа (n=25)	3-я группа (n=20)
	Жен (n=15)	Муж (n=12)			
Возраст, годы					
Уровень ТТГ мЕД/л	49,8±2,42	34,88±2,19	34,13±0,9	53,88±1,2	41,15±1,85
Уровень св.Т4 пмоль/л	1,18±0,09	0,92±0,07	0,48±0,1 <sup>***</sup>	0,42±0,15 <sup>***</sup>	0,23±0,06 <sup>***</sup>
Уровень св.Т3 пмоль/л	14,17±0,86	13,97±0,94	23,43±1,22 <sup>***</sup>	26±1,97 <sup>***</sup>	25,68±2,41 <sup>***</sup>
ЩФ, усл. ед/л	2,25±0,19	1,52±0,13	5,86±0,42 <sup>***</sup>	6,69±1,35 <sup>***</sup>	6,32±0,93 <sup>***</sup>
Са <sup>2+</sup> , ммоль/л	198,73±34,02	215,5±10,52	314,67±16,52 <sup>**</sup>	402,24±33,1 <sup>*</sup>	311,95±14,8 <sup>***</sup>
Р, ммоль/л	2,3±0,05	2,45±0,05	2,24±0,03	2,19±0,06	2,21±0,1
Иониз.Са <sup>2+</sup>	1,19±0,04	1,17±0,03	1,1±0,02	1,05±0,04	1,1±0,04
Са мочи	0,98±0,02	0,97±0,02	0,87±0,01 <sup>***</sup>	0,86±0,02 <sup>***</sup>	0,88±0,01 <sup>***</sup>
Р мочи	441,53±35,97	375,75±37,71	663,49±40,8 <sup>***</sup>	970,44±75,94 <sup>***</sup>	755,7±100,2 <sup>***</sup>
	17,42±1,85	15,32±1,78	16,49±0,64	13,62±0,91	14,36±0,86

**Примечание:** \* - p<0,05; \*\* - p<0,01; \*\*\* - p<0,001 по сравнению с контролем

Выявлена слабая корреляция ( $r = -0,33$ ,  $r = 0,38$ ,  $p < 0,05$ ) между уровнем св. Т4 в сыворотке крови и показателями костного ремоделирования.

**Таким образом,** в условиях йодного дефицита в Таджикистане у больных тиреотоксикозом выявляется большая частота костных поражений, включая остеопению как латентную форму остеопороза, которая свидетельствует об ускоренной костной резорбции у данных больных в активной фазе заболевания. Денситометрия является неинвазивным информативным методом диагностики ранних стадий костных поражений при тиреотоксикозе, особенно необходимого в регионах, характеризующихся йодной недостаточностью.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ахкубекова Н.К., Марова Е.А., Рожинская Л.Я. и др. Показатели кальций-фосфорного обмена и костного метаболизма у больных диффузным токсическим зобом // Пробл. эндокринологии, 1997, №43 (5). – С.12-16
2. Беневоленская Л.И. Руководства по остеопорозу // – М.: Бином. Лаборатория знаний, 2003. – 524с.
3. Мкртумян А.М. Особенности минерального обмена и костной системы при некоторых эндокринных заболеваниях // Автореферат дисс. докт. мед. наук. М. 2000. – С.44
4. NIH Consensus Development Conference on Osteoporosis: prevention, Diagnosis and Therapy. – JAMA, 2000. - №287. – P.785-795
5. Murphy E., Williams G.R. // The thyroid and the skeleton. – J.Clin.Endocr.-2004.-№61.-P.285-298
6. Анварова Ш.С. Йод-дефицитные нарушения в Республике Таджикистан и меры их профилактики // Мат. респ. семинара. Душанбе, 1996. – С.1-12
7. Мкртумян А.М. Оценка состояния костной ткани у больных сахарным диабетом // Ж. остеопороз и остеопатии. 2000, №1. – С.27-30

**ХУЛОСА**  
**БАЪЗЕ АЗ НИШОНДИҲАНДАҲОИ ЗИЧИИ МАЪДАНИИ БОФТАИ**  
**УСТУХОН ВА МУБОДАЛАИ КАЛТСИЮ ФОСФОР ДАР БЕМОРОНИ**  
**ГИРИФТОРИ ТИРЕОТОКСИКОЗ ДАР ШАРОИТИ НОРАСОИИ ЙОД**  
**Н.Ф.НИЁЗОВА, Ш.С.АНВАРОВА**

Дар беморони гирифтори бемории тиреотоксикози фаъол, ки бо шаклҳои ҷоғари диффузӣ, омехта ва бисёрғиреҳдор дар шароити норасоии йод вобастагӣ доранд, тағйиротҳои зиёди нишондиҳандаҳои зичии маъдании бофтаи устухон ва мубодалаи калтсию фосфор ошкор карда шуд.

Денситометрия ҳамчун яке аз усулҳои муносиби маълумотӣ дар ташхиси барвақтии эътилоли устухон ҳангоми тиреотоксикоз арзёбӣ гардидааст ва дар минтақаҳои, ки норасоии йод мавҷуд аст, хеле зарур мебошад.

**SUMMARY**  
**SOME INDICES OF BONE STOCK DENSITY METABOLISM AND**  
**CALCIUM AND PHOSPHATE METABOLISM IN PATIENTS WITH**  
**THYROTOXICOSIS IN IODINE DEFICIENCY CONDITIONS**  
**N.F. NIYAZOVA, SH.S. ANVAROVA**

There were significant changes of indices of bone stock density metabolism and calcium and phosphate metabolism were revealed in patients with active thyrotoxicosis caused by diffuse and mixed multimodal forms of toxic struma in iodine deficiency conditions. Densitometry has been estimated as the most informative and non-invasive method of early diagnostics of bone lesions in thyrotoxicosis and it is particularly necessary in the iodine deficiency areas.

**Key words:** thyrotoxicosis, bone stock, osteoporosis, osteopenic syndrome, densitometry

---

**Адрес для корреспонденции:**

**Н.Ф.Ниязова** - ассистент кафедры эндокринологии ТГМУ; 734002, Таджикистан, г.Душанбе, ул.Абая-3. E-mail: [nargis\\_7373@mail.ru](mailto:nargis_7373@mail.ru)





## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АСКАРИДОЗА У ДЕТЕЙ

М.С. ТАЛАБОВ, Ч.Ш. УМАРОВА, М.Ш. ШОДИЕВ  
ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА  
Г. ДУШАНБЕ; РЕСПУБЛИКАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ ИЗ РТ

Авторами были проанализированы клиничко-лабораторные данные 195 детей с аскаридозом в возрасте от 1 года до 15 лет. Клинические обследования детей включало сбор жалоб, эпидемиологический анамнез, анамнез жизни, осмотр пациента. Проводились стандартные лабораторные и биохимические методы исследования. Всем больным проведено копрологическое исследование, анализ кала на яйца/глист. Результаты исследования показали, что аскаридоз у детей характеризуется диспепсическим (67,7%), астено-невротическим (32,8%), кожно-аллергическим (15,9%) и респираторными (3,1%) синдромами.

**Ключевые слова:** аскаридоз у детей, диспепсический синдром

**Актуальность.** Аскаридоз является ведущей инвазией в группе геогельминтозов и распространён на территории России и стран СНГ [1]. Течение аскаридоза зависит от стадии развития паразита, от числа одновременно мигрирующих личинок, количества взрослых особей, паразитирующих в кишечнике, наличия сопутствующей хронической патологии и особенностей иммунологического ответа [2].

В детском возрасте гельминты нередко являются фактором, способствующим развитию хронических расстройств питания, дисфункции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), интоксикации, сенсбилизации организма, ослаблению иммунитета [3,4]. В Таджикистане наиболее распространены кишечные гельминтозы. Среди них в структуре заболеваемости ведущее место занимает аскаридоз, составляя более 30% всех выявленных гельминтозов [4].

К настоящему времени немало работ посвящены проблеме аскаридоза, достаточно изучены клинические проявления аскаридоза, однако, глобальные экологические изменения последних десяти лет, широкое применение антибактериальных, иммуностропных и прочих лекарственных препаратов и ряд других факторов изменили клиническую картину нематодозов, которая требует дополнительного изучения [5,6].

**Цели исследования:** изучение особенностей клинического течения аскаридоза у детей.

**Материал и методы исследования.** С целью изучения клинической картины аскаридоза были проанализированы клиничко-лабораторные данные 195 детей в возрасте от 1 года до 15 лет находившихся на лечении в Детской клинической инфекционной больнице г. Душанбе в 2007-2008гг. Клиническое обследование детей включало сбор жалоб, эпидемиологический анамнез, анамнез жизни, осмотр пациента. Проводились стандартные лабораторные и биохимические методы исследования, позволяющие оценить функциональные изменения со стороны желудочно-кишечного тракта, печени и поджелудочной железы. Всем больным проведено копрологическое исследование, анализ кала на яйца/глистов по методу Като, основанного на обнаружении яиц гельминтов в просветленном глицеринном и подкрашенном маляхитовым зелёным толстым мазке фекалий.

**Результаты и их обсуждение.** В результате клиничко-лабораторного обследования было выявлено 195 детей с кишечной стадией аскаридоза, из них 90 мальчиков и 105 девочек. Распределение пациентов по полу и возрастным группам представлено в таблице 1.

Таблица 1

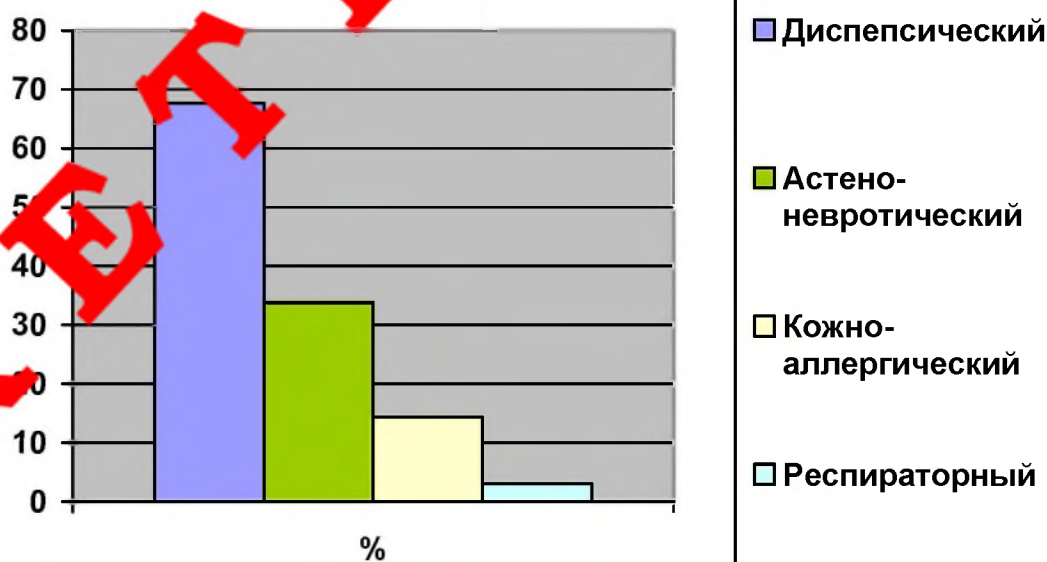
**Распределение больных с кишечной стадией аскаридоза  
(по полу и возрасту)**

Пол	Возраст детей, годы									
	1-3		4-6		7-9		10-12		13-14	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мальчики n = 90	19	52,8	25	47,2	26	54,2	10	31,2	9	34,6
Девочки n = 105	17	47,2	28	52,8	22	45,8	22	38,8	17	65,4
Итого n = 195	36	18,5	53	27,2	48	24,6	32	16,4	26	13,3

Первоначально диагноз кишечной стадии аскаридоза устанавливался, исходя из наличия факторов риска заражения аскаридами в анамнезе, характеры предъявляемых жалоб диспепсического, психовегетативного, кожно-аллергического и респираторного характера, выявления эозинофилии в периферической крови, наличия яиц гельминтов или взрослых паразитов в фекалиях или рвотных массах.

Было установлено, что клинически выраженной инвазия имелась у 130 обследуемых. Причём, у 66 (33,8%) пациентов перечисленные симптомы протекали изолированно, являясь единственным проявлением заболевания, а у 90 человек (46%) одновременно наблюдались от 2-х и более симптома.

При кишечной стадии аскаридоза обследуемые дети так же предъявляли жалобы диспепсического, астено-невротического, кожно-аллергического, и респираторного характера. Частота встречаемости этих синдромов у детей с кишечным аскаридозом представлена в диаграмме (рис).



**Рис. Частота встречаемости клинических синдромов у больных детей аскаридозом**

Преобладающими синдромами кишечного аскаридоза явились диспепсический (67,7%) и астено-невротический (32,8%). Кожно-аллергический синдром проявлялся у 14,4 %, а респираторная патология – у 3,1% детей.

Частота встречаемости синдромов у больных с кишечной стадией аскаридоза в разных возрастных группах представлена в таблице 2.

Диспепсический синдром выявлен у 134 (67,7%) детей и является преобладающим во всех возрастных группах. Наиболее часто пациенты жаловались на боли в животе. Их предъявляли 162 детей (82%). Из них, у 32 обследуемых абдоминальные боли были интенсивными и имели приступообразный характер. На стойкую болезненность в эпигастриальной области указывали 18, в околопупочной области – 10, в области правого подреберья - 4 детей. Во время болевых приступов у 12 детей была тошнота и рвота, во время которой у 5-х из них в рвотных массах были обнаружены взрослые аскариды.

Наиболее часто боли в животе появлялись периодически, не имели постоянной локализации, были не интенсивными и не продолжительными. Они возникали утром перед завтраком или вечером перед сном. На такой характер болей указывали около 50% пациентов. Из них у 32 детей боли в животе так же сопровождались тошнотой и позыванием к рвоте.

Таблица 2

**Частота клинических синдромов у детей с кишечной стадией аскаридоза в зависимости от возраста**

Клинический синдром	Возраст детей, годы											
	1-3 (n=36)		4-6 (n=36)		7-9 (n=48)		10-12 (n=32)		13-15 (n=26)		Итого (n=195)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Диспепсический	29	80,5	37	61,8	28	58,3	24	75	16	61,5	134	67,7
Астено-невротический	19	52,7	12	22,5	12	25	11	34,4	10	38,5	64	32,8
Кожно-аллергический	7	19,4	4	11,3	9	18,7	6	21,9	-	-	28	14,4
Респираторный	2	5,5	4	7,5	-	-	-	-	-	-	6	3,1

Вздутие и урчание в животе отмечали 19% пациентов. Этот симптом возникал как на «голодный» желудок, так и после еды, у 11 детей урчание в животе наблюдалось ночью.

Нарушения аппетита встречалось у каждого третьего ребенка с кишечной стадией аскаридоза. У детей до 3-х лет это выражалось отказом от еды, беспокойством во время еды, тяга к сладкому. Резкое повышение аппетита и отсутствие чувства насыщения имелось у 8 пациентов 4-х - 6 лет. Чувство горечи во рту и неприятный запах изо рта по утрам имели 7 детей в возрасте 10-12 лет и 13-15 лет.

На изменения характера стула указывали 115 (59%). Из них 10 пациентов имели неустойчивый, непереваренный стул с примесью слизи в каловых массах, склонность к запорам. У 14 обследуемых, периодически жидкий стул отмечался у 22 детей.

Жалобы астено-невротического характера были выявлены у 64 (32,8)% пациентов. В кишечную стадию аскаридоза изменения со стороны нервной системы проявлялись в более стойких нарушениях в виде ортостатического головокружения у 6, сухости и шелушения кожи – у 4 пациентов, у 3-х детей 10 и 12 лет отмечалось наличие истерических приступов.

Патологические привычные действия в виде грызения ногтей отмечались у 17 (8,7%) пациентов дошкольного возраста.

Расстройство сна отмечалось у каждого второго ребёнка дошкольного возраста и характеризовалось беспокойным сном с повышенной двигательной активностью во сне, нарушением глубины сна с частыми ночными пробуждениями, яркими, иногда кошмарными сновидениями.

Кожно-аллергический синдром выявлен у 28 (14,4%) детей. Его проявления выражались в виде аллергического дерматита, сыпи уртикарного или пятнисто-папулёзного характера, зуда кожи. При объективном обследовании у детей отставание в физическом развитии и недостаточная прибавка массы тела или снижение её в течение последнего года отмечалось у 25 (18%) детей. Бледность кожных покровов, тёмные круги под глазами, сухость и шелушение кожи, холодные на ощупь конечности имелись у 37 (19%) больных. Гипергидроз ладоней и стоп отмечался у 11% детей, депигментация ногтей выявлена у 8% детей. Умеренное увеличение периферических лимфатических узлов до 1 см наблюдалось у 9% детей. В основном пальпировалась периферическая группа лимфоузлов умеренной плотности, без сплённых. Со стороны органов дыхания перкуторных и аускультативных отклонений от нормы выявлено не было.

Снижение АД выявлено у 3-х пациентов 12-14 лет и составило 100/60 мм.рт.ст., отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы имели 18 пациентов (9,2%).

Респираторный синдром отмечен у 6 (3,1%) больных и характеризовался длительным кашлем. Другие клинические проявления не отмечены.

**Таким образом,** аскаридоз у детей характеризуется диспепсическим, астено-невротическим, кожно - аллергическим и респираторными синдромами. Преобладающими явились диспепсический (67,7%) и астено-невротический (32,8%). Кожно - аллергический синдром проявлялся у 15,9%, а респираторная патология у 3,1% детей. Диспепсический синдром отмечался у детей всех возрастных групп. Астено-невротический синдром преобладал среди детей 1-3 лет.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Романенко Н.А., Евдокимов В.В. Проблемные территории и паразитарные болезни //2004. 320с.
2. Копанев Ю.А. Клиническая картина аскаридоза и энтеробиоза у детей на современном этапе. Лечащий врач. 2006. №56
3. Куропатенко М.В. Распространение энтеробиоза, аскаридоза и лямблиоза у детей, больных бронхиальной астмой. Ж.. Аллергология. 2002. №4
4. Отчёты Республиканского центра борьбы с тропическими болезнями. 2006
5. Камардинов Х.К. Тропические и паразитарные болезни человека. Руководство. Душанбе. 2003.148с.
6. Лысенко Л.Я., Владимиров М.Г. и др. Клиническая паразитология // Женева. 2002

#### Хулоса

#### Хусусиятҳои ҷараёни саририи аскаридоз дар кӯдакон

**М.С.Талабов, Ч.Ш.Умарова, М.Ш.Шодиев**

Маълумотҳои сарири-озмоишгоҳии 195 нафар кӯдакони аз 1 то 15 солаи гирифтори камасорӣ (аскаридоз) таҳлил карда шуд. Муоинаи саририи кӯдакон аз ҷамъи шикоятҳо, собиқаи эпидемиологӣ ва зиндагӣ, муоинаи бемор иборат буд. Усулҳои маъмули таҳқиқи озмоишгоҳӣ ва биокимийӣ гузаронида шуд. Ба ҳамаи беморон тадқиқоти копрологӣ ва таҳлили фазла/тухми кичча гузаронида шуд. Натиҷаҳои тадқиқот нишон доданд, ки камасорӣ дар кӯдакон бо алоими диспепсӣ (67,7%), астено-невротикӣ (32,8%), пӯсту гармбодӣ (15,9%) ва респираторӣ (3,1%) зоҳир мегардад.

## Summary

### THE PECULIARITIES OF ASCARIASIS CLINICAL COURSE IN CHILDREN

M.S. Talabov, Ch.Sh. Umarova, M.Sh. Shodiev

Clinical laboratory data of 195 children with ascariasis between the ages of 1 year and 15 years were analyzed in the present study. Physical examination included collecting patient complaints, epidemiological anamnesis, patient anamnesis and examination. Conventional laboratory and biochemical analysis were made. All patients were made scatological analysis and fecal analysis of helminthes eggs. The results of study have shown that ascariasis in children is characterized by dyspeptic (67.7%), asthenoneurotic (32.8%), dermato-allergic (15.9%) and respiratory (3.1%) syndromes.

**Key words:** ascariasis in children, dyspeptic syndrome

---

#### Адрес для корреспонденции:

**М.С.Талабов** - зав. кафедрой инфекционных болезней Республиканского медицинского колледжа МЗ РТ; Таджикистан, г.Душанбе, пр.Рудаки – 31. E-mail: [m-talabov@mail.ru](mailto:m-talabov@mail.ru)

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

### ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ ФИНАНСОВЫХ РЕФОРМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ПМСП В ПИЛОТНЫХ РАЙОНАХ ТАДЖИКИСТАНА

**Ф.К. ЭГАМОВ, С.Р. МИРАЛИЕВ, З.Ю. БОБОХОДЖАЕВА,  
Б. МЭТИВЕТ, А.А. САФАРОВ**

**ОТДЕЛ АНАЛИЗА ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МЗ РТ**

Стратегия финансирования сектора здравоохранения Республики Таджикистан на 2005-2015 гг. принята Постановлением Правительства от 10.05.05, №171 и направлена на проведение системной реформы: изменение нескольких ключевых аспектов системы здравоохранения, возмещение затрат медицинских учреждений, обеспечение равномерного распределения ресурсов здравоохранения, проведение профилактики заболеваний, пропаганды и образования населения по вопросам сохранения и укрепления здоровья. Внедрение этих аспектов, в том числе подушевого финансирования в пилотных районах, положительно повлияло на организацию, управление и функции деятельности учреждений ПМСП районов. Кроме того, в пилотных районах относительно контрольных районов, увеличилась доля бюджета ПМСП от общего бюджета здравоохранения, что в свою очередь способствует повышению уровня качества оказываемых медицинских услуг в данных учреждениях.

**Ключевые слова:** реформа финансирования здравоохранения, подушевое финансирование, бюджет учреждений ПМСП.

**Введение.** Таджикистан унаследовал систему финансирования здравоохранения, аналогичную тем, которые существовали в других странах бывшего Советского Союза. Начало переходного периода с его экономическим спадом и финансовыми ограничениями привело к

проблемам в системе здравоохранения Таджикистана, так же как и в других странах бывшего Советского Союза с переходной экономикой. Эти проблемы включали в себя разрушение ранее высоких уровней финансовой защиты, несправедливое диспропорциональное распределение государственных ресурсов в пользу учреждений вторичного уровня.

В ответ на эти проблемы Таджикистан начал проводить системную реформу, направленную на изменение нескольких ключевых аспектов системы здравоохранения. Постановлением Правительства от 10.05.05 №171 была принята Стратегия финансирования сектора здравоохранения Республики Таджикистан на 2005-2015 г., направленная на возмещение затрат медицинских учреждений, обеспечение равномерного распределения ресурсов здравоохранения и проведение профилактики заболеваний, пропаганде и образованию населения по вопросам сохранения и укрепления здоровья.

Одним из направлений вышеуказанной Стратегии, является внедрение механизмов подушевого финансирования на уровне ПМСП, где, учреждения ПМСП финансируются по количеству закрепленного населения (подушевой норматив). Этот новый метод оплаты государственного поставщика услуг будет означать полный отход от сложившегося метода поштатной оплаты, который способствовал неэффективности и проблемам в области качества медицинских услуг [1,3].

**Цель:** изучение эффективности внедрения подушевого финансирования на деятельность медицинских учреждений ПМСП.

**Методология.** Исследование было проведено в 2009г и за отчётный период подушевое финансирование было внедрено в городах и районах Согдийской и Хатлонской областях (реализация проектом ПОБЗ, финансируемый Всемирным Банком/Шведским Агентством по Международному Развитию и Швейцарским Агентством по Развитию и Сотрудничеству); Горная Матча и Айни были пилотными районами Азиатского Банка Развития (АБР), Дангара - Проект Сино, финансируемый Швейцарским Агентством по Развитию и Сотрудничеству), Рошткалинский район ГБАО (АБР), Районы республиканского подчинения (РРП): Турсунзаде, Шахринав, Варзоб (Проект Сино), Рашт (АБР) [2].

Исследование проводилось в учреждениях первичного уровня в 7-ми пилотных (Рошткалинский район ГБАО, Кулябский, Дангаринский районы Хатлонской области, Аштский и Спитаменский районы Согдийской области, Варзобский и Раштский районы республиканского подчинения) и 3-х контрольных районах (Ишкашимский район ГБАО, Вахдатский и Таджибадский районы республиканского подчинения). В выборку исследования включены районы, где подушевое финансирование было внедрено с 2007 года, в контрольные были отобраны районы, в которых не был внедрён принцип подушевого финансирования за 3 последних года.

Данные по подушевому финансированию, были собраны ретроспективно за год в период с января по декабрь 2008 года после внедрения подушевого финансирования. Информация по деятельности учреждений здравоохранения собиралась на районном уровне в 10 Районных центрах здоровья.

Индикаторы по оценке внедрения подушевого финансирования в пилотных районах включали:

- Наличие нормативно-правовых документов по реформе системы финансирования здравоохранения на различных уровнях (район, область);
- Число проведенных семинаров, тренингов по реформе системы финансирования здравоохранения на разных уровнях (район, область);
- Процент охвата тренингами или семинарами по реформе системы финансирования здравоохранения руководителей учреждений ПМСП;
- Процент бюджета ПМСП в общем бюджете здравоохранения района;

- Бюджет ПМСП на душу населения;
- Процент увеличения бюджета ПМСМ в динамике.

Была проведена оценка информированности специалистов в пилотных районах (Рашт, Варзоб, Рошткала, Куляб, Дангара, Спитамен, Ашт) и в контрольных районах (Вахдат, Таджикобад, Ишкашим) амбулаторных медицинских услуг с использованием ретроспективной методологии, основанной на проведении опросов среди менеджеров, гл. бухгалтеров, главных врачей ЦРБ, которые оказывали медицинские услуги по подушевому финансированию с января по декабрь 2008 года, после внедрения подушевого финансирования.

**Результаты и их обсуждение.** В исследовании приняли участие 9 менеджеров ПМСП, 9 главных бухгалтеров ПМСП, 10 главных врачей ЦРБ, 10 главных бухгалтеров

ЦРБ. В Ишкашимском районе во время исследования не была введена должность менеджера и гл/бухгалтера ПМСП, так как не была проведена реструктуризация медучреждений (административное разделение ПМСП от ЦРБ).

По общим индикаторам были получены следующие данные:

- наличие нормативно-правовых документов по реформе системы финансирования здравоохранения на уровне ПМСП, пилотных районов – составляет 100%;
- процент охвата тренингами или семинарами по реформе системы финансирования здравоохранения со стороны руководителей учреждений ПМСП пилотных районов составлял от 2 – 5 раз - 71%, 1 раз - 14%, не посещали- 15%, что объясняется частыми ротациями кадров в ЛПУ, где приходится заново переобучать специалистов.
- на вопрос об информированности необходимости внедрения подушевого финансирования, большинство (71%) ответили, что таким образом будет справедливое распределение ресурсов на душу населения.
- на вопрос: «Могут ли они рассчитать подушевой коэффициент?», ответили положительно -93%, т.е. большинство опрошенных знают методы расчёта подушевого финансирования.
- На вопрос: «Какие данные и статьи бюджета ПМСП необходимы для расчёта подушевого финансирования?» – ответили -100%;
- На вопрос: «Ваше мнение о включение остальных статей бюджета для дальнейшего расчёта подушевого финансирования?», большинство ответили положительно (71%).

По финансовым индикаторам были получены административные нижеследующие данные из отчётных форм бухгалтерии ПМСП:

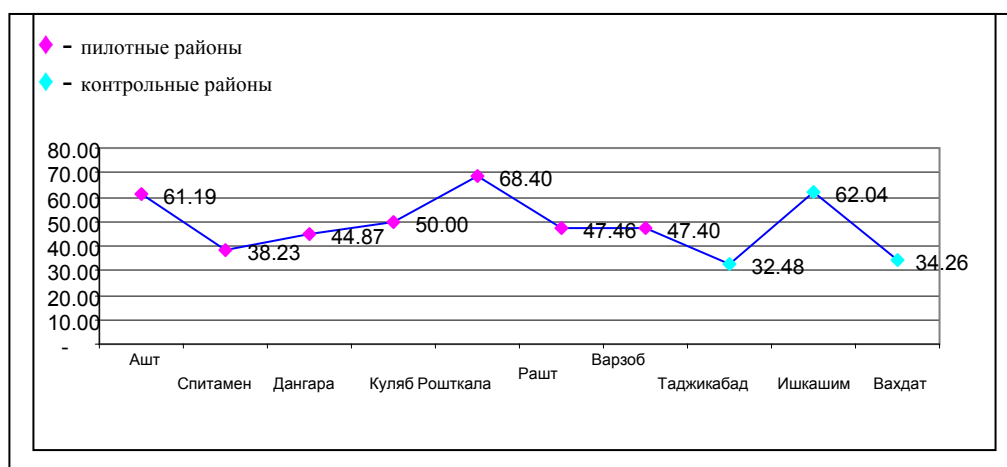


Рис 1. Процент бюджета ПМСП от общего бюджета здравоохранения района

Как видно из рисунка 1, доля бюджета ПМСП от общего бюджета здравоохранения в пилотных районах, в среднем составляет - 51%, а в контрольных районах - 42%. Согласно, совместным приказам Минздрава и Минфина (№609, 2006; №300, 2008; №68-7, 2009), не меньше 40% бюджета здравоохранения района должно выделяться на ПМСП. Как видно из результатов исследования, этот принцип соблюдается во всех пилотных районах, кроме Спитаменского района, а в контрольных районах, кроме Таджикабадского, Вахдатского районов (РПП), т.к. на 2008г в этих районах не было разделения бюджета на ПМСП и ЦРБ, а что касается Ишкашимского района (62,04%), там была аналогичная ситуация и данные, которые предоставила администрация ЦРБ можно считать недостоверными, т.к. в данные по бюджету ПМСП были включены бюджетные средства, выделенные на СУБы.

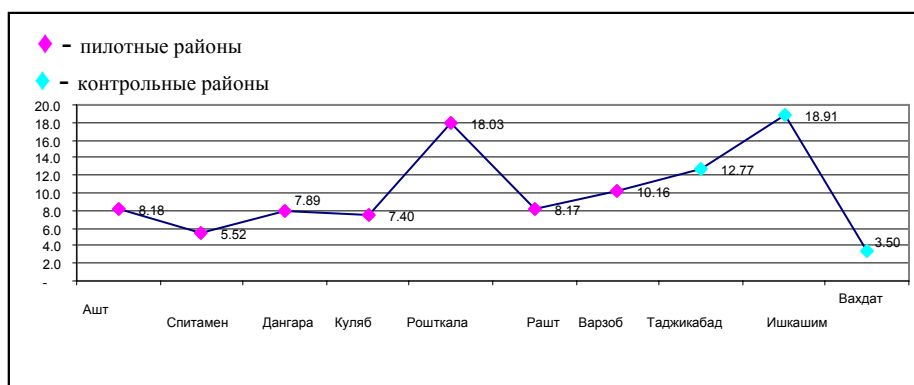


Рис.2. Бюджет ПМСП на душу населения

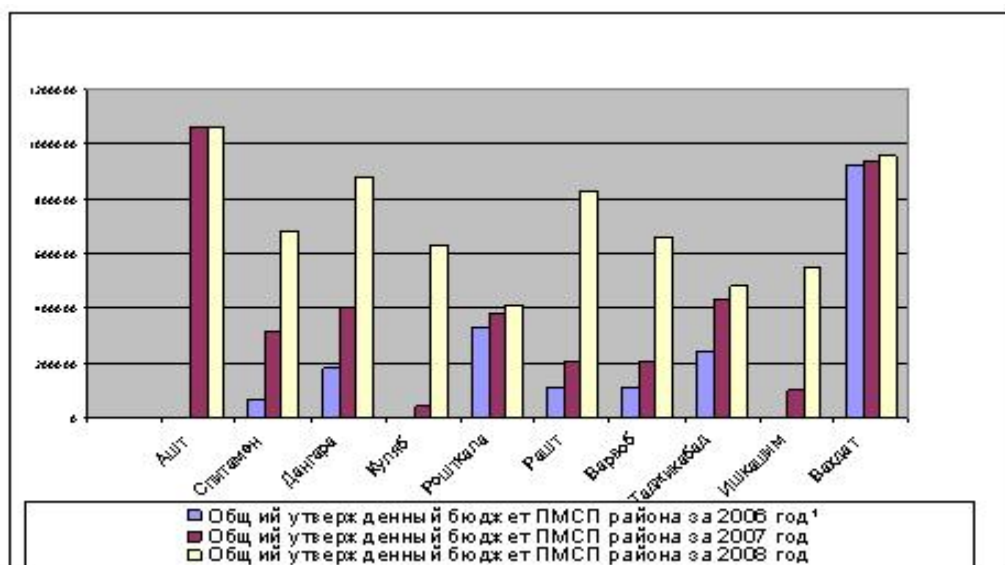


Рис. 3. Динамика роста бюджета ПМСП в каждом районе

Примечание: <sup>1</sup> отсутствие данных по некоторым районам в 2006 году, свидетельствует о том, что у них не было раздельного бюджета (ЦРБ и ПМСП).

Как видно из рисунка 2, общий бюджет здравоохранения района на душу населения в пилотных районах колеблется с 13,36 сомони в Аштском районе до 26,37 сомони в Рошткалинском районе (ГБАО) и в контрольных районах от 10,23 сомони в Вахдатском районе до 39,31 сомони в Таджикабадском районе (РПП). Однозначно бюджет ПМСП на душу населения



в пилотных районах 38,23 сомони в Спитаменском районе до 68,40 сомони в Рошткалинском районе (ГБАО), в контрольных районах от 32,48 в Таджикабаде до 62,04 в Ишкашимском районе (ГБАО). Эти колебания зависят от числа населения и экономического состояния района. В будущем эту разницу поможет решить аккумулирование средств на областном и национальном уровне.

**Таким образом,** результаты исследования показывают, что внедрение финансовых реформ ПМСП, в том числе подушевое финансирование в пилотных районах положительно повлияло на организацию, управление и функции учреждений ПМСП районов. Кроме того, в пилотных районах относительно контрольных районов увеличилась доля бюджета ПМСП от общего бюджета здравоохранения, который способствует повышению уровня и качества оказываемых услуг в данных учреждениях.

### Литература

1. Миралиев С.Р. Современные подходы к финансированию общеврачебной (семейной) практики/ С.Р. Миралиев, Н.Х. Рахимова, Б.Б. Шарипова, С.З. Зарипов // Материалы национальной научно-практической конференции с международным участием «Семейная медицина и здоровье человека» - Душанбе, 2005. - С. 107-112
2. Отчёт по исследованию «Влияние подушевого финансирования на показатели деятельности учреждений ПМСП в пилотных районах в рамках внедрение Стратегии финансирования сектора здравоохранения Республики Таджикистан на 2005-2015 гг.»/ Эгамов Ф.К., Миралиев С.Р., Бобоходжаева З.Ю., Б. Мэтивет – Душанбе, 2009.-17 с.
3. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения/ И.М. Шейман - М.: - Медицина. - 1998. – 365 с.

### ХУЛОСА

**НАТИҶАҶОИ ҚАБЛИИ ТАДҚИҚОТ ОИД БА ТАЪСИРИ ИСЛОҶОТИ  
МАБЛАҒГУЗОРИИ СОҶАИ ТАНДУРУСТӢ БА БАЪЗЕ АЗ  
НИШОНДИҶАНДАҶОИ ФАӢОЛИЯТИ МУАССИСАҶОИ КӢМАКИ  
АВВАЛИЯИ ТИББИЮ САНИТАРӢ (КАТС)  
Ф.Қ. ЭГАМОВ, С.Р. МИРАЛИЕВ, З.Ю. БОБОХОҶАЕВА,  
Б.МАТИВЕТ, А.А.САФАРОВ**

Натиҷаҳои тадқиқот нишон медиҳанд, ки қорӣ намудани ислоҳоти маблағгузорию муассисаҳои КАТС, аз ҷумла маблағгузорию сарикаси ба ташкил, идоракуни ва фаъолияти муассисаҳои КАТС-и ноҳияҳои таҷрибавӣ таъсири мусбат расонид. Ба ғайр аз ин, дар ноҳияҳои таҷрибавӣ нисбат ба ноҳияҳои назоратӣ ҳиссаи буҷети КАТС аз буҷети умумии соҳаи тандурусти зиёд шудааст, ки ин ба баланд бардоштани сифат ва сатҳи хизматрасонию тиббию санитарӣ дар муассисаҳои мазкур мусоидат менамояд.

### Summary

**Preliminary survey outcomes of the impact of health financing reforms on several indicators of PHC facilities activity in pilot regions of Tajikistan  
F.Q. Egamov, S.R. Miraliev, Z.Yu. Bobokhojaeva, B. Mathivet, A.A.Safarov**

The health financing strategy of the Republic of Tajikistan on 2005 – 2015 years was accepted the Governmental Regulation №171 of 10.05.05 and aimed at systematic reform: some key health aspects change, medical facilities costs compensation, health resource uniform distribution support, implementation of the diseases prevention, promotion and education of population on health preservation and promotion questions.


The survey outcomes display that the introduction of PHC financial reform, including per capita financing in pilot regions positively impacted the organization, management and service delivery of region PHC facilities. Besides, in comparison with control regions there is an increase of PHC budget from the total health budget in pilot regions, which promotes the quality of provided services in these facilities.

**Key words:** Health financing reform, per capita financing, state budget of PHC facilities

---

**Адрес для корреспонденции:**

**Ф.К.Эгамов** – консультант по экономике и финансированию здравоохранения Отдела анализа политики здравоохранения МЗ РТ; Республика Таджикистан, г.Душанбе, ул.Шевченко-69, E-mail: [fegamov74@mail.ru](mailto:fegamov74@mail.ru)



## МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В ВОПРОСАХ ВЕДЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ С.Т.СЕЙДУМАНОВ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ, КАЗАХСТАН

Социологические исследования, проведённые в различных регионах Казахстана, показывают важность и необходимость информированности населения о различных аспектах здорового образа жизни для повышения уровня их медицинской активности.

Уровень медицинской активности городского населения на 12-17% выше, чем у сельских жителей. Источниками информации, по мнению респондентов, чаще всего выступают телевидение (50,6%), периодическая печать (28,3%) и медицинские работники (28,0%).

**Ключевые слова:** медицинская активность, здоровье, здоровый образ жизни

**Введение.** Национальными программами развития и реформирования здравоохранения республики важнейшим принципом в формировании, укреплении и сохранении здоровья народа определена солидарная ответственность государства, работодателя и самого гражданина [1-4].

Для решения проблемы повышения собственной устойчивости к ставшей агрессивной окружающей среде от каждого человека требуется полная мобилизация индивидуальных усилий к сохранению и укреплению здоровья. Упование на медицину как на средство избавления от всех недугов в современных условиях полностью лишается смысла и оснований. Задачей системы здравоохранения является формирование медицинской культуры населения путём распространения знаний и рекомендаций по совершенствованию гигиенического поведения, образа жизни, санитарных навыков, психологической устойчивости к заболеваниям. Осознание населением новых парадигм здоровья и здравоохранения должно стать, с одной стороны, основой мотивационных установок на здоровый образ жизни, с другой – благоприятной почвой для реализации профилактических программ [5].

Таким образом, медицинская активность населения является одним из важных аспектов в вопросах укрепления здоровья и формировании здорового образа жизни.

**Цель исследования:** изучить уровень медицинской активности населения в вопросах формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) в различных регионах республики.

**Материалы и методы исследования.** Путём проведения широкомасштабного социологического исследования изучался образ жизни населения. Объектом исследования явилось население республики 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); 18-9 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 климатогеографическая 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 (на русском и казахском языках) включающая ряд блоков, в т.ч. по медицинской активности населения (уровень знаний об основных аспектах ЗОЖ, готовность вести ЗОЖ). Анализ медицинской активности населения на основании периодичности посещения медицинских работников проводился отдельно.

**Результаты и их обсуждение.** Одним из показателей, определяющих медицинскую активность населения, является осведомлённость респондентов о факторах, влияющих на состояние здоровья населения.

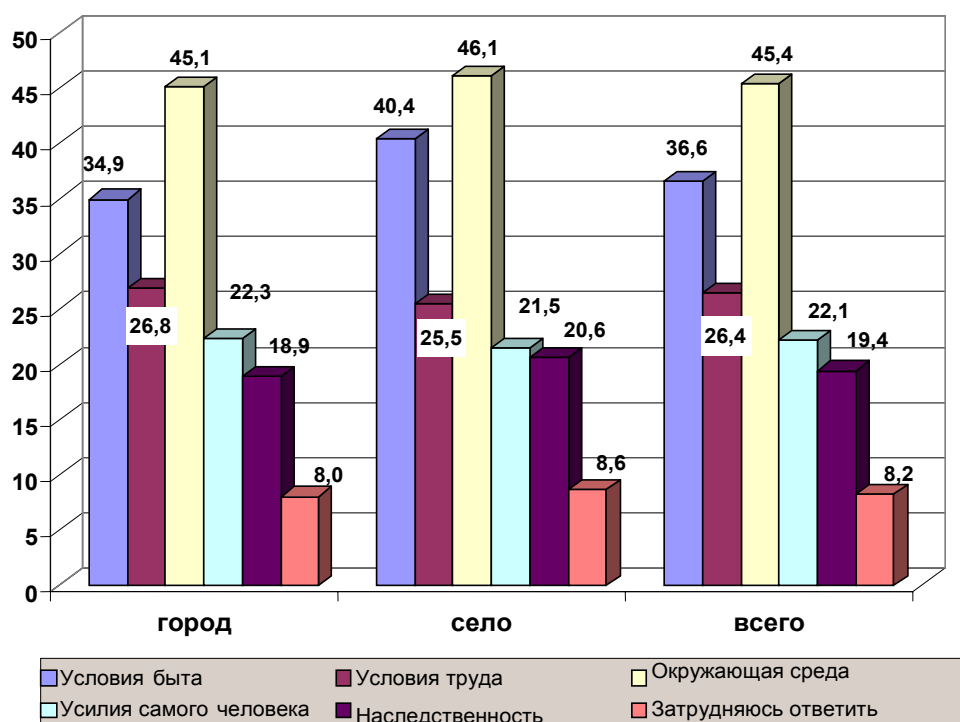


Рис. 1. Характеристика медицинской активности населения РК (%)

По мнению респондентов, самым значимым фактором, влияющим на здоровье человека является окружающая среда (45,4%), затем условия быта (36,6%) и условия работы (26,4%). А усилия самого человека, имеющее первостепенное значение для сохранения здоровья, по результатам анкетирования занимает предпоследнее место (22,1%) (рис.1).

Готовность вести здоровый образ жизни также характеризует уровень информированности населения о роли ЗОЖ для сохранения здоровья. Из опрошенных больше половины (56,2%) готовы вести ЗОЖ. Положительным моментом является наличие высокого процента данного показателя среди подростков (62,1%) и молодёжи (61,9%) (рис. 2).

Рис. 2. Готовность населения РК вести ЗОЖ (%)

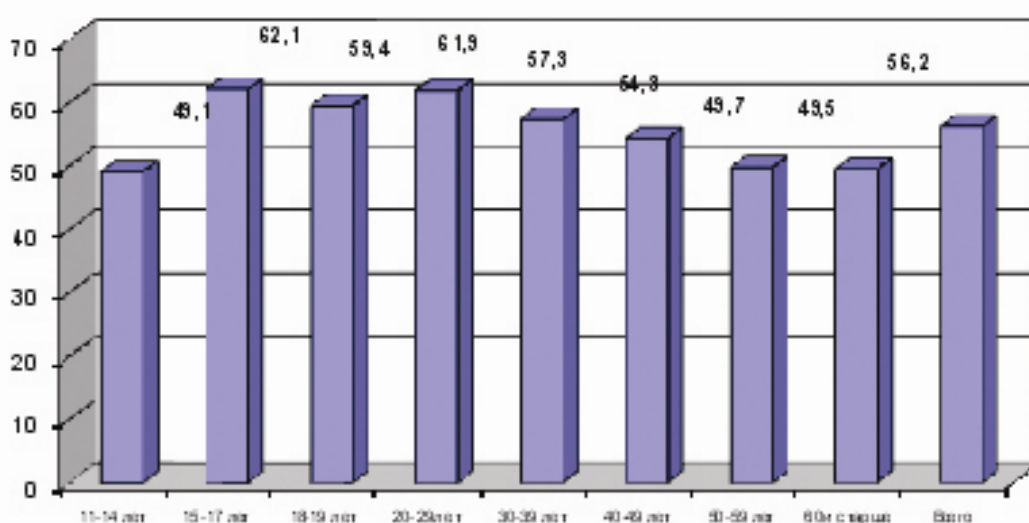


Таблица 1

Региональные особенности медицинской активности населения РК (%)

Регион		Готовность вести ЗОЖ		
		Муж	Жен	Оба пола
Северный	Город	55,5	58,2	57,3
	Село	58,7	64,8	61,7
	Всего	56,0	58,7	57,8
Центральный	Город	55,1	61,9	58,7
	село	33,4	44,7	38,8
	всего	46,3	55,6	51,0
Южный	город	62,4	64,0	63,4
	село	45,4	47,4	46,3
	всего	54,0	57,6	55,9
Восточный	город	74,9	74,8	74,9
	Село	73,0	74,5	73,7
	Всего	74,0	74,7	74,4
Западный	Город	49,5	50,3	49,9
	Село	39,5	38,4	38,9
	Всего	47,5	47,9	47,7
Итого	Город	57,9	60,5	59,4
	Село	48,9	51,9	50,4
	Всего	54,6	58,1	56,5

Относительно высокий уровень медицинской активности населения наблюдается в Восточном регионе (74,4%). Среди городских жителей республики данный показатель достоверно превышает (59,4%), чем на селе (50,4%). Такая же картина наблюдается в некоторых регионах республики, таких как, Центральный, Южный, Западный, где уровень медицинской активности среди городских жителей на 12-17,0% выше, чем у сельских (табл. 1).

Нередко низкая медицинская активность может быть результатом недостаточной информированности населения относительно аспектов здорового образа жизни. Источниками информации при пропаганде принципов формирования ЗОЖ могут быть средства массовой информации (телевидение, радио, пресса, журналы, специальная литература), медицинские работники, учителя, родители и др. (рис. 3).

По результатам нашего исследования, из числа всех опрошенных 50,6% респондентов считают, что информирует население о здоровом образе жизни чаще телевидение, на втором месте - периодическая пресса (28,3%) и медицинские работники (28,0%), затем родственники, друзья, коллеги.

При этом среди городских жителей предпочтение отдают телевидению 51,9%, периодической прессе - 30,7% и медицинским работникам - 26,6%. А среди сельских жителей на втором месте после телевидения - медицинские работники, составляя 48,1% и 31,2% соответственно.

Полученные данные свидетельствуют о том, что при пропаганде аспектов ЗОЖ более эффективным источником информации являются средства массовой информации (телевидение, пресса).

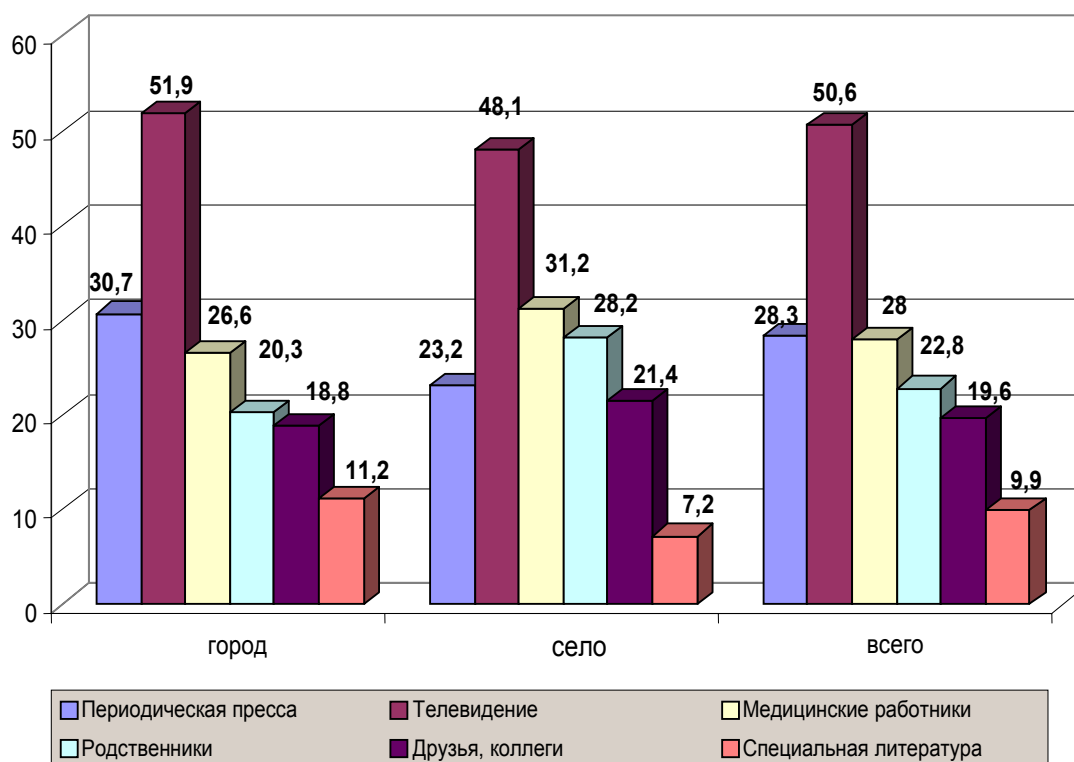


Рис. 3. Значимость источников информации при пропаганде ЗОЖ (%)

Незнание методов предотвращения беременности, также как и незнание методов предупреждения инфекционных заболеваний, инфекций, передаваемых половым путём, характеризует уровень медицинской активности населения.

Как выявлено, в среднем по республике, 21,0% населения не знакомы с методами предупреждения беременности. В возрастной группе 15-19 лет около 20,0%, а в возрастной группе 20-49 лет около 17,0% населения не владеют методами предотвращения беременности.

**Таким образом**, по мнению респондентов, самым значимым фактором, влияющим на здоровье человека, становится окружающая среда (45,4%), условия быта (36,6%) и работы (26,4%). При этом более эффективным источником информации являются средства массовой информации (телевидение, пресса).

### Литература

1. Указ Президента Республики Казахстан «О государственной программе «Здоровье народа».- Алматы, 1998
2. Указ Президента Республики Казахстан «Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 гг.». -Астана, 2004
3. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».- Астана, 2009
4. О ходе реализации первого этапа (2005-2007гг.) Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республик Казахстан на 2005-2010 годы (отчёт Министерства здравоохранения РК).
5. Камалиев М.А. Методологические основы программ профилактики заболеваний // Материалы Национальной конференции «Актуальные проблемы и перспективы формирования ЗОЖ в рамках стратегии «Казахстан-2030». Алматы, 1998. -С.33-35

### ХУЛОСА

### ФАЪОЛНОКИИ ТИББИИ АҲОЛӢ ДАР МАСЪАЛАҲОИ БУРДАНИ ТАРЗИ ҲАӢТИ СОЛИМ С.Т.СЕЙДУМАНОВ

Тадқиқоти иҷтимоӣ, ки дар минтақаҳои гуногуни Ҷазоқистон гузаронида шудааст, муҳим ва зарурӣ иттилоъ доштани аҳолиро роҷеъ ба ҷанбаҳои гуногуни тарзи ҳаёти солим, ки барои баланд бардоштани сатҳи фаъолнокии тиббии онҳо мусоидат мекунад, нишон медиҳад.

Натиҷаҳои тадқиқот аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки сатҳи фаъолнокии аҳолии шаҳр 12 то 17% баландтар аз аҳолии деҳот мебошад. Манбаҳои асосии иттилоот тиббӣ: телевизион (50,6%), матбуоти даврӣ (28,3%) ва кормандони тиб (28,0%) ба ҳисоб мераванд.

### SUMMARY

### MEDICAL ACTIVITY OF POPULATION IN MATTERS OF THE HEALTHY LIFE-STYLE S.T. SEYDUMANOV

The polls conducted in different regions of Kazakhstan show importance and necessity of population awareness about various healthy life-style aspects for medical activity level rise.

The medical activity level of urban population is 12-17% higher than villagers. In respondents' opinion as the information sources are television (50.6%), periodical press (28.3%) and medical professionals (28.0%) as often as not.

**Key words:** medical activity, health, healthy life-style, awareness, information sources

---

**Адрес для корреспонденции:**

**С.Т.Сейдуманов** - директор Республиканского колледжа по подготовке и переподготовке средних медицинских и фармацевтических кадров МЗ Республики Казахстан;

E-mail: [s-seidumanov@mail.ru](mailto:s-seidumanov@mail.ru)

## РАЗНЫЕ ТЕМЫ

### ВЛИЯНИЕ СУХОЙ ХОЛЕЛИТОГЕННОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ДИЕТЫ НА ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ И ДРУГИХ КОМПОНЕНТОВ ЖЕЛЧИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ХОМЯКОВ

М.Т. Бахроми

Институт химии им. В.И. Никитина АН РТ

Автор изучил влияние холелитогенной гиперлипидемической диеты на характер изменений содержания жёлчных кислот и других компонентов желчи у экспериментальных хомяков путём использования ряда биохимических методов, а также газохромато-биохимических методов исследования.

Содержание суммарных жёлчных кислот уменьшалось в 3 раза ( $p < 0,001$ ), а концентрация фосфолипидов – почти в 2,5 раза ( $p < 0,001$ ). Холатохолестериновый коэффициент у контрольных животных уменьшался в 2,5 раза ( $p < 0,01$ ).

**Ключевые слова:** жёлчные кислоты, холелитогенная гиперлипидемическая диета

**Актуальность.** В связи с рассмотрением сложных вопросов желчекамнеобразования заслуживает внимание изучение липидов, жёлчи, а особенно триглицеридов, жёлчных кислот и других компонентов жёлчи [1,3].

Известно, что при нарушении ряда функций печени в случае снижения уровня жёлчных кислот, фосфолипидов, застоя жёлчи, наличия инфекции и воспаления в жёлчных путях, могут образоваться жёлчные камни [2,4,5].

В связи с этим, в данном сообщении приводим результаты экспериментального холелитиаза, также сопутствующего этой патологии гиперхолестеремии и гиперлипидемии, которые были вызваны с помощью сухой холелитогенной гиперлипидемической диеты (ХГЛД).

**Цель исследования:** экспериментально определить эффективность холелитогенной гиперлипидемической диеты на содержание жёлчных кислот и других компонентов жёлчи.

**Материал и методы.** Опыты проводились на 20 хомяках обоего пола массой тела 55-70г. Исследование проходило в лаборатории Института химии им. В.И. Никитина Академии наук Республики Таджикистан. Животные были распределены на следующие группы:

1. Животные интактные, находящиеся на обычном рационе вивария.
2. Нелечёные или контрольные хомяки, получавшие в течение 6 месяцев сухую холелитогенную гиперлипидемическую диету.

Об активности изучаемых препаратов судили:

- 1) по количеству и проценту оставшихся живыми в течение 6 месяцев хомяков;
- 2) по числу и проценту животных с наличием конкрементов;
- 3) по изменению содержания основных жёлчных кислот, которые определяли методом газожидкостной хроматографии;
- 4) по состоянию химизма собранной пузырной жёлчи у опытных и контрольных хомяков.

С этой целью после забоя животных методом декапитации вскрывали брюшную полость, затем после сбора жёлчи производили подсчёт и измерение конкрементов.

Влияние холелитогенной гиперлипидемической диеты на характер изменений содержания жёлчных кислот и других компонентов жёлчи у экспериментальных хомяков, мы определяли путём использования газохромато-биохимических методов исследования.

С целью проведения достоверного биохимического исследования по изучению содержания жёлчных кислот в жёлчи у хомяков, получавших ХГЛД в течение 6 месяцев, по сравнению с интактными, использовали метод газожидкостной хроматографии.

**Результаты и их обсуждение.** Биохимическими исследованиями установлено, что у хомяков, получавших в течение 6 месяцев в качестве корма холелитогенную диету, резко нарушается химизм жёлчи в сторону повышения её литогенности (табл. 1).

Как видно из таблицы, статистически достоверно повышалось количество холестерина и особенно билирубина ( $p < 0,001$ ) в жёлчи.

**Таблица 1**

**Химизм жёлчи у хомяков, получавших ХГЛД в течение 6 месяцев  
(по 5 хомяков в каждой группе)**

№	Серия опытов	Показатели химизма жёлчи $M \pm m$ $P <$				
		Общий холесте-рин моль/л	Общий билирубин моль/л	Сумма жёлчных ки- слот г/л	Общие фосфолипи- ды г/л	Холато- холесте-рин новый коэффициент (ХХК)
1.	Интактные – 5	5,4±0,007	6,3±0,01	3,2±0,02	3,4±0,028	0,57±0,005
2.	Контроль + ХГЛД – 5	$\frac{7,8 \pm 0,016}{0,08}$	$\frac{3,2 \pm 0,001}{0,001}$	$\frac{1,02 \pm 0,01}{0,001}$	$\frac{1,4 \pm 0,001}{0,011}$	0,23±0,034

**Примечание:** различия в серии опытов статистически значимы ( $P < 0,001$ )

После применения диеты содержание суммарных жёлчных кислот в печени животных уменьшалось в 3 раза ( $p < 0,001$ ), а концентрация фосфолипидов – почти в 2,5 раза ( $p < 0,001$ ). Холатохолестериновый коэффициент у контрольных животных уменьшился в 2,5 раза ( $p < 0,01$ ).

В качестве иллюстрации приведены 2 примера. На рисунке показаны хроматограммы метиловых эфиров жёлчных кислот в жёлчи интактных и контрольных животных, до и после воздействия ХГЛД.

Как видно из хроматограммы, до кормления животных ХГЛД, содержание дезоксихолевой кислоты (ДХК) составило 0,38, хенодезоксихолевой кислоты (ХДХК) – 0,98, холевой кислоты (ХК) – 0,88 мг/мл, а что касается содержания литохолевой кислоты (ЛХК), то оно составило – 0,26 мг/мл.

В желчи хомяков, получавших в течение 6 месяцев в качестве корма ХГЛД, резко изменяется содержание жёлчных кислот в сторону повышения её литогенности.

На фоне кормления ХГЛД у группы контрольных животных количество ЛХК составило 0,41, ДХК – 0,63, ХДХК – 1,11, ХК – 1,81 мг/мл.

Результаты газохроматографических исследований жёлчных кислот в жёлчи животных приведены в таблице 2.



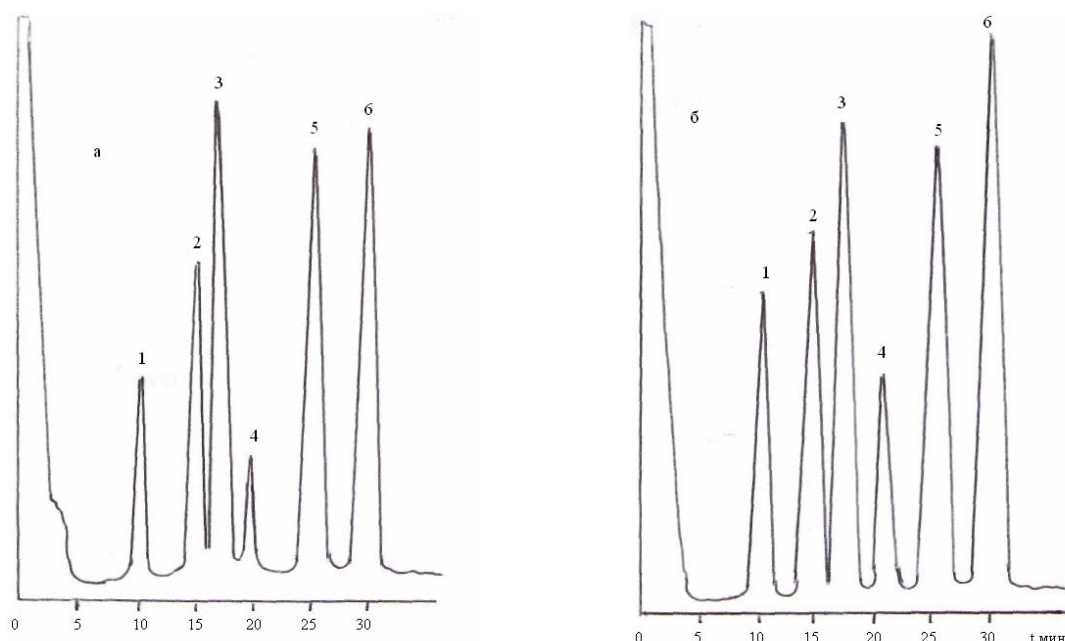


Рис. Хроматограмма метиловых эфиров жёлчных кислот в жёлчи экспериментальных животных до (а) и после приёма ХГЛД (б). 1 – ЛХК; 2 – ДХК; 3 – ХДХК; 4 – Дег.ХК; 5 – стандарт, 2,3-дигидрокси-12-кетометилхолат; 6 – ХК.

Таблица 2  
Содержание жёлчных кислот в жёлчи интактных и контрольных+ХГЛД хомяков методом газожидкостной хроматографии

№	Интактные (мг/мл)					Контроль+ХГЛД (мг/мл)				
	ЛХК	ДХК	ХДХК	Дег. ХК	ХК	ЛХК	ДХК	ХДХК	Дег. ХК	ХК
1.	0,25	2,39	1,98	0,0002	1,79	0,38	0,62	1,11	0,004	1,76
2.	0,27	0,38	1,06	0,0004	0,88	0,49	0,65	1,13	0,003	1,78
3.	0,22	0,42	0,96	0,0003	0,86	0,43	0,67	1,15	0,0009	1,81
4.	0,25	0,37	0,97	0,001	0,89	0,37	0,60	1,09	0,005	1,83
5.	0,26	0,33	0,99	---	1,01	0,35	0,63	1,17	0,001	1,79
6.	0,28	0,40	0,96	---	1,03	0,44	0,61	1,06	0,003	1,69
7.	0,28	0,42	0,98	---	0,75	0,39	0,64	1,12	0,002	1,91
8.	0,29	0,40	0,96	след	0,80	0,45	0,65	1,10	0,004	1,93
Ср.	0,26	0,38	0,98	0,001	0,88	0,41	0,63	1,11	0,002	1,81

Как видно из таблицы 2, у контрольных животных, получавших холелитогенную диету, имеется тенденция к повышению холевой кислоты.

Таким образом, методом газохроматографического исследования было подтверждено, что предложенная сухая холелитогенная диета при длительном кормлении животных способствует развитию холелитиаза и изменению содержания жёлчных кислот.

## Литература

1. Васильев Р.Х. Бескровные методы удаления жёлчных камней М. Изд. «Высшая школа», 1989.–С.18-25
2. Кадыров А.Х., Мансурова Ф.Х., Ходжамуродов М.Н. Содержание жёлчных кислот сыворотки крови здоровых и больных метаболическим синдромом с проявлением жёлчно-

3. каменной болезни // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. Прил. № 32. М., 2008, Т. XVIII, № 5. – С. 117
4. Мансурова Ф.Х. Жёлчнокаменная болезнь в Таджикистане// Изд. «Универсал», 2004.– С.30-32
5. Раджабов Г.О., Кадыров А.Х., Ходжимуродов М.Н., Кадыров А.А. Назохроматографические исследования желчных кислот в сыворотке крови больных с метаболическим синдромом на фоне терапии эссенциал + сияформ // Здравоохранение Таджикистана. – 2009. – №3. – С.154-156
6. Clouse M.E. Percutaneous Nrshepatic Removal of Common Duct Stones: Roport of ten Patients // Gastroenterology. – 1983. – V.85. – P. 815-819

### ХУЛОСА

## ТАЪСИРИ ПАРҶЕЗИ ҲИПЕРЛИПИДЕМИКИИ ХУШКИ ХОЛЕЛИТОГЕНӢ БА ХАРАКТЕРИ ТАҒЙИРОТҶОИ ТАРКИБИ КИСЛОТАҶОИ ТАЛҲА ВА ДИГАР УНСУРҶОИ ТАЛҲА ДАР МИРИМУШОНИ ОЗМОИШӢ М.Т.БАҲРОМӢ

Муаллиф таъсири парҷези ҳиперлипидемикии холелитогениро ба миримушони озмоишӣ бо роҳи истифодаи як қатор усулҳои биокимиёӣ ва газохроматобиокимиёӣ баррасӣ намудааст.

Дар натиҷа таркиби умумии кислотаҳои талха 3 маротиба ( $P<0,001$ ), тамаркузи фосфолипидҳо қариб 2,5 маротиба ( $P<0,001$ ), зариби холатохолестеринӣ дар ҳайвоноти санҷишӣ бошад 2,5 маротиба кам шуд.

### SUMMARY

## THE INFLUENCE OF DRY HYPERLIPOIDEMIC CHOLELITHOGENIC DIET ON CONTENT OF BILE ACIDS BEHAVIOR AND OTHER COMPONENTS OF BILE IN EXPERIMENTAL HAMSTERS M.T. BAHROMY

Information about the influence of hyperlipoidemic cholelithogenic diet on content of bile acids behavior and other components of bile in experimental hamsters, by the use of some biochemical methods, and also gas chromatobiochemical analysis, is given in this article.

The total content of bile acids decreased by 3 times ( $P<0.0001$ ) and the concentration of phospholipids almost by 2,5 times ( $P<0.001$ ). The cholatocholesterol coefficient in control animals decreased by 2,5 times ( $P<0.001$ ).

**Key words:** bile acids, hyperlipoidemic cholelithogenic diet

---

**Адрес для корреспонденции:**

**М.Т.Бахроми** - соискатель Института химии АН РТ; 734063, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Айни - 299/2. E-mail:bruce@mail.ru

## ХРОМАТОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФЛАВОНОИДОВ СЕМЯН *BUNIMUM PERSICUM*

Д.Э. ИБРОГИМОВ, Ш.Х. УСМОНОВА  
Кафедра физической и аналитической химии  
ТТУ им. акад. М.С. ОСИМИ

В данной статье предоставляется информация о флавоноидах состава семян *Bunium persicum* (зира). Качественные и количественные характеристики флавоноидов характеризованы методами хроматографии. Исследования *in Vitro* показали, что флавоноиды состава семян зиры могут взаимодействовать с тяжёлыми металлами.

По флавоноидному составу определено, что семена зиры имеют противовоспалительные и антисептические свойства.

**Ключевые слова:** флавоноиды, методы хроматографии, метод спектроскопии, фенольное число, кислотное число

**Актуальность.** Флавоноиды относятся к одним из важнейших классов биологически активных веществ природного происхождения. Природные флавоноиды имеют большую прикладную значимость в фармацевтической промышленности. Большинство этих соединений имеет сложную структуру, что затрудняет их получение синтетическим путём.

Как известно, большинство флавоноидов обладают антисептическим и противовоспалительным свойствами. Флавоноиды также способны удалять тяжёлые металлы из отравленного организма и уменьшить концентрацию радиации [1].

Для исследователей этой области особый интерес представляет изучение и идентификация флавоноидов и их производных, присутствующих в заметном количестве в составе неизученных дикорастущих растений.

Зира в народной медицине используется от различных заболеваний желудка и печени как лекарственный препарат [2]. Несмотря на вышеуказанные свойства, современная медицина до сих пор не признала зиру как лекарственный препарат из-за отсутствия информации о её химическом составе. Все это свидетельствует о перспективности изучения химического состава зиры.

**Цель исследования.** Физико-химическое и биологическое изучение флавоноидных компонентов состава семян зиры, произрастающего в Республике Таджикистан.

**Методы исследования.** Хроматографические методы являются наиболее эффективными по сравнению с другими методами анализа [3]. Учитывая эту высокоэффективность для характеристики флавоноидных компонентов состава семян зиры, мы выбрали тонкослойную и колоночную хроматографию [4].

Для выделения флавоноидных компонентов семена зиры перемололи и подвергали холодной экстракции. Причина выбора холодной экстракции заключается в том, что большинство флавоноидов неустойчивы при термообработке и способны гидролизироваться или разлагаться в процессе горячей экстракции.

В качестве экстрагента использовали 70%-ную  $C_2H_5OH$ . Далее, для определения суммы фенолов и физико-химических характеристик определили константы такие как: фенольное число (ФЧ), кислотное число (КЧ) и показатель преломления ( $[n]^{20}_4$ ) по вышеуказанным методам.

**Результаты и их обсуждение.** Как видно из полученных результатов (табл.1), в семенах зиры, наряду с органическими кислотами содержатся компоненты, относящиеся к флавоноидам, о чём свидетельствуют показатели КЧ и ФЧ.

**Таблица 1**  
**Условия определения суммы флавоноидных соединений в составе семян зиры**

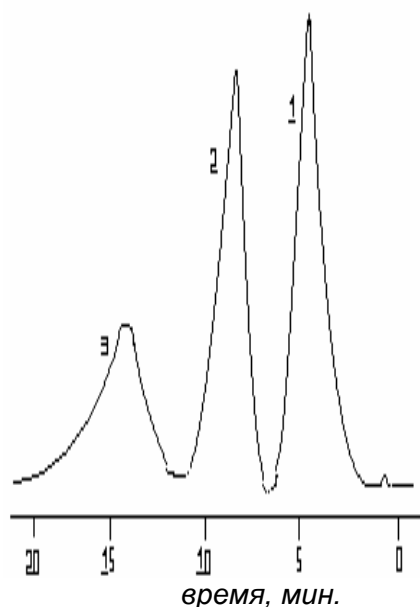
Объект исследования	Содержание экстрагируемых веществ (%)	Концентрация экстрагируемых веществ в экстракте (%)	КЧ (мг КОН/г)	ФЧ (КОН/г)	$[\eta]^{20}_4$
Семена зиры, собранные после полного созревания в Тавильдаринском районе Таджикистана	8.840	1.070	1.830	0.760	1.464

Качественный состав выделенных фенольных фракций исследовался в тонком слое окиси алюминия на пластинках «Silufol» в системах бензол – этанол – уксусная кислота (45:3:2), бензол – этанол (9:1) и дихлорэтан – этанол (9:1). Хроматограммы проявили 1%-ным раствором  $FeCl_3$ .

После обработки проявителем ( $FeCl_3$ ) на пластинках обнаружили три пятна с зелёным и тёмно-зелёным окрасками, свидетельствующими о присутствии трёх флавоноидов в экстракте, полученном из семян зиры.

По отдельности эти флавоноиды были получены при их хроматографирования на колонке, заполненной окисью алюминия. В качестве подвижной фазы использовали бензол – этанол.

Полученные результаты представлены на рисунке.



**Рис. Хроматографическое разделение флавоноидов состава семян зиры:**  
**1. Флороглюцин эфир. 2. Флороглюцин. 3. Кризол**

Как видно из хроматограммы, выделенные компоненты имеют различное время выхода из колонки. Улавливая время их выхода, отдельно брали элюаты каждого пика в колбочки и упаривали растворитель на испарителе. После упаривания получили три вида кристаллических веществ с различными температурами плавления.

Далее для идентификации флавоноидов выделенное вещество подвергли спектрометрии. Полученные результаты свидетельствуют о том, что этими компонентами являются кризол, флороглюцин и его эфир. Результаты приведены в таблице 2.

Таблица 2

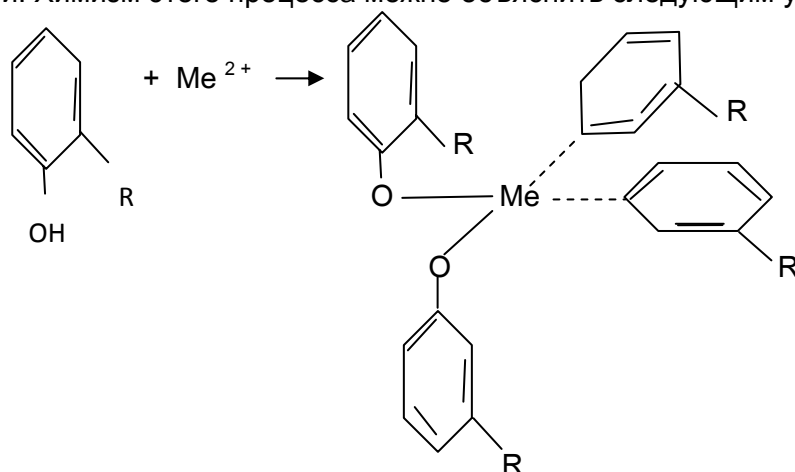
**Количественный анализ флавоноидов в составе семян зиры**

Флавоноиды	Процентное содержание в семенах	R <sub>f</sub> (в системе бензол – этанол (9:1))	ИК спектр (см)	УФ спектр (см)
Кризол	0.15	0.72	3290,1430,1020	220,240,220
Флороглюцин	0.23	0.60	3460,1320,1237,1210	225,265,280
Флороглюцин-эфир	0.18	0.34	3450,1370,1260,1195	220,250,270

Как видно из таблицы 2, полученные результаты свидетельствуют о гомогенности и идентичности обнаруженных флавоноидов.

Флороглюцин и его производные относятся к биологически активным веществам, обладающее антисептической активностью. Полученные результаты подтверждают рекомендации народной медицины, которая советует использовать зиру как антисептический препарат.

Для того чтобы выяснить - действительно ли флавоноиды состава семян зиры способны взаимодействовать с тяжёлыми металлами, нами была произведена проба на *in vitro* с ионами тяжёлых металлов, таких как: Cd<sup>2+</sup>, Bi<sup>3+</sup>. При добавлении нескольких капель 0.1%-ного раствора к флавоноидам, нами было замечено изменение окраски в растворе, что свидетельствовало об образовании комплексных соединений. Процесс комплексообразования сопровождался бихроматным сдвигом во время измерения оптической плотности в УФ области. Химизм этого процесса можно объяснить следующим уравнением:



Как видно из химической реакции, теоретически нет никаких сомнений, что флавоноиды способны легко взаимодействовать с тяжёлыми металлами.

Организм человека является весьма сложной средой. Мы не можем ответить на вопрос, действительно ли флавоноиды состава семян зиры будут реагировать, как *in vitro*, поскольку у нас в лаборатории нет возможности для *in vivo* – исследования, и мы не имеем доступа к тяжёлыми металлам, обладающим радиационными свойствами. Дальнейшее исследование

в этой области рекомендуем специалистам - фармакологам и другим специалистам, занимающимся токсикологией тяжёлых металлов и радиацией.

**Вывод.** Экспериментальным исследованием были определены качественные и количественные анализы флавоноидов состава семян зиры, произрастающей в Тавильдаринском районе Таджикистана, собранных в фазе после полного созревания. Результаты показали, что семена зиры в своём составе содержат флавоноиды, относящиеся к кризолу, флороглюцину и его эфиру. По выделенным компонентам определено, что семена зиры можно рекомендовать как антисептический и противовоспалительный препарат. Также исследования *in Vitro* выявили, что эти флавоноиды взаимодействуют с ионами тяжёлых металлов. Кризол, флороглюцин и его эфир в семенах зиры было идентифицированы впервые.

### Литература

1. Иброгимов Д.Э. и др. Биологически активные вещества, получаемые из грибов сорта Вешенки //Материалы Респ. науч. практ. конф. «Современные проблемы химии, химической технологии и металлургии». Душанбе. 2009. -С. 101-102
2. Ходжиматов М. Дикорастущие лекарственные растения Таджикистана. – Душанбе. Гл. науч. ред. Тадж. Сов. Энциклопедии, 1989. -С. 26-48
3. Халиков Ш.Х., Алиева С.В. Основы современной органической химии. – Душанбе: Озар. 2008. -С. 26-48
4. Преч Э., Бюльманн Ф., Афвольтер К. Определение строения органических соединений. – М.: Мир, 2009, 438с.
5. Самородова – Бианки Г.Б. и др. Исследования биологически активных веществ плодов: Методические указания. – Л.:ВИР. 1979. -С. 47

### ХУЛОСА

#### ТАВСИФИ ХРОМАТОГРАФИКИИ ФЛАВОНОИДҶОИ ТУХМҶОИ *BUNIAM PERSICUM* Д.Э.ИБРОГИМОВ, Ш.Х.УСМОНОВА

Дар мақолаи мазкур маълумот дар бораи флавоноидҳои таркиби тухмҳои *Bunium persicum* (зира) пешниҳод шудааст. Тавсифҳои сифатӣ ва миқдории флавоноидҳо бо усулҳои хроматографӣ арзёбӣ гардиданд.

Тадқиқоти *in Vitro* нишон доданд, ки флавоноидҳои таркиби тухмҳои зира метавонанд бо фузулоти вазнин таъсири мутақобила дошта бошанд. Аз рӯи таркиби флавоноидҳо муайян карда шуд, ки тухмҳои зира хосиятҳои зиддиинтиҳобӣ ва зиддиуфунатӣ доранд.

### SUMMARY

#### CHROMATOGRAPHIC CHARACTERISTIC OF *BUNIAM PERSICUM* FLAVONIDS SEED D.E. IBROGIMOV, SH. KH. USMONOVA

Information about *Bunium persicum* (zira) flavonoids seed composition is given in this article. The qualitative and quantitative flavonoids characteristics are described chromatography methods. *In vitro* research shown that zira flavonoids seed composition can interact with heavy metals.

It was detected on flavonoids composition that zira seed have anti-inflammatory and antiseptic properties.

**Key words:** flavonoids, chromatography methods, spectroscopy method, carbolic number, acidity index

---

**Адрес для корреспонденции:**

**Ш. Х. Усманова** - аспирант ТТУ; Таджикистан, г.Душанбе, пр. академиков Раджабовых, 10.  
E-mail: farus@list.ru

## ХРОНИКА

### 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 доленое участие каждого автора в данной 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 содержания 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 26.09.2010 супорида шуд. Ба чоп 28.09.2010 имзо шуд.  
Чопи офсет. Қоғази офсет. Андозаи 60x84 1/8. 9,75 чузъи чопӣ  
Супориши № 42 . Адади нашр 300 нусха.**

**Дар матбааи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон  
ба номи Абӯалӣ ибни Сино ба таърифи  
ш. Душанбе, хиёбони Рудаки, 139**

**Сдано в печать 26.09.2010. Подписано к печати 28.09.2010.  
Печать офсетная. Бумага офсетная. Формат 60x84 1/8. 9,75 печатный лист  
Заказ №42. Тираж 300 экз.**

**Отпечатано в типографии ТГМУ им. Абуали ибни Сино  
г. Душанбе, пр. Рудаки, 139**