

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Сардабир

У.А. ҚУРБОНОВ

узви вобастаи АИТ ВТҲИА ҶТ

д.и.т., профессор, ректори ТГМУ

Муовинони сардабир

М. Қ. ГУЛОВ - д.и.т., проф.

Ш. Ш. ПОЧОҶОНОВА - д.и.т.

Муҳаррири масъул

Р.А. ТУРСУНОВ

А.Б. Бобоев - д.и.т., проф. (беҳдошт)

М.Ф. Додхоева - академики АИТ ВТҲИА ҶТ,

д.и.т., проф. (момопизишкӣ)

П.Т. Зоиров - узви вобастаи АИ ҶТ,

д.и.т., проф. (бемориҳои пӯст)

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

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

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

С.С. Субҳонов - н.и.т., дотсент

(дандонпизишкӣ)

Н.Ҳ. Ҳамидов - узви вобастаи АИ ҶТ,

д.и.т., проф. (илоҷия)

ШҶРОИ ТАҲРИРИЯ

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

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

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

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

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

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

М. Миршоҳӣ - профессор
(Париж, Франция)

П. Урсу - д.и.т. (Молдавия)

А.Т. Амирасланов - академики АИТ РФ ва АМИА
(Боку, ОзарбойҶон)

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

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

Д.З. Зикиряҳочаев - д.и.т., профессор
(Душанбе)

Н.М. Шаропова - д.м.н., профессор
(Душанбе)

МУАССИС:

Донишгоҳи давлатии тиббии
Тоҷикистон ба номи
Абӯалӣ ибни Сино



ПАЁМИ СИНО

Нашрияи

Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон
ба номи Абӯалӣ ибни Сино

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

№3(60)/2014

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

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

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

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

Ответственный редактор
Р. А. ТУРСУНОВ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

УЧРЕДИТЕЛЬ:

Таджикский государственный
медицинский университет
им. Абуали ибни Сино



ВЕСТНИК АВИЦЕННЫ

Издание
Таджикского государственного
медицинского университета
имени Абуали ибни Сино

Научно-медицинский журнал
Ежеквартальное издание
Основан в 1999 г.

№3(60)/2014

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

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

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

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



СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕДОВАЯ

- Курбанов У.А., Курбанов С.С., Гулов М.К., Максудова Н.Н., Додхоев Дж.С., Турсунов Р.А.**
ТГМУ – кузница медицинских кадров и гордость Таджикистана 7

ХИРУРГИЯ

- Курбанов У.А., Бобоев А.Р., Джанобилова С.М., Давлатов А.А.**
Послеожоговая приводящая рубцовая контрактура большого пальца кисти
и её хирургическое лечение 17
- Гулов М.К., Иброхимов Ю.Х.**
Лечение неполных внутренних свищей прямой кишки 25
- Юсупова Ш.Ю., Абдуллоев Д.А., Набиев М.Х., Бегаков У.М.**
Особенности диагностики и лечения синдрома взаимного отягощения у больных
с гнойно-септическими осложнениями сахарного диабета в условиях высокогорья 31
- Кадыров З.А., Одиллов А.Ю., Багдасарян А.А., Колмаков А.С.**
Реабилитация больных и отдалённые результаты видеоэндоскопических методов
нефрэктомии при доброкачественных заболеваниях почек 36
- Мухаббатов Д.К., Нозимов Ф.Х., Каримов Ш.А.**
Оптимизация хирургического лечения геморроя при сочетании с трансфинктерными
свищами прямой кишки 41
- Шоев С.Н., Турдибоев Ш.А., Бердиев Р.Н.**
Малоинвазивное хирургическое лечение хронических внутричерепных гематом 46
- Ходжамуродова Д.А., Косимова С.И.**
Клинические особенности гиперпролактинемии при йоддефицитных заболеваниях 50
- Рустамова М.С.**
Преграavidарная подготовка женщин с невынашиванием беременности
при цитомегаловирусной инфекции 55

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

- Гаибов А.Д., Авгонов У.М., Баратов А.К., Ахмаджонов З.С., Шарипов З.Р.**
Применение нестандартной оперативной техники при гигантской аневризме брюшной аорты 61

ТЕРАПИЯ

- Мустафакулова Н.И., Ахмедова Д.С., Меликова Т.И.**
Влияние дефицита массы тела на клиническое течение внебольничной пневмонии
у военнослужащих в Республике Таджикистан 67
- Ганиева М.П., Рахмонова О.Д., Шамсов А.Т., Ходжиева Г.Б.**
Особенности поражения почек у больных с острым миелолейкозом на фоне химиотерапии 72
- Арипова М.Л., Хардикова С.А., Зима А.П.**
Лечение хронического описторхоза у больных с розацеа 77
- Захаров И.С.**
Двухмерная минеральная плотность кости у женщин в различные возрастные периоды 81
- Шаропова Н.М., Шарипов Т., Турсунов Р.А.**
Социально-демографические и этнокультуральные аспекты суицидов в Республике Таджикистан 86



Махрамов З.Х., Кирьянова В.В., Ворохобина Н.В. Применение регуляционной термографии в диагностике больных сахарным диабетом 2 типа	92
Нуралиев Ю.Н., Шарофова М.У., Захер М., Мари Ж-П., Биллард К., Сагдиева Ш.С., Миршохи М. Новый экстракт растительного происхождения «M2Yn», индуцирующий апоптоз клеток хронического лимфолейкоза in vitro	96
Миралиев С.Р. Оценка финансового бремени населения при получении медицинских услуг в рамках пакета государственных гарантий в Республике Таджикистан	102
Ратманов М.А., Васильева Т.П., Песикин О.Н., Качковский Д.Л., Тихонов М.Ю., Уткин Е.Ю., Назарова С.И. Социально-гигиеническое исследование влияния потребительского ресурса на качество медицинской помощи и пути его повышения	108
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	
Артыков К.П., Хомидов Ф.Б., Хван И.Н., Юлдошев М.А. Современные методы оперативного лечения варикоцеле	113
Султанов Д.Д., Тухтаев Ф.М., Курбанов Н.Р., Садриев О.Н. Синдром верхней грудной апертуры	121
Карпович Д.И. Основные предпосылки к хирургическому лечению облитерирующего атеросклероза инфраингвинальных артерий на фоне критической ишемии нижних конечностей	128
Саъдуллоев Ф.С. Внутрибольничные инфекции и их профилактика у послеоперационных больных с мочекаменной болезнью в урологических стационарах	134
Мельникова В.Ю., Ураков К.З., Ходжиева Г.Б. Современная терапия хронического миелолейкоза	142
ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ	
Академику Г.К. Мироджову – 70 лет	148
Профессору А.В. Гулину – 65 лет	151
Профессору Н.И. Базарову – 60 лет	153
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ	
Правила приёма статей	155



CONTENTS

EDITORIAL

- Kurbanov U.A., Kurbanov S.S., Gulov M.K., Maksudova N.N., Dodkhoev J.S., Tursunov R.A.**
TSMU - forge of medical staff and pride of Tajikistan 7

SURGERY

- Kurbanov U.A., Boboev A.R., Janobilova S.M., Davlatov A.A.**
Surgical treatment of post-burn scar contracture of thumb 17
- Gulov M.K., Ibrohimov Yu.Kh.**
Treatment of incomplete internal rectal fistula 25
- Yusupova Sh.Yu., Abdulloev D.A., Nabiev M.H., Begakov U.M.**
Features of diagnosis and treatment of mutual aggravation syndrome in patients
with diabetes septic complications in the highlands 31
- Kadyrov Z.A., Odilov A.Yu., Bagdasaryan A.A., Kolmakov A.S.**
Rehabilitation of patients and long-term results after endoscopic methods of nephrectomy
for benign kidney disease 36
- Muhabbatov D.K., Nozimov F.H., Karimov Sh.A.**
Optimization of surgical treatment of hemorrhoids combined with transphincter rectal fistula 41
- Shoev S.N., Turdiboev Sh., Berdiev R.N.**
Minimally invasive surgical treatment of chronic intracranial hematomas 46
- Hojamurodova J.A., Kosimova S.I.**
Clinical features of hyperprolactinemia in iodine deficiency diseases 50
- Rustamova M.S.**
Pregavid preparation for women with miscarriage at cytomegalovirus infection 55

CLINICAL OBSERVATIONS

- Gaibov A.D., Avgonov U.M., Baratov A.K., Ahmadjonov Z.S., Sharipov Z.R.**
The use of nonstandard surgical technique in giant abdominal aortic aneurysm 61

THERAPY

- Mustafakulova N.I., Akhmedova D.S., Melikova T.I.**
Influence of underweight on the clinical course of cap in soldiers in the Republic of Tajikistan 67
- Ganieva M.P., Rakhmonova O.D., Shamsov A.T., Khojieva G.B.**
Features of kidney lesions on patients with acute myeloid leukemia during chemotherapy 72
- Aripova M.L., Khardikova S.A., Zima A.P.**
Treatment of chronic opisthorchiasis in patients with rosacea 77
- Zakharov I.S.**
Two-dimensional bone mineral density in women at different ages 81
- Sharopova N.M., Sharipov T., Tursunov R.A.**
Sociodemographic and ethnocultural aspects of suicide in the Republic of Tajikistan 86



Mahramov Z.H., Kiryanova V.V., Vorohobina N.V. Application of regulatory thermography in the diagnosis of patients with type 2 diabetes	92
Nuraliev Y.N., Sharofova M.U., Zaher M., Mari M.P., Billard K., Sagdieva S.S., Mirshohi M. New extracts of vegetable origin «M2YN» induces apoptosis of chronic lymphocytic leukemia cells in vitro	96
Miraliyev S.R. Evaluation of the financial burden of population to obtain medical services in the package of state guarantees in Tajikistan	102
Ratmanov M.A., Vasilyev T.P., Pesikin O.N., Kachkovskii D.L., Tikhonov M.Yu., Utkin E., Nazarova S.I. Sociohygienic study influences of consumer resource for quality health care and ways to its increase	108
LITERATURE REVIEW	
Artikov K.P., Khomidov F.B., Khvan I.N., Yuldoshev M.A. Modern methods of surgical treatment of varicocele	113
Sultanov D.D., Tuhtaev F.M., Kurbanov N.R., Sadriev O.N. Syndrome of upper thoracic aperture	121
Karpovich D.I. Basic prerequisite of surgical treatment obliterating atherosclerosis of infrainguinal artery associated with critical lower limb ischemia	128
Sadulloev F.S. Nosocomial infections and their prevention in postoperative patients with urolithiasis in urological hospital	134
Melnikova V.Y., Urakov K.Z., Khojjeva G.B. Modern therapy of chronic myeloid leukemia	142
ANNIVERSARIES	
Academician G.K. Mirojov – 70 years	148
Professor A.V. Gulin – 65 years	151
Professor N.I. Bazarov – 60 years	153
INFORMATION FOR AUTHORS	
Rules of admission papers	155

ТГМУ – кузница медицинских кадров и гордость Таджикистана

У.А. Курбанов, С.С. Курбанов, М.К. Гулов, Н.Н. Максудова, Дж.С. Додхоев, Р.А. Турсунов
Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

В юбилейной статье, посвящённой 75-летию образования Таджикского государственного медицинского университета (ТГМУ) им. Абуали ибни Сино, отображены этапы развития и наиболее значимые достижения главного медицинского вуза Республики Таджикистан.

Достигнутые успехи являются ярким примером успешной преемственности ТГМУ и интеграции науки, образования и лечебного процесса.

Безусловно, активное внедрение новейших достижений науки и техники, улучшение качества образования и повышение уровня подготовки высококвалифицированных кадров, в соответствии с требованиями международных стандартов, развитие сотрудничества с зарубежными медицинскими учреждениями, вузами, научно-исследовательскими центрами – всё это не только обеспечило рост престижа ТГМУ в рейтинге ведущих учебных заведений Таджикистана, его международное признание, но и способствовало повышению авторитета отечественной медицинской науки и здравоохранения.

Ключевые слова: Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, ТГМУ – 75 лет

ИСТОКИ СОКРОВИЩНИЦЫ ТАДЖИКСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ТГМУ

Медицина таджиков имеет самобытную историю, истоки которой уходят в глубокую древность. Сокровищницу мировой медицинской науки обогатили труды величайших учёных-врачей древности, и прежде всего Абуали ибни Сино (X-XI вв.), из которых черпали в учебные познания и мастерство многие поколения врачей и учёных мира.

Одним из величайших письменных памятников человеческой культуры и персидско-таджикской медицины по праву считается священная книга «Канон», появившаяся в VII-VI вв. до н. э. и сыгравшая ключевую роль в развитии персидско-таджикской медицины и в последующие эпохи.

Следующим, не менее важным этапом в истории развития медицины народов Азии, явился период расцвета Гундишапурской медицинской школы (III-VII вв.), которая стала основой для создания новых медицинских школ в Центральной Азии. Гундишапурская академия справедливо считается основательницей персидско-таджикской научной медицины. В стенах этой академии, ставшей центром медицинской мысли, трудились греческие, сирийские, иранские и индийские врачи. Имена многих

великих учёных Гундишапурской медицинской школы упоминаются в трудах Абубакра ар-Рози и Абуали ибни Сино. Это – Бахтишо I (первый ректор Гундишапурской академии); Джурджис, написавший медицинский трактат «Ал-Киннаш», его сын Бахтишо II; Абдулло ибни Мукаффа (721-779) и другие. Слава Гундишапурской школы медиков пережила века, её наследие получило своё продолжение не только в Центральной Азии, но и в других регионах мира, благодаря бесценным трудам основателей научной таджикской медицины Абубакра ар-Рози и Абуали ибни Сино – выходцев из этой академии. Таджикская медицинская наука продолжала активно развиваться и в последующие столетия.

Эпоха Саманидов подарила миру великих светочей науки и культуры, внёсших огромный вклад в развитие мировой культуры и науки, в том числе медицины. Так, согласно данным различных источников, перу ар-Рози (865-925) принадлежит от 136 до 272 книг, посвящённых различным наукам, из них более 60 он посвятил медицине. Поражают широкий кругозор и глубина медицинских познаний учёного. Труды Абубакра ар-Рози послужили той благодатной почвой, на которой расцвёл великий талант Абуали ибни Сино (980-1037), широко известного на Западе под именем Авиценна. Его по праву называют виднейшим мыслителем средневековья, оказавшим огромное влияние на развитие науки, как своей



эпохи, так и последующих веков. Велико научное наследие Авиценны. Из 450 его научных трудов, 240 хранятся в многочисленных библиотеках мира. Яркий талант Абуали ибни Сино особенно проявился в области медицины. В своих трудах он дал довольно чёткое определение таких медицинских наук, как анатомия, физиология, хирургия, фармакология, психопатология и др. Медицинским наследием Абуали ибни Сино являются 59 книг, 9 из которых написаны в поэтической форме, что было под силу только человеку с незаурядными способностями. Среди медицинских книг важнейшим творением, принёсшим ему мировую славу, является «Канон врачебной науки» («Китоб ал-Конун фит-тибб»).

После падения государства Саманидов эстафету подхватили правители и деятели науки и культуры соседнего Хорезмшаховского государства. Его формирование началось в XI в., продолжалось в XII в. и достигло своего расцвета в XIII в.; оно стало могущественной империей, подчинившей себе всю Центральную Азию, Казахстан, Афганистан, Иран, Ирак и Азербайджан. Во дворце Хорезмшахов постоянно находилась большая группа учёных. Там была основана вторая «Академия», в которой работало не менее 30 знаменитых учёных из разных стран. Среди них наиболее выдающимся учёным-энциклопедистом был Ибн Джуджани (XI-XII вв.); им было написано множество трудов, среди них выдающимся произведением признана его книга «Захираи Хорезмшохи» («Сокровища Хорезмшаха»).

После завоевания Центральной Азии моголами (XIII в.), наступил длительный период застоя и упадка во всех областях политической и культурной жизни. Это относилось также к медицинской науке и практике.

С 1917 по 1924 гг. таджикская медицина и здравоохранение практически не развинулись: почти не было ни лечебных учреждений, ни медицинских кадров. Некоторые лечебно-профилактические и санитарно-противоэпидемические мероприятия осуществлялись исключительно работниками военного ведомства. В составе правительства Таджикской АССР в 1924г. был создан Народный комиссариат здравоохранения (НКЗ) республики (Восточно-Бухарский здравоотдел был упразднён). Однако вновь созданному ведомству пришлось начинать всё сначала, на пустом месте. После образования Таджикской ССР (1929г.) возникла проблема подготовки врачебных кадров. Первая крупная научная экспедиция в Таджикистан прибыла в 1930г. во главе с профессором Центрального тропического института Е.М.Марциновским для организации борьбы с малярией. Следует особо отметить заслугу академика Е.Н.Павловского. Он возглавлял и организовал ряд крупнейших научных экспедиций по изучению паразитарных болезней в Таджикистане. Е.Н.Павловский был организатором и руководителем Таджикского филиала Академии наук

СССР, созданного в г.Душанбе в 1941г. Первым таджиком-врачом, учёным-маляриологом, был выпускник 1931г. медицинского факультета Среднеазиатского университета У.М.Мушинов.

В 1933г., по ходатайству Совета народных комиссаров (СНК) Таджикской ССР, в г.Сталинабаде (территории сегодняшнего НИИ практической медицины) был основан медицинский институт. В те годы в республике не было средних общеобразовательных школ и абитуриенты с законченным средним образованием, поэтому было решено в новый институт пригласить студентов двух курсов Худжандского медтехникума. Среди студентов были З.Ходжаев, Усмон Карим и Набихон Ахмедовы, Ш.Хайдарова, Шайхона, А.Нурматов, З.Олимов, И.Максумов, А.Краус и др. Возглавлял медицинский институт А.А.Краус, работавший до этого заместителем директора Худжандского медтехникума.

После двух лет функционирования вуз был закрыт из-за отсутствия соответствующих условий, в частности из-за слабой материально-технической базы, нехватки высококвалифицированных педагогов. Студенты упразднённого медицинского института были в 1935г. переведены в Ташкентский медицинский институт. Однако, в связи с растущей потребностью здравоохранения, вопрос подготовки врачебных кадров в самой республике оставался открытым, требуя неотложного решения. Правительство Таджикистана обратилось в Наркомздрав СССР с просьбой оказать содействие в организации медицинского института в г.Сталинабаде и обеспечить его научно-педагогическими кадрами, учебной литературой и т. д. Так, в 1939г. вновь был открыт медицинский институт.

Организация Таджикского медицинского института – одна из ярких страниц в истории республики, становления и развития медицинской науки, высшего медицинского образования и здравоохранения. С деятельностью института неразрывно связаны все достижения системы здравоохранения республики.

В 1939г. А.А.Краус был назначен руководителем медицинского института. При его руководстве были созданы все необходимые условия для приёма и обучения студентов. 1 сентября 1939г. на первый курс лечебного факультета было зачислено 97 студентов, в том числе 20 человек из местных национальностей.

А.А.Краус вошёл в историю таджикского народа не только как видный государственный деятель, но и как талантливый организатор и один из зачинателей в сфере здравоохранения Таджикистана. Он заложил «первый кирпич» в организацию и строительство ТГМИ, проторив дорогу к дальнейшему росту и развитию высшей медицинской школы.



Первыми преподавателями мединститута из лиц местной национальности были Л.Ш.Раджабов, Х.Азизов, М.Я.Расулов, Я.А.Рахимов, М.К.Кулматов, С.А.Абдувасиев, К.К.Абдурахманов.

Следует особо подчеркнуть, что в тяжёлые 1944 – 1950 годы Сталинабадским мединститутом руководили Д.В.Хвейсени (с июня 1944 по декабрь 1947 г.) и Л.С.Сутулов (с декабря 1947 до октября 1950 г.). Эти годы для жизни нашего народа были тяжёлым послевоенным временем. Одновременно начался массовый отток педагогов, не хватало врачей в республике. В те годы вопрос подготовки научно-педагогических кадров из лиц местных национальностей являлся главным. Такое сложное положение заставило тогдашнего заместителя министра здравоохранения республики М.Я.Расулова выдвинуть конкретное предложение относительно массовой подготовки научно-педагогических кадров через аспирантуру и докторантуру центральных НИИ и вузов. Он обратился за решением этого вопроса к Председателю Совета Министров Республики Дж.Р.Расулову. Поддержав ходатайство Минздрава, Совет Министров Республики принял специальное постановление о направлении группы врачей в Москву – в аспирантуру и докторантуру.

В аспирантуру были направлены З.П.Ходжаев (хирургия), С.Х.Хакимова (акушерство и гинекология), Я.А.Рахимов (анатомия), Х.Халилов (дерматовенерология), в докторантуру – М.К.Кулматов (терапия), З.С.Касимова (терапия), А.З.Захидов (гигиена).

В 1948/49 учебном году институт перешёл на 6-летнее обучение, а с 1949 г. начала функционировать клиническая ординатура.

Первым таджикским учеником, защитившим кандидатскую (1943г.), а затем и докторскую (1950г.) диссертацию был выпускник Ленинградской военно-медицинской школы имени М.К. Кулматов (1931г.). Из первых выпускников Таджикского медицинского института кандидатские диссертации были защищены Рахимовым Я.А. (1948г.), Хакимовой С.Х. (1950г.), Икрамовым З.Х. и Хашимовым Д.М. (1950г.).

В 1950-1957 гг. под руководством Я.А. Рахимова колледж медицинского института за короткий срок добился значительных успехов во всех сферах деятельности. Так, в 1952г. институту было предоставлено право приёма к защите кандидатских диссертаций по ряду специальностей, а с 1968г. – докторских диссертаций. В 1952г. постановлением союзного правительства медицинскому институту было присвоено имя Абуали ибни Сино.

После назначения Я.А. Рахимова министром здравоохранения РТ (1957 г.), ректором ТГМИ стал известный учёный-хирург З.П. Ходжаев. Он руководил институтом до 1965г.

В 1964г. к 25-летию мединститута в нём функционировали 44 кафедры, на которых работало 20 человек, в том числе 18 докторов и 9 кандидатов наук. Число учащихся достигло 2000 человек. В 1970г. при институте было организовано подготовительное отделение, в 1981г. – открылся фармацевтический факультет.

С 1965 по 1973 гг. руководителем ТГМИ стал известный в республике учёный-педагог, хирург, организатор хирургической школы Таджикистана, доктор медицинских наук, профессор, академик АН Таджикистана, «Заслуженный деятель науки Таджикистана», лауреат Государственной премии Таджикистана имени Абуали ибни Сино К.Т. Таджиев. Пользуясь авторитетом перед правительством Республики Таджикистан, он сумел организовать и завершить строительство 5-этажного хирургического корпуса на территории медгородка. К.Т. Таджиева считают основоположником отечественной хирургической службы.

С 1973 по 1996 гг. возглавлял ТГМУ им. Абуали ибни Сино доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, «Заслуженный деятель науки Таджикской ССР», депутат Верховного Совета СССР Ю.Б. Исхаки, который руководил медицинским университетом вплоть до трагической гибели. Трудно переоценить заслуги Ю.Б. Исхаки перед отечественной медициной. Он внёс значительный вклад в обеспечение республики квалифицированными медицинскими кадрами. По его инициативе открыты стоматологический, фармацевтический и санитарно-гигиенический факультеты. ТГМУ обрёл статус университета. Укрепилась материально-техническая база университета, были сданы в эксплуатацию новые учебные здания, создан центр технической информации, оснащённый компьютерами отечественной и зарубежной сборки.

По многим направлениям таджикская медицинская наука далеко шагнула вперёд и достигла больших результатов. Научные открытия и достижения в области терапии связаны с именами профессоров: Зайцевой В.И., Лихциера И.Б., Арипова А.Я., Бобоходжаева М.Х., Мансурова Х.Х., Степанова П.Н., Хасановой К.А., Хамидова Н.Х., Расулова У.Р., Шакирова Ю.А., Одинаева Ф.И., Хашимова Д.М., Шариповой Х.Ё. и других учёных-медиков ТГМУ имени Абуали ибни Сино.



МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ В ГОДЫ НЕЗАВИСИМОСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

ТГМУ за всё время своего существования подготовил более 36 тысяч врачей, которые успешно работают не только в республике, но и за её пределами. При этом 17987 специалистов были подготовлены за 23-летний период Государственной независимости страны.

В 1990-1999 гг. в жизни и деятельности медицинского университета произошли существенные перемены, связанные с распадом СССР, приобретением Таджикистаном статуса суверенного государства и с теми печальными событиями, которые имели место в молодой самостоятельной Республике Таджикистан в первой половине 90-х годов. В связи с известными событиями в республике, в ходе братоубийственной войны многие ведущие врачи, учёные, педагоги покинули стены ТГМУ, выехав из Республики Таджикистан в Российскую Федерацию, в страны ближнего и дальнего зарубежья. В связи с открытием Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров, около 120 учёных перешли туда на работу, из-за чего уменьшилось количество «остепенённых» сотрудников. В первой половине последнего десятилетия коллектив ТГМУ работал в очень сложных условиях, объяснимых известными событиями, происходившими в республике, и общей политической нестабильностью.

В 1992г. Таджикский государственный медицинский институт получил статус университета и был переименован в Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино. В связи с этим, произошли некоторые изменения в структуре учебной, научной, хозяйственной и финансовой деятельности.

После трагической гибели Ю.Б. Исхаки в мае 1996 г., ректором был назначен доктор медицинских наук, профессор К.М. Курбанов, который руководил ТГМУ до 1999г. Благодаря профессору Х.К. Рафиеву в 1996г. были открыты новые диссертационные советы по защите кандидатских и докторских диссертаций.

В 2000 г., в годы руководства ректора ТГМУ профессора Н.Ф. Файзуллоева, в медицинском университете совершенствовались учебно-воспитательный процесс, подбор преподавательских кадров, стимулировалась научная деятельность вуза.

После назначения Н.Ф. Файзуллоева министром здравоохранения РТ, с февраля 2003 г. по август 2005г. ректором ТГМУ был назначен доктор медицинских наук, профессор К.М. Курбанов. За это время совершенствовалась учебно-методическая, научно-исследовательская, шефско-консультативная и воспитательная деятельность вуза.

С августа 2005г. ректором ТГМУ был назначен доктор медицинских наук, профессор У.А. Курбанов, работавший заместителем директора Республиканского научного Центра сердечно-сосудистой и грудной хирургии.

Отрадно, что в период государственной независимости, несмотря на трудности перестройного периода, удалось сохранить основные активы университета. Тем не менее, были и значительные потери. В 2007 году сгорело основное здание университета. Пожар уничтожил более 9 000 квадратных метров, оставив после себя только учебные корпуса. Это стало сильнейшим потрясением не только для коллектива университета, но и для всех граждан республики, и особенно выпускников ТГМУ по всему миру.

Естественно бедственное положение медицинского университета привлекло внимание правительства республики. При непосредственной поддержке Президента страны Эмомали Рахмона, за неполный период основные здание университета было реконструировано. По заданию Главы государства медицинскому университету были возвращены и капитально отремонтированные общежития. В тоже время материально-техническое состояние университета было значительно улучшено в результате эффективной финансово-управленческой политики и реформ, проведённых руководством университета.

В этот самый период началась реализация «Программы Развития ТГМУ им. Абуали ибни Сино в период 2006-2015 гг.», которая была утверждена Решением Правительства РТ № 446 от 03.11.2006г. Подготовка данной программы была большим достижением руководства университета. Её реализация в течение 9 лет привела к тому, что медицинский университет признан авторитетнейшим высшим учебным заведением страны, наряду с ростом рейтинга университета и на международной арене. Таким образом, первый этап реализации данной Программы привёл к значительным изменениям, а именно: укреплению материально-технической базы ТГМУ, увеличению бюджета ТГМУ, росту заработной платы профессорско-преподавательского состава (ППС), обеспеченности научно-педагогическими кадрами, развитию международного сотрудничества.

Значительно выросли экономические и материально-технические показатели. Так, финансирование университета из государственного бюджета и личных средств университета за период 2006-2014 гг. выросло в 42,3 раза по сравнению с периодом 1999-2005 гг. (5,1 млн. сомони) и достигло 216 млн. сомони. Если в 2005 году финансирование из государственного бюджета и личных средств университета составляло 2,1 млн. сомони, то в 2014 г. этот показатель достиг 48,8 млн. сомони (спецсредства – 36,6 млн., 75%; госсредства – 12,2 млн., 25%), что превышает объём финансирования 2005г. в 23,2 раза (рис.1).



РИС. 1. ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ БЮДЖЕТА ТГМУ С 2005 ПО 2014 ГГ.

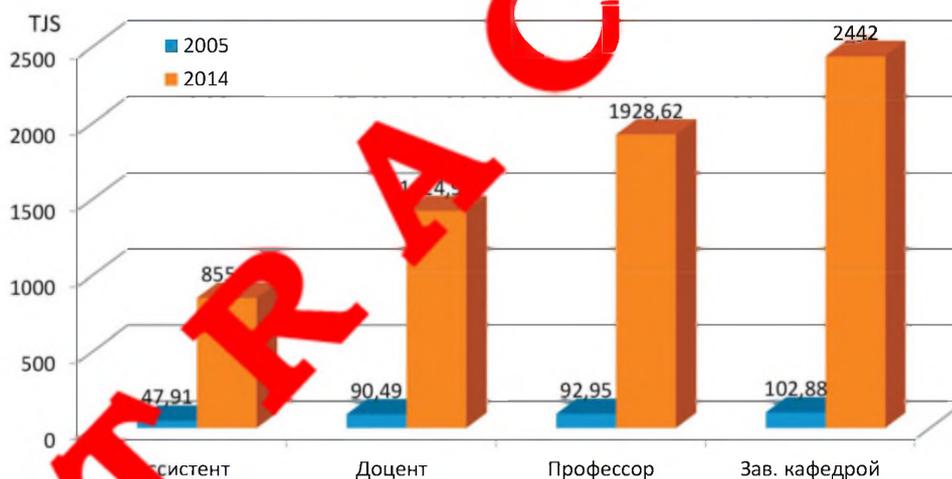


РИС. 2. ДИНАМИКА СРЕДНИХ ЗНАЧЕНИЙ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ В 2005 - 2014 ГГ.

В то же время уровень заработной платы преподавательской категории университета возрос по сравнению с 1999-2005 гг. (2,2 млн. сомони) в 40,5 раз, достигнув в период 2006-2014 гг. значения 89,2 млн. сомони. Если в 2005 г. заработная плата всех преподавателей университета составляла 870 900 сомони, то в 2014г. этот показатель вырос в 20,7 раз, равняясь 18 млн. сомони. Так, увеличение возможностей финансирования позволило поднять среднюю заработную плату ППС с 102 до 2442 сомони (рис. 2).

Кроме того, если в советский период до 95% командировок – было в центральные города СССР, то за 23 года государственной независимости около 1200 поездок было совершено в страны ближнего и дальнего зарубежья, причём 650 из них были осуществлены только за последние 9 лет.

За период 2006-2014 гг. все учебные корпуса и объекты недвижимости университета были капитально отремонтированы. Для этой цели, в общем, было выделено более 48,4 млн. сомони, в том числе 22,1 млн. сомони – Правительством Республики Таджикистан и 26,3 млн. сомони – из собственных средств университета. По сравнению с подобными вложениями в период 1999-2005 гг. данные вложения выросли в 122 раза.

В настоящее время ТГМУ им. Абуали ибни Сино имеет 5 общежитий, в которых проживает 1600 студентов, в том числе 575 девушек и 435 студентов, обучающихся по президентской квоте. Необходимо отметить, что полезная учебная площадь учебных корпусов в 2005 году составляла 62750 м², на которой размещалось 6468 посадочных мест, а уже в 2014 году количество посадочных мест в универ-

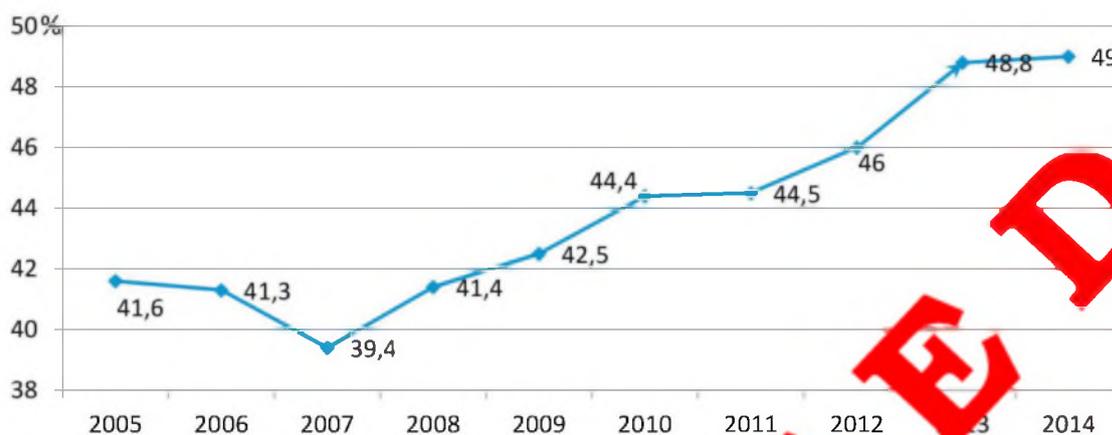


РИС. 3. ДИНАМИКА ОСТЕПЕНЁННОСТИ СРЕДИ ППС ТГМУ

ситете было увеличено до 15107 единиц, а полезная учебная площадь университета, в целом, была увеличена до 105140 м².

Основной целью ТГМУ является подготовка высококвалифицированных медицинских кадров в соответствии с потребностями населения Таджикистана. Университет состоит из 5 факультетов – медицинского, педиатрического, стоматологического, фармацевтического и общественного здравоохранения. На состояние 2014 года общее количество студентов составляло 7595, из них 796 – по предельной квоте. Кроме того, в университете на последипломном уровне (магистров, клинических ординаторов, интернов) обучаются 631 человек, 22 аспирантов и докторантов, 113 соискателей, а также слушателей на подготовительном отделении университета. Таким образом, в 2014 году всего 9151 человек обучается на различных уровнях образования ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Профессорско-преподавательский коллектив университета на настоящее время состоит из 630 человек, в том числе академика АМН МЗ РТ, 2 член-корреспондента АМН МЗ РТ, 2 член-корреспондента АН РТ, 89 докторов медицинских наук, профессоров, 71 кандидат наук и доцентов, и 226 старших преподавателей и ассистентов, которые работают на 61 кафедре университета. При этом необходимо отметить, что из 38 клинических кафедр университета, 27 кафедр располагаются на базе ведущих лечебно-профилактических учреждений города Душанбе. Впервые за 75 лет истории ТГМУ остепенённость ППС вплотную приблизилась к 50% (рис.3).

Наряду с наличием мощного педагогического потенциала, медицинский университет обладает сильным научным потенциалом. Так, если подвести итог работы учёных за весь период государственной независимости, то виден огромный вклад учёных-медиков в развитие отечественного здравоохранения: выпу-

щено 107 монографий, около 17 000 научных статей и тезисов, получено 200 патентов на изобретение и сделано 999 рационализаторских предложений. И сегодня эти достижения внедрены в повседневную врачебную практику для оказания медицинской помощи населению.

В результате научного исследования впервые расшифровано учение Авиценны по диабетогенезу. На основании учения Абуали ибни Сино экспериментально доказано, что большая группа пищевых продуктов ошибочно широко применяется для лечения или диетологии сахарного диабета в современном мире.

Изучены ранее неизвестные звенья патогенеза желудочно-кишечных заболеваний, перфорации язв желудка и 12-перстной кишки, язвенных кровотечений, а также рефлюкс-эзофагита. При разработке новых методов диагностики и лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки выпущены 3 монографии, получено 7 патентов РТ на изобретение, 20 рационализаторских предложений и опубликовано более 60 оригинальных статей.

По проблеме осложнений оперативных вмешательств на печени и жёлчевыводящих путях разработаны ранее неизученные аспекты патогенеза синдрома энтеральной и полиорганной недостаточности при послеоперационных жёлчных перитонитах. Создана новая классификация послеоперационного жёлчного перитонита, предложены патогенетически обоснованные методы его профилактики и лечения с применением современной миниинвазивной технологии.

По проблеме колопроктологии разработаны некоторые основополагающие положения патогенеза развития постгеморроидэктомических осложнений и хронических анальных трещин. Предложена классификация осложнённого геморроя и сроков выполнения неотложных вмешательств при этом заболевании.



По проблеме острой кишечной непроходимости (ОКН) выдвинуты некоторые новые концептуальные основы патогенеза и хирургического лечения. Доказано значение внутрибрюшной гипертензии в патогенезе толстокишечной непроходимости и выбор способа и лечения ОКН.

Именно учёными ТГМУ впервые были систематизированы и изучены результаты лечения огнестрельных ранений в условиях гражданской войны, предложены уникальные, ранее неопубликованные методы операций. На основании научной работы в хирургической практике, посвящённой огнестрельным ранениям кровеносных сосудов, была защищена докторская диссертация, которая была признана Высшей аттестационной комиссией Российской Федерации, как одна из лучших.

Учёными университета впервые открыты и разработаны новые лекарственные средства, в частности антисептик «Уресултан», на основе использования инновационных технологий в фармакологии разработан гипогликемический препарат «Гура-об».

Получены уникальные результаты по эпидемиологии различных паразитарных заболеваний, в частности малярии, эхинококкоза различной локализации, предложены современные методы их лечения. Разработаны целый ряд оригинальных операций при эхинококкозе сердца, печени, лёгких, в том числе и у детей, которые нашли применение в различных странах мира.

Результаты морфологических исследований изменений органов в условиях высокогорья изложены в фундаментальных монографиях: «Морфология внутренних органов в условиях высокогорья»; «Морфология внутренних органов при некоторых экстремальных воздействиях». Итогом научных исследований была защита докторских, 20 кандидатских диссертаций, издание более 200 научных работ.

За 25 лет сотрудниками службы реконструктивной и пластической микрохирургии, которые являются высококвалифицированными сотрудниками ТГМУ, оказана специализированная помощь более 21500 больным. Выполнено более 22000 оперативных вмешательств, из которых реплантация и реваскуляризация отчленённых сегментов проведена более 9900 больным, аутопересадка трансплантата комплексов тканей – около 800 больным, реконструкция повреждённых сосудисто-нервных пучков – более 2600 больным, формирование тестикуло-илеакальных венозных анастомозов при варикоцеле – более 900 больным.

Впервые в республике внедрена аутопересадка волос, первые результаты которой обобщены, изучены и представлены в пределах отдельной работы.

Высококвалифицированные специалисты ТГМУ им. Абуали ибни Сино и имеющиеся технологии позволили внедрить в практику здравоохранения Республики Таджикистан трансплантацию почки и печени. В настоящее время выполнено более 60 трансплантаций почки и 1 операция по трансплантации печени.

К трансплантационным технологиям также относится и лечение стволовыми клетками. Лаборатория стволовых клеток была открыта в ТГМУ в ноябре 2009 года.

На первоначальном этапе по данной технологии были подвергнуты лечению больные с ишемической болезнью сердца и облитерирующим эндартериитом. На втором этапе лечение было проведено у 7 больных с ИБС, 42 больных с сосудистой патологией нижних конечностей и 8 больных циррозом печени.

Эти достижения свидетельствуют о том, что одним из наиболее важных направлений деятельности сотрудников клинических кафедр ТГМУ, наряду с научно-педагогической, является предоставление населению республики профессиональной медицинской помощи.

Данные научных исследований по различным разделам медицинской науки публикуются в научно-практических журналах, входящих в Реестр ВАК МОН РФ. Университет является обладателем своего научно-медицинского журнала «Паёми Сино» («Вестник Авиценны»), признанного ВАК МОН РФ и введённого в Перечень рецензируемых изданий, рекомендуемых для публикации основных результатов кандидатских и докторских диссертаций.

В последнее время, в связи с улучшением качества образования, значительно улучшились результаты участия студентов университета на республиканских предметных олимпиадах вузов страны. В течение последних 5 лет студенты медицинского университета на республиканских олимпиадах заняли 46 призовых мест (14 – первых, 14 – вторых и 18 – третьих), что в общем зачёте поставило университет на второе место в рейтинге высших учебных заведений страны.

Наряду с участием во внутриреспубликанских олимпиадах, студенты ТГМУ им. Абуали ибни Сино в марте 2013г. впервые участвовали в международной интернет-олимпиаде по химии, которая проходила между 106 университетами России и Центральной Азии, на которой завоевали пять золотых медалей, что лишний раз подтверждает улучшение качества образования в университете.

Таким образом, высокие показатели университета подтверждают рейтинг Министерства образования республики, согласно которому среди 33 вузов республики медицинский университет занимает почетное второе место.

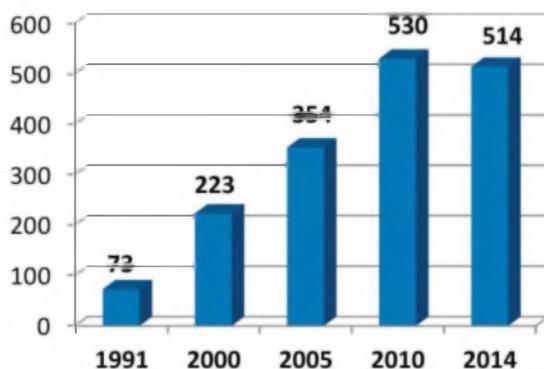


РИС.4. КОЛИЧЕСТВО ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ ЗА ПЕРИОД 1991-2014 гг.

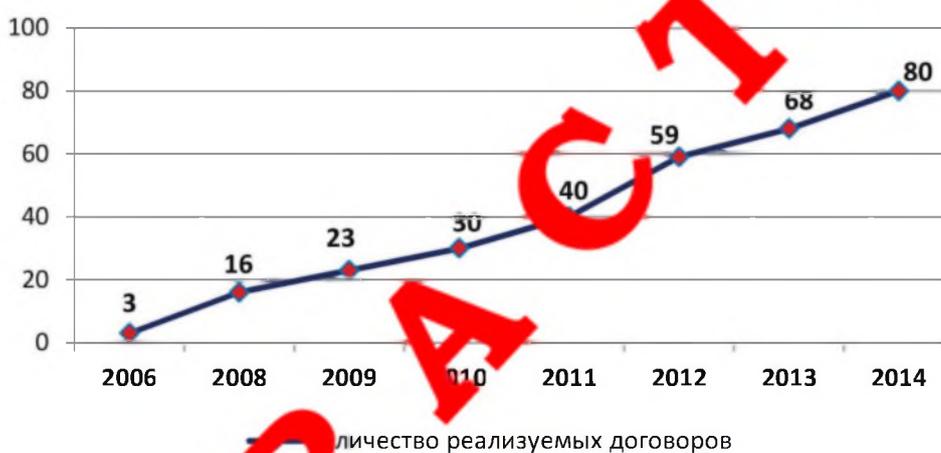


РИС.5. КОЛИЧЕСТВО РЕАЛИЗУЕМЫХ СОГЛАШЕНИЙ О СОТРУДНИЧЕСТВЕ С ЗАРУБЕЖНЫМИ ПАРТНЕРАМИ ЗА ПЕРИОД 2006-2014 гг.

В настоящий момент в структуре ТГМУ успешно функционируют 17 отделов, 18 кабинетов, 10 центров и 27 лабораторий, которые работают как на базе различных кафедр, так и на базе Центральной научно-исследовательской лаборатории. Некоторые центры и лаборатории действуют в рамках ТГМУ им. Абуали ибни Сино, являются единственными в республике, и предоставляют методологическую поддержку научным и лечебным учреждениям на национальном уровне. Так, за период 2006-2014 гг. были основаны абсолютно новые подразделения: отдел анализа и диагностики; отдел общественной гигиены; лечебный отдел; издательский; радиологический отдел; отдел культуры; отдел охраны здоровья; факультет общественного здравоохранения; офис регистрации кредитно-модульной системы обучения; электронная библиотека; единый тестовый центр; центр переподготовки и повышения квалификации; центр информационных технологий; информационный центр лекарственных средств; центр перевода литературы и терминологии; ресурсный центр доказательной медицины; лечебно-диагностический центр; учебно-клинический центр “Стоматология”;

центр освоения клинических навыков; лаборатория стволовых клеток; компьютерные классы; ансамбль “Шифо”; кафедра “Эндохирургии”.

Одним из важных звеньев деятельности ТГМУ является подготовка медицинских кадров для зарубежных стран, которая в университете ведётся с 1977 г.

Как показывают статистические данные, за 23 года независимости Республики Таджикистан было подготовлено 1694 иностранных специалиста из более 36 стран Азии, Африки, Ближнего Востока и СНГ на различных уровнях образования, как додипломного, так и последипломного – магистратуры, аспирантуры, докторантуры (рис. 4).

ТГМУ им. Абуали ибни Сино включён в каталоги Международного медицинского образования (FAIMER), Образовательной Комиссии выпускников зарубежных медицинских университетов (ECFMG) и директорию медицинских университетов Всемирной организации здравоохранения (WHO).



За период 2000–2007 гг. руководством университета было подписано всего 5 договоров о сотрудничестве, в настоящее время успешно реализуются соглашения с 80 научно-образовательными учреждениями Канады, Австрии, Франции, Германии, Швеции, Италии, Польши, Китая, Ирана, Афганистана, России, Украины, Казахстана и других стран, что способствует развитию всестороннего сотрудничества с зарубежными партнёрами (рис.5).

С целью подготовки высококвалифицированных кадров, отвечающих международным стандартам, на основании соглашения, подписанного между МЗ РТ и Министерством иностранных дел Швейцарии, посредством Швейцарского управления по развитию и сотрудничеству, в ТГМУ реализуется Проект реформирования медицинского образования. В то же время успешно реализуется ряд других проектов, финансируемых Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Программой Европейского Союза ТЕМПУС, Немецкой службой академических обменов (DAAD), Проектом USAID «Качественное здравоохранение», Германским обществом по международному сотрудничеству (GIZ), Институтом открытого общества (Фонд Сороса), Фондом народонаселения ООН (UNFPA) и др.

К концу 2014 года библиотечный фонд университета состоит из 717 тыс. наименований учебной, медицинской и научной литературы, в том числе 185 наименований электронных книг. В то же время, университет располагает электронной библиотекой, оборудованной 70 компьютерными терминалами к Интернету, доступными для всех пользователей; в университете действуют 18 компьютерных классов, оснащенных 204 компьютерами. В целом, для обеспечения учебно-педагогической деятельности в университете функционируют 900 компьютеров, 585 принтеров, 86 проектора и электронные доски, 37 ноутбуков.

Ввиду дефицита медицинских кадров и с целью увеличения количества абитуриентов, руководство университета открыло Центры подготовки абитуриентов в Б. Гаировском районе (в 2010г.), в Кулябе и Курган-Тюбе (в 2011г.), и в Исфаре (в 2012г.). В 2014 году количество обучающихся в этих центрах увеличилось до 1 000 человек.

Благодаря безупречному профессионализму преподавательского состава ТГМУ и системе образования, не уступающей учебным заведениям Европы, в сентябре 2008 г. Европейской ассамблеей бизнеса (ЕАБ) ТГМУ им. Абуали ибни Сино была присуждена Международная премия «Европейское качество».

В 2009 году ТГМУ был удостоен Почётной грамоты Правительства Республики Таджикистан.

В 2013 году достижения университета в сфере науки и инноваций (за последние 5 лет) были отмечены специальным призом Исламского Банка Развития. Ежегодно данного приза удостоиваются три научно-исследовательских и учебных заведения исламского мира. Приняв участие в конкурсе среди претендентов, университет был удостоен данного приза, благодаря своим достижениям в области научных и научно-педагогической деятельности.

Присуждение премии за достижения в области науки и техники Исламским Банком Развития является предметом гордости университета им. Абуали ибни Сино.

ТГМУ – единственная высшая школа медицины нашей республики и по праву считается кузницей врачей-специалистов Таджикистана. Гордостью ТГМУ являются его выпускники, которые с честью выполняют свой профессиональный и человеческий долг, не только в Таджикистане, но и на просторах нашей необъятной планеты. Врачи являются символом благородной профессии и гуманизма.

Среди воспитанников нашего вуза вышли видные организаторы здравоохранения: К.Ю. Ахмедов, Г.К. Пулатова, А.А. Ахмедов, Д.И. Иномов, Н.А. Абдулжабаров, А. Абдуллаев, М. Мирзобеков, М. Мамасидиков, И.С. Раджабов, Д.К. Рахимова, М. Темуров, А. Хакимджанов, М. Мусаева, А. Алиева, М. Джалилова, Б. Гадоев, С. Ибодов, А.П. Пиров, Х.К. Рафиев, Н.Ф. Салимов, Дж.Р. Сангинов, Н.Ф. Файзуллаев и другие.

Предметом гордости является то, что работа ППС медицинского университета высоко оценена Правительством страны. В медицинском университете работают 2 академика АМН МЗ РТ, 2 член-корреспондента АН РТ, 2 член-корреспондента АМН МЗ РТ. Четырнадцать учёных стали лауреатами Государственной премии им. Абуали ибни Сино в области науки и техники, 48 человек стали обладателями звания Заслуженный деятель науки Таджикистана, 49 человек – Заслуженный врач Таджикской ССР, 41 человек – Заслуженный врач Таджикистана. Шесть человек были награждены Орденом Ленина, 14 – Орденом Трудового Красного знамени, 3 – Орденом «Дусти» (Дружбы), 12 – Орденом «Шараф» (Славы), 1 – «Знаком почета». Медалями «Барои хизмати шоиста» награждены 12 сотрудников, «Барои шуцоати мехнатӣ» – 1 человек, «Шафкат» – 13. Звание «Заслуженный деятель науки и техники Таджикистана» присвоено 45 сотрудникам университета. Лауреатами государственной премии им. Исмоила Сомони стали 17 молодых учёных медицинского университета. Знаками «Отличник здравоохранения Таджикистана» удостоены 123 человека, «Отличник образования Таджикистана» – 47 сотрудников университета. В целом, на протяжении 75 лет существования медицинского университета 26 наименованиями государственных наград и премий были удостоены около 400 сотрудников университета.



На протяжении всего периода своего существования медицинский университет добился значительных успехов, поднялся высоко и заслужил народное признание.

На современном этапе ТГМУ – один из признанных и значимых вузов Таджикистана, который интенсивно и динамично развивается. Процесс образования в вузе выполняет важнейшую функцию распространения ценностей и идеалов, создаваемых наукой и культурой, а также способствует формированию здорового и культурного общества.

С уверенностью можно сказать, что сильный, сплочённый и дружный коллектив Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино с честью и достоинством сумеет решить поставленные перед университетом ещё более сложные, ответственные и важные задачи.

Искренне желаем всему коллективу ТГМУ доброго здоровья, счастья, профессиональных и творческих успехов, а любому университету – дальнейшего процветания.

Summary

TSMU - forge of medical staff and pride of Tajikistan

U.A. Kurbanov, S.S. Kurbanov, M.K. ... N.N. Maksudova, J.S. Dodkhoev, R.A. Tursunov
Avicenna Tajik State Medical University

In the Jubilee article devoted to the 75th anniversary of the Avicenna Tajik State Medical University (TSMU), we review the stages of development and the most significant achievements of the main medical school of the Republic of Tajikistan.

These achievements are a clear example of a successful continuity of TSMU and integration of science, education and treating process.

In course, the active introduction of the latest achievements of science and technology, improving the quality of education and level of training of highly qualified personnel in accordance with international standards, the development of cooperation with foreign medical institutions, universities, research centers – all these factors contributed to growth of not only the prestige of TSMU rating among the educational institutions of Tajikistan and international recognition, but also raise the profile of the Tajik medical science and national health care.

Key words: Avicenna Tajik State Medical University, Abuali ibni Sino, TSMU-75 years

Послеожоговая приводящая рубцовая контрактура большого пальца кисти и её хирургическое лечение

У.А. Курбанов, А.Р. Бобоев, С.М. Джанобилова, А.А. Давлатов

Отделение реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ;
кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе авторы приводят собственный опыт хирургического лечения послеожоговой рубцовой приводящей контрактуры большого пальца (85 кистей) у 78 больных в возрасте от 2 до 45 лет. На 82 кистях использованы местно-пластические операции и на 3 – кожно-жировые лоскуты. Полнослойные кожные трансплантаты использованы лишь на 11 кистях (12,9%), как дополнение к местно-пластическим операциям. Отдалённые результаты наблюдались у 72 (92,3%) больных, на 77 (90,6%) кистях. Результаты операций на 75 кистях (97,4%) были хорошими и удовлетворительными. В 2 случаях через год после операции потребовалось повторное корригирующее вмешательство, после чего функциональное состояние кисти значительно улучшилось. Послеожоговую приводящую контрактуру I пальца кисти авторы считают одним из сложных вариантов контрактур, основным способом лечения которой являются местно-пластические операции.

Ключевые слова: большой палец кисти, послеожоговая контрактура, Z-пластика

Актуальность. Первый палец кисти является наиболее значимым в функциональном отношении среди всех пальцев кисти. Рубцовые деформации или контрактуры I пальца резко нарушают все виды захватов и могут снизить функцию кисти на 40-50% [1-3].

Послеожоговые рубцовые деформации I пальца кисти встречаются в виде приводящей, сгибательной, разгибательной и отводящей контрактур. Среди них чаще всего встречается приводящая рубцовая контрактура, которая характеризуется рубцовым сращением первого межпальцевого промежутка различной степени.

В большинстве случаев послеожоговая рубцовая контрактура большого пальца сочетается с рубцовой контрактурой длинных пальцев. В доступной литературе практически нет данных о частоте изолированной контрактуры I пальца.

Лечение больных с приводящей контрактурой I пальца предусматривает решение двух основных задач: 1) восстановление нормального отведения I пальца, в том числе за счёт создания адекватного объёма мягких тканей в области первого межпальцевого промежутка; 2) восстановление нормальной активной оппозиции I пальца, что является конечной целью лечения [4].

Для устранения послеожоговой рубцовой контрактуры пальцев кисти, в том числе приводящей контрактуры большого пальца, главным образом, используются различные способы местно-пластических операций, каждый из которых имеет возможность удлинить ткани до различной степени. Эти способы включают в себя простую и двойную Z-пластику, способы Wolfand Broadbent, «Butterfly» (Conversand Smith), Hirshowitz, Alexander, Mustard'e («Jumping-man») и т.д. [5]. Наиболее популярным и эффективным Charman P. Et al. считают способ Mustard'e, который с успехом применяли авторы у 20 больных с врождённой синдактилией (14) и послеожоговой приводящей контрактурой I пальца [6]. В.М.Юденич и В.М.Гришкевич (1986) в постсоветском пространстве имеют наибольший опыт по реабилитации обожжённых, так они предпочитают использовать встречно-перемещаемые трапециевидные лоскуты без или в сочетании с кожной аутоотрансплантацией [2].

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности хирургических способов устранения послеожоговой приводящей рубцовой контрактуры большого пальца кисти.

Материал и методы. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирур-



гии МЗиСЗН РТ за период с 2000 по 2014 гг. были проведены операции у 78 пациентов (на 85 кистях) с послеожоговой приводящей рубцовой контрактурой I пальца. Возраст больных колебался от 2 до 45 лет. Мужчин было 30, женщин – 48.

На всех 85 кистях имела место приводящая контрактура I пальца, что было обусловлено наличием стягивающего рубца в I межпальцевом промежутке. Относительно реже приводящая контрактура I пальца сопровождалась рубцовой сгибательной контрактурой (5) или девиацией ногтевой фаланги в лучевую (9) сторону. В ряде случаев (12) приводящая контрактура большого пальца сочеталась с наличием стягивающего рубца по тыльно-лучевой его поверхности, продолжающегося на предплечье, приводя к разгибательной контрактуре пальца. В 69 (81,2%) случаях контрактура большого пальца сопровождалась сгибательной контрактурой длинных пальцев. Изолированная же приводящая рубцовая контрактура большого пальца имела место лишь на 16 (18,8%) кистях.

Все больные подвергнуты оперативному вмешательству в сроках от 8 месяцев до 9 лет после получения ожога. У детей и подростков до 14 лет операция проводилась под общим обезболиванием, а больным старше 14 лет – под блокадой плечевого сплетения с нейролептанальгией.

Для устранения контрактуры I пальца нами во всех случаях использованы способы местно-пластических операций. Полнослойные кожные трансплантаты использованы лишь на 11 кистях (12,9%), как дополнение к местно-пластическим способам операции. Чаще всего приводящую контрактуру I пальца устраняли модифицированными способами множественной Z-пластики – способы «Butterfly», Mustard`e и Hirshowitz. В 5 случаях использован способ square-flap по Лимбергу (табл. 1).

В 32 случаях, когда по одной поверхности I межпальцевого промежутка располагался грубый неэластичный рубец, а по другой поверхности сохранялась относительно эластичная кожа, большое значение имело формирование межпальцевого промежутка за счёт этой широкой эластичной кожи. Это возможно только при использовании схемы «Butterfly». В качестве иллюстрации приводим клиническое наблюдение.

Ребёнок Н., 2 года, поступила с диагнозом: приводящая послеожоговая рубцовая контрактура I пальца с лучевой девиацией и синдактилией I межпальцевого промежутка; послеожоговая рубцовая сгибательная контрактура II-III-IV-V пальцев с синдактилией межпальцевых промежутков. В двухмесячном возрасте получила ожог кипятком. Лечили девочку консервативно в домашних условиях народными средствами. При поступлении наряду с приводящей контрактурой I пальца также имеется сгибательная контрактура длинных пальцев с синдактилией межпальцевых промежутков. В плановом порядке под эндотрахеальным наркозом проведена операция: способом «Butterfly» ликвидированы приводящая контрактура и лучевая девиация большого пальца (рис.1). Сгибательная контрактура и синдактилия межпальцевых промежутков длинных пальцев ликвидированы способом встречно-перемещаемых прямоугольных лоскутов. Послеоперационный период протекал гладко. Заживление раны первичным натяжением. Больная получила курс реабилитационной терапии.

На 12 кистях плотные рубцы занимали как ладонную, так и тыльную поверхности I межпальцевого промежутка, и необходимость в удлинении тканей была больше, приводящую контрактуру I пальца устраняли способом Hirshowitz. Большая удлиняющая способность схемы Hirshowitz позволяла при этом достичь максимального разведения большо-

ТАБЛИЦА 1. СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ ПРИВОДЯЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА С ФОРМИРОВАНИЕМ I МЕЖПАЛЬЦЕВОГО ПРОМЕЖУТКА

Способы операции	Кол-во	%
«Butterfly» (Smith)	32	37,6
Mustard`e	24	28,2
Hirshowitz	12	14,1
Square-flap (Limberg)	5	5,9
Одиночная Z-пластика	2	2,4
Множественная Z-пластика	3	3,5
Встречно-перемещаемые прямоугольные лоскуты	4	4,7
Лучевой лоскут	1	1,2
Осевой паховый лоскут	2	2,4
Всего	85	100%

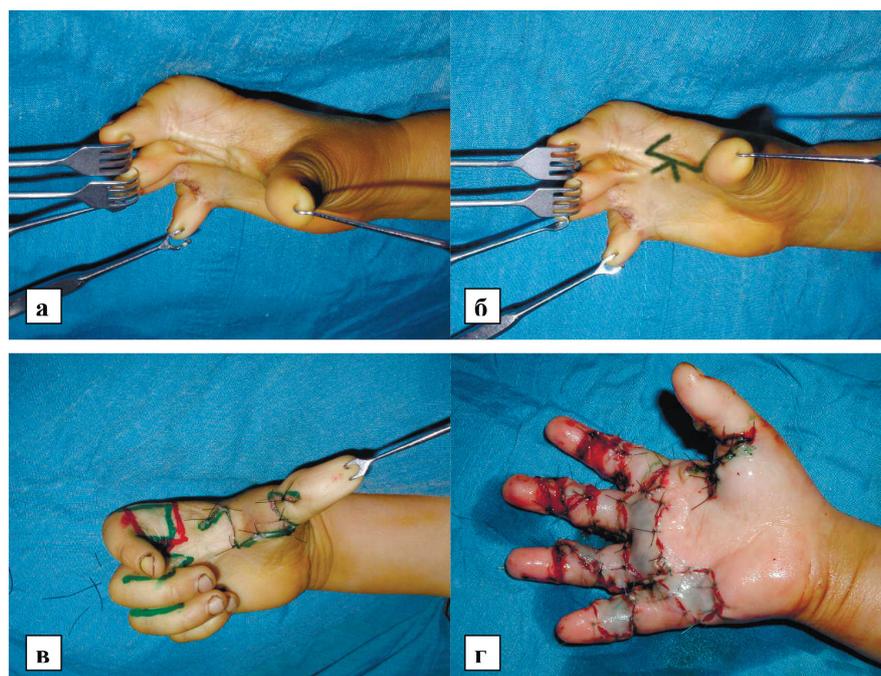


РИС. 1. ЛИКВИДАЦИЯ РУБЦОВОЙ ПРИВОДЯЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ I ПАЛЬЦА С ФОРМИРОВАНИЕМ I МЕЖПАЛЬЦЕВОГО ПРОМЕЖУТКА: А – СОСТОЯНИЕ I ПАЛЬЦА И МЕЖПАЛЬЦЕВОГО ПРОМЕЖУТКА ПРАВОЙ КИСТИ ДО ОПЕРАЦИИ; Б – СХЕМА ОПЕРАЦИИ; В – СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ ПРИВОДЯЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА И ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВОГО МЕЖПАЛЬЦЕВОГО ПРОМЕЖУТКА; Г – СОСТОЯНИЕ КИСТИ ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ КОНТРАКТУР ВСЕХ ПАЛЬЦЕВ

го пальца, и межпальцевой промежуток формировался встречным перемещением треугольных лоскутов.

Клинический пример. Больная С., 13 лет, поступила с диагнозом: послеожоговая рубцовая приводящая контрактура I пальца с лучевой девиацией и синдактилией I межпальцевого промежутка левой кисти; послеожоговая рубцовая сгибательная контрактура длинных пальцев с проксимальной синдактилией межпальцевых промежутков. В пятимесячном возрасте больная получила ожог кипятком. Лечилась консервативно в условиях ожогового центра. При поступлении отмечается рубцовая приводящая контрактура I пальца с лучевой девиацией. Кроме того, имеется сгибательная контрактура длинных пальцев с проксимальной синдактилией межпальцевых промежутков. В плановом порядке под эндотрахеальным наркозом проведена операция: способом Hirshowitz ликвидирована рубцовая приводящая контрактура I пальца, а лучевая девиация большого пальца устранена способом двойной Z-пластики. Сгибательная контрактура и синдактилия межпальцевых промежутков длинных пальцев устранены способом встречно-перемещаемых прямоугольных лоскутов (рис. 2).

При сочетании приводящей контрактуры большого пальца с лучевой девиацией ногтевой фаланги, последнюю приходилось устранять способом одиноч-

ной (2) или двойной (3) Z-пластики. В таких случаях, во избежание нарушения кровообращения на выкраиваемых лоскутах, важно, чтобы лоскуты схем на межпальцевом промежутке и на лучевой поверхности пальца не имели общего основания (питающей ножки).

Выраженная приводящая контрактура большого пальца с протяжённым сращением I межпальцевого промежутка требует значительно большего углубления межпальцевого промежутка. При этом правильное использование тканей сращённого межпальцевого промежутка в определённой степени позволит устранить синдактилию без дополнительного применения кожных трансплантатов. Нами, для устранения протяжённого сращения I межпальцевого промежутка, в 24 случаях применялся способ Mustard'e (Jumping-man-plasty). В качестве иллюстрации приводим клинический пример.

Ребёнок М., 7 лет, поступил с диагнозом: послеожоговая рубцовая приводящая контрактура I пальца; послеожоговая рубцовая сгибательная контрактура длинных пальцев с проксимальной синдактилией межпальцевых промежутков. В восьмимесячном возрасте получил ожог кипятком. Лечился консервативно в условиях районной больницы по месту жительства. При поступлении отмечается рубцовая приводящая контрактура I пальца и синдактилия I межпальцевого промежутка. Также отмечается по-



РИС. 2. ЛИКВИДАЦИЯ ПРИВОДЯЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ I ПАЛЬЦА С ФОРМИРОВАНИЕМ МЕЖПАЛЬЦЕВОГО ПРОМЕЖУТКА СПОСОБОМ HIRSHOWITZ: А – ПРИВОДЯЩАЯ КОНТРАКТУРА I ПАЛЬЦА С ЛУЧЕВОЙ ДЕВИАЦИЕЙ НОГТЕВОЙ ФАЛАНГИ, СГИБАТЕЛЬНАЯ КОНТРАКТУРА II-III-IV-V ПАЛЬЦЕВ; Б – СХЕМА ДВОЙНОЙ Z-ПЛАСТИКИ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ДЕВИАЦИИ НОГТЕВОЙ ФАЛАНГИ; В – СХЕМА HIRSHOWITZ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПРИВОДЯЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ; Г – ПРИВОДЯЩАЯ КОНТРАКТУРА И I ПАЛЬЦА С ЛУЧЕВОЙ ДЕВИАЦИЕЙ, А ТАКЖЕ КОНТРАКТУРА ДЛИННЫХ ПАЛЬЦЕВ И СИНДАКТИЛИЯ МЕЖПАЛЬЦЕВЫХ ПРОМЕЖУТКОВ УСТРАНЕНЫ



РИС. 3. УСТРАНЕНИЕ СИНДАКТИЛИИ И ФОРМИРОВАНИЕ I МЕЖПАЛЬЦЕВОГО ПРОМЕЖУТКА СПОСОБОМ MUSTARD E: А – ВЫРАЖЕННАЯ ПРИВОДЯЩАЯ КОНТРАКТУРА БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА С ПРОТЯЖЁННЫМ СРАЩЕНИЕМ I МЕЖПАЛЬЦЕВОГО ПРОМЕЖУТКА; Б И В – СХЕМА «JUMPING-MAN» ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ РАЗРЕЗОВ; Г – ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ВИД ПЕРЕМЕЩЁННЫХ ЛОСКУТОВ И СФОРМИРОВАННЫЙ I МЕЖПАЛЬЦЕВОЙ ПРОМЕЖУТОК ПО ЗАВЕРШЕНИИ ОПЕРАЦИИ



РИС. 4. УСТРАНЕНИЕ ПРИВОДЯЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА СПОСОБОМ А.А. ЛИМБЕРГА:
А – СХЕМА ОПЕРАЦИИ; Б – КИСТЬ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ

слеожоговая рубцовая сгибательная контрактура длинных пальцев с проксимальной синдактилией межпальцевых промежутков. Под эндотрахеальным наркозом произведена операция: рубцовая приводящая контрактура I пальца ликвидирована способом Mustard'e (рис. 3). Сгибательная контрактура длинных пальцев и рубцовые сращения межпальцевых промежутков ликвидированы способами Z-пластики и встречно-перемещаемых прямоугольных лоскутов.

В 5 случаях, при сочетанной приводящей контрактуре большого пальца и сгибательной контрактуре длинных пальцев, нами использовался способ А.А. Лимберга, так называемый Square-flap. Необходимо подчеркнуть, что при этом важно согласование сочетания нескольких схем таким образом, чтобы последующая схема стала продолжением предыдущей схемы. Для более наглядного объяснения приводим клинический пример.

Больной С., 7 лет, поступил с послеожоговой рубцовой приводящей контрактурой большого пальца и сгибательной контрактурой длинных пальцев. Ожог получил полтора года назад кипятком, лечился у хирурга по месту жительства. При поступлении отмечается умеренно выраженная рубцовая приводящая контрактура большого пальца. Стягивающий гребень с первого межпальцевого промежутка переходит на ладонную поверхность II пальца, вызывая сгибательную его контрактуру. Больному в плановом порядке под общим обезболиванием выполнена операция. По схеме Лимберг произведено устранение приводящей контрактуры большого пальца и по схеме «Butterfly» – устранение сгибательной контрактуры длинных пальцев (рис. 4).

В одном случае отмечалось сочетание приводящей и разгибательной контрактур большого пальца с обширными грубыми стягивающими рубцами тыльной поверхности кисти и распространением рубцов на I межпальцевой промежуток. Применение местно-пластических операций в этом случае заведомо неэффективно, а использование кожных трансплан-

татов в этой зоне чревато рецидивами контрактуры. В связи с этим, методом выбора для устранения контрактуры считали использование лучевого кожно-фасциального лоскута на ретроградной сосудистой ножке. Приводим случай.

Больная Р., 5 лет, поступила с диагнозом: послеожоговая рубцовая приводящая и разгибательная контрактуры I пальца, послеожоговый гипертрофический рубец тыльной поверхности кисти. В двухлетнем возрасте получила ожог кипятком. Больной произведено частичное иссечение гипертрофического рубца тыла кисти, устранение приводящей и разгибательной контрактур I пальца. Образовавшийся дефект покровных тканей по I межпальцевому промежутку и тыльной поверхности I луча размерами 9 x 6 см укрыт перемещённым кожно-фасциальным лучевым лоскутом на ретроградной сосудистой ножке (рис. 5).

В крайне тяжёлых случаях контрактуры большого пальца (2), когда дефицит покровных тканей за-предельный, нами был использован осевой паховый лоскут на временной питающей сосудистой ножке. Через 2-3 недели пересекли ножку лоскута и произвели её коррекцию (рис. 6).

Результаты и их обсуждение. Послеоперационный период во всех случаях протекал гладко, раны зажили первичным натяжением. Осложнения со стороны ран имели место лишь на 3 (3,5%) оперированных кистях в виде краевого некроза, что не повлияло на окончательный результат операции.

Отдалённые результаты наблюдались в сроках от 6 месяцев до 12 лет после операции 77 (90,6%) кистей у 72 (92,3%) больных. Отдалённые функциональные результаты 75 (97,4%) кистей были хорошими и удовлетворительными, объём движения и все виды захватов сохранены, эстетический вид оперированной кисти был удовлетворительным. В 2 случаях через год после операции потребовалось повторное корригирующее вмешательство, после чего функциональное состояние кисти улучшилось.

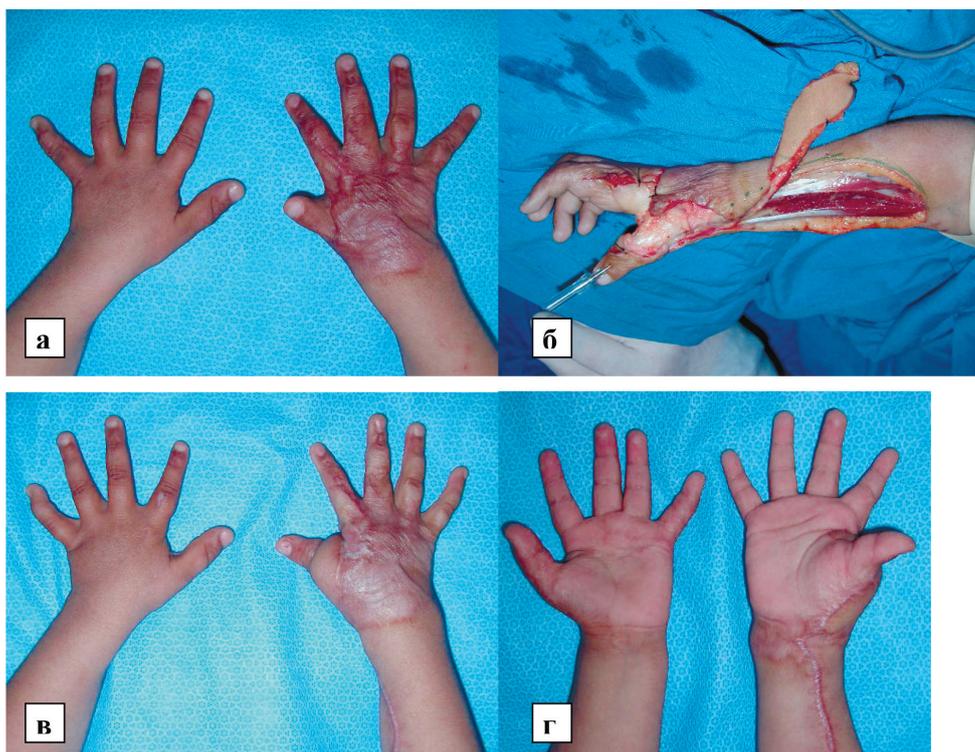


РИС. 5. ЛИКВИДАЦИЯ ПРИВОДЯЩЕЙ И РАЗГИБАТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУР I ПАЛЬЦА ПЕРЕМЕЩЁННЫМ КОЖНО-ФАССИАЛЬНЫМ ЛУЧЕВЫМ ЛОСКУТОМ: А – ВИД КИСТИ И ПОЛОЖЕНИЕ I ПАЛЬЦА ДО ОПЕРАЦИИ; Б – ПРИВОДЯЩАЯ И РАЗГИБАТЕЛЬНАЯ КОНТРАКТУРЫ ПАЛЬЦА УСТРАНЕНЫ, ПОДНЯТ КОЖНО-ФАССИАЛЬНЫЙ ЛУЧЕВОЙ ЛОСКУТ НА РЕТРОГРАДНОЙ СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ; В И Г – РАЗВЕДЕНИЕ I ПАЛЬЦА ПОЛНОЕ, ПЕРЕМЕЩЁННЫЙ ЛУЧЕВОЙ ЛОСКУТ В УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ

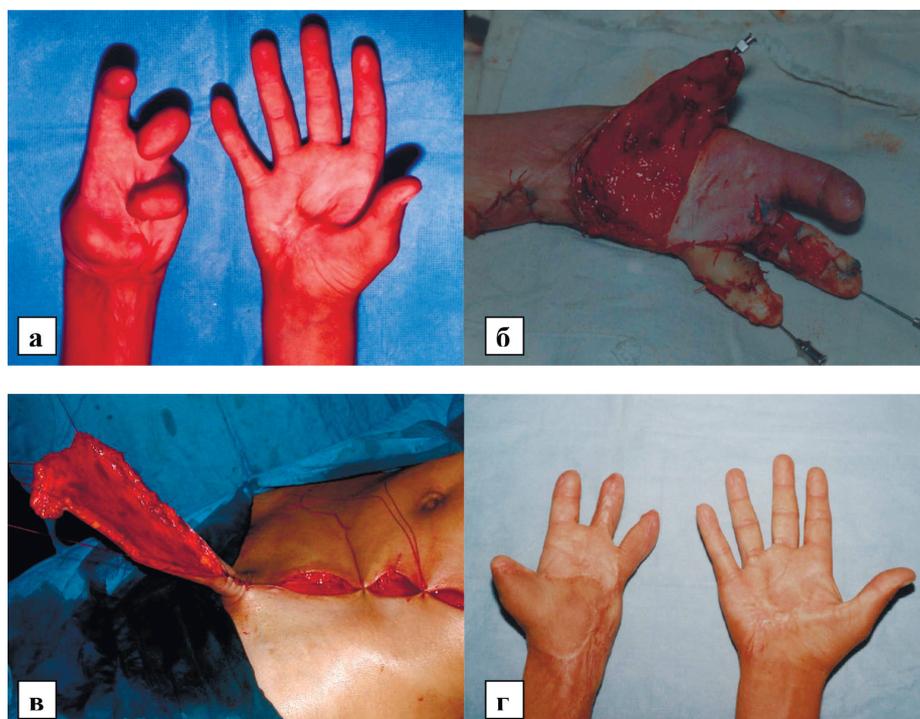


РИС. 6. УСТРАНЕНИЕ ТЯЖЁЛОЙ КОНТРАКТУРЫ ПАЛЬЦЕВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПАХОВОГО ЛОСКУТА: А – СОСТОЯНИЕ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ ДО ОПЕРАЦИИ; Б – ЭТАП УСТРАНЕНИЯ КОНТРАКТУРЫ ПАЛЬЦЕВ И ОБРАЗОВАВШИХСЯ ДЕФЕКТОВ КОЖИ, В – ПОДНЯТЫЙ ПАХОВЫЙ ЛОСКУТ ДЛЯ УКРЫТИЯ ДЕФЕКТА ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ КИСТИ

Для оценки результатов хирургического лечения послеожоговой приводящей рубцовой контрактуры большого пальца исходили из того, что адекватная функция I пальца включает два необходимых условия: способность противопоставления другим пальцам кисти и достаточно максимальное его отведение.

При устранении приводящей контрактуры большого пальца лучшими оказались способы «Butterfly» и «Jumping-man».

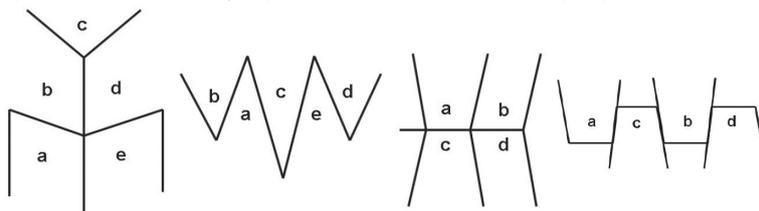
Трансплантаты расщеплённой кожи, помещённые в первый межпальцевой промежуток, как правило, сморщиваются, а при коррекции приводящей контрактуры свободной кожной пластикой нередко наступает рецидив [6]. Кроме того, отставание в росте рубцово-изменённых тканей и пересаженных кожных трансплантатов также способствует развитию рецидива контрактуры [7,8].

Восстановление комиссуры I межпальцевого промежутка имеет большое значение в функциональном аспекте. Для устранения приводящей контрактуры лёгкой и средней степеней выраженности и формирования межпальцевого промежутка самым оптимальным из местно-пластических способов является способ «Butterfly». При более выраженной контрактуре требуется схема Hirshowitz. Когда необходимость в удлинении и углублении межпальцевого промежутка большая, целесообразно использовать схему Mustard`e. Схема этого способа близка к схеме Hirshowitz, однако при способе Mustard`e средний разрез, который при способе Hirshowitz проводится в виде прямой линии по стягивающему гребню, имеет угол менее 180°. Боковые же разрезы со стороны треугольных лоскутов отдалены от среднего поперечным разрезом, соединяющим средний и боковые разрезы. Сильное захождение центрального треугольного лоскута на протяжении двух колен способствует образованию выемки, что позволяет формировать достаточной глубины межпальцевой промежуток (рис. 7).

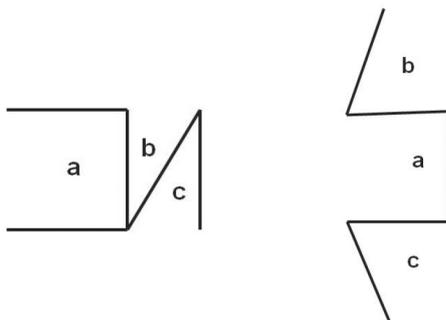
РИС. 7. СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ ПОСЛЕОЖОГОВОЙ РУБЦОВОЙ ПРИВОДЯЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА КИСТИ (А-Д)



А) Способ «Butterfly» (Converse and Smith, 1966); Б) Способ Hirshowitz, 1975



В) Способ «Jumping-man» (Mustard`e, 1963); Г) Grishkevich, 1985



Д) Square-flap (Limberg, 1946)

Как следует из рис. 7, задача всех способов заключается в формировании треугольных или трапециевидных лоскутов, перемещением которых образуется дно межпальцевого промежутка, по выражению С.П.Пахомова и Е.Ч.Ахсаляна (2000), «с ломаной линией послеоперационного шва» [9].

Таким образом, послеожоговая рубцовая приводящая контрактура большого пальца кисти, как один из сложных вариантов рубцовых контрактур, требует больших знаний в области местно-пластических операций, правильного выбора способа оперативного вмешательства, тщательного расчёта схемы операции и правильного, аккуратного технического её выполнения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Парин Б.В. Основные принципы оперативного лечения рубцовых конт-рактур / Б.В.Парин // Научное обоснование нормативов потребности населения в травматологическо-ортопедической помощи. Материалы научной сессии. – Горький. – 1966. – С.137-141.
2. Юденич В.В. Руководство по реабилитации обожжённых / В.В.Юденич, В.М.Гришкевич. – М.. – 1986. – 366с.
3. Родоманова Л.А. Лечение посттравматических ишемических приводящих контрактур первого пальца кисти / Л.А.Родоманова, Д.И.Кутянов, К.С.Мелихов // Травматология и ортопедия России. – 2010. – № 4. – С.25-29.
4. Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия / А.Е.Белоусов // С-Пб.: Гиппократ. – С. Пб. – 1998. – 744с.
5. Курбанов У.А. Новый местно-пластический способ операции при тяжёлых послеожоговых рубцовых сгибательных контрактурах пальцев кисти / У.А.Курбанов [и др.] // Ж.Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – М. – 2005. – №2. – С. 37-42.
6. Ахсахалян Е.Ч. Реконструктивно-восстановительная хирургия ожоговых повреждений и рубцовых контрактур кисти у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.Ч.Ахсахалян. – Н. Новгород. – 1999. – 20с.
7. Филиппова О.В. Особенности развития вторичных деформаций у детей с рубцовыми последствиями ожогов, принципы хирургического лечения / О.В.Филиппова [и др.] // Травматология и ортопедия России. – 2012. – №1 (63). – С. 77-84.
8. Курбанов У.А. Способ восьмилоскутной пластики – новый метод местно-пластической операции / У.А.Курбанов, А.А.Давлатов, Д.Д.Джононов // Вестник Авиценны (Паёми Сино). – 2010. – № 1. – с. 9-18.
9. Пат. 2158558 Российская Федерация, А61В17/56. Способ устранения рубцовой приводящей контрактуры первого пальца кисти / Пахомов С.П., Ахсахалян Е.Ч.; опубл. 10.11.2000г.

Summary

Surgical treatment of post-burn scar contracture of THUMB

U.A. Kurbanov, A.R. Boboev, S.M. Janobilova, A.A. Davlatov

Department of Reconstructive and Plastic Microsurgery RSCVS;

Chair of Surgical Diseases № 2 Avicenna TSMU

The authors presented their own experience of surgical treatment 78 patients with post-burn scar thumb contracture of 85 hands in age from 2 to 45 years. Local plastic surgery used in 82 hands and skin-fat graft – in 3. Full-thickness skin grafts used only for 11 hands (12,9%) in addition to local plastic surgery.

Long-term results have been observed in 77 (90,6%) hands in 72 (92,3%) patients. The results of operations on 75 hands (97,4%) were good and satisfactory. Repeated corrective intervention required in 2 cases one year after surgery, then the functional state of the hand has improved significantly. The authors considers that post-burn scar contracture of thumb is one of the most difficult types of contractures when local plastic surgery is the main method of treatment.

Key words: thumb, post-burn contracture, Z-plasty

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

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

Лечение неполных внутренних свищей прямой кишки

М.К. Гулов*, Ю.Х. Иброхимов

*Кафедра общей хирургии №1;

оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье представлен анализ результатов хирургического лечения 143 пациентов с неполными внутренними свищами прямой кишки. Больные были разделены на контрольную и основную группы. В основной группе (n=72; 50,3%) были использованы операции с применением двухкомпонентного фибринового клея «Тиссукол Кит» и модифицированного метода сегментарной проктопластики; в контрольной группе пациенты (n=71; 49,7%) были прооперированы общеизвестными методами.

Отмечено, что при использовании вышеизложенных методик, в основной группе рецидив свища встречался лишь у 1 (1,4%) пациента, а недостаточность анального сфинктера I степени – у 2 (2,8%); в контрольной группе рецидив свища – у 7 (9,9%) пациентов, а анальная инконтиненция I-II степени – у 9 (12,7%).

Ключевые слова: неполный внутренний свищ, фибриновый клей, сегментарная проктопластика, анальная инконтиненция

Введение. Ведущее место среди колопроктологических заболеваний занимает хронический парапроктит, который составляет 0,5-4% [1-4] от общего числа хирургических вмешательств и до 15% случаев госпитализации больных в специализированные отделения [3,5]. Одной из разновидностей хронического парапроктита являются, так называемые, неполные внутренние свищи (НВС) прямой кишки, которые характеризуются скрытым расположением свищевого хода, отсутствием наружного параректального свищевого отверстия и наличием лишь одного отверстия, локализованного на слизистой анального канала. По данным разных авторов, встречаемость НВС составляет от 1,2% до 11,8% случаев [6,7].

В середине XX века некоторые учёные попытались разработать и применить на практике консервативный метод лечения прямокишечных свищей. Но выздоровление отмечалось лишь в 10% случаев, или вообще не наблюдалось [2,5]. На сегодняшний день, без малейшего сомнения, можно сделать вывод, что единственным методом лечения неполных внутренних свищей прямой кишки является хирургическое лечение.

Благодаря развитию колопроктологии достигнуты определённые успехи в лечении НВС прямой кишки [8-11]. Однако применяемые методы операции во многих случаях не могут удовлетворить ни хирурга, ни пациента, так как зачастую приводят к рецидиву заболевания или недержанию анального жома

[8,9,12]. По сей день не имеется такой методики операции, которая полностью удовлетворяла бы колопроктологов. В связи с этим, проблема хирургического лечения НВС прямой кишки остаётся актуальной.

Целью исследования является анализ результатов хирургического лечения пациентов с неполными внутренними свищами прямой кишки путём применения модифицированного метода сегментарной проктопластики и фибринового клея «Тиссукол Кит».

Материал и методы. В основу данной работы положен анализ наблюдений и лечения 143 больных с неполными внутренними свищами прямой кишки, которые находились на стационарном лечении в течение последних 10 лет в Городском центре колопроктологии г.Душанбе. Мужчин было 116 (81,1%), женщин – 27 (18,9%), в соотношении 4:1. Возраст пациентов варьировал от 14 до 80 лет и в среднем составил 47 лет. Большинство пациентов (81,1%; n=116) были в возрасте 20-49 лет, т.е. в периоде наиболее трудоспособного возраста.

Все пациенты были распределены на две группы. В основной группе (n=72;50,3%) были использованы операции с применением двухкомпонентного фибринового клея «Тиссукол Кит» и модифицированного метода сегментарной проктопластики; в контрольной группе пациенты (n=71;49,7%) были прооперированы общеизвестными методами.



РИС.1. ДВУХКОМПОНЕНТНЫЙ
ФИБРИНОВЫЙ КЛЕЙ «ТИССУКОЛ КИТ»

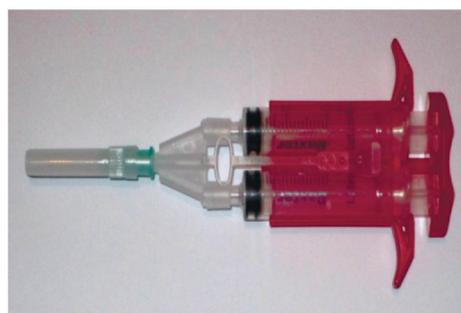


РИС.2. АППЛИКАЦИОННЫЙ НАБОР
«СИСТЕМА ДУПЛОДЖЕКТ»

Наибольшую группу составили пациенты с интрафинктерными НВС (47,5%; n=68), во вторую – вошли больные с трансфинктерными свищами (36,4%; n=52) I-IV степени сложности [15], и наконец, в третью группу – пациенты с экстрасфинктерными НВС прямой кишки (16,1%; n=23) I-IV степени сложности.

В связи с имеющейся недостаточностью анального жома, у 6(4,2%) больных имелась инвалидность II-III группы, которая была связана с неоднократно перенесёнными оперативными вмешательствами по поводу свищей прямой кишки и других заболеваний этой области.

Все пациенты, находившиеся под нашим наблюдением, проходили комплексное обследование, которое включало: наружный осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, зондирование свищевого хода, пробу с красителем, ректороманоскопию, сфинктерометрию и транс ректальный ультразвуковой метод исследования (ТРУЗИ). Для проведения интаректальной фистулографии нами специально было разработано устройство [13].

При лечении НВС прямой кишки нами был использован двухкомпонентный фибриновый клей «Тиссукол Кит» [14], который состоит из следующих компонентов: тиссукол (1 флакон), тромбин 4 МЕ (1 флакон), тромбин 500 МЕ (1 флакон), аprotинин (1 флакон), кальция хлорид (1 флакон), аппликационный набор «Система Дуплоджект» (рис.1,2).

Для получения фибринового клея необходимы два компонента. Чтобы получить первый компонент клея, с помощью раствора аprotинина растворяют лиофилизированный «Тиссукол». Для получения второго компонента – лиофилизированный тромбин растворяется в растворе CaCl₂. Приготовление данного препарата повторяет основные стадии физиологического процесса свёртывания и используется для достижения гемостаза, склеивания и фиксации тканей, а также ускорения заживления ран. В ходе заживления раны, образовавшийся сгусток фибринового клея полностью рассасывается.

Из всех больных основной группы (n=72;50,3%), только у 13 (18,1%), наряду с применением двухкомпонентного фибринового клея «Тиссукол Кит», был применён модифицированный метод сегментарной проктопластики.

Техника и этапы модифицированной методики сегментарной проктопластики, при которой перемещаемый лоскут низводится до уровня перианальной кожи по фронтальной оси и включает в себя все слои кишечной стенки, обеспечивающей минимальное нарушение питания низводящего участка, заключаются в следующем:

В положении пациента на спине в гинекологическом кресле, после осмотра и пальпации перианальной области и анального канала, используя ректальное зеркало, при обнаружении свищевого отверстия, производится его зондирование (рис.3), которое даёт необходимую информацию об отношении свищевого хода к волокнам анального жома.

Затем, с помощью специального катетера, который плотно закрывает свищевое отверстие, вводится раствор красителя, содержащего 3% H₂O₂, с целью выявления затёков и гнойных полостей и для своевременного вскрытия и дренирования (рис.4).

Выполняется полулунный разрез по переходной складке анального канала и перианальной кожи, охватывающий около 1/3 части его окружности (рис.5). С целью профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, проводилась гидропрепаровка тканей этой области раствором антибиотиков широкого спектра действия с 0,9% раствором NaCl, в соотношении 1:1 с антибиотиком, к которому были чувствительны микроорганизмы. Раствор вводится под эпителиальную выстилку анального канала верхнего края и с переходом на нижеампулярный отдел прямой кишки.

Острым путём, при помощи ножниц, без повреждения подлежащих структур анального жома, отсепаивают эпителиальную выстилку анального

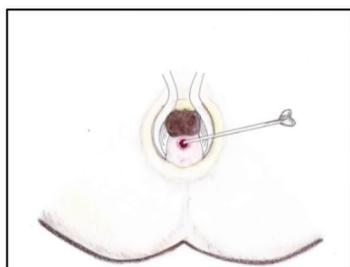


РИС. 3. ЗОНДИРОВАНИЕ
СВИЩЕВОГО ОТВЕРСТИЯ
НЕПОЛНОГО ВНУТРЕННЕГО
ЭКСТРАСФИНКТЕРНОГО СВИЩА

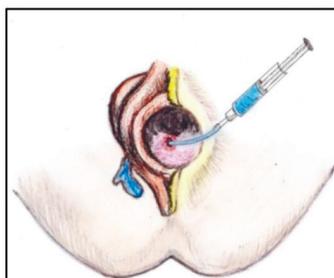


РИС.4. МАРКИРОВКА
СВИЩЕВОГО ХОДА
КРАСИТЕЛЕМ

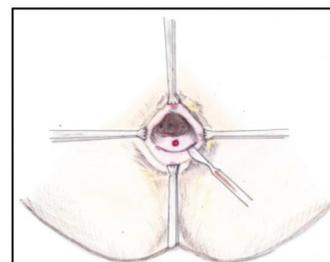


РИС.5. МОБИЛИЗАЦИЯ
ПЕРЕМЕЩАЕМОГО
ТРАНСПЛАНТАТА. ВЫПОЛНЕНИЕ
ПОЛУЛУННОГО РАЗРЕЗА



РИС. 6. МОБИЛИЗАЦИЯ
ПЕРЕМЕЩАЕМОГО
ТРАНСПЛАНТАТА.
ГИДРОПРЕПАРОВКА

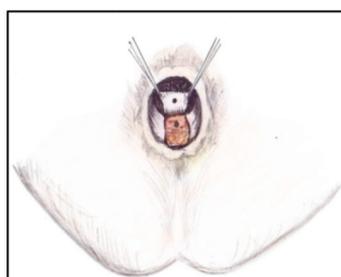


РИС.7. МОБИЛИЗАЦИЯ
ПЕРЕМЕЩАЕМОГО
ТРАНСПЛАНТАТА

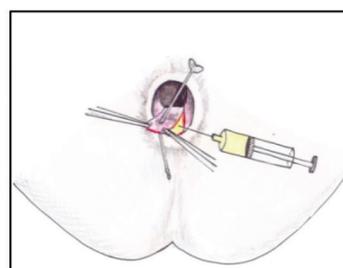


РИС.8. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
СВЕЖЕПРИГОТОВЛЕННОГО
РАСТВОРА ФИБРИНОГО КЛЕЯ
«ТИССУКОЛ КИТ»

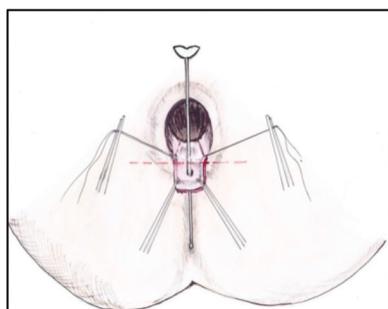


РИС.9. НАЛОЖЕНИЕ ПЕРВОГО РЯДА
ФИКСИРУЮЩИХ ШВОВ. ОТСЕЧЕНИЕ
ИЗЫТКА ПЕРЕМЕЩАЕМОГО
ТРАНСПЛАНТАТА, НЕСУЩЕГО
СВИЩЕВОЕ ОТВЕРСТИЕ

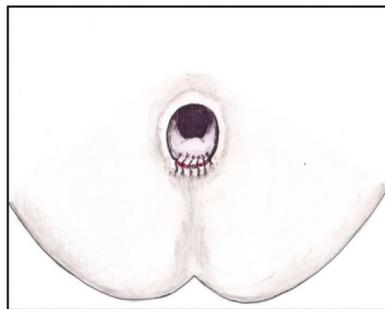


РИС. 10. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ВИД
РАНЫ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

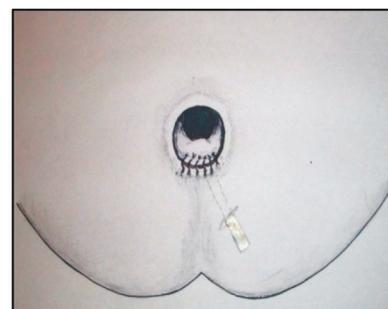


РИС.11. ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ
ДРЕНИРОВАНИЕ РАНЫ

канала до свищевого отверстия по всей ширине полулунного разреза (рис.6).

Таким образом, в анальном канале образуется рана, дном которой являются волокна внутреннего сфинктера. Далее продолжают мобилизацию низведённого участка вместе со свищевым отверстием с переходом на нижеампулярный отдел прямой кишки.

Мобилизация производится на 2 – 3 см выше зубчатой линии. Двумя продольными разрезами с двух

сторон свищевого отверстия образуется трансплантат шириной 2 – 3 см (рис.7).

Мобилизация перемещаемого трансплантата производится только острым путём, под контролем зрения, затем производят предварительное низведение трансплантата. При этом свищевое отверстие должно находиться вне анального канала, а сам трансплантат должен перемещаться без натяжения.



Окончатый зажимом перемещаемый трансплантат захватывается за дистальную часть. Сначала свищевой ход выскабливают острой ложечкой Фолькмана, потом, после обработки и высушивания, свищевой ход заполняют свежеприготовленным раствором «Тиссукол Кит» (рис.8). После лёгкого подтягивания трансплантата накладываются два отдельных узловых «направляющих» шва, фиксирующих основание трансплантата к проксимальной части анального канала в месте окончания послабляющих разрезов. Далее, трансплантат фиксируют отдельными узловыми швами с интервалом 0,3-0,4 см, располагающимися между «направляющими» швами, которые формируют первый ряд фиксирующих швов (3-4 шва) (рис.9).

Для фиксации перемещаемого трансплантата нами используются длительно рассасывающиеся материалы на атравматической игле (викрил 3-0, 4-0). Все швы накладываются как отдельные узловые, так как любые другие швы могут вызвать нарушение кро-

воснабжения низведённого сегмента стенки прямой кишки. Перед наложением второго ряда отсекается избыток перемещённого трансплантата.

Затем производится наложение второго ряда отдельных узловых фиксирующих швов на краях перемещённого трансплантата к перианальной коже (рис.10).

При условии имеющихся гнойных затёков пара-ректальную область дополнительно дренировали резиновым выпускником (рис. 11).

На область швов в анальном канале накладывается асептическая повязка и вводится газоотводная трубка.

Результаты и их обсуждение. Данные сравнительной оценки результатов хирургического лечения больных основной и контрольной групп приведены в таблице 1.

ТАБЛИЦА. МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ НВС ПРЯМОЙ КИШКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ВИДА

Вид НВС прямой кишки	Методика операции	Количество больных (n=143)	
		Основная группа (n=72)	Контрольная группа (n=71)
Интрафинктерные свищи (n=68)	Рассечение свища в просвет прямой кишки		5 (7,0%)
	Иссечение свища в просвет прямой кишки		26 (36,7%)
	Иссечение свища в просвет прямой кишки, с наложением «Тиссукол Кит»	30 (41,7%)	
	Иссечение свища в просвет прямой кишки с дозированной сфинктеротомией		7 (9,9%)
Трансфинктерные свищи (I-IV степени сложности) (n=52)	Иссечение свища в просвет кишки		19 (26,8%)
	Иссечение свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера и наложением «Тиссукол Кит»	27 (37,5%)	
	Иссечение свища с дозированной сфинктеротомией		4 (5,6%)
	Иссечение свища с проведением лигатуры		1 (1,4%)
	Иссечение краёв свищевого отверстия и выскабливание свищевого хода с наложением «Тиссукол Кит»	1 (1,4%)	
Экстрафинктерные свищи (I-IV степени сложности) (n=23)	Иссечение свища с использованием «Тиссукол Кит» и модифицированной методики сегментарной проктопластики	13 (18,1%)	
	Иссечение свища с проведением лигатуры		7 (9,9%)
	Иссечение свища в просвет кишки с использованием «Тиссукол Кит» и с ушиванием сфинктера	1 (1,4%)	
	Иссечение свища со сфинктеро-леваторопластикой		1 (1,4%)
	Иссечение свища с перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки		1 (1,4%)
	Всего	72(100%)	71 (100%)



При изучении результатов лечения больных основной и контрольной группы, выяснилось, что характер и частота возникновения осложнений различны. Из общего количества прослеженных результатов лечения пациентов в основной группе (n=72) у 1 (1,4%) больного выявлен рецидив заболевания и у 2 (2,8%) возникла недостаточность анального жома I степени. Рецидив заболевания отмечен у пациента с экстрасфинктерным свищом, которому была выполнена операция по иссечению свища в просвет кишки с использованием «Тиссукол Кит» и с ушиванием сфинктера. Развитие рецидива после этой операции мы связываем с неадекватным очищением гнойного затёка во время операции, которое в итоге привело к нагноению послеоперационной раны. Анальная инконтиненция I степени выявлена у 1 больного с интрасфинктерным НВС после операции по иссечению свища в просвет прямой кишки с наложением «Тиссукол Кит» и у 1 пациента с трансфинктерным НВС прямой кишки после операции по иссечению свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера и наложением «Тиссукол Кит».

Из ранних послеоперационных осложнений, при использовании операции «Иссечение свища с использованием «Тиссукол Кит» и модифицированной методики сегментарной проктопластики», в одном случае на 6-7 сутки отмечено частичное прорезывание в пределах 2-х перианальных швов низведённого лоскута. Причиной послужили нарушение постельного режима, погрешности в питании и ранний акт дефекации, что было исправлено проведением соответствующих мер, чтобы не возникло отторжение низведённого сегмента. Вялое заживление раны отмечалось лишь у 1 пациента. Средний послеоперационный койко-день у пациентов основной группы составил 10,5 дня.

У пациентов контрольной группы (n=71) рецидив заболевания наблюдался в 7 (9,9%) случаях, анальная инконтиненция встречалась в 9 (12,7%) случаях: I степени – у 6 (8,5%) и II степени – у 3 (4,2%) больных. После операции по поводу интрасфинктерного НВС рецидивы свища встречались в 2 случаях, а недостаточность анального сфинктера I степени – у 2 больных.

Рецидивы неполного внутреннего интрасфинктерного свища встречались после операции по рассечению свища в просвет прямой кишки, а недостаточность анального сфинктера в 2 случаях наблюдалась после операции иссечения свища в просвет прямой кишки с дозированной сфинктеротомией. При трансфинктерных свищах рецидив заболевания наступил у 2 пациентов и анальная недостаточность I степени – также в 2 случаях.

Рецидивы неполного внутреннего трансфинктерного свища встречались после операции по иссечению свища с проведением лигатуры и иссечением свища

в просвет кишки, а недостаточность анального сфинктера в 2 случаях наблюдалась после операции иссечения свища с дозированной сфинктеротомией. Наибольшее количество рецидивов наблюдалось у 3 больных с экстрасфинктерными НВС.

Анальная инконтиненция I степени отмечена у 3 пациентов, и II степени – у 3. Рецидив неполного внутреннего экстрасфинктерного свища возник после операции по иссечению свища с перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки и иссечением свища с проведением лигатуры в 2-х случаях, а анальная инконтиненция встречалась после операции – иссечение свища со сфинктеропластикой и в 5 случаях после операции иссечения свища с проведением лигатуры. Средний послеоперационный койко-день у пациентов контрольной группы составил 21,5 дня. Воспалительные осложнения раны выявлены у 11 (15,5%) пациентов, а в 10 (14,1%) случаях отмечалось вялое заживление послеоперационной раны.

Сопоставление полученных данных с результатами других авторов показывает, что у больных после операции по поводу НВС с применением общеизвестных методик частота рецидивов достигает от 2,6% до 25,2% [1,2,11], а недостаточность анального жома встречается – в 4-18,5% случаев [2,5,11].

Таким образом, выбором хирургического метода лечения при неполных внутренних интрасфинктерных свищах является операция по иссечению свища в просвет прямой кишки с использованием фибринового клея «Тиссукол Кит». У пациентов с неполными внутренними трансфинктерными прямокишечными свищами (I-IV степени) оптимальным методом операции является иссечение свища с ушиванием сфинктера с применением фибринового клея «Тиссукол Кит». Для пациентов с неполными внутренними экстрасфинктерными свищами прямой кишки I-IV степени сложности оптимальным методом операции является предложенный нами модифицированный метод сегментарной проктопластики с использованием фибринового клея «Тиссукол Кит».

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии / А.М.Аминев.- Куйбышев; Кн. Изд-во. - 2008. - Т.3.- С. 90-345.
2. Блинничев Н.М. Лечение внутренних прямокишечных свищей// Вестник хирургии / Н.М.Блинничев, Р.М.Буттаев. - 2003.- №1. - С. 53-58.
3. Дульцев Ю.В. Парапроктиты / Ю.В.Дульцев, К.Н.Саламов. - М., 2007.
4. Cryptoglandular anal fistulas /V.De Parades,J.D.Zeitoun, P.Bauer, P.AtiENZA//Rev Prat.- 2008. -31;58 (16): - P. 1775-82



5. Bellomo R. Ano-rectal internal blind fistula / R.Bellomo//Minerva Chir.,- 1967. -V.22, №3. - P. 315-317.
6. ПакалнсА.К. Этиология, патогенез, клиника и лечение параректальных свищей: автореф. дис. ... канд. мед. наук /А.К.Пакалнс.- Рига. - 1966. -11с.
7. Кутепов А.Г. Опыт лечения больных хроническим парапроктитом / А.Г.Кутепов, А.П.Ляшкова, А.А.Иванин// Актуальные вопросы проктологии. - Уфа.- 1987. - С.95-97.
8. Жуков Б.Н. Опыт применения операций с пластическим перемещением слизистой оболочки анального канала в лечении параректальных свищей /Б.Н.Жуков [и др.]// В кн.: Актуальные проблемы колопроктологии. - М.- 2005. - С.68-70
9. Tarun John Jacob Surgical intervention for anorectal fistula / Tarun John Jacob [et al.] //Sao Paulo Med J. - 2011;129(2):120-121.
10. Даценко А.Б. Тактика лечения больных с осложнёнными анальными трещинами / А.Б.Даценко [и др.]// - Белгород. Колопроктология. - 2011. - №3 (37). - С.26.
11. Вопросы диагностики и хирургического лечения неполных внутренних свищей прямой кишки / А.М.Никитин, А.М.Коплатадзе, С.М.Предыбайло, А.М.Бучин// Вестник хирургии.- 1985. -№11. - С.67-70.
12. Функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки при лечении экстрасфинктерных свищей прямой кишки методом сегментарной проктопластики / А.М.Кузьминов, А.С.Бородкин, Ш.Т.Минбаев, Ю.Ю.Чубаров // Актуальные вопросы колопроктологии. - Уфа. - 2007. - С.60-61.
13. Иброхимов Ю.Х., Кахаров А.Н. Устройство для фистулографии при неполных внутренних прямокишечных свищах (рацпредложение №3286/R-502, выданное ТГМУ от 15.05.2012).
14. Иброхимов Ю.Х., Гулов М.К. Применение препарата «ТиссуколКит» в хирургии неполных внутренних свищей прямой кишки. (рацпредложение №3376/R-591, выданное ТГМУ от 10.11.2013).
15. Иброхимов Ю.Х., Гулов М.К. Способ ультразвуковой диагностики внутренних неполных свищей прямой кишки в зависимости от степени сложности. (рацпредложение №3375/R-590, выданное ТГМУ от 10.11.2013).

Summary

Treatment of incomplete internal rectal fistula

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

*Chair of General Surgery №1;

Chair of operative surgery and topographic anatomy Avicenna TSMU

The paper presents the analysis of surgical treatment 143 patients with incomplete internalrectal fistulas, which were divided into control and basic groups. In the main group (50,3%; n=72) operations were performed using a two-component fibrin glue «Tissukol Kit» and modified method of segmental proctoplasty; in the control group (n=71; 49,7%) patients were operated by conventional means.

Therefore, by using the foregoing techniques in the study group fistula recurrence occurred only in 1 (1,4%) patient, and anal sphincter failure grade – in 2 (2,8%); in control group – fistula recurrence was in 7 (9,9%) patients, and anal incontinence grade I-II – in 9 (12,7%).

Key words: incomplete internal fistula, fibrin glue, segmental proctoplasty, anal incontinence

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

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

Особенности диагностики и лечения синдрома взаимного отягощения у больных с гнойно-септическими осложнениями сахарного диабета в условиях высокогорья

Ш.Ю. Юсупова, Д.А. Абдуллоев, М.Х. Набиев, У.М. Бегаков
Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В основу работы положен анализ результатов обследования и лечения 110 больных с гнойно-септическими осложнениями сахарного диабета (ГСО СД) в условиях высокогорья и долины.

Исследования показали, что в условиях высокогорья наблюдается повышенное содержание продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) – малонового диальдегида (МДА) в плазме крови у больных с ГСО СД, при этом МДА повышается до $6,3 \pm 1,25$, ДК – $0,92 \pm 0,14$, а при распространённых гнойно-септических процессах у этих больных МДА достигает критического уровня – $7,82 \pm 0,92$ мкм/мл; ДК – $1,24 \pm 0,05$ мкм/мл, что значительно выше по сравнению с показателями МДА и ДК в плазме крови ($5,9 \pm 1,23$ мкм/мл, ДК – $0,90 \pm 0,32$ мкм/мл) в условиях долины. При этом отмечена прямая зависимость между интенсивностью ПОЛ и тяжестью течения гнойно-некротического процесса.

При прогрессировании патологического процесса и активации ПОЛ, в крови появляется избыточное количество продуктов нарушенного метаболизма, промежуточных и конечных продуктов ПОЛ, обладающих токсическим действием, что приводит к повреждению и гибели клеток. Но наиболее значимой причиной может являться развивающаяся антиоксидантная недостаточность, что подтверждает положительный эффект антиоксидантов, при применении которых окислительный стресс не формируется.

Ключевые слова: гнойно-септические осложнения сахарного диабета, перекисное окисление липидов, мексидол

Актуальность. Сахарный диабет (СД) – самое распространённое эндокринное заболевание, уже принявшее форму всемирной неинфекционной эпидемии – является одной из частых причин инвалидизации и летальности. По данным ВОЗ, если в 2000г. общая численность больных с СД во всём мире составляла 160 млн. человек, то предполагается, что к 2025 г. она превысит 350 млн. человек [1,2]. У большей половины больных, страдающих СД, через 10-15 лет выявляется диабетическая ангиопатия. Это осложнение несёт угрозу, повышая риск развития (по сравнению с таковым у населения в целом) ишемической болезни сердца и инсульта – в 2-5 раз, слепоты – в 10 раз, нефропатии – в 12-15 раз, гангрены конечностей – в 20 раз. Смертность больных СД от острых осложнений ишемической болезни сердца в возрасте до 55 лет составляет 35% [3,7]. В основе развития грозных осложнений данного заболевания лежат, прежде всего, нарушения системы гемостаза,

поскольку они предшествуют другим нарушениям, характерным для СД [2,3].

До настоящего времени взаимоотношения СД и хирургической инфекции остаются одной из наиболее сложных и важных проблем современной хирургии. Гнойно-воспалительные заболевания у больных СД протекают тяжело и часто осложняются сепсисом. Сочетание СД и хирургической инфекции, зачастую, образует своего рода порочный круг – «синдром взаимного отягощения» (СВО), при котором создаётся опасность непрерывного возрастания кетоацидоза, вплоть до развития диабетической комы с одной стороны, распространения и генерализации инфекции – с другой, и возникает необходимость корригирования их в зависимости от характера патологического процесса и особенностей состояния организма, который находится под воздействием экстремальных факторов внешней среды. К числу та-



ких факторов, в частности, относится и высокогорье, занимающее 93% территории Таджикистана [4,5].

Бурное развитие промышленности, сельского хозяйства, дорожного строительства, туризма и т.д., стимулирует приток в высокогорные районы большого числа людей, не адаптированных к таким его факторам, как пониженное атмосферное давление, гипоксия, резкая смена температур, сухость воздуха, ветер [6]. При этом доказано неблагоприятное воздействие высокогорья на организм человека, нередко приводящее к тяжёлым патологическим сдвигам. Изменяется в этих условиях и течение инфекционного раневого процесса, особенно организма, отягощённого СД и гнойной инфекцией.

В последнее время в патогенезе развития СВО при СД большое значение уделяется процессам свободно-радикального окисления, являющегося одним из важных механизмов регуляции гомеостаза. До настоящего времени механизм развития этого нарушения в условиях высокогорья не изучен. В этой связи нами проведено исследование показателей гемостаза и продуктов ПОЛ у больных с гнойно-септическими осложнениями сахарного диабета в условиях высокогорья.

Целью работы явилось улучшение диагностики и лечения синдрома взаимного отягощения у больных гнойно-септическими осложнениями сахарного диабета в условиях высокогорья.

Материал и методы. В основу данного исследования положены результаты лечения 110 пациентов с ГСО СД.

Больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 50 (45,4%) больных с ГСО СД, поступивших на лечение в Областную больницу г.Хорога, ГБАО (2200 м над уровнем моря), которые на фоне комплексной терапии получали внутривенные инъекции антиоксиданта мексидола в условиях высокогорья.

В контрольную группу вошли 60 (54,6%) больных – 28 (46,6%) мужчин и 32 (53,4%) женщины, госпитализированных в отделение гнойно-септической хирургии ГКБ №3 г.Душанбе (долина, высота 810 м над уровнем моря), которые, наряду с традиционной терапией, получали внутривенные инъекции антиоксиданта мексидола в условиях долины.

Возрастной спектр больных колебался от 30 до 74 лет. Длительность заболевания сахарным диабетом в обеих группах составила от 2 до 25 лет. В срок до 14 суток от начала заболевания поступили в стационар 45 больных, более 14 суток – 65 человек. У большинства больных – 98 (89%) человек – отмечен сахарный диабет II типа, I тип – выявлен у 12 (10 %) пациентов.

У 3 (3,2%) больных СД выявлен впервые. В анамнезе у 58 (52,7 %) больных отмечалось лабильное течение СД. Уровень гипергликемии при поступлении в среднем составлял 14,6 ммоль/л с глюкозурией до 4%.

У 96% больных выявлены интеркуррентные заболевания, среди которых преобладали гипертоническая болезнь – 72,6%, атеросклероз, ИБС – 73,5% и анемия разной степени тяжести – 77,9%.

При поступлении и по ходу лечения интенсивность ПОЛ в плазме крови оценивали по концентрации продуктов пилопероксидации — малонового диальдегида (МДА) и диенового конюгата (ДК) по методике С.Г. Конюковой [6]. Оценка коагулологических свойств крови основывалась на исследовании уровня фибрина и фибриногена, фибриногена В, тромботеста, толерантности плазмы к гепарину, протромбинового индекса и времени.

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что в условиях высокогорья наблюдается повышенное содержание продуктов ПОЛ в плазме крови у больных с ГСО СД, при этом МДА повышается до $6,3 \pm 1,25$, ДК – $0,92 \pm 0,14$, а при распространённых гнойно-септических процессах у этих больных МДА достигает критического уровня – $7,82 \pm 0,92$ мкм/мл; ДК – $1,24 \pm 0,05$ мкм/мл.

В условиях долины содержание МДА в плазме крови составило $5,9 \pm 1,23$ мкм/мл, ДК – $0,90 \pm 0,32$ мкм/мл. Таким образом, показатели содержания продуктов ПОЛ были значительно выше у больных с гнойно-септическими осложнениями сахарного диабета в условиях высокогорья, что свидетельствует о неблагоприятном влиянии экстремальных факторов высокогорья, служащих одной из причин бурного развития и распространения гнойно-септического процесса под воздействием продуктов ПОЛ (табл. 1).

Повышение концентрации продуктов ПОЛ у больных с гнойно-септическими осложнениями сахарного диабета приводят к нарушению свёртывания и реологии крови (табл. 2).

Причиной распространения гнойно-септических осложнений сахарного диабета во всех наблюдениях явилась гиперкоагуляция, вызванная перенасыщением крови больных продуктами ПОЛ и повреждением эндотелия.

Полученные данные указывают, что наряду с клиническими проявлениями заболевания, а так же данных инструментальных методов исследования, объективными критериями выбора методов лечения у больных с ГСО СД являются показатели ПОЛ, гемостаза и реологии крови.

ТАБЛИЦА 1. ПОКАЗАТЕЛИ ПОЛ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ САХАРНОГО ДИАБЕТА В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ И ДОЛИНЫ

Группы больных	Продукты ПОЛ			
	В условиях высокогорья		В условиях долины	
	ДК (мкм/мл)	МДА (мкм/мл)	ДК (мкм/мл)	МДА (мкм/мл)
Синдром диабетической стопы (n=10)	0,84 ±0,08	6,3 ±0,12	0,90±0,32	5,9±1,23
Карбункул (n=15)	0,90 ±0,32	5,9 ±1,23	0,89 ±0,22	5,7 ±1,21
Флегмоны (n=10)	0,92±0,14	6,3 ±1,25	0,89±0,11	6,0 ±1,20
Абсцессы (n=8)	0,96±0,10	7,32±1,27*	0,90±0,12	5,72 ±1,20*
Рожистое воспаление	1,24±0,05***	7,82±0,92***	1,12±0,05***	6,82±0,89***

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$ – статистически значимые различия показателей по сравнению с таковыми у пациентов с гнойно-септическими осложнениями сахарного диабета

ТАБЛИЦА 2. ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА И РЕОЛОГИИ КРОВИ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ САХАРНОГО ДИАБЕТА В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ И ДОЛИНЫ

Показатели гемостаза и реологии	Норма	Гнойно-септические осложнения сахарного диабета (n=110)			
		Основная группа		Контрольная группа	
		Синдром диабетической стопы	Флегмоны	Синдром диабетической стопы	Флегмоны
Время свёртывания крови, мин.	6,2 ±0,2	7,1±0,4	6,8 ±0,8**	7,2 ±0,4***	7,8 ±0,3***
Тромбопластиновая активность, %	82,2±1,0	92,3±1,0	91,4 ±1,1	89,2 ±1,4	88,6 ±1,2*
Фибриноген, г/л	2,37± 0,2	3,34±0,3	3,30 ±0,45	3,1 ±0,4	2,9 ±1,4
Гепарин, ед/мл	6,21 ±0,1	7,2 ±0,3	7,8 ±0,7	7,6 ±0,5	7,8 ±0,4
Антитромбин, %	92,5 ±1,8	99,3±1,6	98,2 ±1,0	97,3 ±0,8	97,5±0,2
Фибринолиз, %	19,4 ±0,2	21,2±0,2	20,0 ±0,4	19,6 ±0,6	19,2 ±0,8
ПДФ, мкг/мл	нет	нет	нет	–	–
Агрегация тромбоцитов, мн	6,1±1,0	7,0 ±0,8	7,2 ±1,2	7,4 ±0,8	7,4±0,4
Вязкость крови	4,9±0,05	5,9 ±0,3	5,9±0,7	5,8±0,5	5,7 ±0,9

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$ – статистически значимые различия показателей по сравнению с таковыми в норме

В зависимости от формы гнойно-септических осложнений, тяжести сопутствующих заболеваний, применяли различные методы хирургического лечения на фоне комплексной антиоксидантной, антибактериальной и антикоагулянтной терапии.

При поступлении у больных обеих групп отмечалось повышение показателей ПОЛ (МДА) в плазме крови в два раза, относительно нормальной величины. На 8-10 сутки традиционного лечения у контрольной группы содержание МДА в плазме крови составило 51,3%.

Внутривенная инфузионная терапия мексидола в комплексном лечении больных с ГСО СД на 8-10 сутки приводила к снижению МДА в плазме крови до 42,4%. В процессе лечения гнойных процессов у больных сахарным диабетом мы всегда стремились к снижению процессов ПОЛ. Применение комплексного традиционного лечения с применением препаратов антиоксидантов улучшает микроциркуляторное нарушение и оказывает антиоксидантный эффект, о чём свидетельствовало снижение концентрации продуктов ПОЛ на 8-10 сутки лечения.



При поступлении у всех больных в гнойных ранах имелись обширные участки некротизированных тканей с обильным гнойным отделяемым. Сроки очищения ран от некротических тканей в основной группе (высокогорье) составили 14-16 суток. Появление грануляций наблюдалось на 14-16 сутки от начала лечения.

В контрольной группе (долина) очищение раны, уменьшение отёков, гиперемии и появление признаков грануляции наблюдались на 10-12 сутки от начала лечения.

Клиническая эффективность антиоксиданта мексидола, путём в/в введения в комплексе консервативной терапии больных, наблюдалась у пациентов контрольной группы, что способствовало более выраженному снижению процессов липопероксидации (МДА) в плазме крови. Внутривенное введение мексидола в комплексном лечении больных с ГСО СД снижает содержание продуктов ПОЛ (МДА), что положительно влияет на динамику раневого процесса.

Исследования процессов свободно-радикального окисления у больных с ГСО СД выявили наличие окислительного стресса, как в долине, так и на высокогорье, о чём свидетельствует увеличение конечного продукта ПОЛ – МДА. При этом отмечена прямая зависимость между интенсивностью ПОЛ и тяжестью течения гнойно-некротического процесса. При прогрессировании патологического процесса и активации ПОЛ, в крови появляется избыточное количество продуктов нарушенного метаболизма, промежуточных и конечных продуктов ПОЛ, обладающих токсическим действием, что приводит к повреждению и гибели клеток. Но наиболее значимой причиной может являться развивающаяся антиоксидантная недостаточность, что подтверждает положительный эффект антиоксидантов, при применении которых окислительный стресс не формируется.

Оценка клинической эффективности антикоагулянтов проведена у больных, получавших нефракционированный гепарин (n=60) и сулодексид (n=50). Наиболее эффективно применение гепарина в профилактической дозе 2500 ЕД 4 раза в день подкожно, и по показаниям лечебная доза до 20000 ЕД внутривенно, и сулодексида по 1200 LSU 1 раз в сутки внутривенно.

Общая летальность в основной группе составила 15,0% (n=9), в контрольной группе летальных исходов не было. Основной причиной смерти больных явились: инфаркт миокарда – в 2 наблюдениях (3,3%), тромбоэмболия лёгочной артерии – в 2 (3,3%), и в 5 случаях причиной смерти были явления продолжающегося эндотоксикоза.

Таким образом, у больных, страдающих ГСО СД, купирование инфекционного процесса необходимо сочетать с коррекцией углеводного обмена критической ишемии антиоксидантного и антикоагулянтного лечения.

ВЫВОДЫ:

1. Интенсивность процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) находится в прямой зависимости от активности системы антиоксидантной защиты (АОЗ). Высвобождение в системный кровоток продуктов распада тканей и продуктов ПОЛ, при снижении активности ферментов АОЗ, создаёт оптимальные условия для формирования порочного круга с развитием синдрома эндогенной интоксикации или синдрома взаимного отягощения.
2. У больных с ГСО СД наблюдается повышение интенсивности процессов ПОЛ, что влияет на тяжесть течения СД и эндотоксикоза, особенно выраженное в условиях высокогорья. Выраженность этих процессов приводит к дефициту антиоксидантной системы, о чём свидетельствует эффективность применения антиоксидантов в удвоенных дозах при лечении ГСО СД в условиях высокогорья и долины.
3. Антикоагулянтная терапия в комплексном лечении ГСО СД обеспечивает нормализацию гемокоагуляционных показателей и способствует снижению риска сосудистых и тромботических осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбросимова О.С. Профилактика развития вторичных некрозов ран у больных сахарным диабетом II-го типа после малых операций на стопе: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.С.Амбросимова. – М. – 2006. – 23с.
2. Набиев М.Х. Современные подходы в лечении осложнённых форм синдрома диабетической стопы: дис. ... канд. мед. наук / М.Х.Набиев. – Душанбе. – 2009. – 132с.
3. Светухин А.М. Особенности нарушений системы гемокоагуляции и их коррекция у больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы / А.М.Светухин [и др.] // Журнал «Хирургия». – 2006. – №10. – С. 45-49.
4. Мунавварова У.М. Лечение и профилактика гнойно-некротических процессов при сахарном диабете с применением УФО-аутокрови и бензойной мази: дис. ... канд. мед. наук / У.М.Мунавварова. – Душанбе. – 2002. – 121с.



5. Юсупова Ш.Ю. Применение АУФОК в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний при сахарном диабете / Ш.Ю.Юсупова, У.М.Мунавварова // Материалы 49 науч.-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Адаптация, стресс, здоровье». – Душанбе. – 2001. – С.644-649.
6. Хван И.Н. Заживления гнойных ран в условиях высокогорья при лечении лазерным излучением: дис. ... канд. мед. наук / И.Н.Хван. – Душанбе. – 1992. – 124с.
7. Cannassi F. Coagulation and fibrinolytic system impairment in insulin dependent diabetes mellitus / F.Cannassi, M.Morale, R.Puccetti // Tromb Res. – 1992;67: 643-654.

Summary

Features of diagnosis and treatment of mutual aggravation syndrome in patients with diabetes septic complications in the highlands

Sh.Yu. Yusupova, D.A. Abdulloev, M.H. Nabiev, U.M. Begakov
Chair of General Surgery №2 Avicenna TSMU

The study is based on an analysis of examination and treatment outcomes in 110 patients with purulent-septic complications of diabetes mellitus (PSC DM) in the highlands and valleys.

Studies have shown that at high altitude there is an increased content of products of lipid peroxidation (LPO) – malondialdehyde (MDA) in plasma of patients with diabetes PSC DM, while MDA increased to $6,3 \pm 1,25$, DC – $0,92 \pm 0,14$, and at common septic processes in these patients MDA reaches a critical level – $7,82 \pm 0,92$ m / ml; DC – $1,24 \pm 0,05$ um / ml, which is significantly higher compared with MDA and DC plasma ($5,9 \pm 1,23$ mm / mL, DC – $0,90 \pm 0,32$ um / ml) in a valley. At the same time noted a direct correlation between the intensity of lipid peroxidation and the severity of purulent-necrotic process.

With the progression of the pathological process and LPO activation the excessive amount of disturbed metabolism products, intermediates and end products of LPO appears in the blood with toxic effect, which leads to cell damage and their death. But the most important reason may be the antioxidant deficiency growing, which confirms the positive effect of antioxidants during using of which oxidative stress is not generated.

Key words: purulent-septic complications of diabetes, lipid peroxidation, Mexidol

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Юсупова Шоира Юсуповна – заведующая кафедрой общей хирургии №2 ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, ул.Академиков Раджабовых, 6/2
E-mail: begakov84@mail.ru



Реабилитация больных и отдалённые результаты видеоэндоскопических методов нефрэктомии при доброкачественных заболеваниях почек

З.А. Кадыров¹, А.Ю. Одилов^{1,2}, А.А. Багдасарян¹, А.С. Колмаков¹

¹ Кафедра эндоскопической урологии факультета повышения квалификации медработников Российского университета дружбы народов;

² Республиканский научно-клинический центр «Урология» МЗ СЗН РТ

В статье обобщены результаты анализа данных обследования и лечения 144 пациентов после лапароскопических, ретроперитонеоскопических и традиционных методов нефрэктомии.

Проведённые клинические исследования показали, что при применении традиционных методов удаления почки достоверно удлиняются сроки пребывания больных в стационаре, среднее число койко-дней при этом составило $9,8 \pm 1,6$, а после лапароскопических – $6,8 \pm 1,2$ и ретроперитонеоскопических операций – $6,2 \pm 1,8$. Период реабилитации и возвращения больных к обычной жизни после видеоэндоскопических методов нефрэктомии (от 15 до 25 дней, в среднем 20) меньше, чем после открытых операций (от 25 до 40 дней, в среднем – 30 дней).

При определении отдалённых результатов, осложнений после традиционной открытой нефрэктомии было значительно больше, чем после видеоэндоскопических операций и отмечались у 26 (74,4%) и 8 (9,0%) больных, соответственно.

Ключевые слова: открытая нефрэктомия, ретроперитонеоскопическая нефрэктомия, лапароскопическая нефрэктомия, нефроуретерэктомия, доброкачественные заболевания почек

Введение. Выполнение оперативных вмешательств видеоэндоскопическими методами постепенно становится стандартом в лечении ряда урологических заболеваний, вытесняя традиционные операции. Главными преимуществами ретроперитонеоскопической нефрэктомии перед традиционным открытым способом являются косметичность, короткий послеоперационный период и быстрое возвращение больных к обычной жизни [1,2].

Однако на сегодняшний день в доступной нам литературе описаны единичные данные о реабилитации больных и отдалённых результатах после видеоэндоскопических методов нефрэктомии при доброкачественных заболеваниях почек [3-5].

Целью данного исследования явилось сравнительное изучение отдалённых результатов и реабилитации больных после традиционных и видеоэндоскопических методов нефрэктомии при доброкачественных заболеваниях почек.

Материал и методы. Основу настоящей работы составили результаты анализа данных обследования и лечения 144 пациентов с доброкачественными

заболеваниями почек, которые находились под нашим наблюдением с 2003 по 2013 гг. на кафедрах хирургии и онкологии, эндоскопической урологии факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН на базе 3 городских клиник и НИИ урологии г. Москвы, урологического отделения МБУЗ ГБ №2 г. Краснодара, а также Республиканского научно-клинического центра «Урология» г. Душанбе.

Основную группу составили 104 пациента, при лечении которых применили видеоэндоскопические методы нефрэктомии (ВЭН), из них лапароскопическую нефрэктомию (ЛН) – у 40 (27,8%) (I группа) и ретроперитонеоскопическую нефрэктомию (РН) – у 64 (44,4%) (II группа). Контрольную группу составили 40 (27,8%) больных (III группа), у которых ретроспективно проанализировали применение традиционного метода – открытую нефрэктомию (ТН) с 2004 по 2012 гг. Возраст больных варьировал от 18 до 83 лет, и составлял в среднем $56,4 \pm 6,22$ года. Среди оперированных было 77 (52,1%) мужчин и 67 (47,9%) женщин. Наиболее часто страдали лица трудоспособного возраста – максимальное количество больных (117) было в возрасте от 18 до 50 лет, что составило 81,2%.

Пациентам определяли общий анализ крови и мочи, свёртывающую систему крови, биохимический анализ крови (уровень креатинина, мочевины, билирубина, электролитов), проводили микробиологическое исследование мочи и определение чувствительности выявленных микроорганизмов к антибактериальным препаратам, гистоморфологическое исследование удалённой почки, УЗИ почек и мочевыводящих путей. По показаниям проводили обзорную и экскреторную урографию, компьютерную томографию и мультиспиральную компьютерную томографию, динамическую нефросцинтиграфию и радиоизотопную ренографию, доплерографию, уретероскопию и ангиографию сосудов почек.

Статистические методы исследования проводили для объективизации полученных данных. Достоверность результатов оценивали с помощью критериев достоверности Стьюдента и Фишера. При этом статистически значимой разницы по частоте заболеваемости в зависимости от пола выявлено не было ($p > 0,05$), т.е. заболевание почти одинаково часто встречалось как у мужчин, так и у женщин.

Результаты и их обсуждение. 40 (27,8%) больным почки удалили традиционным методом, среди них у 6 пациентов была выполнена нефроуретерэктомия и у 2 – геминефроуретерэктомия. Нефрэктомия 40 (27,8%) больным выполняли лапароскопическим методом, среди них 5 пациентам – двустороннюю нефрэктомия, 8 – нефроуретерэктомия и геминефроуретерэктомия. У 64 (44,4%) пациентов нефрэктомия выполняли ретроперитонеоскопическим методом, среди них у 3 – нефроуретерэктомия и у 3 – геминефроуретерэктомия.

Как традиционные, так и видеоэндоскопические операции выполняли под эндотрахеальным обезболиванием. Традиционные операции выполняли межмышечным разрезом ($n=18$) и люмботомическим

по Фёдорову ($n=14$). Межмышечный разрез использовали у больных со сморщенной почкой, а разрез по Фёдорову – в основном при гидронефротически больших размерах почки, а также при наличии в анамнезе неоднократных операций на органах брюшинного пространства. Размеры разрезов варьировали от 8 до 16 см. У 8 больных выполняли нефроуретерэктомию из 1 или 2 доступов. Размеры разрезов варьировали от 5 до 16 см, в среднем – 10 см, а за два разреза – 15 см. Для мобилизации почки у 4 больных использовали разрез по Фёдорову и для н/з мочеточника – Пироговский или Фёдоровский. Видеоэндоскопические операции осуществляли в положении больного на здоровом боку. Для создания рабочего пространства брюшинно, у 18 больных использовали баллон-диссектор, а у остальных 46 – прямое введение оптики.

Оценивая эффективность нефрэктомии, для получения более объективных данных, проанализировали некоторые показатели у больных после традиционных и видеоэндоскопических методов нефрэктомии. В качестве критериев эффективности выбрали сроки пребывания больных в стационаре, сроки возвращения к обычной жизни. Отдалённые результаты операции оценивали по следующим показателям: наличие или отсутствие послеоперационной грыжи, нарушение кожной чувствительности в области послеоперационного рубца, болевая симптоматика на стороне операции.

Среднее число койко-дней пребывания больных в стационаре после ЛН составило $6,8 \pm 1,2$ (4-8 сут.), после ЛНУ – $7,2 \pm 1,5$ (4-9 сут.), после РН – $6,0 \pm 2,2$ (3-9 сут.), после РНУ $6,2 \pm 1,8$ (4-10 сут.), после ТН – $9,8 \pm 1,6$ (6-14 сут.) и после ТНУ – $10,1 \pm 1,1$ (6-15 сут.; рис.1). Большинство больных (87) были прооперированы на следующий день после госпитализации, 2 – через день и 9 – в день госпитализации. Данная разница между видеоэндоскопическими и традиционными методами была статистически достоверна ($p < 0,05$).

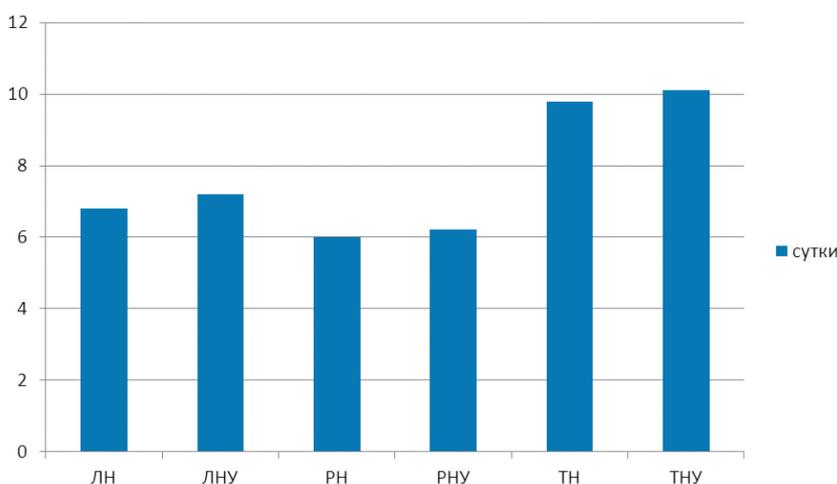


РИС. 1. КОЛИЧЕСТВО КОЙКО-ДНЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ОПЕРАЦИИ

Условные обозначения:
ЛН – лапароскопическая нефрэктомия;
РН – ретроперитонеоскопическая нефрэктомия;
ТН – традиционная нефрэктомия;
ЛНУ – лапароскопическая нефроуретерэктомия;
РНУ – ретроперитонеоскопическая нефроуретерэктомия;
ТНУ – традиционная нефроуретерэктомия

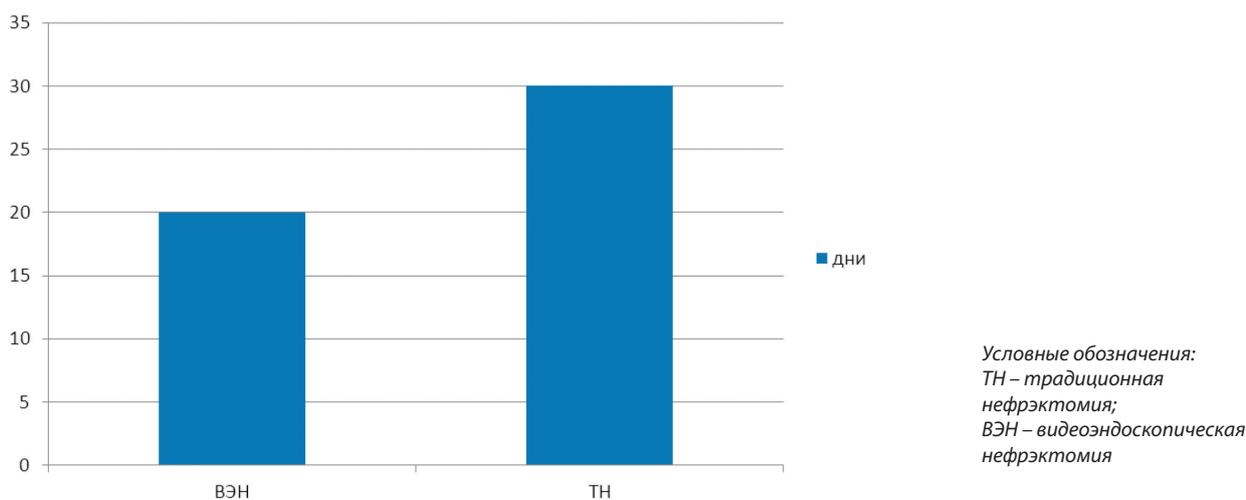


РИС. 2. СРОКИ ВОЗВРАЩЕНИЯ К ОБЫЧНОЙ ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ОПЕРАЦИИ

Возвращение к обычной жизни – важный послеоперационный показатель у больных после нефрэктомии. Наши данные подтвердили (рис.2), что период реабилитации и возвращения больных к обычной жизни после ВЭН (от 15 до 25 дней, в среднем 20 дней) меньше, чем после открытых операций (от 25 до 40 дней, в среднем 30 дней). Мы выявили достоверную разницу в сроках возвращения больных к активной жизни после традиционных и видеоэндоскопических операций. Данная разница между группами была статистически достоверна ($p < 0,05$). Мы объясняем это тем, что после эндохирургических вмешательств реабилитация больных проходит быстрее, вследствие минимальной инвазивности и травматичности доступа.

Период полной реабилитации у неработающих оценивали субъективно, критерием служили жалобы пациентов, их способность к ведению той жизни, которую они вели до операции, статистические данные не достоверны, однако все пациенты после люмботомии ограничивали физическую нагрузку до 3-5 месяцев с момента операции, а после эндовидеохирургических операций все больные через 3-6 недель вели привычный образ жизни.

Все пациенты были доступны для последующего наблюдения. Отдалённые результаты прослежены у 36 (90%) больных после ЛН, у 52 (81,3%) – после РН до 5 лет и у 35 (87,5%) пациентов, перенёвших операцию традиционным способом в те же сроки наблюдения (табл. 1).

У 1 (2,9%) больного, после традиционной нефроуретерэктомии, через 6 месяцев была диагностирована эмпиема культи нижней трети мочеточника, которая потребовала оперативного лечения.

У пациентов, перенёвших ВЭН, отмечали небольшие послеоперационные рубцы на коже живота поясничной области, которые у 4 (4,5%) вызывали периодическую ноющую боль при физической нагрузке и у 4 (4,5%) – нарушение кожной чувствительности в области п/о рубца. Эти нарушения, которые были выявлены при осмотре и определении кожной, болевой и тактильной чувствительности, не доставляли страдания пациентам и не вызывали у них жалоб.

У 10 (28,6%) больных, перенесших операцию традиционным способом, кроме отчётливого рубца в поясничной и подвздошной областях, имелись различной степени выраженности нарушения кожной чувствительности ниже рубца и у 8 (22,9%) – боль, которая вызывала чувство дискомфорта.

Это можно объяснить тем, что во время доступа пересекаются мелкие чувствительные нервные ветви. При обследовании пациентов после ретроперитонеоскопических операций нарушения кожной чувствительности и боль были незначительные, по сравнению с больными после традиционной операции.

У 4 (11,4%) больных после ТН диагностирована послеоперационная вентральная грыжа, которая потребовала постоянного ношения бандажа, так как больные воздерживаются от операции. Кроме того, у 3 (8,6%) пациентов выявлена деформация живота на стороне операции.

При люмботомии можно нанести не только непосредственную травму мышцам тела, но и пересекаются мышечные нервы, что приводит к слабости и атрофии мышц. Это является причиной деформа-

ТАБЛИЦА. ОТДАЛЁННЫЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАДИЦИОННЫХ И ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ НЕФРЭКТОМИЙ И НЕФРОУРЕТЕРЭКТОМИЙ

Осложнения	Метод операции			
	ТН и ТНУ (n=35)		ВЭН и ВЭНУ (n=88)	
	Абс.	%	Абс.	%
Боли в области послеоперационной раны	8	22,9	4	4,5
Нарушение кожной чувствительности в области п/о рубца	10	28,6	4	4,5
Эмпиема культи н/т мочеточника	1	2,9	–	–
Послеоперационная грыжа	4	11,4	–	–
Деформация живота на стороне операции	3	8,6	–	–
Всего	26	74,4	8	9,0

ции живота в послеоперационном периоде и как крайняя степень – образование послеоперационных вентральных грыж. Ретроперитонеоскопический доступ лишён этого недостатка.

Таким образом, полученные при сравнительном анализе результаты свидетельствуют о том, что после видеоэндоскопических методов нефрэктомии выздоровление пациента наступает значительно быстрее и легче, чем после открытых методов. При применении традиционного метода удаления почки достоверно удлиняются сроки лечения и реабилитации больных, увеличиваются материальные расходы.

По нашим данным, проведение нефрэктомии видеоэндоскопическими способами значительно улучшает отдалённые результаты оперативного лечения больных, по сравнению с традиционной люмботомией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hemal A.K. Retroperitoneoscopic nephrectomy for pyonephrotic non-functioning kidney / A.K.Hemal, S.Mishra // Urology. – 2010. – V.75, № 3. – P. 585-8.
2. Winaikosol K. Laparoscopic simple nephrectomy: perioperative / K.Winaikosol [et al.] // J. Med. Assoc. Thai. – 2012. – V. 95, № 11, – P. 18-24.
3. Liapis D. Analysis of complications from 600 retroperitoneoscopic procedures of the upper urinary tract during the last 10 years / D.Liapis [et al.] // World. J. Urol. – 2008. – V. 26, № 6, – P. 523-30.
4. Видеоэндоскопические методы нефрэктомии при доброкачественных заболеваниях почек / А.Ю.Одилов, З.А.Кадыров, И.К.Султанов, И.Н.Нусратуллоев // Вестник Авиценны. – 2012. – №4. – С. 177-184.
5. Некоторые послеоперационные показатели традиционной и ретроперитонеоскопической нефрэктомии / З.А.Кадыров, И.К.Султанов, А.Ю.Одилов, И.Н.Нусратуллоев // Вестник Авиценны. – 2013. – №1. – С. 41-45.



Summary

Rehabilitation of patients and long-term results after endoscopic methods of nephrectomy for benign kidney disease

Z.A. Kadyrov¹, A.Yu. Odilov^{1,2}, A.A. Bagdasaryan¹, A.S. Kolmakov¹

¹ Chair of endoscopic urology faculty postgraduate training of health workers, Russian University of Peoples' Friendship;

² Republican Research Center «Urology» MH RT

The paper summarizes the results of the analysis of survey data and treatment of 144 patients after laparoscopic, retroperitoneoscopic and traditional methods nephrectomy. Clinical studies have shown that using traditional methods for removing kidney significantly prolongs hospital stay, the average number of bed-days in this case was $9,8 \pm 1,6$, and after laparoscopic – $6,8 \pm 1,2$ and retroperitoneoscopic operations – $6,2 \pm 1,8$. Period of rehabilitation and return patients to normal life after videoendoscopic methods of nephrectomy (15 to 25 days, an average of 20) was less than after open surgery (25 to 40 days, on average – 30 days).

Complications at long-term results after traditional open nephrectomy was significantly greater than after videoendoscopic operations and occurred in 26 (74,4%) and 8 (9,0%) patients, respectively.

Key words: open nephrectomy, retroperitoneoscopic nephrectomy, laparoscopic nephrectomy, nephroureterectomy, benign kidney disease

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич – заведующий
кафедрой эндоскопической урологии ФПКМР ФГБОУ
ВПО Российского университета дружбы народов;
Россия, г.Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 21
E-mail: zieratsho@yandex.ru

Оптимизация хирургического лечения геморроя при сочетании с трансфинктерными свищами прямой кишки

Д.К. Мухаббатов, Ф.Х. Нозимов, Ш.А. Каримов

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Авторами дана оценка эффективности разработанного хирургического лечения геморроя в сочетании с трансфинктерными свищами прямой кишки (n=96) и проведён сравнительный анализ осложнений раннего послеоперационного периода между одноэтапным и двухэтапным способами операции.

Проведённый анализ показывает, что ранние послеоперационные осложнения отмечены у 12 (25,0%) больных после традиционной и у 5 (10,9%) – после разработанной тактики хирургического лечения геморроя в сочетании с трансфинктерными свищами прямой кишки.

Ключевые слова: геморрой, трансфинктерный свищ прямой кишки

Актуальность. За последние годы отмечается значительный рост числа сочетанных заболеваний прямой кишки, а также удельного веса больных, имеющих два - три заболевания прямой кишки, составляющего 20-30% случаев. В структуре колопроктологических заболеваний сочетание геморроя со свищами прямой кишки составляет 4,4-8,3%, а трансфинктерные формы свищей – 42,9% наблюдений [1-4].

При сочетанной патологии прямой кишки, одни авторы рекомендуют одноэтапные операции, а другие – двухэтапное хирургическое лечение больных. Сторонники одноэтапных операций, указывают на такие преимущества, как экономический эффект, связанный с сокращением количества койко-дней и дублирования применения одних и тех же медикаментов, улучшение качества жизни больных, а также отрицательный психологический эффект второй операции для больного, что оказывает большое влияние на исход вмешательства. Однако выполнение синхронных операций на фоне свища прямой кишки с гнойно-воспалительным очагом рискованно, из-за возможности развития вторичных осложнений на анальном канале [5-7].

Преимуществом выполнения двухэтапных операций по поводу трансфинктерных свищей прямой кишки в сочетании с хроническим геморроем является ликвидация гнойного процесса на первом этапе лечения и последующая геморроидэктомия в более благоприятных условиях. Оперативное вмешательство только по поводу свища прямой кишки, при наличии геморроя, может сопровождаться интра-

операционной травматизацией и развитием кровотечения внутренних геморроидальных узлов или же тромбозом наружных геморроидальных узлов в раннем послеоперационном периоде. Отрицательные стороны двухэтапных операций – повторные затраты на операцию и длительный период нетрудоспособности больных [8-10].

Наличие разногласий о преимуществах и недостатках различных подходов при хирургическом лечении трансфинктерных свищей прямой кишки в сочетании с геморроем и отсутствие сравнительного анализа раннего послеоперационного периода требуют дальнейшего изучения этой проблемы.

Цель исследования – оценка эффективности разработанной тактики хирургического лечения геморроя в сочетании с трансфинктерными свищами прямой кишки.

Материал и методы. В отделении колопроктологии ГКБ №5 г. Душанбе за период 2009-2013 гг. прооперировано 96 больных с геморроем в сочетании с трансфинктерными свищами прямой кишки.

В зависимости от принятой тактики лечения, больные были разделены на две группы. Пациентам первой группы (n=48) произведено одноэтапное оперативное вмешательство, второй группы (n=48) – двухэтапное оперативное вмешательство, при этом на первом этапе произведено иссечение свища и через 3 месяца – геморроидэктомия.



ТАБЛИЦА. ВИД И КОЛИЧЕСТВО ВЫПОЛНЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ

Вид операции	Кол-во	%
ТРАДИЦИОННАЯ ТАКТИКА		
Геморроидэктомия по Миллиган-Моргану, иссечение свища по Габриэлу	13	13,5
Геморроидэктомия по Миллиган-Моргану, иссечение свища и сфинктеропластика	11	11,5
Геморроидэктомия по Миллиган-Моргану, иссечение свища с низведением слизистой	14	14,6
Геморроидэктомия, иссечение свища лигатурным методом	10	10,4
РАЗРАБОТАННАЯ ТАКТИКА		
Дезартеризация геморроидальных узлов, иссечение свища, сфинктеропластика с низведением слизистой	22	22,9
Дезартеризация геморроидальных узлов, закрытая геморроидэктомия, иссечение свища по Габриэлу	15	15,6
Дезартеризация внутренних геморроидальных узлов, иссечение свища с проведением лигатуры с отсроченной обработкой внутреннего отверстия	11	11,5
Всего	96	100

Возраст больных колебался от 18 до 62 лет, мужчин было 78, женщин – 18. Больных с трансфинктерным свищом I степени сложности было 31 (32,3%), с II степенью сложности – 45 (46,9%) и с III степенью сложности – 24 (20,8%). Хронический смешанный геморрой II стадии выявлен у 26 (27,1%) больных, III стадии – у 39 (40,6%) и IV стадии – у 31 (32,3%) пациента.

Результаты и их обсуждение. Всем больным проведено оперативное вмешательство в плановом порядке.

Традиционная одноэтапная тактика лечения была применена у 23 больных с сочетанной патологией анального канала. Им была выполнена закрытая геморроидэктомия с восстановлением слизистой анального канала узловыми швами и иссечение трансфинктерного свища прямой кишки по типу Габриэла. Показанием к операции были III-IV стадия геморроя и I степень сложности свища прямой кишки (табл. 1).

Нами усовершенствована одноэтапная тактика лечения больных (n=25) и разработан новый критерий выбора способа операции. Показанием к одноэтапному оперативному вмешательству – дезартеризации внутренних геморроидальных узлов и иссечение свища с ушиванием анального сфинктера и низведением слизистой – посчитали наличие внутреннего геморроя I-II стадии и трансфинктерный свищ I и III степеней сложности.

Суть данной операции заключается в том, что выше ножки внутренних геморроидальных узлов на 0,5 см прошивается и завязывается геморроидальная артерия, затем иссекается свищевой ход, производится

сфинктеропластика и низводится слизистая оболочка до поверхности анального сфинктера (рис.1-4).

Послеоперационная рана анального сфинктера не будет иметь сообщения с просветом кишки, полностью отгораживается, что предотвращает контакт кишечного содержимого с раной и анальным сфинктером [11].

23 больным произведено традиционное двухэтапное оперативное вмешательство, в первую очередь иссечение или рассечение свища и через 2-3 месяца – геморроидэктомия. Усовершенствованную двухэтапную тактику применяли для лечения 25 пациентов. При сочетании хронического геморроя с рецидивными свищами IV степени сложности у 14 больных, произведена дезартеризация внутренних геморроидальных узлов и иссечение свища лигатурным методом с обработкой внутреннего отверстия в отсроченном порядке.

Суть операции заключается в том, что производится иссечение свища до внутреннего отверстия, через которое для маркировки проводится лигатура №6 и завязывается. Далее проводится геморроидэктомия или же дезартеризация с геморроидпексией внутренних геморроидальных узлов по одному показанию. В отсроченном порядке в амбулаторных условиях, рассекается мостик между проведенной лигатурой.

Необходимо отметить, что операция дезартеризации внутренних геморроидальных узлов и иссечение свища с восстановлением анального сфинктера с низведением слизистой выполнена 16 больным, и из них 11 (68,7%) пациентов были молодого воз-

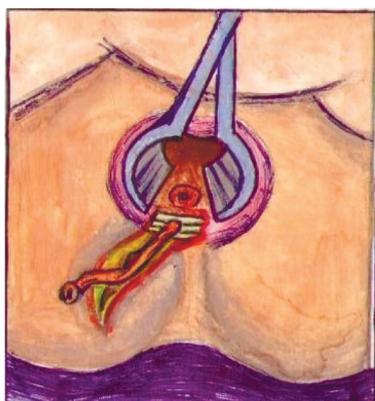


РИС. 1. ИССЕЧЕНИЕ СВИЦА ПРЯМОЙ КИШКИ



РИС.2. МОБИЛИЗАЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

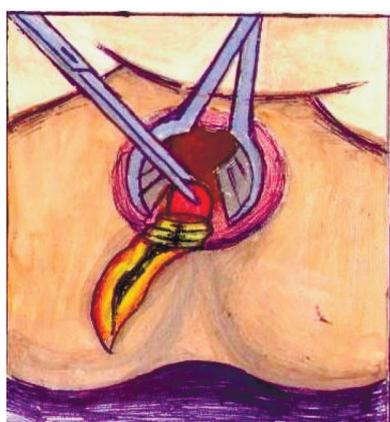


РИС. 3. НИЗВЕДЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

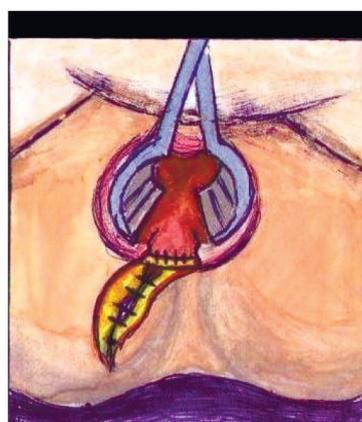


РИС. 4. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ВИД ОПЕРАЦИИ

раста. Двухэтапное оперативное вмешательство было выполнено 23 больным, из них 15 (65,2%) – лица старших возрастов. Также установлено, что в молодом возрасте на первый план выступают свищи прямой кишки с малой длительностью заболевания и начальные стадии наружного или внутреннего геморроя. У больных старших возрастов более выражена клиника смешанного геморроя (III и IV стадии заболевания) и сложных по степени тяжести трансфинктерных свищей прямой кишки.

Анализ раннего послеоперационного периода в сравниваемых группах проводили по следующим критериям: болевой синдром, нарушение функций мочеиспускания, температурная реакция, кровотечение и нагноение раны.

Послеоперационный выраженный болевой синдром, независимо от акта дефекации, в группе с традиционной тактикой лечения был отмечен в 9 (18,7%) случаях, а у больных второй группы – в 4 (8,3%). Вероятно, разницу в числе случаев данного осложнения в двух группах больных можно объяснить наличием значительного дефекта раны слизистой оболочки анального канала у больных первой группы.

Рефлекторная задержка мочеиспускания после традиционной методики отмечена у 10 (20,8%) больных, а после операции по предложенной нами методике – у 4 (9,2%).

Кровотечение из раны возникло у 4 (4,2%) пациентов, в том числе у 3 (6,2%) – после операции по традиционной методике и у 1 (2,1%) – по нашей методике.

Заживление ран в анальном канале с вторичным натяжением происходило у 7 (14,6%) больных, оперированных по традиционной методике, и у 3 пациентов, которые оперировались по предложенной нами методике.

После выполнения традиционной одноэтапной операции, в раннем послеоперационном периоде в 2 (4,2%) случаях, во время иссечения или рассечения свища, произошла травматизация геморроидальных узлов с кровотечением; после выполнения двухэтапной операции – в 2 (4,2%) случаях произошла травматизация внутренних геморроидальных узлов с кровотечением, которое остановили после повторной операции. У 3 (6,2%) пациентов оставленный



(резидуальный) геморроидальный узел, располагающийся ближе к свищевому ходу, препятствовал сближению краёв раны, что привело к вторичному заживлению ран, и из-за раневой дорожки, образованной эпителием, произошла деформация ануса. У 3 (6,25%) больных произошёл тромбоз наружных геморроидальных узлов, и у 2 (4,2%) – наблюдалось периодическое кровотечение из травмированных во время операции геморроидальных узлов.

Согласно данным Ю.А. Шелыгина (2012), независимо от метода оперативного вмешательства, у 34-41% пациентов после операции возникает выраженный болевой синдром, у 2% – кровотечения, у 15-26% – дизурические расстройства. Гнойно-воспалительные осложнения развиваются у 12% оперированных больных [2].

По данным А.М.Кузьминова (2012), выраженная боль в области послеоперационных ран отмечается у 6,7-34,4% больных, и после выписки из стационара сохраняется во время акта дефекации у 4,5-31% пациентов. Кровотечения различной степени выраженности отмечаются у 1,5-33%, наличие перианальной гематомы – у 24,7%, нагноительные осложнения возникают у 0,7-7% больных [10].

Таким образом, ранние послеоперационные осложнения отмечены у 12 (25,0%) больных после традиционной и у 5 (10,9%) – после разработанной тактики хирургического лечения геморроя в сочетании с трансфинктерными свищами прямой кишки. Сравнительный анализ осложнений раннего послеоперационного периода показывает преимущества разработанной тактики хирургического лечения больных с сочетанной патологией анального канала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галимов О.В. Хирургическое лечение сочетанных заболеваний органов малого таза / О.В.Галимов [и др.] // Журнал хирургия им. Н.И.Пирогова. - 2011. - №9. - С.44-47.
2. Шелыгин Ю.А. Справочник по колопроктологии / Ю.А.Шелыгин, Л.А.Благодарный // -М.-2012.-342с.
3. Чеканов М.Н. Лигирование свищей прямой кишки в межфинктерном слое: первые результаты / М.Н.Чеканов [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- 2012.-Т.22.-№4.-С.81-83.
4. Ky A.J. Collagen fistula plug for the treatment of anal fistulas / A.J.Ky, P.Sylla // Dis.Colon Rectum.-2008.-Vol.51, N 6. - P.838-843.
5. Schwandner T. Surgical treatment of complex anal fistulas with the anal fistula plug: a prospective, multicenter study / T.Schwandner, M.H. Roblick // Dis.Colon Rectum.-2009.-Vol.52, N 9.- P.1578- 1583.
6. Mitalas L.E. Identification of epithelialization in high transphincteric fistulas / L.E.Mitalas, R.S.Van Oncelen, K.Monkhorst [et al.] // Tech.Coloproctol.- 2012.-Vol.10.-P.103-106.
7. Шахрай С.В. Методика комбинированного хирургического лечения хронического геморроя /С.В.Шахрай// Новости хирургии. -2013.- Том 21.- №1.- С.52-57.
8. Гончарук Р.А. Лечение хронической геморроидальной болезни III-IVстепени / Р.А.Гончарук [и др.]// Журнал хирургия им. Н.И.Пирогова.-2013.- №5.-С.8-11.
9. Способ пластической операции при экстрасфинктерных свищах прямой кишки / А.В.Муравьев [и др.]// Колопроктология.-2012.-№3.-С.11-14.
10. Кузьминов А.М. Лечение свищей прямой кишки с применением биопластического материала / А.М.Кузьминов [и др.]// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-2012.-Т.22.-№5.-С.76-82.
11. Мухаббатов Д.К. Способ хирургического лечения геморроя в сочетании с трансфинктерными свищами прямой кишки/ Д.К.Мухаббатов, Ф.Х.Нозимов, Ш.А.Каримов// Удостоверение на рационализаторское предложение №3336 R551, выданное ТГМУ им.Абуали ибни Сино от 14.12.2012.



Summary

Optimization of surgical treatment of hemorrhoids combined with transphincter rectal fistula

D.K. Muhabbatov, F.H. Nozimov, Sh.A. Karimov
Chair of General Surgery №1 Avicenna TSMU

The work is based on an analysis of surgical treatment 96 patients with hemorrhoids in conjunction with transphincter rectal fistulas.

The authors assessed the effectiveness of surgical treatment of hemorrhoids developed in conjunction with transphincter rectal fistulas and a comparative analysis of complications at early postoperative period between one-stage and two-stage surgery.

Analysis of results shows that early post-operative complications were in 12 (25,0%) patients after conventional and in 5 (10,9%) patients – after proposed surgical treatment of hemorrhoids in conjunction with transphincter rectal fistulas.

Key words: hemorrhoids, transphincterrectal fistula

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Мухаббатов Джиёнхон Курбонович –
ассистент кафедры общей хирургии №1 ТГМУ
им.Абуали ибни Сино;
Таджикистан, г.Душанбе, пр.Рудаки, 139
E-mail: mukhabbatov67@mail.ru



Малоинвазивное хирургическое лечение хронических внутричерепных гематом

С.Н. Шоев, Ш.А. Турдибоев, Р.Н. Бердиев
Кафедра нейрохирургии ТГМУ им.Абуали ибни Сино

В основу работы положен ретроспективный анализ результатов лечения 80 больных с хроническими внутричерепными гематомами.

При хронических эпидуральных гематомах хирургическое вмешательство 15 (18,6%) пациентам было проведено под местным обезболиванием, 10 (12,5%) – под общей анестезией. В 21 (26,3%) случае использован малотравматичный, миниинвазивный хирургический способ. В нашем наблюдении у каждого второго (50%) больного выявлены хронические субдуральные гематомы. Контрольная компьютерная томография показала исчезновение гематомы и клинически у всех больных отмечен регресс неврологических нарушений.

Ключевые слова: компьютерная томография, хроническая внутричерепная гематома, миниинвазивная хирургия

Актуальность. Хронические внутричерепные гематомы (ХВЧГ) до недавнего времени считались редкой патологией. Удельный вес хронических внутричерепных гематом среди всех объёмных образований головного мозга составляет 1-7% [1,2], а среди хирургически значимых внутричерепных кровоизлияний достигает 12-25,5% [3,4]. Главными причинами учащения ХВЧГ за последние годы является распространение черепно-мозговых травм и цереброваскулярных заболеваний. Вопрос выбора тактики лечения этих больных дискутируется до настоящего времени. Не решена проблема оптимальности сроков и адекватности объёма операции. Если в отношении пострадавших с внутричерепными гематомами и очаговыми ушибами мозга, находящихся в состоянии грубой клинической декомпенсации, установилось однозначное мнение о необходимости немедленной операции, то при сравнительно небольших гематомах и (или) ушибах, протекающих на фоне клинической субкомпенсации или умеренной декомпенсации, лечебная тактика окончательно не определена. Требуют уточнения также многие вопросы тактики лечения больных с гипертензивными внутримозговыми гематомами [3].

Несмотря на долгую историю изучения данной проблемы, вопросы патогенеза и лечения ХВЧГ окончательно не решены. Таким образом, выбор индивидуально-адекватного хирургического лечения ХВЧГ в настоящее время является весьма актуальной проблемой нейроtraumatологии.

Цель исследования: улучшение результатов лечения хронических внутричерепных гематом путём совершенствования диагностики и применения малоинвазивных хирургических методов.

Материал и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 80 больных с хроническими внутричерепными гематомами, находившихся на лечении в Национальном медицинском центре РТ, за период 2010 по 2013 гг.

Среди обследованных больные мужского пола составляли 78,7% (63) и женского – 21,3% (17). Взрослых было 67 (83,7%), детей – 13 (16,3%). Возраст обследованных варьировал от 1 года до 64 лет, средний возраст составлял $32,0 \pm 8,4$ года. Из них хронические эпидуральные гематомы были выявлены в 25 (31,2%) случаях, внутримозговые гематомы – в 15 (18,8%) и субдуральные гематомы – в 40 (50%). У 3 (3,8%) больных верифицированы комбинированные гематомы. По плотности гематомы у 35 (41,8%) больных выявлена гиподенсивная, у 14 (17,5%) – изоденсивная и у 31 (38,7%) – гетероденсивная гематомы.

Причиной развития хронических внутричерепных гематом в 55 (68,8%) наблюдениях была черепно-мозговая травма, у 6 (7,5%) больных – вследствие цереброваскулярных патологий, у 7 (8,6%) – после геморрагического инсульта, у 8 (10,0%) пациентов причиной ХВЧГ были ликворшунтирующие операции по поводу гидроцефалии, у 4 (5,1%) – после удаления гигантских размеров опухоли.

Всем пострадавшим с момента поступления в клинику проведены неврологический осмотр, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), рентгенологические и лабораторные методы исследования.

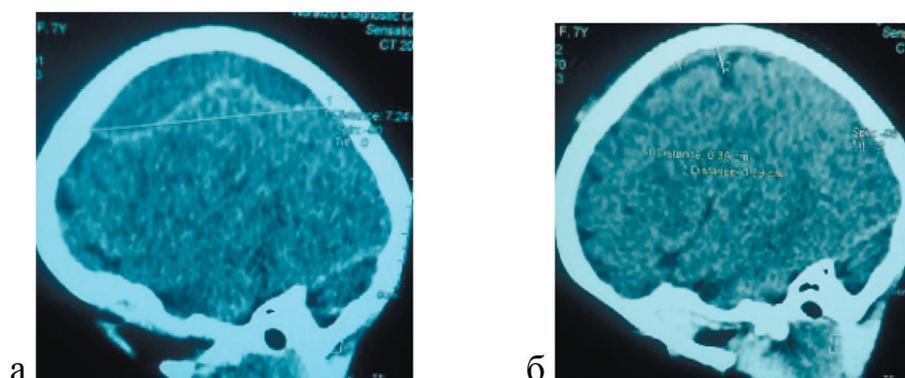


РИС.1. ХРОНИЧЕСКАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА ТЕМЕННОЙ ОБЛАСТИ СПРАВА: А - ДО ОПЕРАЦИИ; Б - ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

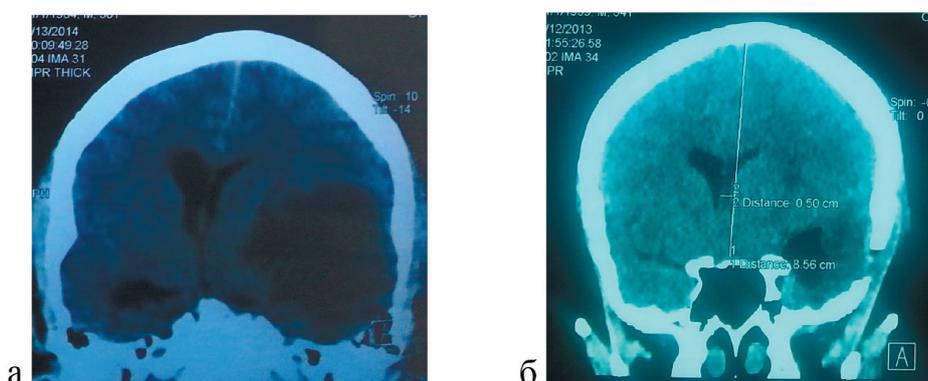


РИС. 2. ХРОНИЧЕСКАЯ ВНУТРИМОЗГОВАЯ ГЕМАТОМА ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА СЛЕВА ДО (А) И ПОСЛЕ (Б) ОПЕРАЦИИ

Результаты и их обсуждение. При ретроспективном анализе результатов лечения больных с хроническими эпидуральными гематомами выявлено, что эти пострадавшие после поступления в клинику были прооперированы традиционным способом (костно-пластическая трепанация). После внедрения миниинвазивного способа в клинику, этим категориям больным произведён малотравматичный способ удаления гематом.

При хронических эпидуральных гематомах операция проведена под местным обезболиванием в 15 (18,6%) случаях и 10 (12,5%) больным – под общей анестезией. В 21 (26,3%) случае использован малотравматичный, миниинвазивный хирургический способ – наложение фрезевого отверстия с последующим закрытым наружным дренированием гематомы путём небольшого разреза кожи, не более 5-6 см. После обнаружения капсулы гематомы, маленьким электроотсосом жидкая часть и более плотная часть гематомы отсасывается (рис.1).

После эвакуации гематомы эпидурально установили полихлорвиниловый катетер с промыванием полости гематомы тёплым физиологическим раствором. В

4 (5,1%) случаях, из-за гетероденсивности гематомы, выполнена небольшая костно-пластическая краниотомия.

Хронические формы внутримозговых гематом (ВМГ) у 3 (3,8%) пострадавших образовались вследствие травмы и у остальных 12 (15%) – нетравматического генеза. Из них у 4 (33,4%) обследованных ВМГ образовалась вследствие разрыва артериовенозной мальформации, у 2 (15,1%) больных – в результате разрыва аневризма сосудов головного мозга, у 4 (33,4%) наблюдаемых – причиной образования ВМГ было нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу и у 2 (15,1%) пациентов – после удаления гигантских размеров внутримозговой опухоли.

Учитывая томоденситометрические данные (хроническая стадия гематомы), у 6 (7,5%) пострадавших применили миниинвазивный способ операции, путём наложения фрезевого отверстия с пункционным удалением хронической внутримозговой гематомы (рис.2), в 9 (11,3%) наблюдениях выполнена костно-пластическая трепанация.

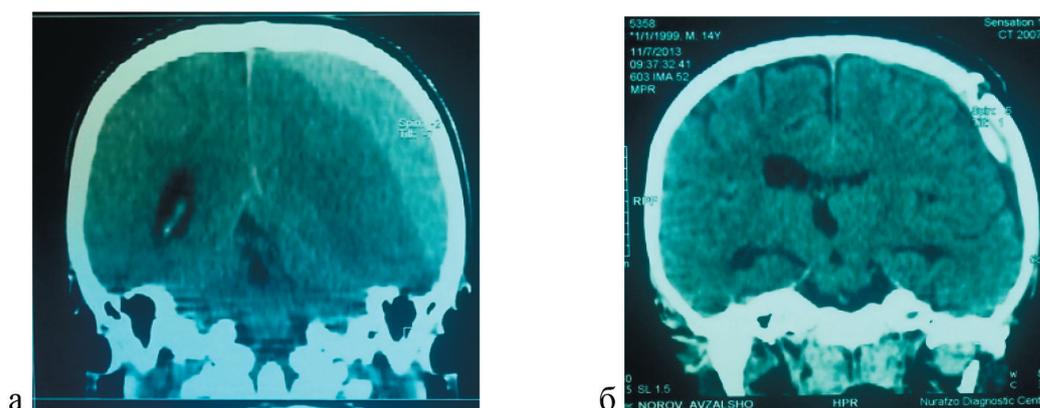


РИС. 3. ХРОНИЧЕСКАЯ СУБДУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА ТЕМЕННО-ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ СЛЕВА:
А - ДО ОПЕРАЦИИ; Б - ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

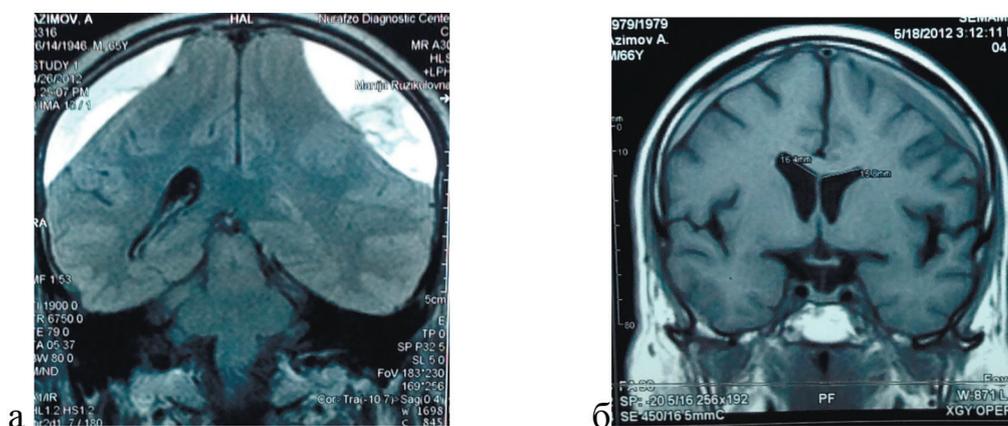


РИС. 4. ХРОНИЧЕСКАЯ СУБДУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА ТЕМЕННЫХ ДОЛЕЙ С ДВУХ СТОРОН:
А - ДО ОПЕРАЦИИ; Б - ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Хронические субдуральные гематомы (ХСГ) в нашем наблюдении составляли 50% (40). Из них в 35 (87,5%) случаях больные были оперированы миниинвазивным способом. В 5 (12,5%) наблюдениях произведена костно-пластическая трепанация из-за окостенения гематомы (рис. 3). В 16 (20%) случаях ХСГ локализовались с двух сторон (рис. 4).

Контрольная компьютерная томография показала исчезновение гематомы и клинически у всех больных отмечен регресс неврологических нарушений.

С появлением современных методов диагностики, таких как компьютерная томография, появилась возможность следить за эволюцией течения гематом, особенно гематом средних и малых размеров, не вызывающих грубых дислокаций.

При ХСГ приоритетным считается индивидуально-адекватный выбор метода их лечения и, в первую очередь, это относится к миниинвазивным видам вмешательства.

Внедрение и совершенствование малоинвазивных методик хирургического лечения ХСГ существенным образом повлияло на результаты и исходы лечения. При хирургическом лечении детей раннего возраста с внутричерепными гематомами, 70% проведённых операций были малоинвазивными [5]. По данным Лихтермана Л.Б. с соавт. (2004), количество осложнений сократилось с 35% до 7,1%, то есть почти в 5 раз [6], а процент летальных исходов в послеоперационном периоде составил от 0 до 8% всех случаев [7].

ВЫВОДЫ:

1. Современные лучевые методы диагностики, такие как компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, являются высокоинформативными для выявления хронических внутричерепных гематом, что позволяет судить об их расположении, объёме, структуре и консистенции.
2. Закрытое наружное дренирование ХВЧГ является эффективным, доступным, экономичным миниинвазивным способом хирургического лечения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Валерко В.Г. Лечение хронических субдуральных гематом у пациентов пожилого/и старческого возраста / В.Г.Валерко, В.П.Берснев [и др.] // Российский нейрохирургический журнал им. проф. А.Л. Паленова. – С-Пб. – 2013. – Т. V. – С. 18-19.
2. Чяснулис Э. Миниинвазивный метод хирургического лечения нетравматических внутричерепных кровоизлияний / Э.Чяснулис // VII Международный симпозиум «Новые технологии в нейрохирургии». – С-Пб. – 2004. – С.141.
3. Корыпаева И.В. Особенности клиники и хирургического лечения травматических внутричерепных гематом большого объема (более 100 см³) / И.В.Корыпаева, В.В.Лебедев, В.В.Крылов // VII Международный симпозиум «Новые технологии в нейрохирургии». – С-Пб. – 2004. – С. 39.
4. Balestreri M. Impact of intracranial pressure and cerebral perfusion pressure on severe disability and mortality after head injury / M.Balestreri, M.Czosnyka, P.Hutchinson [et al.] // Neurocrit. Care. – 2006. – Vol.4, № 1. – P. 8-13.
5. Вегнер С.Ю. Диагностика и хирургическое лечение травматических внутричерепных гематом у детей раннего возраста: автореф. ... канд. мед. наук / С.Ю.Вегнер. – Омск. – 2011. – 28с.
6. Клиническая классификация хронических субдуральных гематом / Л.Б.Лихтерман, А.А.Потапов, А.Д.Кравчук, М.Эль-Кади // Нейрохирургия. – 2004. – № 4. – С. 35-38.
7. Кротов А.В. Травматические хронические субдуральные гематомы у больных пожилого возраста (клиника, диагностика, хирургическое лечение): автореф. ... канд. мед. наук / А.В.Кротов. – М. – 2005. – 34с.

Summary

Minimally invasive surgical treatment of chronic intracranial hematomas

S.N. Shoev, Sh. Turdiboev, R.N. Berdiev
Chair of Neurosurgery Avicenna TSMU

Retrospective analysis of the results of treatment 80 patients with chronic intracranial hematomas was conducted.

In chronic epidural hematoma surgery under local anesthesia patients was performed for 15 (18,6%), under general anesthesia – 10 (12,5%). Less traumatic, minimally invasive surgical method used in 21 (26,3%) patients. In our observations every second (50%) patients had chronic subdural hematomas. The control CT scan showed the disappearance of the hematoma and clinically regress of neurological disorders in all patients.

Key words: computed tomography, chronic intracranial hematoma, minimally invasive surgery

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Шоев Саъдулло Назруллоевич –
аспирант кафедры нейрохирургии ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, пр.И.Сомони, 59а
E-mail: sadullo1976@mail.ru



Клинические особенности гиперпролактинемии при йоддефицитных заболеваниях

Д.А. Ходжамуродова, С.И. Косимова

ГУ ТНИИ акушерства, гинекологии и перинатологии

Для изучения клинических особенностей гиперпролактинемии при йоддефицитных заболеваниях было обследовано 136 бесплодных женщин с гиперпролактинемией. На начальном этапе гиперпролактинемии нарушение менструального цикла протекает в виде недостаточной лютеиновой фазы. С последующим прогрессированием заболевания наступает олигоменорея в 57,3% и ановуляция - в 26,5% случаев. В условиях йоддефицита и отсутствия своевременного лечения основного заболевания щитовидной железы у женщин с бесплодием гиперпролактинемия встречается в 2 раза чаще, нарушая компенсаторные механизмы менструальной и репродуктивной системы.

Ключевые слова: гиперпролактинемия, женское бесплодие, йоддефицитные заболевания, галакторея, ановуляция, репродуктивная система

Введение. Частота бесплодных браков в разных странах в настоящее время составляет от 10% до 20% [1-3]. ВОЗ определяет бесплодие как болезнь, что позволяет бесплодным супружеским парам иметь право на лечение с использованием всех средств, доступных современной репродуктивной медицине [4].

Бесплодный брак способствует возникновению комплекса неполноценности, психосексуальных расстройств, неустойчивых семейных отношений и повышает число разводов, снижая активность данных людей, тем самым оказывая влияние на общество в целом, на демографическую ситуацию в популяции [5-7].

Гиперпролактинемия является одним из частых проявлений эндокринной патологии. Этиопатогенетические факторы её гетерогенны не только по происхождению, но и по своим проявлениям. Одной из причин такой гетерогенности и наблюдающегося в ряде случаев несоответствия клинической картины уровню общего иммунореактивного пролактина (Пrl) в сыворотке крови может быть молекулярный полиморфизм [8].

Гипотиреоз является пусковым механизмом развития этого заболевания, вызывающим избыточную секрецию тиролиберина, а последний приводит к гиперстимуляции лактотрофов и гиперпролактинемии, которая тормозит цикличность продукции гонадотропных гормонов, вызывая галакторею и аменорею [9,10].

Республике Таджикистан, начиная с конца 80-х годов XX века, отмечается рост йоддефицитных заболеваний, переросший в 90-е гг. в очаг эндемии. Среди эндокринной патологии на сегодняшний день лидирует эндемический зоб. Количество населения, поражённое зобом, составляет более 60%, из которых 1,4 млн. составляют женщины фертильного возраста. В настоящее время в Республике Таджикистан имеются разрозненные (отдельные) научные исследования, посвящённые изучению влияния йоддефицитных заболеваний (ЙДЗ) на репродуктивное здоровье женщин [11,12]. Учитывая огромную роль пролактина при нарушениях функции репродуктивной системы и распространённость заболеваний щитовидной железы, изучение данного заболевания в условиях горного Таджикистана приобретает особую актуальность у бесплодных женщин.

Цель исследования: изучить клинические особенности гиперпролактинемии при йоддефицитных заболеваниях у женщин с бесплодием.

Материал и методы. Всего за период 2012-2014 гг. обследовано 136 бесплодных женщин с гиперпролактинемией, находившихся в отделении гинекологической эндокринологии ГУ ТНИИ АГиП.

Критериями отбора больных с патологией репродуктивной системы послужили фертильный возраст супругов, длительность бесплодия свыше одного года, наличие гиперпролактинемии и дисфункции щитовидной железы.



Необходимо подчеркнуть, что среди обследованных не было женщин, имеющих макроаденому и неврологическую симптоматику. Все пациентки имели заключение невропатолога о возможности проведения консервативного лечения, беременности и родов.

Не была проведена дифференциальная диагностика между функциональной гиперпролактинемией и пролактиномой гипофиза у больных с аменореей. Это обстоятельство обусловлено появлением современных методов диагностики (компьютерная томография и магнитно-резонансная томография), позволяющих точно диагностировать опухоли гипофиза на ранних стадиях заболевания.

Комплексное обследование включало в себя клинично-лабораторное, эндоскопическое (гистероскопия, хромосальпингоскопия, лапароскопия) исследования, с оценкой состояния молочных желёз и гинекологического статуса; гормональный скрининг; эхографические методы исследования матки и яичников (мониторинг фолликул), щитовидной и молочных желёз; тиреоэхографию, а также магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга; оценку фертильности спермы супруга.

Основными жалобами обследованных больных были нарушения менструального цикла, галакторея различной степени выраженности и бесплодие.

Средний возраст обследованных пациенток составил $22,12 \pm 0,14$ года. Среди женщин, обратившихся по поводу бесплодия, йоддефицитное заболевание различной степени выраженности обнаружены у всех обследованных больных, при этом средняя длительность бесплодия составила $5,46 \pm 0,11$ года.

Первичным бесплодием страдали 106 (77,9%) больных, вторичным – 30 (22,1%). В анамнезе у 30 больных наблюдались ранние выкидыши и неразвивающаяся беременность.

Средний возраст наступления менархе составил $14,01 \pm 0,12$ года. Позднее наступление менархе в возрасте 16 лет отмечено у 56 (41,2%) пациенток.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась общепринятыми методами с использованием персонального компьютера, программ Microsoft Word 2007, Microsoft Excel. Для оценки данных, распределение которых отличались от нормальных, и при сравнении выборок применяли непараметрический метод статистического анализа: критический уровень значимости (p) нулевой гипотезы принимали меньше 0,05.

Результаты и их обсуждение. Клиническими признаками нарушения менструального цикла явились следующие показатели: олигоменорея – у 78 (57,3%)

пациенток, вторичная аменорея – у 36 (26,5%), недостаточность лютеиновой фазы при регулярном ритме менструации – у 22 (16,2%).

Нормальные показатели гирсутного числа выявлены у 114 (83,8%) больных с гиперпролактинемией. Данный показатель превышал 12 баллов у 22 (16,2%) женщин и составил в среднем $10,7 \pm 1,12$ балла. Уровень 17-ОКС и кортизола в крови у обследованных больных был в пределах нормы.

Анализ показателя индекса массы тела (ИМТ) свидетельствовал о преобладании больных с избыточным весом – 52,2% ($26,43 \pm 0,11$), 33,1% ($21,11 \pm 0,10$) – нормальное соотношение – 14,7% ($32,81 \pm 0,29$) пациенток имели ожирение.

Объективно была выявлена галакторея первой (+) степени у 96 (70,4%) больных, второй (++) степени – у 28 (20,6%), третьей степени – у 8 (5,9%), а также в течение дня выделения из молочных желёз было констатировано у 4 пациенток.

Из общего количества больных с гиперпролактинемией была диагностирована функциональная гиперпролактинемия у 98 (72,1%), при гормональном исследовании уровень ПРЛ в плазме крови у этих пациенток составил $958,0 \pm 42,1$ мМЕ/л.

При гинекологическом осмотре и ультразвуковом исследовании матки и яичников больных с гиперпролактинемией была обнаружена гипоплазия матки у 94 (69,1%).

При тиреоэхографии отмечается отклонение размеров щитовидной железы от соответствующих размеров верхней границы нормы, средний объём щитовидной железы составил $22,3 \pm 0,26$ мл. По данным Hegedus et al. [13], у женщин репродуктивного возраста размеры щитовидной железы не должны превышать объёма 20 мл.

Эутиреодный зоб был выявлен в 35 (25,7%) случаях от общего количества обследованных больных с бесплодием. Субклинический гипотиреоз наблюдался у 78 (57,4%) и манифестный гипотиреоз диагностирован – у 23 (16,9%) больных. На фоне эутиреодного состояния отмечалось преобладание I степени увеличения щитовидной железы над II степенью в 4 раза.

Уровень гонадотропных гормонов (ФСГ $5,11 \pm 1,21$ МЕ/л; ЛГ $6,21 \pm 0,11$ МЕ/л) у женщин с бесплодием находился в пределах нормы, но овуляторный пик (ЛГ $9,23 \pm 1,12$ МЕ/л) у обследуемой группы был значительно снижен ($p < 0,05$) по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы. Уровень эстрадиола также достоверно ($p < 0,05$) был низким во все фазы менструального цикла по сравнению с контрольными показателями. Такая же тенденция отмечалась по результатам концентрации прогесте-



**ТАБЛИЦА. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ
ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ГИПОТИРЕОЗЕ У БЕСПЛОДНЫХ ЖЕНЩИН**

	Данные исследования (n=136) Таджикистан	Adele Bahar et al., 2011, Иран [14]	Hekimsoy Z. et al., 2010, Турция [15]	Emokpaе M.A. et al., 2011 Нигерия [16]	Meier C et al., 2003 Швейцария [17]	Akhter N., Hassan S., Юнусова А.А., 2012 Кыргызстан [18]	Юнусова А.А., 2012 Кыргызстан [19]
Бесплодие:						35,0%	66,0%
Первичное	77,9%						
Вторичное	22,1%						
Нарушения менструального цикла:	83,8%	45,2%				70,0%	68,2%
Олигоменорея	57,3%					59,0%	
Аменорея	26,5%						
Недостаточность лютеиновой фазы	16,2%						
Избыточный вес	52,2%						
Нормальный вес	33,1%						
Ожирение	14,7%	3,6%					
Галакторея:		2,6%			-		63,8%
+	70,6%						
++	20,6%						
+++	5,9%						
Функциональная гиперпролактинемия	72,1%	22,0%	22,0%	33,7%	19,0%	37,5%	
Гипоплазия матки	69,1%						
Эутиреоидный зоб	23,7%						
Субклинический гипотиреоз	57,4%	87,0%	14,9%	14,9%		12,3%	
Манифестный гипотиреоз	16,9%						
Патология молочных желёз	41,1%						55,0%

рона, уровень которого в 2,4 раза был ниже в фазу жёлтого тела по сравнению с нормальными значениями.

У обследованных женщин с ановуляторным менструальным циклом отмечается отсутствие циклической функции гонадотропных гормонов, при этом базальный уровень концентрации ФСГ в пределах нормы, с соответствующими низкими показателями уровня эстрадиола и прогестерона по сравнению с контрольными показателями.

Гормональные исследования показали, что у женщин с недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла в 16,2% случаев уровень ТТГ ($2,45 \pm 0,23$ мМЕ/л) отмечался в пределах нормы и концентрация Т4 ($101,2 \pm 2,1$ нмоль/л) на границе нормы.

Клинические особенности гиперпролактинемии при субклиническом гипотиреозе мало изучены и имеют разные результаты (см. табл.).

Результаты сравнительного анализа с работами других авторов показали, что нарушения менструального цикла на фоне гиперпролактинемии составляют 83,8% и близки к данным исследований N.Akhter, S.Hassan и А.А.Юнусова. Субклинический гипотиреоз встречается в 57,4% случаев и близок к данным Adele Bahar et al., патология молочных желёз совпадает с данными Юнусова А.А. (41,1% и 55,0%, соответственно). Данные о гипоплазии матки со структурой нарушений репродуктивной функции у женщин с бесплодием отсутствуют, хотя удельный вес данного заболевания в нашем исследовании составил 69,1%. Кроме того, в вышеуказанных работах также отсутствуют данные о бесплодии (I и II), которые в наших исследованиях встречаются в 77,9% и 22,1% случаев, соответственно.



Таким образом, в условиях йоддефицита компенсаторно гиперплазированная щитовидная железа в начале заболевания поддерживает эутиреоидное состояние, а в дальнейшем развивается субклинический гипотиреоз и манифестный гипотиреоз (в 57,4% и 16,9% случаев, соответственно). На начальном этапе заболевания нарушение менструального цикла протекает в виде недостаточности лютеиновой фазы (в 16,2% случаев), с последующим прогрессированием процесса наступает ановуляция (в 83,3% случаев).

ЛИТЕРАТУРА

1. Корнеева И.А. Общая концепция диагностики и классификации форм бесплодия / И.А.Корнеева // М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – 52с.
2. Safarinejad M.R. Infertility among couples in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors / M.R.Safarinejad // International J. of Andrology. –2008. –V.31., I.3. –P. 303–314.
3. Кулаков В.И. Вспомогательная репродукция: настоящее и будущее /В.И. Кулаков // Акушерство и гинекология.–2003.–№ 1. – С.3-7.
4. Современный взгляд на бесплодный брак / С.А.Леваков, С.А.Павлова, Т.И.Бугрова, А.Г.Кедрова// Клиническая практика. – 2010. – 3. – С.92-97.
5. Назаренко Т.А. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Т.А.Назаренко.–М. – 2010.–630с.
6. Peterson B.D. Coping Processes of Couples Experiencing Infertility / B.D.Peterson [et al.] // Family Relations. –2006. –V.55., I.2.–P.227-239.
7. Fujimoto V.Y. Environmental Factors Affecting Female Infertility / V.Y. Fujimoto [et al.] // Biennial Review of Infertility. – 2009. – Part 1. – P. 3-20.
8. Гиперпролактинемия: частота встречаемости макропролактинемии и её диагностика / А.Д.Добрачева, Н.П.Гончаров, Г.А.Мельниченко, Л.К.Дзеранова // Материалы 5-го Всеросс.конгр. эндокринологов.– М. –2006. – С. 399
9. Перминова С.Г. Репродуктивная функция женщин с патологией щитовидной железы / С.Г.Перминова // Проблемы репродукции.–2006. – Т. 12, № 1. – С. 70-77.
10. Лабыгина А.В. Основные клинико-патогенетические варианты женского эндокринного бесплодия / А.В.Лабыгина // Межд. эндокрин. журнал. –2011. –№ 3 (35).
11. Назаренко Т.А. Особенности клинического течения синдрома поликистозных яичников у женщин с бесплодием при патологии щитовидной железы / Т.А.Назаренко, Д.А.Закануродова, Ш.С.Анварова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – М. – 2012. – №1. – С. 65-73.
12. Ятимова М.А. Влияние йодной профилактики и лечения эндемического зоба на течение беременности и перинатальные исходы: автореф. дис.... канд. мед. наук // М.А.Ятимова. – Душанбе. –2009. – 4с.
13. Hegedus L. Thyroid size determined by ultrasound. Influence of physiological factors and non-thyroidal disease / L.Hegedus // Dan. Med. Bull. –1990. – V. 37(3). – P. 249-63.
14. Hypoprolactinemia in association with subclinical hypothyroidism / Adele Bahar, Ozra Akha, Zahra Kashi, Zakiie Vesgari // Caspian J. Intern. Med. – 2011; 2(2): 229-233.
15. The prevalence of hyperprolactinaemia in overt and subclinical hypothyroidism / Z.Hekimsoy, S.Kafesçiler, F.Güçlü, B.Ozmen // Endocr J. – 2010;57(12):1011-5.
16. Emokpae M.A. Sub-clinical hypothyroidism in infertile Nigerian women with hyperprolactinaemia / M.A.Emokpae, H.B.Osador, Ohnisi Omole // Niger J. Physiol. Sci. – 2011.– N. 23;26(1):35-8.
17. Meier C. Thyroid / C.Meier [et al.] // – 2003 Oct;13(10):979-85.
18. Akhter N. Subclinical hypothyroidism and hyperprolactinemia in infertile women: Bangladesh perspective after universal salt iodination /N.Akhter, S.Hassan// The Internet J. of Endocrinology. – 2008. –V.5, N. 1.
19. Юнусов А.А. Тиреоидный гомеостаз и дисгормональные нарушения репродуктивной системы у женщин: автореф. дис.... канд. мед. наук /А.А.Юнусов. – 2012. – 24с.



Summary

Clinical features of hyperprolactinemia in iodine deficiency diseases

J.A. Hojamurodova, S.I. Kosimova

SI TNII Obstetrics, Gynecology and Perinatology

To study the clinical features of hyperprolactinemia in iodine deficiency diseases 136 infertile women with hyperprolactinemia were examined. At the initial stage of hyperprolactinemia the menstrual cycle disorders occurs in the form of inadequate luteal phase. With the subsequent progression of the disease oligomenorrhea occurs in 57,3% and anovulation – in 53% of cases. In iodine deficiency and lack of timely treatment of the underlying thyroid disease in women with infertility hyperprolactinemia occurs 2 times more often disturbing compensatory mechanisms of menstrual and reproductive system.

Key words: hyperprolactinemia, female infertility, iodine deficiency disorders, galactorrhea, anovulation, reproductive system

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ходжамуродова Джамиля Амоновна –
заведующая отделением гинекологической
эндокринологии ГУ ТНИИ АГиП;
Таджикистан, г. Душанбе, ул. М. Турсун-заде, 31
E-mail: innjamilya@hotmail.com

Прегавидарная подготовка женщин с невынашиванием беременности при цитомегаловирусной инфекции

М.С. Рустамова

ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

В статье представлены полученные данные о высокой частоте (34,9%) цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ), выявленной среди женщин с невынашиванием беременности, которая занимает лидирующее место среди других видов инфекций, передающихся половым путём.

ЦМВИ проявлялась в острой первичном заражении (6,6%), рецидивирующей (36,9%) и хронической (56,6%) формах заболевания. При этом выявлены зависимость частоты и вида осложнений гестационного периода от стадий течения ЦМВИ, совпадение бактериального пейзажа женщин и микрофлоры абортусов, особенности гистологической картины плацент больных с ЦМВИ. Установлено, что прегавидарная подготовка женщин с ЦМВИ уменьшила частоту осложнений беременности (в 3,2 раза), родов (в 4,1 раза), репродуктивных плодовых потерь (в 3 раза) и перинатальной смертности (в 7,4 раза).

Ключевые слова: цитомегаловирусная инфекция, невынашивание беременности, самопроизвольные аборты, прегавидарная подготовка, перинатальные исходы

Актуальность. В последние годы во многих странах мира, в том числе и в Республике Таджикистан, отмечен рост числа заболеваний, передающихся половым путём, в частности цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) и её влияние на гестационный процесс. ЦМВИ вызывает множественные поражения тканей и органов человека с развитием пороков развития, инвалидности и летальности [1-6]. Неблагоприятная демографическая ситуация в нашей стране, обусловленная высокими показателями материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, высокий процент потерь желанных беременностей (от 20 до 25%) и широкое распространение ЦМВИ (40-99%) указывают на медицинскую и социальную значимость данной проблемы [6-9].

Несмотря на многочисленные исследования, проведённые по данной проблеме, остаётся ряд дискуссионных вопросов по профилактике осложнений гестационного периода у женщин, страдающих невынашиванием и ЦМВИ, и принципам их подготовки к желанной беременности.

Целью исследования явилось изучение особенностей течения беременности, родов и перинатальных исходов у женщин, страдающих невынашиванием беременности, в зависимости от активности ЦМВИ и разработка принципов подготовки к запланированной беременности для профилактики осложнений.

Материал и методы. В соответствии с целью исследования обследованы 227 беременных женщин, обратившихся в консультативно-диагностическую поликлинику и госпитализированных в отделение «Невынашивание беременности» Института акушерства, гинекологии и перинатологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан в период 2008-2013 гг.

В структуре выявленных урогенитальных возбудителей ЦМВИ обнаруживалась более чем у одной трети (34,9%) обследованных больных (n=122; основная группа) и занимала лидирующее место. Контрольную группу составили практически здоровые беременные женщины (n=61).

Критерием включения в основную группу явилось наличие в анамнезе невынашивания беременности. Критериями исключения были приём антибиотиков, противовирусных препаратов и иммуномодуляторов, реабилитационная подготовка вне беременности. Все обследованные женщины дали своё информированное согласие на проведение обследования.

Возраст пациенток колебался от 18 до 42 лет, при этом преобладали женщины активного репродуктивного возраста от 20 до 34 лет, которые составили 75,8% и 73,8% женщин основной и контрольной групп, соответственно.



Анализ паритета показал, что в обеих группах первородящих было в наименьшем проценте (13,7% и 21,3%), в то же время повторнородящие (43,6% и 32,8%) и многократно рожавшие женщины (42,7% и 45,9%) составили большинство. Следовательно, группы были идентичными для сравнения и получения достоверных результатов.

У каждой взятой под наблюдение женщины изучались жалобы, анамнез жизни и заболевания, особенности течения и осложнения беременностей и родов (предыдущих и настоящих), оценивалось течение послеродового и перинатального периодов.

Больные подвергались акушерскому исследованию, производились общеклинические анализы, иммунофлюоресцентный анализ соскобов из гениталий, абортусов (плодное яйцо, децидуальная ткань и ворсинчатый хорион) и плацент, бактериоскопическое и бактериологическое исследования, иммуноферментный анализ, ПЦР.

Острая, или первичная, форма ЦМВИ характеризовалась появлением в крови IgM при индексе avidности ниже 40%, положительной ПЦР и выявлением антител в отделяемом из цервикального канала (+++). Реактивация хронической формы оценивалась при 3-4 кратном повышении уровня IgG высокой avidности и выявлением антител в соскобах из цервикального канала (+/+). Латентная форма ЦМВИ характеризовалась выявлением титра антител IgG высокой avidности, отсутствием их роста при повторном обследовании, отсутствием антител IgM и антигена в биологических средах и отсутствием антител в соскобах из цервикального канала.

Функциональные методы исследования включали ультразвуковое исследование матки (в послеабортном и послеродовом периодах), плодного яйца, плода и доплерографию кровотока в маточно-плацентарно-плодовой системе, фетометрию и плацентографию.

Предгравидарная подготовка проведена 37 женщинам с потерями плода и ЦМВИ.

Статистический анализ результатов исследования проведён по Стьюденту с определением средних значений полученных показателей (M) и ошибки (m). Доверительный интервал >95% принимался как статистически значимый. Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследований показали, что у большинства из 227 женщин с невынашиванием беременности (73,1%; $n=166$) были выявлены возбудители сексуально-трансмиссивных заболеваний. У 61 (26,9%) пациентки урогенитальная инфекция не обнаружена, по-видимому, потеря

беременности у них была обусловлена другими причинами, таковыми как эндокринопатия, пороки развития матки и т.д.

Установлено, что ЦМВИ лишь в 18,8% выявлялась в виде моноинфекции, а у большинства беременных женщин (81,2%) обнаружена микст-инфекция, то есть сочетание ЦМВИ с другими видами инфекций, передающихся половым путём (хламидии, микоплазма, уреоплазма, вирус простого герпеса-ВПГ и т.д.). Ассоциации ЦМВ с патогенной бактериальной флорой встречались в 5,1 раза чаще ($p < 0,001$) по сравнению с аналогичными возбудителями у пациенток контрольной группы.

При иммунофлюоресцентном исследовании, в 12 из 15 абортусов были обнаружены возбудители урогенитальной инфекции, причём преобладала вирусная инфекция (52,7%), в том числе ЦМВ (34,9%), при этом бактериальный пейзаж женщин в большинстве случаев (86,7%) совпадал с микрофлорой соскобов из матки.

ЦМВИ у беременных женщин обнаруживалась в различных стадиях активности. Острая форма, или первичное заражение ЦМВИ было установлено у 8 (6,6%) больных. Рецидивирующая форма ЦМВ выявлена у 45 женщин, то есть у более одной трети пациенток (36,9%) в течение гестационного периода произошло обострение заболевания, у остальных женщин ($n=69$; 56,5%) ЦМВИ имело хроническое или латентное течение.

Наиболее частыми перенесёнными заболеваниями среди пациенток основной группы были установлены тонзиллит, острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), заболевания мочевыводящей системы и щитовидной железы и анемия. Почти каждая больная (86,1%) основной группы перенесла ОРВИ, при этом они указали на частую заболеваемость – до 2-4 раз в год. Возможно, данный факт указывает на реинфекцию ЦМВИ, которая клинически протекала по типу гриппа.

Анализ менструальной функции обследованных женщин с наличием ЦМВИ показал, что у большинства (70,5%) из них цикл был нормальным. Среди нарушений менструального цикла установлена дисменорея и гиперполименорея, по-видимому, обусловленные воспалительными процессами эндометрия.

При изучении детородной функции женщин основной группы обратили внимание на высокую частоту невынашивания беременности (44,0%), перинатальных (43,1%) и репродуктивных потерь (66,8), неразвивающихся беременностей (10,3%), мёртворождений (25,3%). В то время как частота срочных родов (31,3%) была в 2,2 раза меньше аналогичного показателя контрольной группы ($p < 0,001$).

ЦМВИ не проявлялась специфическими клиническими признаками и у большинства обследованных женщин протекала бессимптомно, стёрто и латентно. Генерализованная форма ЦМВИ не была выявлена ни у одной больной основной группы. Однако у обследованного контингента женщин была установлена высокая частота эндометрита, который диагностировался в 13,3 раза чаще относительно женщин контрольной группы (4,9%), достигая 65,1% ($p < 0,001$).

Полученные данные соответствуют исследованиям многих авторов, которые выделяют воспалительные заболевания половой сферы, как одну из основных причин спонтанного и привычного выкидыша. Длительная, часто бессимптомная персистенция инфекционных агентов в эндометрии приводит к выраженным изменениям в структуре ткани, её рецепторном аппарате, в результате в нём нарушаются процессы пролиферации и циклической трансформации, которые отрицательно влияют на процессы имплантации, плацентации, нормального развития беременности, приводя к её потерям [9,10].

Треть (30,2%) больных с урогенитальной инфекцией жаловались на явления цистита, причём более чем половина (53,8%) из них указали на хроническое его течение с частыми рецидивами. Хронический пиелонефрит установлен у 56,6% женщин с ЦМВИ. Высокая частота воспалительного заболевания мочевыводящих путей, по-видимому, обусловлена инфицированием урогенитальной инфекцией.

Таким образом, ЦМВ и другие урогенитальные инфекции протекают стёрто и сопровождаются воспалительными заболеваниями половых органов и мочевыводящей системы, аналогичные данные получены и другими исследователями [2,11].

Выявлены особенности течения гестационного процесса у женщин с ЦМВИ в зависимости от её стадии. При первичном заражении у всех 8 обследованных женщин произошёл ранний самопроизвольный выкидыш в сроках беременности от 6 до 9 недель (табл.1). При этом у 3 (37,5%) – в сроке гестации 4-5 недель беременности диагностирована неразвивающаяся беременность. В послеабортном периоде у более трети (37,5%) пациенток возникли осложнения в виде эндометрита.

Больных с рецидивирующей и хронической формой ЦМВИ с угрозой прерывания беременности и начавшимися выкидышами было больше в 4,2 и 6,7 раза и 3,1 и 4,4 раза, соответственно, по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы.

Частота самопроизвольных выкидышей возрастала в зависимости от стадии ЦМВИ. Если при острой форме у всех 100% беременных женщин произошёл аборт, то при рецидивирующей и хронической формах таковых было 24,4% и 10,1%, соответственно ($p < 0,001$). Заслуживает внимания высокая частота гипертензивных нарушений у инфицированных женщин.

ТАБЛИЦА. ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЦМВИ

Нозологические формы	Основная группа (n=122)						Контроль (n=61)	
	Острая форма или первичное заражение (n=8)		Рецидивирующая форма (n=45)		Хроническая форма (n=69)		Абс.	%
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Ранний токсикоз	-	-	4	8,9	7	8,7	9	13,0
Угроза прерывания беременности	2	25,0*	28	62,2*	32	46,4*	9	14,8
Начавшийся и начинающийся выкидыш	5	62,5*	10	22,2*	10	14,5*	2	3,3
Самопроизвольный выкидыш	8	100	11	24,4	7	10,1	-	-
Гипертензивные нарушения	-	-	4/13	30,8*	5/41	12,2*	1/23	4,4
Нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока	-	-	7/18	38,9*	8/31	25,8*	2/38	5,2
Плацентарная недостаточность	-	-	7/18	38,9*	8/41	19,5*	1/26	3,8
Патология околоплодных вод	-	-	22/35	62,9*	9/41	21,9*	5/47	10,6
СЗРП	-	-	6/18	33,3	7/31	22,6	-	-

Примечание: p* – статистическая значимость различий по отношению к контрольной группе ($p < 0,001$)



Установлено влияние рецидивирующей и хронической форм ЦМВИ на развитие внутриутробного плода. Нарушение кровотока в маточно-плацентарно-плодовой системе установлено у 38,9% и 25,8% обследованных женщин с рецидивирующей и хронической формами ЦМВИ, что также статистически значимо ($p < 0,001$) относительно контрольной величины.

Плацентарная недостаточность диагностирована у 38,9% и 19,5% беременных с рецидивирующей и хронической формами ЦМВИ, что способствовало рождению детей с СЗРП в 33,3% и 22,6% случаев, соответственно.

У рожениц с рецидивирующим и хроническим течением ЦМВИ дородовой разрыв плодных оболочек (ДРПО) диагностировался с одинаковой частотой, более чем у половины (55,2% и 53,1%, соответственно) обследованных, что было достоверно ($p < 0,001$) выше по сравнению с показателем (9,1 %) женщин контрольной группы, превышая значения в 6,1 и 5,8 раза. Патология околоплодных вод наблюдалась часто (62,9%) у женщин с обострением ЦМВИ, по сравнению с больными хронической формой ЦМВИ (21,9%) и женщинами контрольной группы, приобретающая высокую статистическую значимость ($p < 0,001$).

Послеабортный и послеродовой (36,4% и 28,6%, соответственно) эндометриты осложнили гестационный процесс у большинства (62,1%) родильниц с рецидивирующей формой ЦМВИ и более трети (31,2%) больных с хроническим течением данной патологии. По-видимому, данный факт обусловлен снижением иммунологического и интерферонного пула организма женщин при инфицировании цитомегаловирусом.

Внутриутробное инфицирование установлено с высокой частотой (43,8% и 23,7%, соответственно) у новорождённых, родившихся от матерей с рецидивирующей и хронической формами ЦМВИ, по сравнению с 9,1% матерей контрольной группы ($p < 0,001$).

Выявлено развитие врождённых пороков развития в виде микроцефалии (2 случая), слепоты (2) и кист головного мозга (2) у детей, рождённых от матерей при рецидивирующем течении ЦМВИ. Среди новорождённых от матерей с хроническим течением ЦМВИ и контрольной группы ни в одном случае пороки развития плода не были выявлены. Полученные данные подтверждают данные о тропизме ЦМВИ тканям головного мозга с формированием пороков развития [4, 6, 12].

Изучение состояния фето-плацентарного комплекса позволило установить наличие изменений в плаценте и околоплодных водах. У каждой четвёртой (23,7%) женщины было диагностировано маловодие, у 42,4% – многоводие, у 10,5% – установлены мутные

с хлопьями околоводные воды и отёчность плаценты. У 3 (7,8%) больных с ЦМВ в плаценте выявлено наличие кист.

Патолого-гистологическое исследование плацент показало наличие воспалительных процессов в виде интервиллизита (38,9%), гнойно-некротического амнионита (30,3%), базального дицидуита (69,6%), хориоамнионита (60,6%) и кальциноза (57,5%). Герпетические клетки были обнаружены в 30,3% случаев. Признак «Совиный глаз», который характерен для ЦМВИ, обнаружен во всех плацентах больных с ЦМВИ. Высоким был процент полнокровных ворсин (38,9%) и наличия крови в межворсинчатом пространстве (38,9%), однако очаговые инфаркты плаценты, спазм сосудов ворсин и гипоплазия были выявлены в единичных случаях. Хроническая плацентарная недостаточность установлена в 19 (57,5%) случаях. В 1/3 обследованных плацент были выявлены признаки тромбоза артерии.

Резюмируя полученные данные, необходимо отметить, что все формы ЦМВИ отрицательно влияют на течение беременности, родов, послеабортного и послеродового периодов, а также на перинатальные исходы, при этом частота и вид осложнений зависит от формы и стадии ЦМВИ, что указывает на разработку мер по предупреждению осложнений вне беременности.

Одним из эффективных методов профилактики невынашивания беременности и осложнений гестационного процесса является прегравидарная подготовка женщин. При этом имеется возможность провести тщательное обследование и лечение выявленных патологических процессов, что предупредит новое заражение и обострение ЦМВИ в гравидарном периоде. В связи с этим, проведена патогенетическая терапия в прегравидарном периоде 37 женщинам, страдающим невынашиванием беременности и ЦМВИ. Все женщины страдали хроническими воспалительными заболеваниями органов мочеполовой сферы, в виде эндометрита, сальпингоофарита, цистита или пиелонефрита.

Всем обследованным были проведены антибактериальная (вильпрофен солютаб-500 по 1 табл. 3 раза в день, в течение недели), иммунокорректирующая (циклоферон/иммунал, по 2,0 в/м, через день, №10 или по 20 капель 2 раза в течение месяца), антивирусная (ацикловир -200 по 1 табл. 5 раз в день, в течение 1 месяца, бетадиновые свечи – по 1 свече 1 раз в день вагинально, №14), интерферонстимулирующая (виферон-II – по 1 свече 2 раза в день, ректально, в течение 10 дней, затем по 1 св. 2 раза в неделю, в течение 5 недель), и рассасывающая (деклавит – 1 св. 2 раза в день, ректально, дестриптаза – по 1 свече 2 раза, вагинально, в течение 10 дней) терапии. Лечение получали одновременно супруги/половые партнёры. Все женщины с лечебной и контрацеп-



тивной целью получали линдинет-20 или мидиану, по общепринятой схеме, в течение 3 менструальных циклов. С целью подготовки эндометрия была проведена физиотерапия с использованием электрофореза медью и цинком.

В системе лечебно-профилактических мероприятий при невынашивании беременности инфекционного генеза одно из ключевых значений имеет предупреждение реактивации инфекции у беременных и инфицирования новорождённых. В связи с этим после наступления планируемой беременности дополнительно к общепринятым методам обследования, каждые два месяца проводилось определение титров антител IgM и IgG и индекса авидности, и выявление антител и антигена в соскобах из цервикального канала.

После проведённого курса обследования и лечения у всех женщин была выявлена хроническая форма ЦМВИ, при которой титр антител IgG колебался в пределах 1:200 и 1:400, при индексе авидности – от 72 до 86%.

Анализ течения гестационного процесса у женщин с прегравидарной подготовкой показал, что у них уменьшилась частота осложнений беременности (в 3,2 раза), родов (в 4,1 раза), репродуктивных плодовых потерь (в 3 раза) и перинатальная смертность (в 7,4 раза). Ни в одном случае не было определено патологий со стороны мозга плода. В 83,8% гестация закончилась рождением здоровых жизнеспособных новорождённых.

Таким образом, установлена высокая частота ЦМВИ среди женщин, страдающих невынашиванием беременности, и зависимость частоты и вида осложнений гестационного периода от стадий течения ЦМВИ. Выявлено, что разработанный комплекс профилактических мероприятий по выявлению и обследованию женщин с синдромом потерь беременности и ЦМВИ, проведению прегравидарной подготовки к планируемой беременности пациенток с ЦМВИ способствовал оздоровлению женщин, предупреждению персистенции вируса и уменьшению частоты осложнений беременности, родов и потерь беременности, снижению показателей репродуктивных плодовых потерь и перинатальной смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дьячук Е.В. Клинико-лабораторная характеристика цитомегаловирусной инфекции у беременных и детей первого года жизни: автореф. ... дис. канд. мед. наук / Е.В.Дьячук. - С-П. - 2012. - 22 с.
2. Прилепская В.Н. Цитомегаловирусная инфекция: возможности терапии во время беременности / В.Н.Прилепская, А.В.Ледина, Н.А.Короткова // Гинекология. - Том 16. - № 3. - С.94-96
3. Рустамова М.С. Цитомегаловирусная инфекция у женщин при синдроме потерь беременности / М.С. Рустамова, Ш.Т. Мунинова, Г.Д. Истамова // Мать и дитя. - 2010. - №3. - С.78-79
4. Яцык Г.В. Цитомегаловирусная инфекция / Г.В.Яцык, Н.Д.Одинаева, И.А.Беляева // Практика педиатра. В помощь врачу. - 2009. - №10. - С. 5-12.
5. Yinon Y. Screening, diagnosis, and management of cytomegalovirus infection in pregnancy / Y.Yinon [et al.] //Obstet. Gynecol. Surv. - 2010. - V.65 (11). - P. 736-743.
6. Всемирная организация здравоохранения. Инфекции, передаваемые половым путём и иные инфекции репродуктивного тракта // - Женева. - 2005. - 145с.
7. Национальная стратегия развития РТ на период до 2015г. / - Душанбе. - 2008
8. Национальная стратегия здоровья населения РТ на период до 2020г. / - Душанбе. - 2010. - 163с.
9. Сидельникова В.М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием /Методические пособия и клинические протоколы // В.М.Сидельникова. М.: МЕДпресс-информ. - 2010. - 224с.
10. Мальцева Л.И. Роль регуляторных аутоантител в диагностике хронического эндометрита / Л.И.Мальцева, Д.И.Осадчая // Материалы междунауч.-практ. конф., Казань. - 2010. - С. 43-47.
11. Сидельникова В.М. Привычные потери беременности / В.М.Сидельникова // - М., Триада-Х. - 2000.- 304 с.
12. Русанова Н.Н. Цитомегаловирусная инфекция у детей / Н.Н.Русанова, С.Н.Теплова, С.А.Коченгина // - СПб. - 2001. - С. 45-48.



Summary

Pregravid preparation for women with miscarriage at cytomegalovirus infection

M.S. Rustamova

SEI Institute of Postgraduate Studies in Healthcare of the Republic of Tajikistan

The article presents the findings of a high frequency (34,9%) of cytomegalovirus infection (CMVI), identified among women with miscarriage, which is taking leading place among other types of sexually transmitted infections.

CMVI manifested as acute primary infection (6,6%), recurrent (36,9%) and chronic (56,6%) forms of the disease. The dependence of frequency and type of complications from gestational stages of CMVI, the coincidence of women bacterial microflora with abortions ones, especially placental histology in patients with CMVI were revealed. Established that pregravid preparation reduced the incidence of CMVI complications of pregnancy (by 3,2 times), labor (by 4,1 times), the reproductive loss (by 3 times) and perinatal mortality (by 7,4 times).

Key words: cytomegalovirus infection, miscarriage, spontaneous abortion, pregravid preparation, perinatal outcomes

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Рустамова Мехринисо Сангиновна – профессор кафедры акушерства и гинекологии ГОУ Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ; Таджикистан, г.Душанбе, пр.И.Сомони, 59
E-mail: mehrinisor@mail.ru

Применение нестандартной оперативной техники при гигантской аневризме брюшной аорты

А.Д. Гаибов^{1,2}, У.М. Авгонов², А.К. Баратов², З.С. Ахмаджонов¹, З.Р. Шарипов²

¹ Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино;

² ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

В статье отмечено, что аневризма брюшной аорты в основном встречается у пожилых пациентов, страдающих тяжёлыми сопутствующими заболеваниями. В связи с этим, различные осложнения при традиционной резекции аневризмы аорты встречаются у 70% больных, летальность в некоторых случаях достигает 43,7%. В развитии операционных и послеоперационных осложнений, по мнению авторов, существенное значение имеет продолжительность пережатия аорты, сопровождающаяся серьёзными гемодинамическими изменениями в коронарных, мозговых и почечных сосудах. Эти изменения являются ключевыми моментами в развитии фатальных исходов.

С целью сокращения длительности пережатия аорты, авторами предложена нестандартная оперативная техника протезирования брюшной аорты, при котором кровоток по аорте останавливается на 10-12 минут, меньше, чем при обычных операциях.

Оперированный по данной методике пациент успешно выписан без серьёзных послеоперационных осложнений и выздоровлением.

Ключевые слова: аневризмы, реконструкция брюшной аорты, осложнения

Актуальность. Аневризма брюшной аорты (АБА) является состоянием, угрожающим жизни. Так, согласно статистике National Center for Injury Prevention and Control, в США ежегодно около 14 тысяч пациентов умирают от разрыва аневризмы брюшной аорты [1]. Исследование National Aneurysm Register показало, что около 1,1 млн. населения США в возрасте от 50 до 85 лет имеет аневризму аорты [2].

По данным Э.Г. Гуровского, в России в 2012 году выполнено 1767 операции по поводу аневризм брюшной аорты [3], вместе с тем, это число не отражает реального состояния проблемы. Несмотря на достижения в диагностике и лечении пациентов с аневризмами брюшной аорты, до настоящего времени многие вопросы являются спорными и до конца неизученными.

На современном этапе лечение пациентов с аневризмами аорты проводится двумя методами – открытой операцией и эндоваскулярным протезированием [4]. Использование эндоваскулярных технологий является идеальным в подобных случаях, однако такие операции являются дорогостоящими. Согласно данным National Vascular Database Audit 2009, около 44% аневризм брюшной аорты в Великобритании оперируются эндоваскулярно [5]. В России в 2012

году лишь в 245 случаях была выполнена эндоваскулярная имплантация стент графта [3].

Несмотря на опыт, накопленный за последние 20 лет и внедрение новых типов устройств для эндоваскулярного лечения аневризм брюшной аорты, и в настоящее время имеются значительные сложности в имплантации эндографта. В особенности это касается случаев распространения аневризмы на подвздошные артерии или устья почечных сосудов. Кроме того, сама эндоваскулярная методика не избавляет больного от прогрессирования атеросклероза и развития дегенеративных процессов в стенке аорты. До настоящего времени у больных с аневризмой аорты, распространяющейся на подвздошные артерии, методом выбора является открытая операция.

Традиционно протезирование брюшной аорты при больших аневризмах выполняется в следующей последовательности: пережатие аорты ниже отхождения почечных артерий, вскрытие и резекция аневризматического мешка, формирование проксимального, а затем дистальных анастомозов. При такой технике операции пережатие аорты продолжается от 20 до 30 минут или больше, что зависит от опыта хирурга и степени дегенеративных изменений



в сосудах. Это то время, которое необходимо для формирования двух анастомозов: проксимального и одного из дистальных, т.е. до снятия зажима с аорты и пуска кровотока. При этом несколько больше времени требуется для формирования проксимального, меньше – для дистального анастомозов.

У больных с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями продолжительность пережатия аорты имеет существенное значение, так как кратковременная артериальная гипертензия, а затем и резкое снижение АД в надпочечном сегменте может сопровождаться серьёзными гемодинамическими изменениями в коронарных, мозговых и почечных артериях [1-4]. Этим обусловлена высокая частота развития острой почечной недостаточности (13%) [6], сердечно-лёгочных осложнений (22%) [7] и инсульта (2,5%) [6] во время операции или в ближайшем послеоперационном периоде. Вероятность развития указанных осложнений увеличивается у пациентов с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями и патологией почек, которые, как правило, всегда имеются у больных преклонного возраста, страдающих аневризматической болезнью. В связи с этим, одной из главных задач, при реконструкции брюшной аорты по поводу аневризмы, становится максимальное сокращение времени пережатия аорты. При оперативных вмешательствах по поводу окклюзионно-стенозированных поражений аорто-подвздошного сегмента пережатие аорты сопровождается меньшими гемодинамическими изменениями из-за существующих уже компенсаторных механизмов в процессе формирования анастомозов в процессе пережатия.

Согласно анализу, проведённому P.A. Leake et al. (2011), частота летальных исходов при открытых оперативных вмешательствах по поводу АБА достигает 5%, а в случае её разрыва послеоперационная летальность достигает 33,7% [8]. Несмотря на усовершенствование техники и методов операций при вовлечении в аневризматический процесс висцеральных артерий, суммарное число послеоперационных осложнений достигает 30% [9,10].

С целью сокращения времени пережатия аорты, нами впервые в клинической практике использована инновационная оперативная техника протезирования брюшной аорты, сущность которой изложена в следующем клиническом примере.

Клинический пример. Больной М., 1950 г.р., переведён из Согдийской областной клинической больницы с жалобами на боли и наличие большого опухолевидного образования в животе. Пульсирующее образование в брюшной полости, со слов больного, имеет место в течение одного года. За 5 суток до обращения к врачу, после физической нагрузки, появились сильные боли в животе, которые купировались наркотическими обезболивающими.

При поступлении состояние больного тяжёлое. Пациент среднего телосложения. АД-160/95 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, границы сердца умеренно расширены. Больной значительно ослаблен, страдает бессонницей. В 2011 г. перенёс инфаркт миокарда, в 2003 г. – нефрэктомия по поводу афункциональной левой почки. В брюшной полости слева от срединной линии в проекции мезо- и эпигастрия пальпируется резко болезненное гигантское пульсирующее образование туго-эластической консистенции. Примерные размеры образования около 15 см в длину и 10 см в ширину. При аускультации классической шумовой симптоматики нет. Пульсация на магистральных артериях конечностей сохранена. При обследовании единственной почки нарушений концентрации и фильтрационной функции не отмечено. Суточный диурез – 1100 мл, концентрация креатинина в крови – 88,8 мкмоль/л, мочевины – 7,4 мкмоль/л, азот мочевины – 7,2 мкмоль/л.

Дуплексное ЭХО-сканирование выявило девиацию и мешковидное расширение инфраренального отдела брюшной аорты, которое начинается от подпочечного сегмента и распространяется на общие подвздошные артерии. В просвете аневризмы определяется большое количество тромботических масс. При ЭХО-КГ: ФВ – 38%; отмечается гипокинезия и местами аккинезия передне-боковой стенки и верхушки левого желудочка; постинфарктная аневризма левого желудочка.

С целью определения проксимальной и дистальной границы аневризмы больному выполнена трансформальная аортография по Сельдингеру (рис. 1а, 1б), на ангиограмме отмечается аневризматическое расширение всего инфраренального сегмента брюшной аорты, переходящее на общие подвздошные артерии. Последние значительно поражены атеросклерозом, отмечается их девиация.

Правая почечная артерия отходит на 1,5 см выше перешейка аневризмы, хорошо контрастируется. Левая почечная артерия и почка не контрастируются. В процессе обследования больной принимал обезболивающие, гипотензивные препараты и инфузионную терапию. Боли в животе уменьшились, общее состояние несколько улучшилось.

Учитывая низкую фракцию выброса и объём предстоящей операции, проведена предоперационная подготовка кардиотониками, диуретиками и седативными препаратами. Однако заметного улучшения сократительной функции сердца после лечения не отмечалось. Гигантские размеры аневризмы, наличие постоянного болевого синдрома и опасность её разрыва требовали проведения оперативного вмешательства по жизненным показаниям.



РИС. 1А. АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОЕ РАСШИРЕНИЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ НИЖЕ ОТХОЖДЕНИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ



РИС. 1Б. ДЕВИАЦИЯ И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОБЩИХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ



РИС. 2. ОБЩИЙ ВИД АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ ДО РЕЗЕКЦИИ

10 апреля 2014 г. под эндотрахеальным наркозом произведена срединная лапаротомия. Большой сальник и поперечная ободочная кишка отведены вверх, правый почечник – вправо. При ревизии забрюшинного пространства отмечается веретенообразное расширение брюшной аорты с переходом на общие подвздошные артерии. Шейка аневризмы расположена на 1,5-2 см ниже устья правой почечной артерии (рис.2).

Левая почечная артерия отсутствует, вена – облитерирована. Размеры аневризмы 21x13 см. Стенки её истончены, местами по боковым поверхностям отмечаются шарообразные выпячивания. Нижняя брыжеечная артерия тромбирована. Общие подвздошные артерии аневризматически расширены, по задней стенке пальпируются кальцинированные атеросклеротические бляшки. Внутренние подвздошные артерии окклюзированы. Отмечается девиация аорты и подвздошных сосудов влево.

Покрывающая брюшина рассечена над аневризмой. Для лучшего обзора и манипуляций двенадцатиперстная кишка мобилизована путём пересечения трейцовой связки. Облитерированная левая почечная вена пересечена и лигирована. Непосредственно под почечной артерией аорта взята на держалку.

Учитывая наличие единственной почки и тяжесть состояния больного, обусловленную постинфарктным кардиосклерозом и аневризмой левого желудочка, сопровождающихся низкой фракцией выброса, с целью сокращения времени пережатия аорты и профилактики кардиальных и мозговых осложнений, нами использована необычная (нестандартная) оперативная техника резекции и протезирования брюшной аорты. После мобилизации шейки аневризмы и подвздошных артерий, ещё до пережатия аорты, сформирован левый дистальный анастомоз между branшей бифуркационного протеза и наружной подвздошной артерией (рис. 3,4). На это потребовалось 11 мин.



РИС. 3. НАЛОЖЕНИЕ ЛЕВОГО ДИСТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА, НА РАБОТАЮЩЕЙ АОРТЕ



РИС. 4. ЛЕВЫЙ ДИСТАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ ЗАВЕРШЁН

Полость аневризмы вскрыта, изменённые тромботические массы и расширенный перитрит удалены (рис. 5,6).

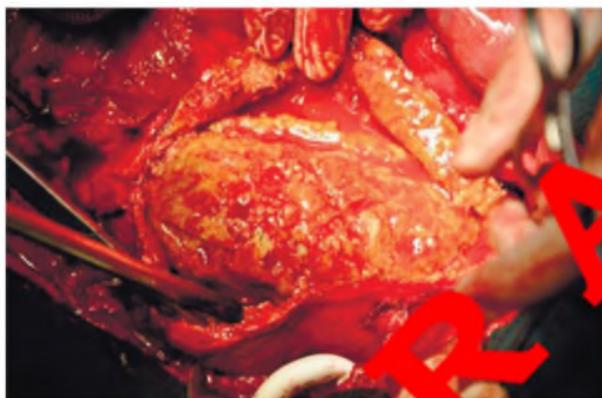


РИС. 5. ПЕРЕЖАТИЕ АОРТЫ.
ВСКРЫТИЕ АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОГО МЕШКА,
УДАЛЕНИЕ ТРОМБОТИЧЕСКИХ МАСС



РИС. 6. УДАЛЕНИЕ ИЗМЕНЁННЫХ
ТРОМБОТИЧЕСКИХ МАСС

Следует отметить, что ни одна спинальная артерия, отходящая от задней стенки аорты, не кровоточила. Формирование проксимального анастомоза между основной артерией протеза и брюшной аортой заняло 13 мин., следовательно, время пережатия аорты составило 13 мин., а не 24 мин., за счёт предварительно образованного одного дистального анастомоза на функционирующей аорте.

Постоперационная гипотония, возникшая после снятия зажима, корригирована введением 2,6 мг добутрекса, норадреналина и дополнена переливанием свежзамороженной плазмы. Ишемические изменения со стороны миокарда в процессе операции на мониторе не наблюдались.

Важно отметить, что к формированию проксимального анастомоза мы приступили тут же после вскрытия полости аневризмы, не тратя время для обработки её стенок, что так же является существен-

ным моментом, позволяющим сократить время пережатия аорты.

Замещение аорты и подвздошных артерий производилось сосудистым протезом «Экофлон» (Санкт-Петербург, РФ), изготовленным из политетрафторэтилена (ПТФЭ). Протез представляет собой пористую трубку, армированную тонкой плёнкой, предотвращающей его расширение. Диаметр протеза D18x9x9. Протезы «Экофлон» не пропускают кровь через стенку, не требуют предварительного смачивания кровью, они легко адаптируются с краями сосуда. Наш многолетний опыт применения различных видов синтетических протезов подтверждает значительное преимущество «Экофлона» перед другими как по стоимости, так и по качеству.

Тромбированная нижняя брыжеечная артерия лигирована. Протез сверху укутан остатками аневризматического мешка (рис. 8), восстановлена целост-

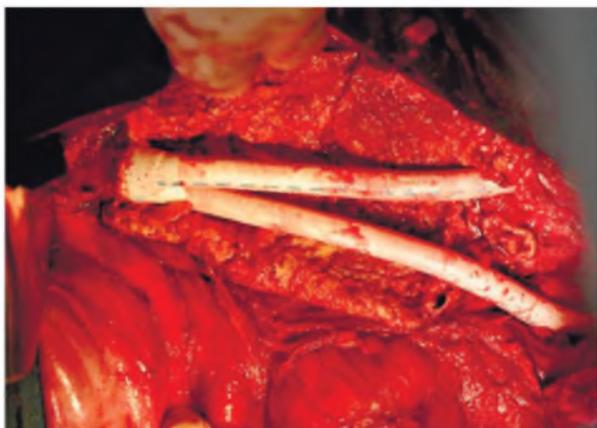


РИС. 7. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ВИД ИМПЛАНТИРОВАННОГО
БИФУРКАЦИОННОГО ПРОТЕЗА АОРТЫ

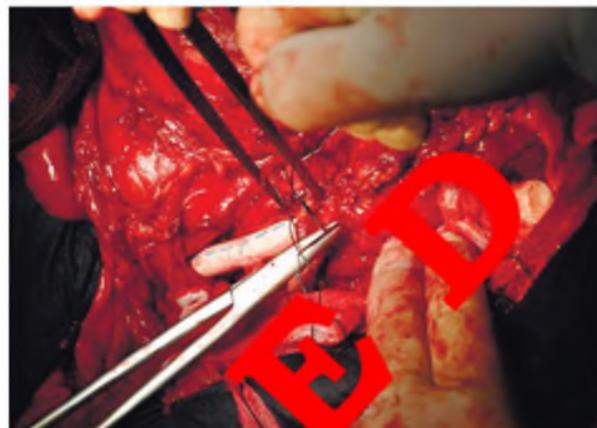


РИС. 8. ФИКСИРОВАНИЕ ПРОТЕЗА ОСТАТКАМИ
АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОГО МЕШКА

ность висцеральной брюшины. Операция завершена дренированием полости малого таза и послойным ушиванием раны.

Продолжительность операции составила 2 ч. 40 мин., объём кровопотери – 350 мл, время пережатия аорты – 13 мин. От начала операции до экстубации больного по катетеру выделилось 550 мл прозрачной мочи.

Послеоперационный период протекал гладко. Почечная недостаточность скорректирована инфузией добутрекса и неотона. Больной в течение 8 суток продолжал приём антибиотиков, вазопрессивных и других препаратов. Осложнений со стороны операционной раны не отмечалось. Ранняя поддержка мочи, возникшая на почве аденомы предстательной железы, устранена консервативными мерами. Швы сняты на 8-10 сутки. На 12 сутки после операции больной в удовлетворительном состоянии, при АД-130/90 мм рт. ст. и оптимальной пульсацией на артериях нижних конечностей выписан под наблюдение врача-кардиолога.

ВЫВОДЫ

1. Аневризм брюшной аорты, как болезнь пожилого возраста, во всех случаях сочетается с патологией коронарных и мозговых сосудов, что существенно ухудшает прогноз операции.
2. Длительность пережатия брюшной аорты при резекции аневризм оказывает существенное влияние на частоту развития операционных и послеоперационных осложнений.
3. Предложенная методика нестандартной оперативной техники позволяет сократить продолжительность пережатия аорты при резекции аневризм на 10-12 минут по сравнению с обычными операциями.

ЛИТЕРАТУРА

1. WISCARS leading causes of death reports, 1999-2000. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
2. Kent K.C. Analysis of risk factors for abdominal aortic aneurysm in a cohort of more than 3 million individuals / K.C.Kent [et al.] // J Vasc Surg. – 2010. – V. 52. – P. 539 – 548.
3. Покровский А.В. Состояние сосудистой хирургии в России в 2012 году / А.В.Покровский, В.Н.Гортаренко // М. – 2013. – 95с.
4. Leake P.A. Open abdominal aortic aneurysm repair in the era of endovascular repair / P.A.Leake // West Indian Med J. – 2011. – V. 60; № 6. – P. 637-640.
5. The Vascular Society of Great Britain and Ireland. Edited by Lees T. The National Vascular Database Report 2009. London: 2009
6. Soo K.G. Risk factors for postoperative complications after open infrarenal abdominal aortic aneurysm repair in Koreans / K.G.Soo [et al.] // Yonsei Med J. – 2011. – V. 52; № 2. – P. 339-346.
7. Elkouri S. Perioperative complications and early outcome after endovascular and open surgical repair of abdominal aortic aneurysms / S.Elkouri [et al.] // Journal of Vascular Surgery. – 2004. – V. 39; Is. 3. – P. 497-505.
8. Chagpar R.B. Early mortality following endovascular versus open repair of ruptured abdominal aortic aneurysms / R B.Chagpar [et al.] // Vasc Endovascular Surg. – 2010. – V. 44. – P. 645 – 648.
9. Gupta P.K. Predictive factors for mortality after open repair of paravisceral abdominal aortic aneurysm / P.K.Gupta [et al.] // J. Vasc Surg. – 2012. – V. 55. – P. 666-673.



Summary

The use of nonstandard surgical technique in giant abdominal aortic aneurysm

A.D. Gaibov^{1,2}, U.M. Avgonov², A.K. Baratov², Z.S. Ahmadjonov¹, Z.R. Sharipov²

¹ Chair of Surgical Diseases №2 Avicenna TSMU;

² SI «Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery»

In the article noted that the abdominal aortic aneurysm occurs most often in elderly patients with severe comorbidities. In this regard, various complications after traditional aneurysm resection occur in 30% of patients, lethality in some cases up to 43,7%. In the development of the operational and post-operative complications, according to the authors, it is essential to the duration of aortic cross-clamping, accompanied by severe hemodynamic changes in the coronary, cerebral and renal vessels. These changes are the key moments in the development of fatal outcomes.

In order to reduce the duration of aortic cross-clamping, the authors proposed a non-standard surgical technique of abdominal aortic prosthesis in which the blood flow in the aorta is stopped for 10-12 minutes less than in conventional operation.

The patient operated on by this method was successfully discharged without serious postoperative complications with healing.

Key words: aneurysm, abdominal aortic reconstruction, complications

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

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

Влияние дефицита массы тела на клиническое течение внебольничной пневмонии у военнослужащих в Республике Таджикистан

Н.И. Мустафакулова, Д.С. Ахмедова, Т.И. Меликова

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В настоящей работе представлены результаты исследования 250 призывников, страдающих внебольничной пневмонией (ВБП) различной степени тяжести, все мужчины молодого возраста – 18-23 года (средний возраст $18,5 \pm 1,7$ года). Пациенты были разделены на две группы: в 1 группу вошли 177 (70,8%) больных с дефицитом массы тела (ДМТ), во 2 группу – 73 (29,2%) пациента с нормальной массой тела (НМТ).

Больные обеих групп были разделены на 2 подгруппы по степени тяжести течения ВБП, согласно общепринятым критериям тяжести. Среди больных 1-ой группы лёгкое течение пневмонии было у 39 (22,0%) человек, среднетяжёлое – у 63 (35,5%) и тяжёлое – у 75 (42,3%) больных. Во 2-ой группе лёгкое течение заболевания отмечено в 25 (31,5%) наблюдениях, среднетяжёлое – в 31 (42,4%), тяжёлое – в 17 (23,2%).

У военнослужащих с ДМТ клиническая картина отличалась тяжёлым течением, выраженным интоксикационным синдромом, угнетением показателей клеточного и увеличением гуморального иммунитета. Военнослужащие с ДМТ (45%) из многодетных семей (73%) в 2 раза чаще страдали осложнёнными формами ВБП по сравнению с больными без ДМТ.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, дефицит массы тела, недостаточность питания, военнослужащие

Актуальность. Внебольничная пневмония (ВБП) продолжает занимать лидирующее положение среди болезней органов дыхания в связи с высоким уровнем заболеваемости и смертности у лиц молодого возраста [1,2]. По данным академика РАМН А.Г.Чучалина, пневмония встречается у 315 человек на 1000 населения и приводит следующие данные: в России ежегодно болеют 1,5 млн. человек. Высокой остаётся смертность при ВБП – около 5% [3]. Проблема высокой заболеваемости ВБП остаётся актуальной и для военнослужащих (ВС) РФ. Заболеваемость пневмониями в ВБП за период с 1993 по 2009 год значительно возросла (с 4,1 до 20,4%) среди рядового состава [4]. В связи с особенностью социально-экономической ситуации, сложившейся в стране за последние годы, в Вооружённых силах РФ у 45% больных с пневмонией имеет место дефицит массы тела (ДМТ), который является самостоятельным отяжеляющим фактором для возникновения любой патологии [5,6]. Случаи, когда на военную службу призывают юношей с выраженным ДМТ, приняли массовый характер [5]. Сочетание двух патологических процессов – пневмонии и недостаточности питания – утяжеляет течение каждого из них [6,7].

В доступной литературе мы не встретили работ, посвящённых изучению особенностей течения ВБП у ВС РФ на фоне ДМТ. Эта проблема приобрела не только клиническую, но и социальную значимость.

Цель исследования. Изучить особенности течения внебольничной пневмонии у военнослужащих Таджикистана с дефицитом массы тела.

Материал и методы. В настоящей работе представлены результаты исследования 250 призывников, страдающих внебольничной пневмонией различной степени тяжести, все мужчины молодого возраста – 18-23 года (средний возраст $18,5 \pm 1,7$ года). Пациенты были разделены на две группы: в 1 группу вошли 177 (70,8%) больных с дефицитом массы тела (ДМТ), во 2 группу – 73 (29,2%) пациента с нормальной массой тела (НМТ). Группу контроля составили 30 здоровых лиц.

Больные обеих групп были подразделены на 2 подгруппы по степени тяжести течения ВБП, согласно общепринятым критериям тяжести. Среди больных 1-ой группы лёгкое течение пневмонии было у 39



(22,0%) человек, среднетяжёлое – у 63 (35,5%), тяжёлое – у 75 (42,3%). Во 2-ой группе лёгкое течение заболевания отмечено в 25 (31,5%) наблюдениях, среднетяжёлое – в 31 (42,4%), тяжёлое – в 17 (23,2%).

Всестороннему анализу мы подвергли 177 случаев заболеваний призывников с ДМТ (ИМТ < 19,0 кг/м²). Результаты исследований сопоставили с особенностями течения заболеваний у 73 лиц, не имевших ДМТ (ИМТ > 19 кг/м²). Состояние питания оценивали на основании интегрального антропометрического показателя – индекса массы тела (ИМТ) = т/12, где т – фактическая масса тела в килограммах, 1 – рост в метрах.

Критерии включения: клинические и рентгенологические признаки ВБП, информированное согласие больного. Критерии исключения: наличие туберкулеза лёгких, онкопатологии, заболевания крови.

При обследовании пациентов, кроме общепринятого клинико-лабораторного исследования, использованы цитологическое и бактериологическое исследования мокроты, исследование функции внешнего дыхания, рентгенография органов грудной клетки, по показаниям компьютерная томография лёгких. Фенотипирование субпопуляций лимфоцитов проводили с помощью моноклональных антител против СДЗ СД4, СД8, СД16, СД20.

Значение статистических критериев определялись по программе в составе пакета «Statistica for Windows 5,0». Значимость различий между показате-

лями оценивали с помощью t-критерия Стьюдента, принимая за статистически значимую величину $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В группе больных с ДМТ основные факторы риска развития ВБП встречались чаще по сравнению с группой пациентов с НМТ: заплыённость – в 9 раз (45,0%; 5,0%), недоношенность в детстве – в 7 раз (7,0%; 1,0%), жаркое время года – в 6 раз (47,0%; 8,0%), холодное время года – в 5,1 раза (36,0%; 7,0%), курение насвая – в 5 раз (35,0%; 7,0%), многодетность семьи – в 4,6 раза (69,4%; 15,0%), сырость – в 4 раза (57,0%; 15,0%), переохлаждение – в 3 раза (63,0%; 23,0%), курение сигарет – в 2,5 раза (25,0%; 10,0%).

У ВС с ДМТ в 3 раза чаще диагностировали хронические гастриты (45% против 15%) и ди-зентерию (33% против 11%), в 2 раза чаще – острый бронхит (25% против 12%) по отношению к лицам с НМТ, что, естественно, не могло не отягощать их клиническое течение ($p < 0,05$) (таб.).

Наличие анемии лёгкой степени у 93 (52,5%) ВС, возможно, было связано: с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, глистной инвазией, белково-витаминной недостаточностью и анемической гипоксемией, тяжёлой физической нагрузкой. У 23 (9,6%) больных с ДМТ и у 6 (8,2%) пациентов с НМТ – было выявлено диффузное увеличение щитовидной железы, которое, возможно, связано с психоэмоциональным и хроническим адаптационным перенапряжением организма в условиях военной службы.

ТАБЛИЦА. СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ РТ С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА, СТРАДАЮЩИХ ВБП

Перенесённые заболевания	Группа больных (n=250)			
	ДМТ (n=177)		НМТ (n=73)	
	Абс.	%	Абс.	%
Анемия	93	52,5		
Острый бронхит	75	42,3	5	6,8*
Хронический бронхит	33	18,6	1	1,3*
Хронический тонзиллит	19	10,7	2	2,7*
Хронический гастрит	21	11,8	9	12,3*
Дизентерия	11	6,2	3	4,1*
Геминолепидоз	7	3,9	2	2,7*
Аскаридоз	9	5,0	2	2,7*
Диффузное увеличение щитовидной железы	23	9,6	6	8,2
Аномалии развития грудной клетки после перенесённого рахита	5	2,8	-	-

Примечание: * - статистическая значимость различий между группами ($p < 0,05$)



Возможно, эндемическая зона РТ и йоддефицитное состояние повышают потребность тканей в кислороде, увеличивают частоту дыхания и общую вентиляцию лёгких, что способствовало возникновению пневмонии [6].

Конституциональная аномалия развития грудной клетки лёгкой степени без дыхательной недостаточности, выявленная у 5 (2,8%) ВС, что было связано с перенесённым в детстве рахитом, является фактором риска развития острой ВБП, т.к. такие больные постоянно находятся в стойком предпневмоническом состоянии.

Пациенты обеих групп по степени тяжести ВБП были распределены следующим образом: с лёгкой степенью тяжести – 39 (22%) и 25 (31,5%), соответственно; со среднетяжёлой степенью – 63 (35,5%) и 31 (42,4%); с тяжёлой степенью – 75 (42,3%) и 17 (23,2%). Тяжёлое течение ВБП почти в 2 раза преваляло у ВС с ДМТ (42,8% против 23,2%), а лёгкое течение заболевания – в 1,4 раза (31,5% против 22%) и среднетяжёлое течение – в 1,2 раза (45,2% против 35,5%) выявлялось чаще у ВС с НМТ по отношению к лицам с ДМТ ($p < 0,05$).

Среди ВС с ДМТ, страдающих ВБП, затяжное течение отмечено у 59 (33,3%) человек, и у 9 (12,3%) – с нормальным весом тела. Постепенное начало установлено у 67 (37,8%) человек с ДМТ и у 21 (28,7%) – с НМТ. Острое развитие заболевания было отмечено соответственно в обеих группах: у 51 (29%) пациента – с ДМТ и у 43 (59%) – с НМТ. Следовательно, затяжное течение ВБП в 2,7 раза (33,3% против 12,3%) и постепенное начало в 1,3 раза (37,8% против 28,7%) преваляло у ВС с ДМТ по сравнению с больными ВБП с НМТ, тогда как острое начало в 2 раза преваляло у лиц с НМТ ($p < 0,05$).

Тяжёлое течение ВБП в обеих группах, возможно, связано, прежде всего, с пониженной сопротивляемостью организма, длительным повышенным воздействием неблагоприятных физических и психоэмоциональных факторов в условиях боевой обстановки, поздней обращаемостью самих ВС за медицинской помощью и нехваткой квалифицированных медицинских кадров в войсковом звене.

По клинко-морфологической характеристике ВБП у военнослужащих с ДМТ и с НМТ в основном преваляло очаговая пневмония, что в процентном отношении составило 56,4% и 64,3%, соответственно, а крупозное воспаление лёгких – в 1,2 раза преваляло у ВС с ДМТ. В зависимости от локализации процесса в лёгких больные распределены: односторонняя – 23% пациентов против 73%, двухсторонняя – 73% против 27% и субтотальная – 7% (локализация в основном встречалась у ВС с ДМТ). Односторонняя локализация пневмонического очага в 3 раза

преваляло у лиц без ДМТ, по отношению к военнослужащим с ДМТ, а двухсторонняя – в 2,7 раза преваляло у ВС с ДМТ.

Сравнительное изучение клинических симптомов ВБП в исследуемых группах больных показало различия между ними по выраженности интоксикационного синдрома. В разгар болезни у пациентов обеих групп регистрировали достоверные различия по температурной реакции организма (79%, 87%, соответственно); субфебрильную (до 38°) (45,0% против 63%) и фебрильную (более 39°) (52% против 37%) температуру. В 3% случаев у ВС была обнаружена гектическая температурная реакция. Жалобы на озноб предъявляли в группах 56% против 35% (при $p < 0,05$).

В обеих группах встречалось познавливание (35% против 33%), у некоторых пациентов отмечался потрясающий озноб (21% против 2%), что в 10 раз преваляло у ВС с ДМТ в сравнении с лицами без ДМТ. Одышка в покое в 2 раза преваляла у больных с ДМТ, чем у больных без ДМТ (65% против 30%) и наоборот, одышка при физической нагрузке в 2 раза преваляла у лиц без ДМТ (23% против 50%, $p < 0,05$). По частоте сухого кашля при поступлении обнаружены различия между группами почти в 1,2 раза (57% против 43%, $p < 0,001$).

Мокрота слизистого характера в 1,3 раза преваляла у больных без ДМТ (58%; 77,1%). Слизисто-гнойная мокрота наблюдалась 1,7 раза чаще у ВС с ДМТ (23% против 13%). Ржавая мокрота в 2,3 раза чаще встречалась при крупозной пневмонии у пациентов с ДМТ (7% против 3%) в течение 4,5±0,5 суток. Слизисто-гнойная и гнойная мокрота встречалась у больных, страдающих ранее хроническими заболеваниями бронхов.

При оценке динамики аускультативных данных у больных с ВБП обеих групп отмечены статистически достоверные различия над очагом пневмонического очага по типу жёсткого дыхания (15% против 38,0%), ослабление везикулярного дыхания (100,0%; 100,0%), локальных влажных мелкопузырчатых хрипов (81% против 65%) и сухих свистящих хрипов (10% против 5,0%) ($p < 0,05$). Крепитация в 3 раза (9% против 3%) преваляла у пациентов с ДМТ (7% против 2%, при $p < 0,05$). При среднетяжёлом течении ВБП в обеих группах сопровождалась повышением содержания лейкоцитов (до 12х10⁹/л и выше), нейтрофильным (83%, 57%) и палочкоядерным сдвигом влево (60%, 35%), увеличением СОЭ – до 30 мм/ч. При долеевой пневмонии у 83% и 57% пациентов наблюдался гиперлейкоцитоз (до 23х10⁹/л и выше), палочкоядерный сдвиг влево (85%, 47%), токсическая зернистость нейтрофилов (77%, 35%), резкое увеличение СОЭ – у 88% и 56% больных (45-63 мм/ч).

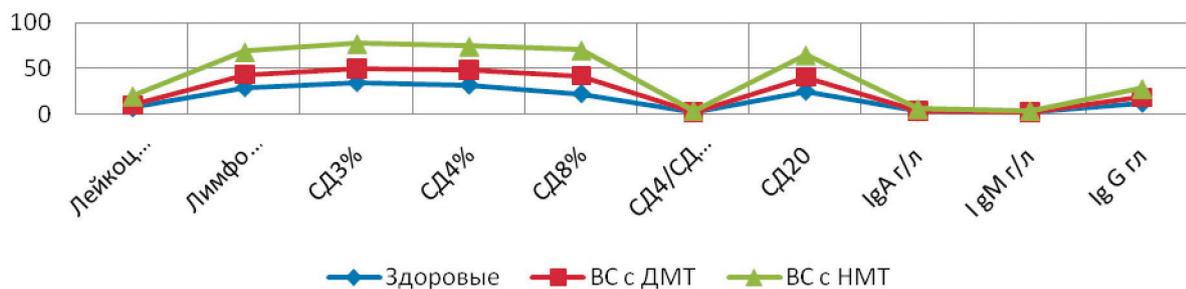


РИС. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ДМТ И НМТ, СТРАДАЮЩИХ ВБП

Необходимо отметить, что при наличии вялотекущего воспалительного процесса в лёгких СОЭ оставалась нормальной, лейкоцитоз и изменения лейкоцитарной формулы крови отсутствовали, а лейкопения наблюдалась в 33 случаях заболевания ВБП у ВС с ДМТ. Обструктивный тип нарушения вентиляционной функции лёгких (ВФЛ) был зарегистрирован у ВС и лиц ГН (77% и 53%), при этом II степени – у 37% и 45%, III степени – у 43% и 25% пациентов с ВБП. Рестриктивный тип нарушения ВФЛ был зарегистрирован у 16% и 25% пациентов с ВБП, смешанный тип – у 7% и 12%.

Обратили внимание на то, что у пациентов с ДМТ в ЭКГ достоверно чаще (73,0%; 56%) встречалась синусовая тахикардия, снижение вольтажа зубцов (77,0%; 45%), изменения конечной части желудочкового комплекса, связанные с нарушением метаболизма в миокарде на фоне интоксикационного синдрома и гипоксического состояния миокарда, по сравнению с лицами без ДМТ (65%, 35%). При тяжёлом течении ВБП на ЭКГ возникали признаки перегрузки правых отделов сердца (67%, 33%), нарушения проводимости по правой ножке пучка Гиса (7%, 1%) и метаболические нарушения (45%, 10%).

Сравнительный анализ иммунологических показателей ВС, страдающих острой ВБП, по отношению к лицам с НМТ выявил статистически значимые различия. Так, у ВС с ДМТ отмечались выраженные изменения со стороны как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета по сравнению с лицами с НМТ; у этих категорий лиц обнаружены сдвиги, соответственно, в виде достоверного снижения относительного и абсолютного числа CD3 ($16,0 \pm 1,5$ против $27,0 \pm 1,3$) и CD4-лимфоцитов ($17,0 \pm 1,0$ против $25,8 \pm 1,5$), CD20 ($16,0 \pm 1,0$ против $24,0 \pm 1,3$). Абсолютное число CD8 лимфоцитов ($28,0 \pm 0,3$) было достоверно повышенным у лиц с НМТ по сравнению с ВС с ДМТ ($20,6 \pm 1,3$). При анализе показателей гуморального иммунитета у военнослужащих обнаружено достоверное снижение концентрации IgA ($1,3 \pm 0,03$ против $2,3 \pm 0,13$), IgM ($0,5 \pm 0,03$ против $1,35 \pm 0,07$), IgG ($6,7 \pm 0,23$ против $9,5 \pm 0,33$) более значительно, чем у ВС с НМТ ($p < 0,05$) (рис.).

Таким образом, выявленные изменения в иммунном статусе у ВС с ДМТ (со среднетяжёлой степенью), страдающих ВБП, характеризовались снижением относительного и абсолютного числа CD3 и CD4 лимфоцитов более значительным, чем у ВС с НМТ. Относительное и абсолютное число CD8 лимфоцитов было достоверно повышенным в обеих группах, но более значительно у ВС с НМТ.

В обеих группах, при тяжёлом течении ВБП, в 93% и в 95% случаев были обнаружены микробные ассоциации двух возбудителей (*S.aureus*, *S. pyogenius*) и в 7% и 5% случаев – трёх возбудителей (*S.aureus*, *S. pyogenius*, *Mycoplasma pneumoniae*).

В 2 раза чаще осложнёнными формами пневмонии болели ВС с ДМТ (77,0% и 37,0%), из многолетних семей, нежели ВС с НМТ. У ВС с ДМТ отмечалась тенденция к большей частоте некоторых осложнённых пневмоний по отношению к ВС с НМТ, особенно, в отношении острой дыхательной недостаточности II-III степени (45%, 23%), бронхообструктивного синдрома (77%, 53%), экссудативного неспецифического плеврита (19%, 5%), инфекционно-аллергического миокардита (2%, 1%).

Таким образом, в группе больных с ДМТ основными факторами риска развития ВБП являются: запылённость, недоношенность в детстве, жаркое и холодное время года, курение насвая и сигарет, многодетность семьи, сырость и переохлаждение. Военнослужащие с ДМТ из многолетних семей в 2 раза чаще страдали осложнёнными формами ВБП, чем лица с НМТ. У ВС с ДМТ клиническая картина отличалась тяжёлым течением, выраженным интоксикационным синдромом, угнетением показателей клеточного и увеличением гуморального иммунитета.



ЛИТЕРАТУРА

1. Богомолов А.Б. Особенности течения внебольничной пневмонии у военнослужащих в современных условиях в зависимости от структуры контингентов и климатогеографических аспектов: дис... канд. мед. наук / А.Б.Богомолов. –С-Пб. – 2010. –233с.
2. Чубукова О.А. Совершенствование эпидемиологического и микробиологического мониторинга в системе эпидемиологического надзора за внебольничными пневмониями: автореф. дис.... канд. мед. наук / О.А.Чубукова. – Нижний Новгород. – 2012. – 26с.
3. Чучалин А.Г. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике /А.Г.Чучалин [и др.] // Пособие для врачей. – М. – 2010. – С.130-156.
4. Johansson N. Etiology of Community - Acquired Pneumonia: Increased Microbiological Yield with New Diagnostic Methods /N. Johansson [et al.] // Clin. Infect. Dis. – 2010. –Vol.50. – №2. – P. 202-209.
5. Валиев А.М. Особенности течения острой внебольничной пневмонии у военнослужащих с дефицитом массы тела: дис... канд. мед. наук / А.М.Валиев. – М. – 2006. –165с.
6. Казанцев В.А. Клиническая картина внебольничной пневмонии у больных с недостаточностью питания / В.А.Казанцев, А.Б.Богомолов // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. – 2009. – № 3. – С. 43-48.
7. Woodhead M. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections / M.Woodhead [et al.] // ERS/ESCMID. - 2011. - V.17. - S.6. - P. 11-13

Summary

Influence of underweight on the clinical course of cap in soldiers in the Republic of Tajikistan

N.I. Mustafakulova, D.S. Akhmedova, T.I. Melikova
Chair of Internal Medicine №3 Avicenna TSMU

This paper presents the results of a study 250 conscripts suffering from community-acquired pneumonia (CAP) of varying severity, all men had young ages – 18-23 (mean age $18,5 \pm 1,7$ years). Patients were divided into two groups: one group consisted of 177 (70,8%) patients with weight deficit (WD), in group 2 – 73 (29,2%) patients with normal body weight (NBW). Patients in both groups were divided into 2 groups according to the degree of CAP severity, according to generally accepted criteria of severity. Easy currency of pneumonia among the patients of Group 1 was in 39 (22,0%) patients, middle severity – in 63 (35,5%) and heavy – in 75 (42,3%) patients. In the second group easy course was noted in 25 (31,5%) cases, middle – in 31 (42,4%), heavy – in 17 (23,2%).

In military with WD clinical picture differed by severe course, intoxication syndrome, inhibition of cellular immunity and increases of humoral ones. Servicemen WD (45%) of families with many children (73%) suffer by complicated forms of CAP 2 times more compared with patients without WD.

Key words: community-acquired pneumonia, underweight, malnourished, military

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Мустафакулова Намуна Ибрагимовна –
доцент кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ,
Таджикистан, г.Душанбе, ул. И.Сомони, 59а
E-mail: mss198932@mail.ru



Особенности поражения почек у больных с острым миелолейкозом на фоне химиотерапии

М.П. Ганиева, О.Д. Рахмонова, А.Т. Шамсов, Г.Б. Ходжиева
Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Проведено наблюдение 253 больных с острым миелоидным лейкозом в различные клинко-гематологические сроки заболевания. Все пациенты разделены на 3 группы: I группа (n=99) – больные в дебюте заболевания, II группа (n=80) – с периодом клинко-гематологической ремиссии, III группа (n=76) – с периодом миелотоксического агранулоцитоза.

Во всех группах отмечены изменения, указывающие на инфильтративное поражение почек. Причём, в периодах миелотоксического агранулоцитоза и клинко-гематологической ремиссии показатели были более выражены.

Течение заболевания на различных этапах полихимиотерапии, в подавляющем большинстве случаев (69%), сопровождается нарушениями функции почек разной степени выраженности и варьирует от нарушения скорости фильтрации почек, вплоть до олигурической острой почечной недостаточности, требующей применения (назначения) заместительной почечной терапии.

Ключевые слова: острый миелоидный лейкоз, полихимиотерапия, заместительная почечная терапия, миелотоксический агранулоцитоз

Актуальность. Современная химиотерапия острых лейкозов (ОЛ) представляет собой интенсивное, продолжительное, многокомпонентное воздействие на лейкоэмический клон, в результате которого у 30-40% больных удаётся добиться длительного безрецидивного течения заболевания. Так, у взрослых больных с миелоидными лейкозами и острыми лимфобластными лейкозами это позволяет повысить 5-летнюю безрецидивную выживаемость до 40-50%, при остром промиелоцитарном лейкозе – до 85-95% случаев. Между тем, ранняя летальность от лейкозов составляет от 6 до 20% [1-3].

Интенсификация, с увеличением дозы, повышает эффективность противоопухолевого лечения, но неизбежно ведёт к увеличению токсического воздействия на органы и ткани, преимущественно почки и печень. Почки участвуют в элиминации продуктов цитолиза, метаболизма лекарственных препаратов, поэтому от их функциональных возможностей зависят тяжесть осложнений и прогноз заболевания в целом. Несоответствие выраженности цитолиза и естественного клиренса продуктов деградации клеток и лекарственных метаболитов способствует нарушению функции почек.

Интенсивность используемых программ, сопутствующая терапия после цитостатического лечения с применением противомикробных средств, геморра-

гические и анемические осложнения подразумевают возникновение сочетанной токсичности и мульти-органного повреждения. Очевидно, что почки, как ключевой орган клиренса продуктов клеточного распада и медикаментов, подвергаются в этих условиях значительному воздействию, ведущему к их дисфункции.

Работы, посвящённые вопросам этиологии и патогенеза почечной недостаточности, в гематологической клинике носят характер описания наблюдений без широкого обобщения особенностей течения этих грозных осложнений. Ранее подобное системное изучение состояния почек у больных острым лейкозом в условиях Республики Таджикистан не проводилось. При повреждении почек возникает необходимость удлинения интервала между курсами химиотерапии (ХТ), изменения набора используемых препаратов, что, как следствие, приводит к снижению общей эффективности лечения [4-6]. Это обуславливает необходимость своевременной, до начала ХТ, диагностики признаков повреждения почек, мониторинга функции почек в процессе лечения, а также необходимость применения методов заместительной почечной терапии (ЗПТ) у больных.

В литературе недостаточно освещены вопросы частоты развития, факторов риска и особенности клинического течения ренальных осложнений у



больных с ОЛ на фоне современной ХТ. Крайне скудны сведения об ассоциации функциональной недостаточности и морфологической картины повреждения почек.

В связи с этим представляется важным проанализировать в динамике основные параметры функции почек с оценкой степени выраженности и частоты развития нефропатий, начиная с момента диагностики заболевания и на этапах ХТ, с соблюдением строгих временных промежутков у одной и той же группы больных. Необходимо также выявить условия для формирования и развития почечной недостаточности, как одного из опасных осложнений полихимиотерапии [1-3,5].

Цель исследования: оценить особенности поражения почек у больных с острыми миелоидными лейкозами (ОМЛ) на различных этапах полихимиотерапии.

Материал и методы. Комплексное обследование и ретроспективное (с 2011 по 2013 гг.) наблюдение 253 больных с острым миелоидным лейкозом в различные сроки клинко-гематологического периода заболевания проводилось на базе гематологического отделения Национального медицинского центра Республики Таджикистан. Возраст больных варьировал от 18 до 66 лет (средний возраст $39,9 \pm 0,7$ года). Мужчин было 151 (67,6%), женщин – 102 (32,4%), городские жители – 113 (44,6%), сельские – 140 (55,4%) человек. У обследованных больных длительность заболевания лейкозом составила от 10 дней до 5 лет.

На основании результатов комплексного обследования больные распределены на 3 группы. В первую группу ($n=99$) вошли больные с дебютом заболевания по окончании курса индукционной терапии, т.е. данной группе больных полихимиотерапия проводилась впервые. Вторую группу ($n=80$) составили больные в периоде клинко-гематологической ремиссии заболевания до 26 недель. В третью группу ($n=76$) вошли пациенты с периодом миелотоксического агранулоцитоза, которым полихимиотерапия проводилась неоднократно.

Лечение больных с острым миелобластным лейкозом проводили по стандартному протоколу индукции ремиссии «7+3», «7+3+VP16», консолидации ремиссии с использованием индукционных курсов, поддерживающей терапии по программе «7+3» или ротационной программе.

Лабораторное обследование включало в себя гистоморфологические, цитохимические параметры для верификации диагноза острого лейкоза и ремиссии заболевания, так же общеклинические и биохимические исследования, выполнение ЭКГ, УЗИ почек, определение электролитного состава крови.

Статистический анализ выполнен при помощи компьютерного пакета программ Statistica (StatSoft Inc., США, версия 6.0). Достоверность разности полученных результатов оценивали с помощью t-критерия Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Уровень заболеваемости на период с 2011 по 2014 гг. в РТ составил 2,02 случая на 100 тыс. населения.

Выполненная работа позволила охарактеризовать значительные функциональные проявления ОМЛ. Мониторинг функции почек продолжали на всех последующих этапах индукционной ХТ, в том числе после предфазовой терапии и далее на 7 и 14 дни, в период миелотоксического агранулоцитоза (МТА), после завершения МТА или в претерминальном состоянии (табл.).

В дебюте заболевания в анамнезе у 50 (19,7%) больных имелись указания на мочекаменную болезнь и хронический пиелонефрит. Диурез при поступлении был без изменения. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) была снижена у 21 больного и составила $64,0$ мл/мин. Протеинурия оставалась в пределах ($0,033 \pm 0,2$) нормальных величин у всех 99 больных. Относительная плотность мочи снижена у 26,9% больных и составила $1012,0 \pm 1,23$. Величина мочевины и креатинина были незначительно повышены у 7 больных и составили в среднем $8,9 \pm 0,02$ и $14,2 \pm 2,03$ ммоль/л, соответственно. Размеры почек оставались увеличенными во всех 3 группах у всех обследованных пациентов. Отеки на нижних конечностях беспокоили 3 больных, что составило 2,02%, острая почечная недостаточность диагностирована при ОМЛ в 2,52% случаев. Концентрации фосфора ($2,03 \pm 0,6$ ммоль/л) и мочевой кислоты ($0,49 \pm 0,2$ ммоль/л) в сыворотке крови были повышены у 42 (42,9%) больных; повышение содержания натрия ($152,9 \pm 5,56$ ммоль/л) отмечено у 31 (30,3%), калия ($14,1 \pm 4,02$ ммоль/л) – у 34 (33,2%) пациентов.

Таким образом, судя по снижению СКФ, гиперфосфатемии, уже в дебюте ОМЛ имелись признаки повреждения почек. Об этом свидетельствовали и снижение относительной плотности мочи до изостенурии (26,9%). Заместительная почечная терапия при этом требовалась 26,9% больных с ОМЛ.

В периоде клинко-гематологической ремиссии обследовано 78 больных с ОМЛ. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и относительная плотность мочи в данной группе оставались пониженными, хотя улучшение отмечалось у половины больных (50%), и составили $68,0 \pm 0,35$ и $1010,0 \pm 0,9$ мл/мин, соответственно. У большинства больных средние показатели креатинина оставались нормальными на протяжении всех курсов ХТ. Величины мочевины и



креатинина снизились ($9,6 \pm 0,7$ и $126,0 \pm 0,03$), но у 40 (51,2%) больных они оставались повышенными. Соли в почках отмечены у 67 (87,5%) пациентов, в виде фосфатов и мочевой кислоты. Содержание фосфора ($2,90 \pm 0,3$ ммоль/л) в крови повышено у 38 (47,2%) больных. Среднее содержание мочевой кислоты в крови составляло $0,40 \pm 0,2$. Концентрация мочевой кислоты в крови во время индукционного курса ХТ повышалась у больных с ОМЛ более умеренно. Далее, в процессе ХТ, концентрация мочевой кислоты в крови постепенно снижалась – $0,40 \pm 0,2$ ммоль/л вплоть до нормализации к концу курса.

С целью уточнения риска уратной нефропатии у 10 больных в период индукционного курса ХТ целенаправленно исследовали содержание мочевой кислоты в суточной моче. У обследованных пациентов выявлена интенсивная уратурия, свидетельствующая о массивном распаде опухолевых клеток. Следовательно, несмотря на субнормальные значения показателя мочевой кислоты в крови до начала химиотерапии, риск уратной нефропатии остаётся

высоким, что свидетельствует о целесообразности динамического исследования содержания мочевой кислоты в крови и моче во время лечения.

Содержание калия и натрия в крови оставалось повышенным у 11 (14,0%) больных. При этом у 3 пациентов зафиксирована тубулопатия и проявления почечной недостаточности с повышением концентрации креатинина до 140 мкмоль/л и одновременным снижением СКФ до 40-80 мл/мин. Несмотря на незначительные изменения содержания в плазме натрия, кальция, мочевой кислоты, у 30% пациентов с ОМЛ сохранялась устойчивая гипокалиемия и, несколько реже – гипокальциемия (18%), и при достижении полной ремиссии сохранялась стойкая гиперфосфатемия, которую можно объяснить применением ГКС.

Таким образом, в периоде клинико-гематологической ремиссии наблюдалась тенденция к снижению СКФ и содержания креатинина в крови. Вместе с тем, у 32,2% пациентов с ОМЛ нередко отмечалось

ТАБЛИЦА. ПРИЗНАКИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ МИЕЛОИДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ НА ФОНЕ ХИМИОТЕРАПИИ

Группа больных	Дебют заболевания (n=99)			Клинико-гематологическая ремиссия (n=78)			Миелотоксический агранулоцитоз (n=65)		
	Абс.	%	Показатели	Абс.	%	Показатели	Абс.	%	Показатели
Скорость клубочковой фильтрации (мл/мин)	21	21,2	$64,0 \pm 0,91$	25	22,1	$68,0 \pm 0,35^*$	30	69,2	$62,0 \pm 0,7$
Протеинурия (промили)	3	3,2	$0,03 \pm 0,19$	50	64,1	$0,06 \pm 0,20^*$	32	49,7	$0,66 \pm 0,13$
Относительная плотность мочи	29	26,9	$1012,0 \pm 1,2$	-	76,1	$1010,0 \pm 0,9^*$	32	49,7	$1010,0 \pm 0,6$
Креатинин крови (ммоль/л)	7	6,9	$8,9 \pm 0,02$	40	51,2	$126,0 \pm 0,03^*$	22	34,1	$152,0 \pm 0,2$
Мочевина крови (ммоль/л)	7	6,9	$14,2 \pm 2,03$	40	51,2	$9,6 \pm 0,7^*$	22	34,1	$8,9 \pm 0,02$
Увеличение размеров почек (УЗИ)	35	34,2	Увеличены	50	64,1	-	-	80,0	-
Отёки на нижних конечностях	3	2,02	Умеренные	3	2,02	40,76	-	66,0	-
Микролиты в почках	25	25,2	Соли	67	87,5	Соли	65	100,0	Соли
Фосфор крови (ммоль/л)	42	42,9	$2,03 \pm 0,6$	38	47,2	$2,90 \pm 0,3$	33	57,8	$4,08 \pm 0,2$
Мочевая кислота крови (ммоль/л)	42	42,9	$0,49 \pm 0,2$	10	7,8	$0,40 \pm 0,2$	32	49,0	$2,94 \pm 0,03$
Натрий (ммоль/сут)	30	31,3	$152,9 \pm 5,56$	11	14,0	$165,9 \pm 7,20$	34	52,3	$126 \pm 10,9$
Калий (ммоль/сут)	34	33,2	$14,1 \pm 4,02$	11	14,0	$24,1 \pm 1,32^*$	36	48,0	$3,0 \pm 0,9$

Примечание: * – статистически значимые различия показателей в группах ($p < 0,05$)



значительное снижение СКФ и гиперкреатининемия, свидетельствующие о выраженной деградации структуры почек. В период ремиссии у значительной части больных выявлены признаки тубулоинтерстициального и гломерулярного повреждения, что можно объяснить особенностью течения ОМЛ, высокой частотой осложнений, требующих назначения нефротоксичных препаратов.

В периоде миелотоксического агранулоцитоза у больных с ОМЛ скорость клубочковой фильтрации оставалась сниженной. Дисфункция канальцев при ОМЛ подтверждалась низкой плотностью мочи. У 49,7% больных с ОМЛ показатели СКФ (30-90 мл/мин.) оставались сниженными, что соответствовало 2-4 стадиям хронической болезни почек, азотемия отмечена у 34,1%, гипокалиемия – у 48,0%. Симптомы выраженной почечной дисфункции в периоде миелотоксического агранулоцитоза характеризовались отеками в 66%, изостенурией – в 49,7%, гиперфосфатемией, гиперурикемией. Электролитные нарушения у пациентов были заметно тяжелее и представлены гипокалиемией, развившейся в период МТА, гипонатриемией на 7 день курса ХТ, явной тенденцией к гипокальциемии в течение всего курса ХТ. У части больных с ОМЛ развились умеренные нарушения функции почек, проявляющиеся снижением СКФ.

Следует отметить, что, несмотря на незначительные отклонения от нормальных значений ряда показателей, индивидуальные графики вариабельны. У каждого больного в одни и те же сроки воздействия наблюдаются разнонаправленные отклонения. Тем не менее, очевидно, что функция этого органа была изменена, что, безусловно, должно учитываться при планировании и проведении химиотерапии, т.к. это может влиять на фармакодинамику всех лечебных препаратов, приводя к их повышенной токсичности.

Таким образом, на основании проведенного исследования установлено, что у больных с острым миелолейкозом течение заболевания в процессе лечения, в подавляющем большинстве случаев (69%), сопровождается нарушением функции почек разной степени выраженности – от изменения скорости клубочковой фильтрации почек, до олигурической острой почечной недостаточности, требующей назначения заместительной почечной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ворожейкина Е.Г. Функциональное состояние почек и их морфологические изменения у больных острыми лейкозами на фоне современной химиотерапии: автореф... дис. канд. мед. наук / Е.Г.Ворожейкина. - 2011. - 34с.
2. Бирюкова Л.С. Острая почечная недостаточность в гематологической клинике: дис...д-ра мед. наук / Л.С.Бирюкова. - М. - 2002. - 335с.
3. Barnes M. Primitive, quiescent and difficult to kill: the role of non-proliferating stem cells in chronic myeloid leukemia / M.Barnes, J.V.Melo // Cell Cycle. - 2006. - Vol.5 (24). - P. 2862-2866.
4. Ходжиева Г.Б. Клинико-гематологические особенности острой лейкемии в Таджикистане / Г.Б.Ходжиева, М.К.Рахматов, Д.М.Хасанов, К.З.Ураков // «Вестник Авиценны» (Паёми Сино). - Душанбе.- 2013. - №4. - С.36-39.
5. Bocchia M. Emerging drugs in chronic myelogenous leukaemia / M.Bocchia, F.Forconi, F.Lauria // Expert Opin. Emerg. Drugs. - 2006. - Vol.11 (4). - PP.651-664.
6. Расулов У.Р. Интенсификация полихимиотерапии острых миелоидных лейкозов / У.Р.Расулов, О.Д.Рахмонова, Д.М.Хасанов // Журнал «Здравоохранение Таджикистана». - Душанбе. - 2011. - № 4. - С.53-56



Summary

Features of kidney lesions on patients with acute myeloid leukemia during chemotherapy

M.P. Ganieva, O.D. Rakhmonova, A.T. Shamsov, G.B. Khojiev

Chair of Internal Medicine №3 Avicenna TSMU

Under observation was 253 patients with acute myeloid leukemia in a variety of clinical and hematologic diseases terms. All patients were divided into 3 groups: I group (n=99) – patients at the onset of disease, II group (n=80) – in clinical remission, III group (n=76) – in term of myelotoxic agranulocytosis.

In all groups a changes, indicating infiltrative kidney lasions are marked. Moreover, in periods of myelotoxic agranulocytosis and clinical remission the indicants were more pronounced.

Course of the disease at different stages of chemotherapy, in most cases (69%), followed by renal impairment of varying severity, ranging from violations of the filtration rate up to oliguric acute renal failure, which requires the use of renal replacement therapy.

Key words: acute myeloid leukemia, chemotherapy, renal replacement therapy, myelotoxic agranulocytosis

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ганиева Махбуба Пулатовна – доцент кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, пр. И.Сомони, 59
E-mail: mahbuba.1956@mail.ru



Лечение хронического описторхоза у больных с розацеа

М.Л. Арипова, С.А. Хардилова, А.П. Зима

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет», г.Томск, Российская Федерация

В статье приводятся результаты дегельминтизации 47 больных с розацеа в сочетании с хроническим описторхозом.

Сочетание антигельминтного препарата «Празиквантель» с биологически активной добавкой к пище «Гельмицид» позволило втрое снизить дозу высокотоксичного празиквантеля и провести лечение больных с розацеа без побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта и кожных покровов. Высокая эффективность дегельминтизации ($n=40$; 85,1%) проявлялась достижением длительной ремиссии ($n=40$; 85,1%) и снижением частоты рецидивов до 1 раза в 1,5 года ($n=7$; 14,8%) с нормализацией показателей прямой фракции билирубина. Клинически выявлено улучшение со стороны кожного процесса, отмечалось снижение индекса шкалы диагностической оценки розацеа в 10 раз.

Ключевые слова: розацеа, описторхозная инвазия, дегельминтизация, гельмицид

Введение. Описторхоз, один из распространённых паразитозов, представляет собой существенную проблему не только для России, но и для всего мира [1-4]. Наиболее важное медицинское значение имеет два вида трематодов – это *Opistorchis felinus* и *Opistorchis viverrini*.

Описторхоз, вызванный *O.felineus*, является доминирующим в структуре краевой патологии населения Западной Сибири, где в силу природных и социальных условий существует самый напряженный в мире очаг этой инвазии (в низовьях Иртыша и среднего течения Оби заражённость населения в некоторых районах достигает 76-100%) [5,6]. По данным статистики всего в 2011 году было зарегистрировано 315997 случаев описторхоза (22,37 на 100 тыс. населения) в 63 субъектах Российской Федерации. *O.viverrini* – встречается преимущественно за рубежом. Очаги описторхоза зарегистрированы в Италии, Франции, Германии, Болгарии, Таиланде, Лаосе, Украине, Австрии, Венгрии, Голландии, Польше, Румынии и других странах [1,7,8].

В настоящее время описторхоз рассматривается как общее заболевание организма, обусловленное поражением многих органов и систем [1,2]. Проведены многочисленные исследования по изучению течения кожного процесса у больных различными дерматозами в сочетании с описторхозной инвазией. Аллергодерматозы и псориаз в сочетании с хроническим описторхозом протекают тяжело, с частыми обострениями, короткими ремиссиями, как правило, непрерывно рецидивируя, поражая большую площадь поверхности кожи, и резистентностью к традиционной терапии [9,10].

Большой интерес представляет изучение особенностей течения розацеа на фоне описторхозной инвазии. Розацеа – это определённая реакция на различные факторы, при которой отмечается патологическая реакция сосудов, развивающаяся под влиянием вазоактивных пептидов, антител циркулирующих иммунных комплексов и других эндогенных ирритантов [11,12]. Нарушение деятельности ЖКТ играет важную роль в патогенезе розацеа. Различными авторами выявлены изменения в желудке в виде клиничко-гистологических признаков гастрита, чаще гипоацидная форма, реже – гиперацидная [13]. Отмечается повышенная обсеменённость желудка *H. pylori*, по данным разных авторов – 78-90% [11]. Как известно, приливы вызывают вазоактивные пептиды (VIP, пентогастрин, субстанция P), цитокины (серотонин, гистамин, брадикинин), гиперпродукция которых отмечается при заболеваниях ЖКТ.

На сегодняшний день способ дегельминтизации хронического описторхоза у больных с сочетанной патологией осуществляется с помощью празиквантеля, назначаемого в обычной дозе – 60 мг/кг массы тела, по ночной схеме в 3 приёма с интервалом в 4 часа [14]. Эффективность дегельминтизации составляет 100%. Однако у больных с хроническими дерматозами, в частности с розацеа, данное лечение вызывает осложнение кожного процесса в виде появления новых высыпаний, особенно в первые сутки после дегельминтизации, сопровождаемых зудом и жжением, что требует проведения дополнительной детоксикационной терапии в течение 5 дней [10,14-17].



В связи с этим, проблема лечения больных с сочетанной патологией, протекающей в природном очаге описторхоза, продолжает оставаться актуальной и представляет большие трудности. Причиной этого является дисбаланс в системе иммунитета, ориентированной в условиях хронического описторхоза на поддержание продолжительного симбиоза «хозяин – паразит» [13].

Цель исследования. Снижение числа осложнений при высокой эффективности дегельминтизации.

Материал и методы. Исследование проводилось после одобрения локального этического комитета. Под наблюдением находились 47 больных с розацеа в сочетании с хроническим описторхозом. Пациенты прошли общеклиническое обследование (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови), УЗИ печени, иммуноферментный анализ на описторхоз к IgG. Определение тяжести течения розацеа проводилось при помощи шкалы диагностической оценки розацеа (ШДОР) [11].

При нахождении в дуоденальной жёлчи яиц описторхисов и повышении титра по ИФА пациенту проводится дегельминтизация в амбулаторных условиях.

Все больные были консультированы инфекционистом, терапевтом, гастроэнтерологом, при необходимости другими специалистами, для исключения серьёзных сопутствующих заболеваний, являющихся противопоказаниями для проведения терапии препаратами.

Для снятия обострения, пациенты с розацеа амбулаторно получили следующее лечение: дезинтоксикационную терапию (30%-ный раствор натрия тиосульфата – по 10 мл в/в, №10), антигистаминные препараты («Кларитин» – по 1 таблетке 1 раз в день, 10 дней), седативные препараты («Афабазол» – по 10 мг 2 раза в день, 20 дней), противопаразитарное лечение (метронидазол – по 0,25 мг 3 раза в день, 21 день). Наружно: мазь «Метронидазол» – 0,75%.

Биологически активная добавка к пище «Гельмицид» представляет собой фитокомплекс, состоящий из трав – полыни обыкновенной, кассии узколистной, а также плодов тмина и укропа, бутонов гвоздичного дерева.

Результаты терапии оценивали по объективным данным клинического течения заболевания, повторному дуоденальному зондированию, по шкале диагностической оценки розацеа, периоду ремиссии при наблюдении за больными в течение 2 лет, с явкой каждые 3 месяца.

Для статистической обработки данных использовались стандартные методы описательной и вариационной статистики, с использованием простого

и множественного линейного регрессионного анализа. Значения рассчитывались и представлялись в виде $M \pm mM$ и $P \pm mP$, где M – среднее арифметическое, P – относительные величины, выраженные в процентах (%), m (s) – среднее квадратичное отклонение. Достоверность разности полученных результатов оценивали с помощью t -критерия Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$. Достоверными считались результаты при $p < 0,05$. Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере Windows 7 с использованием программной надстройки «Пакет анализа» табличного процессора Microsoft Excel 2000 и пакета статистического анализа Statistica V5.5A StatSoft.

Результаты и их обсуждение. Возраст больных колебался от 26 до 51 года. Средний возраст больных первой группы составил $33,1 \pm 1,21$ года. Больше половины больных ($n=45; 95,74\%$) составили лица в возрасте до 40 лет. Среди больных было 20 мужчин и 27 женщин. Давность заболевания на момент первичного обращения составляла от 1,5 до 10 лет. У большинства больных ($n=40; 85,1\%$) давность заболевания составила от 2 до 4 лет. Частота обострений варьировала: непрерывно рецидивирующие формы – у 30 (63,8%) больных, с умеренной частотой рецидивов 1 раз в 4-6 месяцев (2-4 раза в год) – у 10 (21,2%), а также с частыми рецидивами 1 раз в 2 месяца (6-12 раз в год) – у 7 (14,8%) пациентов. Среди обследованных преобладали больные с распространённым кожным процессом: папулёзным ($n=17; 36,7\%$) и папулопустулёзным ($n=25; 53,1\%$) подтипами розацеа. Реже встречались пациенты с эритематотелангиэктатическим подтипом ($n=5; 10,6\%$). Среднее значение индекса ШДОР у больных с папулёзным подтипом розацеа в сочетании с хроническим описторхозом составило 10,4 балла, с папулопустулёзным подтипом – 12,1 балла и с эритематотелангиэктатическим подтипом – 7,4 балла ($p < 0,001$).

Со стороны биохимического анализа крови у большинства больных ($n=41; 87,2\%$) отмечалось повышение прямой фракции билирубина, что связано с преимущественным поражением гепатобилиарной системы при описторхозе.

При лечении вышеописанным способом, побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, кожных покровов и обострения розацеа не наблюдалось. Эффективность дегельминтизации по предложенной схеме составила 85,1% ($n=40$). При повторном дуоденальном зондировании, яйца описторхисов в дуоденальной жёлчи обнаружены у 7 (14,8%) больных. На 3 месяц после проведённого лечения отмечалось снижение индекса ШДОР у пациентов с папулёзным подтипом розацеа до 1,3 балла, с папулопустулёзным подтипом – до 1,5 балла, с эритематотелангиэктатическим подтипом – до 1,5 балла ($p < 0,001$). У большинства больных отмечалась



РИС. ИНДЕКС ШДОР ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

длительная ремиссия ($n=40$; 85,1%) и снижение частоты рецидивов до 1 раза в 1,5 года ($n=7$; 14,8%), показатели прямой фракции билирубина не превышали норму.

Клинически выявлено улучшение со стороны кожного процесса и снижение индекса ШДОР в 10 раз (рис.1). Так, у пациентов с папулезным подтипом ШДОР снизился с 10,4 до 1,3 балла; с папулопустулезным подтипом – с 12,1 до 1,5 балла; с эритематотелеангиэктатическим подтипом – с 7,4 до 1,5 балла.

Таким образом, розацеа в сочетании с хроническим описторхозом протекает тяжелее, что проявляется преобладанием распространённого кожного процесса ($n=42$; 89,3%) и непрерывно рецидивирующим течением ($n=30$; 63,8%). У пациентов с розацеа в сочетании с хроническим описторхозом в биохимическом анализе крови выявлено повышение уровня билирубина за счёт прямых фракций.

Предложенная схема лечения сочетания антигельминтного препарата «Празиквантель» с биологически активной добавкой к пище «Гельмицид» позволила втрое снизить дозу высокотоксичного празиквантеля и провести лечение больных с розацеа без побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта и кожных покровов. Высокая эффективность дегельминтизации ($n=40$; 85,1%) проявлялась достижением длительной ремиссии ($n=40$; 85,1%) и снижением частоты рецидивов до 1 раза в 1,5 года ($n=7$; 14,8%) с нормализацией показателей прямой фракции билирубина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузнецова В.Г. Описторхоз в клинической практике врача-инфекциониста / В.Г.Кузнецова, Е.И.Краснова, Н.Г.Патурина// Журнал «Лечащий Врач». - 2013. - № 6. - С. 74.
2. Чемич Н.Д. Описторхоз в Украине: эпидемиологические и клинические особенности / Н.Д.Чемич, Н.И.Ильина, В.В.Захлабаева [и др.] // Журнал инфектологии. - 2011. - Том 3, № 2. - С. 56-62.
3. Duangsong R. Development of a community-based approach to opisthorchiasis control / R.Duangsong, S.Promthet, K.Thawongniew// Asian Pac J Cancer Prev. - 2013. - №14 (11). -P.7039-43.
4. Wunderink H.F. Foodborne trematodiasis and Opisthorchis felinus acquired in Italy [letter] / H.F.Wunderink [et al.] // Emerg Infect Dis. - 2014. - Vol.20. - №1. - P. 154-155
5. Лукьянова Е.А. Система клинико-эпидемиологического анализа в совершенствовании диагноза и прогноза при описторхозе в эндемичном очаге: автореф. дис... канд.мед.наук / Е.А.Лукьянова. - Новосибирск. - 2009. - 161с.
6. Хардикова С.А. Клинико-функциональное состояние печени у больных псориазом на фоне хронического описторхоза / С.А.Хардикова, Н.Ю.Куранова, Э.И.Белобородова // Мед. паразитол. - 2011. - №4. - С.17-19.
7. Wang Y.C. Environmental determinants of Opisthorchis viverrini prevalence in northeast Thailand/ Y.C.Wang, C.C.Feng, P. Sithithaworn// Geospat Health. - 2013.- №8 (1). - P.111-23.



8. Wonkchalee N. Combination of praziquantel and the traditional medicinal plant *Thunbergialaurifolia* on *Opisthorchisviverrini* infection and cholangiocarcinoma in a hamster model / N.Wonkchalee [et al.] // *Parasitol Res.* - 2013.- №112 (12). P.4211-9.
9. Клинические особенности и патоморфология кожи при аллергодерматозах, ассоциированных с описторхозом / С.Р.Сенчукова, Е.Б.Романов, Е.В.Колдышева, Ю.В.Торнуев // *Фундаментальные исследования.* - 2012. - №5. - С. 115-119
10. Culp B. Rosacea: A review. *Pharm Ther* / B.Culp, N.Scheinfeld. - 2009; 34: 1:38-45.
11. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии / В.П.Адаскевич. М: Медкнига. - 2004. - 165с.
12. Арипова М.Л. Особенности проявления розацеа с сопутствующим хроническим описторхозом/ М.Л.Арипова, С.А.Хардикова, А.П.Зима// *Вестник Авиценны.* - 2013. - № 4. - С. 85-89.
13. Потекаев Н.Н. Розацеа /Н.Н.Потекаев. - М., «Бином». - 2007. - С. 144.
14. Хардикова С.А. Псориаз и описторхоз: патология органов пищеварения / / С.А.Хардикова [и др.] // Томск: СибГМУ. -2010. -242с.
15. Чемич Н.Д. Проблема описторхоза в Украине и современные подходы к лечению / Н.Д.Чемич, В.В.Захлебаева, Н.И.Ильина // *Georgian Medical News.* - 2012. - № 11. - С. 69-73.
16. Перламутров Ю.Н. Сравнительная оценка эффективности различных методов терапии розацеа/ Ю.Н.Перламутров, В.Ш.Сайдалиева, К.Б.Ольховская// *Вестник дерматол. и венерол.* - 2011. - № 3. - С. 73-79.
17. Chai J.Y. Praziquantel treatment in trematode and cestode infections: an update / J.Y.Chai // *Infect Chemother.* - 2013.- №45(1). -P.32-43

Summary

Treatment of chronic opisthorchiasis in patients with rosacea

M.L. Aripova, S.A. Khardikova, A.P. Zima

State Budget Educational Institution of Higher Education «Siberian State Medical University», Tomsk, Russian Federation

The article presents the results of de-worming in 47 patients with rosacea combined with chronic opisthorchiasis.

Combination of anthelmintic drug «Praziquantel» with a biologically active food supplement «Gelmisid» allowed to reduce the dose of highly toxic Praziquantelin three times and treat patients with rosacea without side effects from the gastrointestinal tract and skin. High-performance deworming (n=40; 85,1%) permit to achieve prolonged remission (n=40; 85,1%) and relapse rate reduction to 1 per 1,5 years (n=7; 14,8%) with normalization of direct bilirubin. Improvement of skin process, decreasing of index scale diagnostic assessment of rosacea in 10 times was demonstrated clinically.

Key words: rosacea, opisthorchiasis, deworming, Gelmisid

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Хардикова Светлана Анатольевна –
заведующая кафедрой дерматовенерологии
и косметологии ГБОУ ВПО «Сибирский
государственный медицинский университет»;
Российская Федерация, г.Томск, Московский тракт, д.2
E-mail:khardikova.s.a@mail.ru

Двухмерная минеральная плотность кости у женщин в различные возрастные периоды

И.С. Захаров

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия», Российская Федерация

В работе представлены региональные особенности двухмерной минеральной плотности поясничных позвонков и проксимального отдела бедренной кости у женщин Кемеровской области (Россия). В исследование было включено 1504 женщины, проживающих в Кемеровской области.

Пик костной массы у женщин Кузбасса соответствует возрасту 20-29 лет, после чего отмечается снижение показателей минеральной плотности кости (МПК). МПК поясничного отдела позвоночника достоверно уменьшается после 50-летнего возраста. Костная масса проксимального отдела бедренной кости достоверно снижается с возраста 40-49 лет. При сравнении МПК поясничных позвонков женщин Кемеровской области с базой данных американской популяции белых женщин (NHANES III) отмечались достоверные отличия показателей с возраста 30-39 лет. При сравнительной оценке МПК бедренной кости значимое отличие возникало после 50-летнего возраста.

Учитывая, что популяционные показатели минеральной плотности кости у жителей Кемеровской области имеют региональные особенности, полученные результаты должны быть использованы для расчёта Z-критерия.

Ключевые слова: остеопороз, двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия, популяционные показатели минеральной плотности кости

Актуальность. Одним из наиболее распространённых заболеваний современной цивилизации является остеопороз. В Российской Федерации не менее 34 млн. человек имеют риск остеопоротических переломов [1]. Известно, что распространённость данной патологии у женщин существенно выше, чем у мужчин. По данным Камиловой М.Я. (2012), в Таджикистане остеопороз имеется у 32,1% женщин постменопаузального возраста [2].

В диагностике остеопороза используются как лучевые методы (рентгеновская денситометрия, количественная компьютерная томография, костная ультрасонометрия) [3], так и не лучевые (лабораторное определение маркеров образования и резорбции костной ткани) [4]. Из методов лучевой диагностики наибольшее распространение получила двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (dual-energy X-ray absorptiometry – DXA), определяющая двухмерную минеральную плотность кости (МПК).

На основании рекомендаций Международного общества клинической денситометрии у женщин для оценки МПК используются не абсолютные величины, а относительные значения, зависящие от

возраста обследуемой. Z-критерий (используемый до 50-летнего возраста) характеризует количество стандартных отклонений (SD) от среднего уровня (M) минеральной плотности костной ткани для женщин данной возрастной группы. Если Z-критерий находится выше -2 SD, считается, что минеральная плотность кости соответствует возрастной норме. T-критерий даёт оценку костной массы у обследуемых с 50 лет и старше. Он представляет количество стандартных отклонений от средних пиковых значений минеральной плотности кости молодых женщин. Заключение о низкой костной плотности (остеопении) делается, если T-критерий располагается от -1 SD до $-2,4$ SD. Остеопороз соответствует значениям T-критерия $-2,5$ SD и ниже. Согласно международным рекомендациям T-критерий необходимо рассчитывать на основании базы данных NHANES III, сформированной для популяции США [5]. В то же время, вычисление Z-критерия нужно проводить на основе популяционной базы данных минеральной плотности кости для конкретного региона [6].

В возникновении остеопоротических изменений немаловажное значение имеют региональные аспекты (климато-географическое положение, экологическое



состояние окружающей среды, этнические особенности) [7]. На территории Кемеровской области сосредоточено более 5000 промышленных объектов. В Кузбассе отмечается высокий уровень различных заболеваний, в том числе и костной системы [8,9]. В связи с этим, оценка уровня костной массы у женщин Кемеровской области в различных возрастных группах представляет актуальность, а сформированная популяционная база данных минеральной плотности кости здоровых женщин позволит повысить точность диагностики остеопоротических изменений.

Цель исследования. На основании анализа результатов двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии оценить уровень минеральной плотности кости у женщин Кемеровской области в различные возрастные периоды.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 1504 женщины европеоидной расы, проживающие в Кемеровской области. Авторами были соблюдены этические нормы в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000г. и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утверждёнными Приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 г. № 266.

Критерии включения: длительность проживания женщины в Кемеровской области от 10 лет и более; отсутствие патологии, приводящей к формированию остеопороза; согласие женщины на проведение костной денситометрии.

Критерии исключения: длительность проживания в Кузбассе менее 10 лет; приём гормональных контрацептивов, использование заместительной гормональной терапии; курение; заболевания, способствующие формированию вторичного остеопороза; приём лекарственных средств, приводящих к развитию остеопороза; отсутствие согласия женщины на проведение исследования.

Исследование минеральной плотности кости проводилось денситометрической системой Lunar-DPX-NT. Осуществлялось сканирование первого-четвёртого поясничных позвонков и проксимального отдела бедренной кости.

Были выделены следующие возрастные группы: 16-19 лет (n=74), 20-29 лет (n=178), 30-39 лет (n=244), 40-49 лет (n=301), 50-59 лет (n=275), 60-69 лет (n=207), 70-79 лет (n=123), 80 лет и старше (n=102).

Показатели МПК в базе данных NHANES III представлены для денситометрической системы Hologic. Поэтому, для сравнения минеральной плотности кости жительниц Кемеровской области с базой данных NHANES III была проведена стандартизация [10,11]:

Для поясничных позвонков:
стандартизированная МПК =
 $0,9683 \times (\text{МПК}_{\text{Lunar}} - 1,100) + 1,0436$
стандартизированная МПК =
 $1,0550 \times (\text{МПК}_{\text{Hologic}} - 0,972) + 1,0436$

Для проксимального отдела бедренной кости:
стандартизированная МПК = $0,939 \times \text{МПК}_{\text{Lunar}} - 0,023$
стандартизированная МПК = $1,087 \times \text{МПК}_{\text{Hologic}} + 0,019$

При статистической обработке использовались программы Microsoft Excel и Statistica 6.1. Проводился расчёт средних значений (M) минеральной плотности кости и стандартных отклонений (SD) для женщин каждой возрастной группы.

Результаты и их обсуждение. После проведённого анализа результатов денситометрии были получены следующие данные (табл. 1 и 2).

Пиковые значения костной массы поясничных позвонков у женщин Кемеровской области соответствуют возрастному периоду 20-29 лет, после этого отмечается снижение показателей минеральной плотности кости. Скорость потери костной массы в различных возрастных группах неодинакова.

ТАБЛИЦА 1. ПОКАЗАТЕЛИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ L₁-L₄ У ЖЕНЩИН КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Возраст	16-19 лет	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	70-79 лет	80 лет и старше
M	1,126	1,177	1,174	1,144	1,083	1,040	0,989	0,980
SD	0,166	0,177	0,176	0,180	0,185	0,184	0,186	0,187

Далее приведена динамика снижения минеральной плотности кости по десятилетним промежуткам: в 30-39 лет относительно предыдущего возрастного периода снижение минеральной плотности составило $0,003 \text{ г/см}^2$ ($p>0,05$), в 40-49 лет МПК снижается ещё на $0,030 \text{ г/см}^2$ ($p>0,05$), в 50-59 лет – на $0,061 \text{ г/см}^2$ ($p<0,05$), в 60-69 лет – на $0,043 \text{ г/см}^2$ ($p<0,05$), в 70-79 лет – на $0,051 \text{ г/см}^2$ ($p<0,05$) и после 80-ти летнего возраста – на $0,009 \text{ г/см}^2$ ($p>0,05$).

Таким образом, после наступления пика костной массы в поясничном отделе позвоночника отмечается десятилетняя стабильность показателей МПК, затем с возраста 40-49 лет – незначительное уменьшение показателей. Значимое снижение минеральной плотности кости возникает после 50-летнего возраста.

Максимальные пиковые значения минеральной плотности проксимального отдела бедренной кости у женщин Кузбасса приходятся на возраст 20-29 лет, начиная уменьшаться в период 30-39 лет на $0,016 \text{ г/см}^2$ ($p>0,05$) относительно 20-29-летнего возраста, в 40-49 лет МПК снижается ещё на $0,041 \text{ г/см}^2$ ($p<0,05$),

в 50-59 лет – на $0,066 \text{ г/см}^2$ ($p<0,05$), в 60-69 лет – на $0,047 \text{ г/см}^2$ ($p<0,05$), в 70-79 лет – на $0,066 \text{ г/см}^2$ ($p<0,05$) и после 80-летнего возраста – на $0,069 \text{ г/см}^2$ ($p<0,05$). В результате приведённых данных видно, что костная масса проксимального отдела бедренной кости достоверно снижается, уже начиная с возраста 40-49 лет.

На рисунках 1 и 2 приведена сравнительная оценка средних показателей минеральной плотности поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости жительниц Кемеровской области с показателями МПК белых американских женщин (NHANES III).

Начиная с возрастной группы 30-39 лет ($p=0,02$), наблюдались достоверно более низкие цифры средних значений минеральной плотности кости поясничных позвонков у женщин Кемеровской области по сравнению с американской популяцией. При сравнительной оценке минеральной плотности бедренной кости достоверное отличие возникало после 50-летнего возраста ($p=0,03$).

ТАБЛИЦА 2. ПОКАЗАТЕЛИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЖЕНЩИН КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Возраст	16-19 лет	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	70-79 лет	80 лет и старше
M	1,122	1,124	1,108	1,067	1,001	0,954	0,888	0,819
SD	0,139	0,131	0,143	0,139	0,153	0,141	0,137	0,133

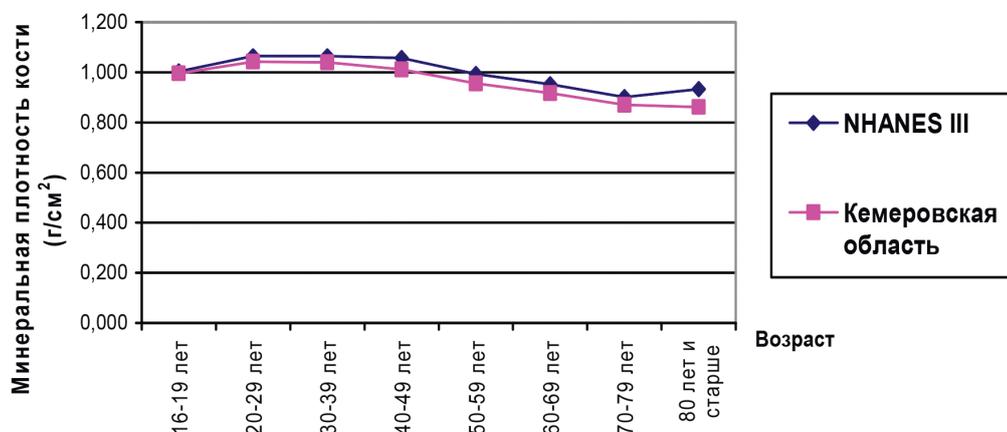


РИС. 1. ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МПК ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ L₁-L₄ У ЖЕНЩИН КУЗБАССА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ БАЗЫ ДАННЫХ NHANES III (СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА)

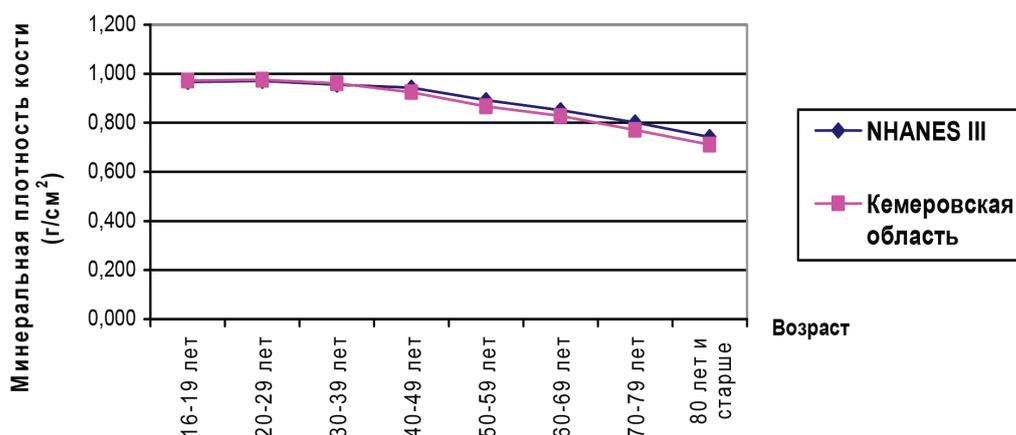


РИС. 2. ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МПК ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЖЕНЩИН КУЗБАССА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ БАЗЫ ДАННЫХ NHANES III (СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА)

Таким образом, на основании проведённого исследования было выявлено, что в возрасте 20-29 лет, при достижении пиковых значений МПК, не наблюдалось достоверных отличий от показателей базы данных белых американских женщин. Этот факт позволяет проводить расчёт Т-критерия для женщин Кемеровской области, согласно рекомендациям Международного общества клинической денситометрии, на основании референтных значений NHANES III. В то же время, с увеличением возраста была выявлена достоверная разница между значениями МПК женщин Кузбасса и показателями NHANES III. В связи с этим, популяционные данные МПК жительниц Кемеровской области имеют региональные особенности, а полученные результаты должны быть использованы для расчёта Z-критерия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лесняк О.М. Аудит состояния проблемы остеопороза в Российской Федерации / О.М.Лесняк // Профилактическая медицина. - 2011. - № 2. - С. 7-10
2. Камилова М.Я. Нарушения минерализации костной ткани у жительниц Таджикистана: региональные особенности, диагностика, лечение и профилактика: автореф. ... дис. д-ра мед. наук / М.Я. Камилова. - С-Пб. - 2008. - 40с.
3. Остеопороз / под ред. Лесняк О.М., Беневоленской Л.И. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2009. - 272с.
4. Захаров И.С. Биохимические маркёры в диагностике нарушений ремоделирования костной ткани при остеопорозе / И.С.Захаров, Г.И.Колпинский, Г.А.Ушакова, Г.В.Вавин // Вестник Авиценны. - 2013. - № 4. - С. 119-123.
5. Lumbar spine and proximal femur bone mineral density, bone mineral content, and bone area: United States, 2005-2008. Data from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). - Washington, DC, DHHS Publication № (PHS) 2012-1601. - Series 11. № 251. - 141 p.
6. These are the Official Positions of the ISCD as updated in 2013. Available at: <http://www.iscd.org/official-positions/2013-iscd-official-positions-adult> (accessed April 24, 2014).
7. Kaptoge S. Geographic and other determinants of BMD change in European men and women at the hip and spine. A population-based study from the Network in Europe for Male Osteoporosis (NEMO) / S.Kaptoge [et al.] // Bone. - 2007. - Vol. 40 (3). - P. 662-673.
8. Оценка риска для здоровья населения в промышленных центрах Кузбасса / Л.А.Глебова, Е.В.Коськина, А.В.Бачина, Ю.С.Чухров // Санитарный врач. - 2013. - № 7. - С. 61-63.
9. Парамонова Е.С. Эколого-гигиенические проблемы Кемеровской области / Е.С.Парамонова, Е.В.Коськина, Л.А.Глебова // Охрана окружающей среды и природопользование. - 2013. - № 2. - С. 42-45.
10. Hui S.L. Universal standardization of bone density measurements: a method with optimal properties for calibration among several instruments / S.L.Hui [et al.] // J. Bone Miner Res. - 1997(12):1463-1470.
11. Lu Y. Standardization of bone mineral density at femoral neck, trochanter and Ward's triangle / Y.Lu, T.Fuerst, S.Hui, H.K.Genant // Osteoporos Int. - 2001(12): 438-444.



Summary

Two-dimensional bone mineral density in women at different ages

I.S. Zakharov

SBEI HPE «Kemerovo State Medical Academy», The Russian Federation

The paper presents the regional peculiarities of the two-dimensional mineral density of lumbar vertebrae and proximal femur in women from Kemerovo region (Russia). The study included 1504 women living in the Kemerovo region.

Bone mass peak in women from Kuzbass corresponds to the age of 20-29 years, after which decrease bone mineral density (BMD) is noted. Lumbar spine BMD was significantly reduced after the age of 50. Bone mass of the proximal femur was significantly reduced from the age of 40-49 years. When comparing lumbar spine BMD women of Kemerovo region with the database of the American population of white women (NHANES III) significant differences in performance at the age of 30-39 years observed. When evaluating of femoral BMD significant difference occurred after the age of 50.

Given that the population indices of bone mineral density in women of the Kemerovo region have regional features, the results should be used to calculate Z-test.

Key words: osteoporosis, dual-energy X-ray absorptiometry, population indices of bone mineral density

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Захаров Игорь Сергеевич – доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»;
Российская Федерация, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а
E-mail: isza@mail.ru



Социально-демографические и этнокультуральные аспекты суицидов в Республике Таджикистан

Н.М. Шаропова, Т. Шарипов, Р.А. Турсунов

Кафедра психиатрии и наркологии им. проф. М.Г.Гулямова ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе приведены данные анализа суицидального поведения среди населения Таджикистана. За изучаемый период (2005-2010 гг.) было исследовано 659 суицидальных попыток среди 264 мужчин и 395 женщин, из которых 38,5% случаев выпало на долю завершённых и 61,5% – незавершённых аутоагрессивных действий.

В возрастных группах 15-19 лет, 20-24 года, 25-29 лет, число женщин значительно превышает число мужчин суицидентов. Наибольшее число суицидов пришлось на возрастную группу 15-19 лет (n=126) – 23 (18%) мужчины и 103 (82%) женщины и 20-24 года (n=161) – 53 (33%) мужчины и 108 (67%) женщин, что обусловлено, прежде всего, пребыванием мужчин этого возраста в трудовой миграции.

Анализ взаимосвязи суицидов с местом проживания показал, что наибольшее число суицидов (53,6%; n=353) совершается сельскими жителями. Среди мужчин лица с высшим образованием составили 20%, среди женщин – всего 7%, что указывает на этнокультуральные особенности среди суицидентов в Таджикистане, а именно – у девушек и женщин традиционно имеются меньшие возможности в получении образования, в том числе и высшего.

Самым распространённым способом суицида является отравление медикаментами, уксусной эссенцией (43%), затем следуют суициды через самоповешение (28%), на третьем месте – самосожжение (22%).

Среди суицидентов по занятости наибольший процент составили домохозяйки (42%), затем следуют работающие (19%), временно не работающие (18%), дети младшего и старшего школьных возрастов (10%).

Ключевые слова: суицид, суицидент, аутоагрессивные действия, этнокультуральные особенности

Актуальность. Изучение суицидов и разработка методов их профилактики обусловлена медицинской и социальной значимостью проблемы. Ежегодно в мире совершается около 1 миллиона самоубийств. Из литературы известно, что к числу факторов, оказывающих важное влияние на развитие суицидального поведения, относятся социальные условия жизни людей [1-3]. По мнению Т.Б.Дмитриевой и Б.С.Положего (2003), любые радикальные общественные перемены сопровождаются стрессовым воздействием на население, что неминуемо отражается на суицидальной ситуации в стране [4].

Всё это в полной мере относится и к современному Таджикистану, в котором за короткий в историческом смысле период времени произошло много событий: распад СССР и бывшей системы, гражданская война, длившаяся пять лет, в результате чего сменилась общественно-экономическая формация. Эти явления привели к возникновению как экономических,

так и психологических проблем – необходимость быстрой адаптации к новой социальной системе, ломка прежних идеологических стереотипов, появление новых ценностных ориентаций, резкое ухудшение материального состояния, безработица, рост трудовой миграции большей части мужского населения Республики Таджикистан (РТ) и многое другое.

Учитывая высокую социальную значимость проблемы, Правительством РТ в 2004 году было принято соответствующее Постановление №304 «О мерах по предотвращению самоубийств и покушения на собственную жизнь» [5].

Таким образом, достаточно высокий удельный вес завершённых суицидов в структуре смертности населения, способы их исполнения и, в связи с этим, установление комплекса факторов, имеющих значение в суицидогенезе, изучение индивидуально-личностных характеристик, недостаточная научная

разработанность и высокая медико-социальная значимость этнокультуральных особенностей, в том числе и клинично-социальных исследований, учитывающих различные аспекты этого сложного явления, оказывающие влияние на мотивацию суицидального поведения, – всё это представляет актуальность проблемы исследования.

Цель исследования: изучить социально-демографические и этнокультуральные особенности суицидального поведения среди населения Республики Таджикистан.

Материал и методы. За изучаемый период (2005-2010 гг.) нами было исследовано 659 суицидальных попыток среди 264 мужчин и 395 женщин, из которых 38,5% случаев выпало на долю завершённых и 61,5% – незавершённых аутоагрессивных действий. Изучены 210 историй болезни, 74 амбулаторные карты, 64 судебно-медицинских протокола, а также 311 случаев – по данным комитетов по делам женщин и семьи местных органов власти, ответственных за суицидологическую ситуацию на местах.

С помощью клинично-психопатологического и эпидемиологического метода определялась распространённость самоубийств и её динамика в отдельных регионах Республики Таджикистан (г. Душанбе, некоторые районы республиканского подчинения, Согдийская и Хатлонская области), анализировались социально-демографические, этнокультуральные и клинические характеристики суицидентов, факторы, способствовавшие совершению самоубийств, их основные характеристики (мотивы, способ, время, место и пр.).

Для обоснования статистической репрезентативности полученных данных были использованы методы статистической обработки результатов, общепринятые в медицинских исследованиях. Достоверность различий сравниваемых относительных величин (p) определялась с помощью критерия Стьюдента (t).

Результаты и их обсуждение. Согласно статистическим данным Агентства по статистике при Президенте РТ за 2005-2010 гг. (№ 02/512-24 от 20.10.2010 г.) по завершённым суицидам, следует, что в целом в РТ отмечается тенденция к росту суицидов (табл.1).

Как видно из представленных данных (табл. 1), в 2006/2007 гг. наблюдалось некоторое снижение общего количества суицидентов (от 187 до 169 случаев), тогда как за три последующих года отмечается резкий рост случаев суицида: от 177 – в 2008 году до 224 – в 2010 году. В тоже время наблюдаются различия по количеству самоубийств по половому признаку. Если в группе женщин общее количество суициденток достигло от 40 случаев в 2007 году до 74 – в 2010 году, то у мужчин в эти годы количество случаев возросло от 105 до 150 случаев.

Анализ данных, полученных у 695 лиц при суицидальных попытках за изучаемый период времени (2005-2010 гг.), показал, что в отдельных регионах Таджикистана от самоубийств погибло 251 (38%) человек. Из них 55% составили лица мужского пола, 45% – женского, что отражает значительное преобладание летальных исходов среди мужчин; это связано с тем, что лица мужского пола выбирали наиболее травматичные способы суицида.

На представителей наиболее дееспособной возрастной группы (от 19 до 49 лет) как среди мужчин, так и среди женщин приходится наибольшее число суицидов. На долю именно этой категории нередко ложится самая тяжёлая физическая работа, но зачастую и эту работу получить сложно из-за высокого уровня безработицы в стране. Кроме того, в отношении лиц мужского пола можно отметить, что способность зарабатывать деньги для мужчин, особенно в Таджикистане, значит много, учитывая, что многие женщины в стране не работают, занимаются воспитанием детей, естественно, мужчина без работы считает себя неполноценным главой семьи. Поэтому достаточной мотивацией к совершению суицида является ощущение ущербности среди трудоспособного мужского населения.

Если сравнить число суицидов среди мужчин и женщин по возрастным группам, то нужно отметить, что оно снижается среди лиц как мужского пола, так и среди лиц женского пола пропорционально старению.

В возрастных группах 15-19 лет, 20-24 года, 25-29 лет, число женщин значительно превышает число мужчин-суицидентов. Наибольшее число суицидов пришлось на возрастную группу 15-19 лет ($n=126$) –

ТАБЛИЦА 1. ПОКАЗАТЕЛИ ЗАВЕРШЁННЫХ СУИЦИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН (за период 2005-2010 гг.)

Годы	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Мужчин	139	120	105	129	128	150
Женщин	48	49	40	48	60	74
Всего	187	169	145	177	188	224



23 (18%) мужчины и 103 (82%) женщины, и 20-24 года (n=161) – 53 (33%) мужчины и 108 (67%) женщин, что обусловлено, прежде всего, пребыванием мужчин этого возраста в трудовой миграции.

Девушки же выходят замуж и практически сразу после замужества остаются один на один с семьёй мужа, начинаются проблемы со свекровью, младшими братьями и сёстрами мужа, другими невестками (учитывая наличие многодетных семей в Таджикистане). Малообразованность женщин, отсутствие поддержки со стороны родителей, неудовлетворительные бытовые условия на селе – именно всё это способствует совершению суицидов в этих возрастных группах. Девушки, засидевшиеся в невестах, вынуждены выходить замуж за вдовцов с детьми либо вторыми жёнами за старых мужчин, что тоже является одним из факторов, способствующих самоубийствам. Вышеуказанные мотивы можно считать этнокультуральными особенностями суицидов в Таджикистане.

Что касается образования суицидентов, исследование показало, что имеются различия в степени образованности по половому признаку: среди мужчин лица с высшим образованием составили 20%, среди женщин – всего 7%, что указывает на этнокультуральные особенности среди суицидентов в Таджикистане, а именно – у девушек и женщин традиционно имеются меньшие возможности в получении образования, в том числе и высшего.

Самым распространённым способом суицида является отравление медикаментами (табл.2), уксусной эссенцией (43%), затем следуют суициды через самоповешение (28%), на третьем месте – самосожжение (22%).

Говоря об этнокультуральных особенностях суицидов в Центральной Азии и согласно обзору литературы, необходимо отметить, что самосожжение является одним из традиционных способов самоубийства среди женщин в Таджикистане [6].

По результатам проведённых нами исследований оказалось, что самосожжение как способ суицида избрали не только женщины – 122 (18,5%) человека, но и мужчины – 20 (3%). Следует отметить, что частый способ применения самосожжения по сравнению с другими методами аутоагрессивных действий среди некоторой категории суицидентов связан с доступностью легко воспламеняющихся жидкостей в Таджикистане (керосин, дизтопливо «солярка» и др.) из-за регулярных и частых отключений подачи электроэнергии населению, особенно в зимний период, по причине её катастрофической нехватки. В целом, самосожжение как способ суицида было избрано в 142 (22%) случаях.

Глотание различных предметов в виде гвоздей, шурупов, мелких камней, швейных игл, бритвенных лезвий наблюдалось только среди мужчин (военнослужащие, солдаты-срочники) – 13 (2%) человек.

Абсолютное количество суицидов было больше в г. Душанбе (39,3%), а самое меньшее их количество отмечается в отдельных районах республиканского подчинения, что составило 17,1% (табл.3).

Анализ взаимосвязи суицидов с местом проживания показал, что наибольшее число суицидов совершается сельскими жителями – 353 человека, что составило 53,6% от общего числа случаев, на втором месте – жители города (46,4%).

ТАБЛИЦА 3. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЧИСЛА СЛУЧАЕВ СУИЦИДОВ ПО ГОРОДУ ДУШАНБЕ И РЕГИОНАМ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Регион	Абс.	(%)
г. Душанбе	259	39,3
Хатлонская область	173	26,3
Согдийская область	114	17,3
РРП	113	17,1
Всего	659	100%

ТАБЛИЦА 2. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУИЦИДЕНТОВ ПО СПОСОБУ САМОУБИЙСТВА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Пол / Способ	Муж.		Жен.		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отравление	74	28	210	53,2	284	43
Самоповешение	129	50	56	14,2	185	28
Самосожжение	20	8	122	30,8	142	22
Саморанение	17	6	1	0,3	18	2,7
Иностранное тело в ЖКТ	13	5	-	-	13	2
Падение	9	3	2	0,5	11	1,7
Утопление	-	-	4	1,0	4	0,6
Итого	264	100	395	100	659	100

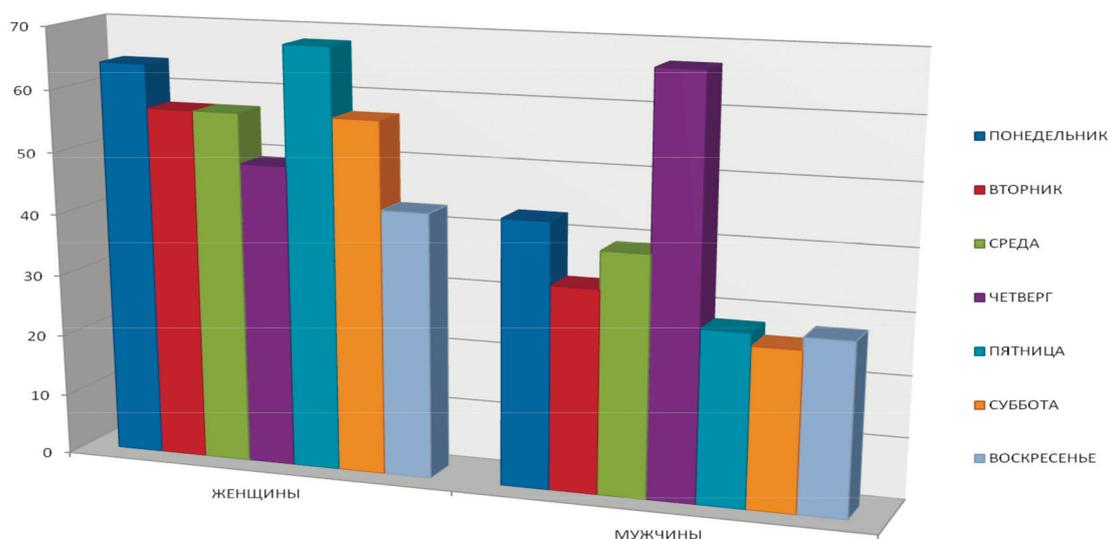


ДИАГРАММА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУИЦИДОВ ПО ДНЯМ НЕДЕЛИ

Надо отметить, что в наиболее промышленно развитых регионах страны число городских суицидентов значительно превышает число сельских, как среди женщин, так и среди мужчин, что связано с лучшей выявляемостью и обращаемостью городского населения в лечебно-профилактические учреждения.

Так, по результатам нашего исследования, в Согдийской области – наиболее развитом промышленном регионе Таджикистана – число городских суицидентов превалирует над сельским, как среди мужчин, так и среди женщин. Тогда как в Хатлонской области (где более низкий уровень жизни, высокие показатели безработицы, связанные с последствиями гражданской войны, охватившей большую территорию этой области) отмечаются диаметрально противоположные результаты – городских мужчин-суицидентов зарегистрировано 19 случаев против 63 жителей села, городских женщин-суицидентов – 19 против 72 жителей села. Таким образом, с одной стороны, по удельному весу самоубийств сельская местность (53,6%) является суицидоопасным регионом страны, с другой – в столице лучше выявляемость и обращаемость суицидентов в лечебно-профилактические учреждения.

Наиболее вероятными днями совершения суицидов по результатам нашего исследования у мужчин явились понедельник и четверг, у женщин – понедельник и пятница (диаграмма 1), что подтверждается многими исследователями [8,9]. Наименьшее количество суицидов зарегистрировано по воскресеньям – 71 (11%) случай. Это связано с тем, что по выходным дням, обычно, семья собирается дома и, учитывая, что семьи в Таджикистане большие, по-видимому, у потенциального суицидента остаётся меньше возможностей осуществить свой замысел. Анализируя распределённость суицидов по времени суток, надо

отметить, что максимум суицидов наблюдается в вечернее время суток (43%), и наименьшее число суицидов приходится на утренние часы (20%). Приведённые нами данные, с одной стороны, противоречат литературным данным [4,7] о наибольшей суицидоопасности раннего утра, с другой – могут позволить более рационально планировать деятельность суицидологических служб, в особенности, телефонов доверия.

Выявленное нами сезонное распределение суицидов выглядит следующим образом: на весенние месяцы приходится 30%, на осень – 23%, лето – 24% и зиму – 23%.

Среди суицидентов по занятости (табл.4) наибольший процент составили домохозяйки (42%), затем следуют работающие (18%) и временно не работающие (19%). Наименьшее число суицидентов приходится на студентов высших учебных заведений (1%). В число суицидентов вошли также инвалиды по общему заболеванию (8%) и, к великому сожалению, дети младшего и старшего школьных возрастов (10%).

Следует отметить, что 42% суицидентов (279 домохозяек), которые составляют 70,6% от общего числа женщин суициденток (395 чел.) не заняты общественно полезным трудом, что отличается от данных Гладышева М.В. (2006), результаты исследования которого дают незначительную долю категории домохозяек от общего числа суицидентов [7].

Вместе с тем, домохозяйки занимаются воспитанием детей, домашним хозяйством, уходом за стариками, так как в Таджикистане в одной семье нередко проживают 3-4 поколения, что можно отнести к этнокультуральным особенностям населения. Среди



ТАБЛИЦА 4. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУИЦИДЕНТОВ ПО ЗАНЯТОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Занятость	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Работающие	79	30	39	10	118	18
Временно не работающие	116	44	6	2	122	19
Военнослужащие	13	5	-	-	13	2
Студенты	7	3	2	1	9	1
Домохозяйки	-	-	279	70	279	42
Школьники	19	7	46	11	65	10
Инвалиды по общему заболеванию	30	11	23	6	53	8
Итого	264	100	395	100	659	100

суицидентов военнослужащие составили всего лишь 2%, что отнюдь не говорит об их низком числе в этой группе исследуемых лиц. Это всё же связано с трудной доступностью к медико-статистической документации соответствующих структур.

Несмотря на то, что до сегодняшнего дня остаётся не до конца исследованной связь между частотой суицидов и социальной ситуацией в Таджикистане, можно отметить, что миграционные процессы в стране влияют на гендерный показатель суицидов в нашей стране, что отражают данные (временно не работающих) вышеприведённой таблицы.

Таким образом, анализ долгосрочных программ и мероприятий по профилактике самоубийств в республике показал, что все они носят недостаточно скоординированный характер, а результаты нашей работы указывают на необходимость проведения крупномасштабного, финансируемого государством, исследования различных аспектов суицидов среди населения страны, так как роль социальных факторов в формировании аутоагрессивного поведения, с одной стороны, является бесспорной, но с другой – наиболее дискуссионной в суицидологии. Причина этого, на наш взгляд, заключается в значительной индивидуальной вариабельности мотивов, приводящих к суициду, если речь не идёт о психопатологической мотивации и механизмах формирования аутоагрессии. Тем не менее, определение групп риска в различных социальных слоях населения, наиболее уязвимых в социально-стрессовых ситуациях, является неотъемлемой частью профилактической работы в рамках суицидологической службы. Разумеется, принадлежность к какой-либо группе населения, выделенной по демографическому или социальному признаку, не является абсолютным свидетельством высокого суицидального риска. Однако, применяя социальные критерии для предикции суицидов можно применять профилактические мероприятия более адресно, рационально распределяя ресурсы созданной в будущем суицидологической службы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчёт о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров / Дания. - 2006. - С. 77-85.
2. Ганиев Ф.И. Судебно-медицинские и медико-социальные проблемы самоубийств в Республике Таджикистан: автореф. дис.... канд. мед. наук / Ф.И.Ганиев. - Ташкент. – 2008. - 21с.
3. Суициды в Республике Таджикистан (Краткое руководство и рекомендации семейному врачу) / Н.М.Шаропова, З.Х.Нисанбаева, Ф.К.Шомадова, Г.Б.Хасанова. - Душанбе. - 2011. - 52с.
4. Дмитриева Т.Б. Этнокультуральная психиатрия / Т.Б.Дмитриева, Б.С.Положий // М.: Медицина. - 2003. - 458с.
5. Постановление Республики Таджикистан № 304 «О мерах по предотвращению самоубийств и покушений на собственную жизнь». - Душанбе. - 2004.
6. Гулямов М.Г. О мотивах аутоагрессивных действий женщин таджичек путём самосожжения / М.Г.Гулямов, Д.М.Мухамадиев // Материалы первой конференции психиатров Центральной Азии, г. Худжанд. - 1996. - С. 36-37.
7. Гладышев М.В. Клинико-социальные аспекты распространённости суицидов в период радикальных преобразований в России (1990-2003 гг.): автореф. дис.... канд. мед. наук / М.В.Гладышев. - М., - 2006. - 18с.
8. Ваулин С.В. Клинико-эпидемиологическое изучение суицидального поведения: автореф. дис.... канд. мед. наук / С.В.Ваулин. - М. - 1997. - 22с.
9. Девяткова Г.И. Социально-гигиеническая характеристика самоубийств и пути совершенствования суицидологической помощи населению: автореф. дис.... канд. мед. наук / Г.И.Девяткова. - М. - 2002. - 23с.



Summary

Sociodemographic and ethnocultural aspects of suicide in the Republic of Tajikistan

N.M. Sharopova, T. Sharipov, R.A. Tursunov

Chair of Psychiatry and Addiction named after prof. M.G.Gulyamov Avicenna TSMU

The paper presents the data analysis of suicidal behavior among the population of Tajikistan. Over the study period (2005-2010) 659 suicide attempts among 264 men and 395 women was studied, of which 38,5% of cases were completed and 61,5% – uncompleted auto-aggressive action.

In the age groups 15-19 years, 20-24 years, 25-29 years, the number of women is much higher than the number of male suicides. The largest number of suicides occurred in the 15-19 age group (n=126) – 23 (18%) men and 103 (82%) of women and 20-24 years (n=161) – 53 (33%) men and 108 (67%) were women, which is due, above all, stay the men of this age in the labor migration.

Analysis of the relationship of suicide with a place of residence showed that the largest number of suicides (53,6%; n=353) performed by villagers. Higher education among men was in 20% of women – only 7%, indicating that the ethnocultural characteristics of suicides in Tajikistan - namely, the girls and women traditionally have fewer opportunities for education, including higher education.

The most common way of suicide is poisoning by medicines, vinegar essence (43%), followed by suicides hang himself (28%), the third – the self-immolation (22%).

Suicides among employment the highest percentage accounted the housewives (42%), employers (19%), temporarily not working (18%), younger and older school age (10%).

Key words: suicide, suicides, autoaggressive actions, ethnocultural features

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Шаропова Нигина Минхожевна – заведующая кафедрой психиатрии и наркологии им. проф. М.Г.Гулямова ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, ул. Зехни, дом 9
E-mail: Sharopova@yandex.ru



Применение регуляционной термографии в диагностике больных сахарным диабетом 2 типа

З.Х. Махрамов, В.В. Кирьянова, Н.В. Ворохобина

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

В работе освещены возможности использования регуляционной термографии (РТГ) в диагностике состояния больных сахарным диабетом 2 типа. При регуляционной термографии в проекции зон Pa1, Pa2 поджелудочной железы (ПЖ) выявлены: в 70,39% случаев – гипорегуляция, что с учётом клинических признаков свидетельствовало о хроническом дегенеративном процессе в поджелудочной железе; в 20,5% случаев – термографическая жесткость, указывающая на соединительнотканную дегенерацию в поджелудочной железе; в 70,2% случаев определены парадоксальные значения, что указывает на наличие кистозных образований в области ПЖ, подтверждённых УЗИ и МРТ исследованиями.

Не инвазивные методы РТГ обладают высокой информативностью, точны и воспроизводимы, поскольку основаны на анатомических и физиологических закономерностях организма. РТГ показывает очаги патологии и помогает в определении терапевтической стратегии.

Ключевые слова: регуляционная термография, сахарный диабет 2 типа

Введение. В настоящее время внедрение неинвазивных и нетравматичных методов диагностики сахарного диабета (СД) является актуальным. Сахарный диабет является острой социальной проблемой, относящейся к приоритетам национальной системы здравоохранения практически всех стран мира. Драматизм и актуальность проблемы определяется широкой распространённостью этого эндокринного заболевания, высокой смертностью и ранней инвалидизацией больных. Согласно Международной федерации диабета, число больных СД 2 типа в мире на 2010 год составило 285 млн. человек (6,6% населения), а по прогнозам к 2030 году распространённость заболевания увеличится до 7,8% [1,2].

За последние десятилетия осуществлён реальный прорыв в оказании качественной медицинской помощи больным СД. В настоящее время внедрены в повседневную практику лучшие из ныне существующих инновационных генно-инженерные инсулины человека и аналоги. Однако проблема сахарного диабета не решена. Более 50-70% больных СД во всех странах мира находятся в состоянии неудовлетворительной компенсации углеводного обмена, что неизбежно приводит к развитию смертельных и инвалидизирующих сосудистых осложнений [3].

Наряду с медикаментозным лечением СД применяются многие вспомогательные методы, такие как: лечение повышенным давлением кислорода, сорбционные методы детоксикации, иглорефлексотерапия и её различные модификации, санаторно-курортное

лечение. Современная статистика свидетельствует, что путём модификации образа жизни можно добиться снижения заболеваемости СД [4].

Регуляция – это способность биологических систем реагировать на раздражение. В 60-80 гг. XX века появились контактные термографические приборы и бесконтактные приборы ИК излучения. С 1982г. начала осуществляться компьютерная регистрация [5].

Использование регуляционной термографии (РТГ) может оказать существенную помощь для контроля терапии, слежения за процессом выздоровления и для объективизации терапевтических мероприятий (например: лазерной терапии, биорезонансной терапии, нейростимуляции, транскраниальной стимуляции, термоэлектрической терапии и др.), так как позволяет документировать ход лечения идеальным способом [6,7].

Цель исследования: изучение возможностей применения регуляционной термографии в диагностике состояния больных сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы. Исследование проводили 250 больным сахарным диабетом 2 типа в возрасте от 30 до 65 лет. Пациенты были распределены по возрастным группам, из которых максимальное число больных (38,09%) наблюдалось в возрасте 50-60 лет; до 40 лет – 10,47%; до 50 лет – 21,90%; до 59 лет – 24,76% и старше 70 лет – 4,76% больных.

Прежде всего, оценивали данные общего клинического исследования (анамнез, жалобы, общее состояние больного, температуру тела, пульс, артериальное давление).

Оценка течения заболевания проводилась с использованием инструментальных и лабораторных исследований. Из инструментальных методов исследования нами были использованы: ультразвуковое исследование, компьютерная томография, регуляционная термография и электропунктурная диагностика. Все клинические и биохимические анализы крови и мочи, проводили по общепринятым унифицированным методам.

Для измерения температуры с разрешением $0,1^{\circ}\text{C}$ и быстродействием менее 1 с. используется терминал, который подключается к персональному компьютеру – переносному или к стационарному. Компьютер обеспечивает ввод и запоминание данных от терминала, установку различных параметров, обработку данных, построение измерительных таблиц и графиков, просмотр, сравнение и распечатку графиков, просмотр архива, карты пациентов и многое другое. Оптимальное расстояние от терминала до кожи равно 5-20 мм.

Чтобы получить термограммы, которые нужно сравнивать между собой, необходимо придерживаться единого процесса измерения. Стандартная термограмма содержит 60 пунктов измерения, которые локализуются на самых важных и информативных частях тела. Постоянные измерения и те же измерения имеют то преимущество, что, как бы, запечатлевается один и тот же порядок, а с другой стороны – можно сравнить термограммы нескольких лет термограммы одного и того же пациента или термограммы разных пациентов друг с другом. Ниже представлена схема расположения точек измерения стандартной термограммы [7].

Норма: значение второго измерения на $0,7-0,8^{\circ}\text{C}$ ниже значения первого измерения. Все измерения автоматически регистрируются на компьютере и выводятся в виде графика. Оценка разности температуры между 1 и 2 измерением: $0-0,2^{\circ}\text{C}$ – эта разница соответствует «жесткой» регуляции или регуляторной неподвижности; $0,3-0,4^{\circ}\text{C}$ – ограниченной или гипорегуляции; $0,5-1,0^{\circ}\text{C}$ – нормальной регуляции; свыше $1,0^{\circ}\text{C}$ – избыточной или гиперрегуляции. Такие регуляции также трудны для оценки, как и регуляционная жесткость. Генерализованная (по всей термограмме) гипер-, жесткая или хаотическая регуляция – это тревожные сигналы, свидетельствующие о дегенеративных процессах [7].

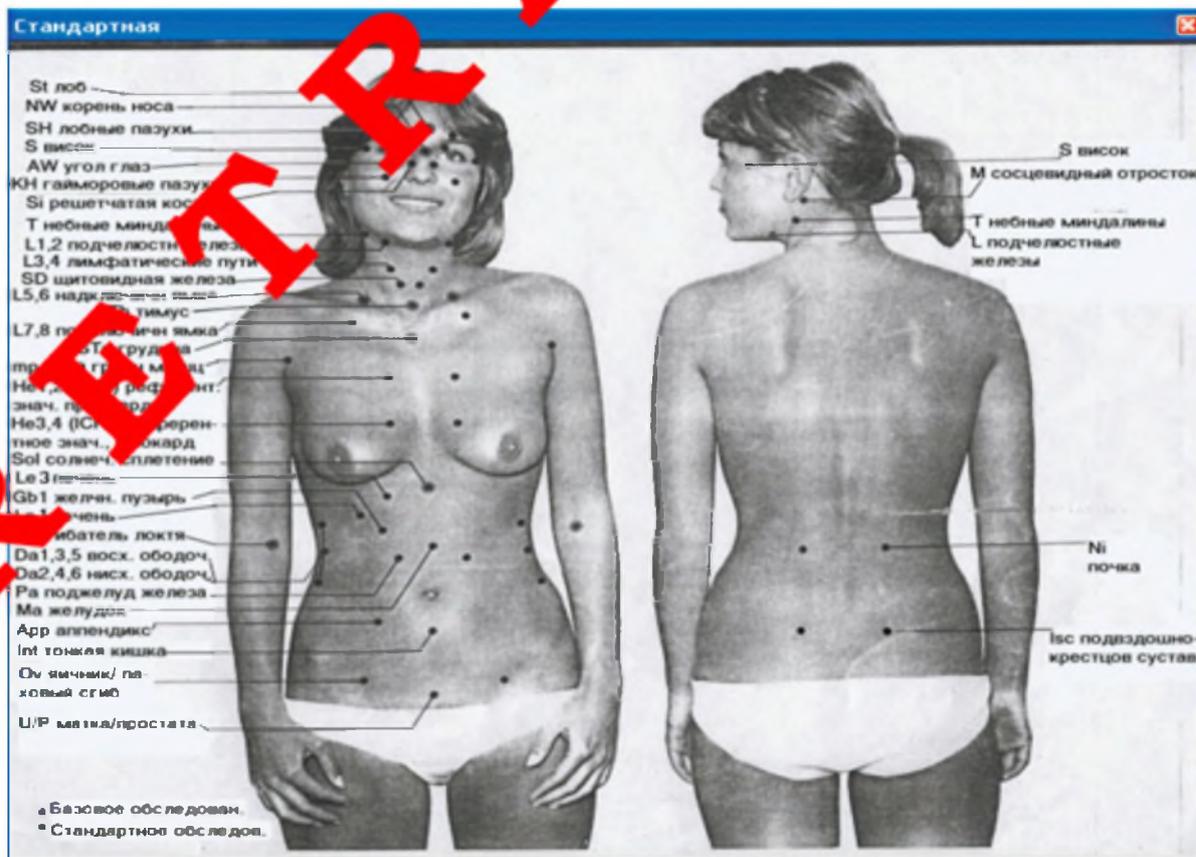


РИС. 1. ЗОНЫ ИЗМЕРЕНИЯ СТАНДАРТНОЙ ТЕРМОГРАММЫ ЧЕЛОВЕКА



Результаты и их обсуждение. При регуляционной термографии в проекции зон Pa1, Pa2 поджелудочной железы были выявлены: гипорегуляция (70,3% случаев) – что с учётом клинических признаков свидетельствовало о хроническом дегенеративном процессе в поджелудочной железе; термографическая жёсткость (20,5% случаев), указывающая на соединительнотканную дегенерацию в поджелудочной железе, а в 10,2% случаев определены парадоксальные значения, что указывает на наличие кистозных образований в области ЦЖ, подтверждённых УЗИ и МРТ исследованиями.

Приводим пример (А/к №5256) клинической апро-
бации. Больная П., 50 лет, диагноз: инсулиннезависимый сахарный диабет с множественными осложнениями, хронический панкреатит.

Обратилась с жалобами на вздутие живота, сухость во рту, раздражительность, сухость кожи, ломкость волос, слабость, повышенную жажду. Из анамнеза: болеет панкреатитом в течение 5 лет, сахарный диабет был выявлен год тому назад. Находилась под наблюдением у эндокринолога по поводу диабета, получает весь алгоритм средств по лечению диабета 2 типа, в том числе метформин в дозе 1500-2000 мг/в сутки. Физиотерапевтическое лечение по поводу данного заболевания ранее не проходила.

Объективно: телосложение правильное. Достаточного питания. Рост 169 см, вес 81 кг. Кожа бледная, бледные, кожа на локтях сухая. В лёгких хрипы везикулярные, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 75 в 1 мин., АД – 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, незначительно болезненный при пальпации

в области проекции поджелудочной железы. Печень – у края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Сознание ясное, пациентка ориентирована, контактна. Определяется гиперкератоз кожи обеих стоп. Температура тела 36,6°C.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,5, гемоглобин – 142, лейкоциты – 5,0, палочкоядерные – 1, сегментоядерные – 46, эозинофилы – 3, лимфоциты – 37, моноциты – 6, РОЭ – 5. Общий анализ мочи: незначительная кетонурия. Глюкоза в моче – 8,8 ммоль/л через 2 часа после приёма пищи – 12,6 ммоль/л.

На ультразвуковом исследовании поджелудочной железы были выявлены диффузное увеличение и поликистоз. ЭКГ – ритм синусовый, гипертрофия левого желудочка. ФЛГ – в пределах нормы.

Проведено 12 ежедневных процедур биорезонансной и светотерапии с помощью аппарата «Детра Профессонал», включающим 2 этапа: этап базисной терапии – целевой, с последующей светотерапией. Проведено 5 процедур базисной терапии и 7 – целевой, а непосредственно после каждой процедуры целевой терапии в этот же день проводилась процедура светотерапии.

После проведённой терапии с помощью БРТ состояние значительно улучшилось: уменьшилась сухость во рту, слабость, утомляемость, раздражительность, улучшилось пищеварение. Больная отметила улучшение общего самочувствия. Объективно: живот безболезненный, мягкий.

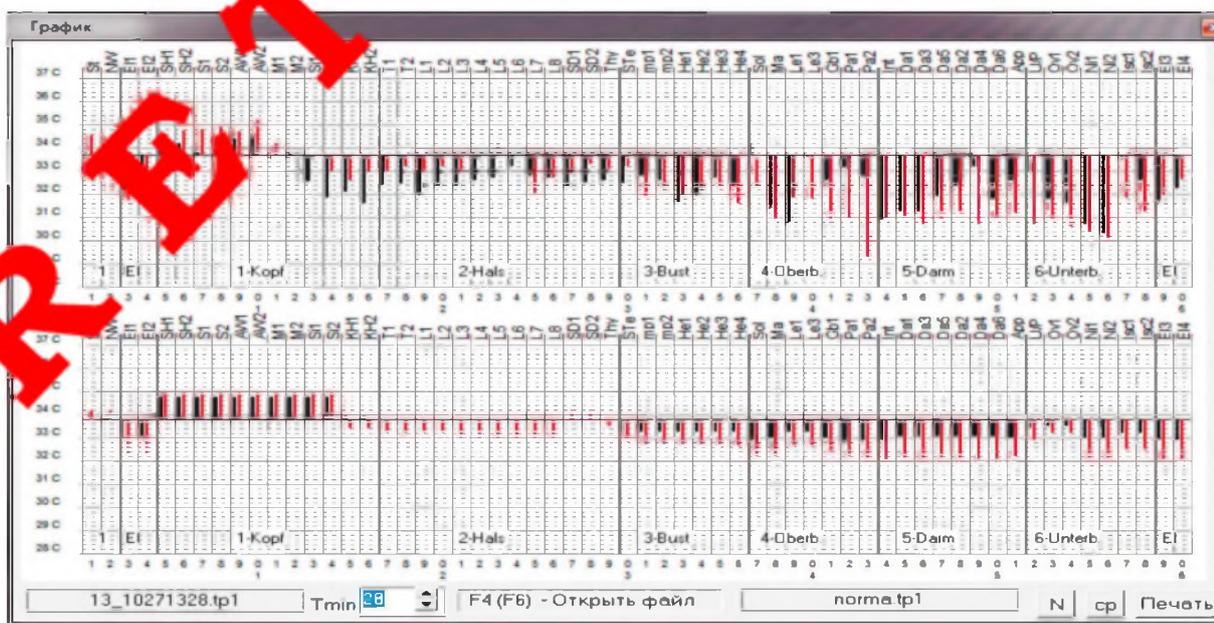


РИС.2. ТЕРМОГРАММА ПАЦИЕНКИ П. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В СТАЦИОНАР



После лечения уровень глюкозы натощак – 5,7 ммоль/л и через 2 часа после приёма пищи составил 7,2 ммоль/л. На ультразвуковом исследовании размеры поджелудочной железы незначительно уменьшились, контуры ровные и однородной структуры, кисты сохранились, но меньших размеров. Термограмма пациентки при поступлении в стационар представлена на рисунке 2.

На термограмме видна ярко выраженная гипорегуляция (охлаждение) в области печени (Le3), жёлчного пузыря (Gb1) и проекции поджелудочной железы (Pa1, Pa2), что свидетельствует о дегенеративном процессе в данных органах, подтверждённом клиническими методами исследования.

Таким образом, неинвазивные методы РТГ обладают высокой информативностью, точны и воспроизводимы, поскольку основаны на анатомических и физиологических закономерностях организма. РТГ показывает очаги патологии и помогает в определении терапевтической стратегии. РТГ позволяет охватить не только клинически определённые заболевания, но также и нарушения, которые возможно никогда не проявляются в жалобах пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гончар В.Н. Сахарный диабет 2-го типа у лиц молодого возраста: этиология, патогенез, диагностика и лечение / В.Н.Гончар, Е.Б.Башнина, Н.В.Ворохобина // Учебное пособие. - СПб. - С.4.
2. Чазова И.Е., Мычка В.Б. Метаболический синдром / И.Е.Чазова, В.Б.Мычка. МЕДИЦИНСКА - 2004. - 163 с.
3. Мельниченко Г.А. Практическая медицина / Г.А.Мельниченко. - 1999. - 197с.
4. Недосугова Т.В. Исследования к терапии сахарного диабета 2 типа / Т.В. Недосугова // Русский медицинский журнал. - 2006. - Т. 14. - № 13. - С.2-5.
5. Rost J. Regulation sthermographie. Einekurze Darstellung. Paradigma-Verlag, Bellamont / J.Rost. - 1997. - P. 123-127.
6. Сыч Н.Н. Энергетика человека и восточная медицина-Цзю терапия / Н.Н.Сыч // М. - 1995. - 231с.
7. Weber W. Funktionell Bewertung biologischer Heilverfahren auf Oberbauch- und Darmfunktionmit Thermoscheck / W.Weber // Erfahrungsheilkunde. - 2005. - Vol. 54. - P. 302-305

Summary

Application of regulatory thermography in the diagnosis of patients with type 2 diabetes

Z.H. Mahramov, V.V. Kiryanova, N.V. Vorohobina

Northwestern State Medical University named after Il Mechnikov, Russia

Use of the regulatory thermography (RTG) in diagnosis of patients with type 2 diabetes was shown in article. Regulatory thermography in the projection zones Pa1, Pa2 of pancreas revealed: hyporegulation in 70,3% of cases that indicate about chronic degenerative processes in the pancreas; thermographic hardness – in 20,5% of cases indicating on degeneration of connective tissue in pancreas, and in 10,2% of cases determined the paradoxical values, indicating the presence of cysts in the pancreas, confirmed by ultrasound and MRI studies.

Noninvasive RTG are highly informative, accurate and reproducible, because they are based on anatomical and physiological features of organism. RTG shows foci of disease and helps in determining of therapeutic strategy.

Key words: Regulatory thermography, type 2 diabetes mellitus

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Махрамов Зафаржон Хотамбегович – докторант кафедры физиотерапии СЗГМУ им. И.И. Мечникова; Россия, г.Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41 E-mail: mazaho@mail.ru



Новый экстракт растительного происхождения «M2Yn», индуцирующий апоптоз клеток хронического лимфолейкоза *in vitro*

Ю.Н. Нуралиев^{1,5}, М.У. Шарофова^{1,5}, М. Захер², Ж.П. Мари^{2,3}, К. Биллард², Ш.С. Сагдиев⁴, М. Миршохи^{1,5}

¹ Институт медицины Авиценны и фармакологии, Душанбе, Таджикистан;

² UMR Париж 7, Университет INSERM U965, Париж, Франция;

³ Отделение гематологии госпиталя Сант-Антонио, Париж, Франция;

⁴ Академия наук, Душанбе, Таджикистан;

⁵ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Дефицит апоптоза является отличительным признаком клеток хронического лимфолейкоза (ХЛЛ). M2Yn представляет собой натуральный экстракт из растений Центральной Азии, отмеченный за его антиангиогенные свойства и способность блокировать миграцию злокачественных клеток.

В общей сложности нами были отобраны 7 пациентов с ХЛЛ (4 мужчины и 3 женщины), все были классифицированы как Binet стадия А, средний возраст 63 ± 10 лет.

Обработка клеток пациентов с ХЛЛ препаратом «M2Yn» привела к внутриядерной фрагментации ДНК, экстернализации фосфолипазы и активации каспазы-3. Амплитуда данного эффекта M2Yn отличалась в зависимости от состояния пациентов, но была сравнима с воздействиями флавопиридола и гиперфорина: было отмечено в среднем 3,9-кратное увеличение с M2Yn по сравнению с необработанным контролем против 4,1 и 5,1-кратного, соответственно, с двумя известными индукторами апоптоза клеток ХЛЛ растительного происхождения.

Естественный экстракт M2Yn, как и ряд противоопухолевых / антиангиогенных соединений растительного происхождения (флавопиридол, ресвератрол и другие полифенолы, гиперфорин), способен индуцировать апоптоз клеток первичной ХЛЛ. Полученные результаты показывают, что M2Yn может быть использован для лечения ХЛЛ, так как данный препарат может активировать протеасомный путь ингибирования апоптоза в клетках ХЛЛ.

Ключевые слова: M2Yn, индукция апоптоза, ингибиторы протеасом, хронический лимфолейкоз (ХЛЛ)

Введение. Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ), наиболее часто диагностируемый лейкоз в мире [1], по-прежнему считается неизлечимой болезнью, несмотря на недавние терапевтические достижения в комбинации с пуриновыми аналогами, алкилирующими агентами и моноклональными антителами [2,3].

ХЛЛ характеризуется клональным распространением CD5+ лимфоцитов, которые накапливаются в крови и несовершенны в своей программе апоптоза. В связи с этим, должна быть разработана новая комбинированная стратегия лечения, основанная на восстановлении апоптоза с использованием вновь выявленных молекулярных мишеней [2].

Богата и разнообразна природа лечебных ресурсов Таджикистана. По данным многочисленных исследований в геоботанических зонах Таджикистана

произрастает свыше 5 тысяч высших и около 4,5 тысяч – низших растений. На основе проведенного нами анализа «Канона врачебной науки» выявлено, что общее число описанных Авиценной лекарственных растений составляет свыше 1,5 тысяч, сведения о которых представлены во всех пяти книгах этого энциклопедического произведения [4].

Известны несколько факторов, способных индуцировать апоптоз клеток ХЛЛ *in vitro*, такие как ингибиторы протеасом, гистондеацетилазы (HDAC) или ингибиторы различных видов соединений растительного происхождения. Среди них – флавопиридол, полусинтетические флавоноиды, которые были обнаружены первыми. Впоследствии мы и другие авторы показали проапоптотические свойства ряда натуральных продуктов, таких как росковитин, силвестрол, госсипол, ресвератрол и другие полифено-



лы, аналоги комбретастина, некоторые ксантоны, а также гиперфорин, флороглюцинол, выделенные из зверобоя продырявленного или *St. John's wort* [5-7]. Большинство из этих агентов, часто демонстрирующих противоопухолевые и антиангиогенные свойства, активируют каспазависимые митохондриальные пути апоптоза, но через различные механизмы. Флавопиридол и другие ингибиторы циклинзависимой киназы способны ингибировать белки mPINK транскрипции с коротким сроком службы, кроме того они подавляют антиапоптотические белки, которые избыточно выражены в лейкозных клетках. В том числе Mcl-1 [8], члена семьи Bcl-2, который, как считается, имеет решающее значение для дефицита апоптоза при ХЛЛ [9]. И по выраженности проапоптотического белка Noxa [10], принадлежащего подклассу BH3-единичного белка семейства Bcl-2 [11]. Протеасома и HDAC ингибиторы также усиливают Noxa [12].

Препарат «M2Yn» – это условное лабораторное название сложного фитопрепарата, созданного на основе природных лечебных растений Таджикистана (данное название исследуемого фитопрепарата присвоено в соответствии с установленными правилами до получения патента). Как показали исследования *in vitro*, под влиянием исследуемого растительного препарата происходит индукция ингибиторов протеасом, активизирующая процесс апоптоза клеток при хроническом лимфолейкозе (ХЛЛ) у больных этой патологией.

M2Yn был охарактеризован в Национальном центре экспериментальной медицины РАМН РФ, лаборатории ЦНИЛ ТГМУ им. Абуали ибни Сино и первоначально исследован в отделении гематологии госпиталя Сант-Антонио (Париж, Франция) *in vitro* за свои потенциальные антиангиогенные свойства.

На самом деле, это соединение подавляет образование сосудистых канальцев костного мозга человека и микрососудистых эндотелиальных клеток *in vitro*. Более того, оно блокирует миграцию клеток инвазивного рака молочной железы, а также формирование филоподов и ламеллоподов фибробластами роговицы путём модификации белка Rho, который выполняет важную роль в миграции клеток и опухолевой инвазии [13].

Цель исследования. Изучение влияния M2Yn на ядерные, мембранные и митохондриальные особенности апоптоза в клетках пациентов с хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ) *ex vivo*, по сравнению с флавопириделом и гиперфорином, двумя индукторами апоптоза растительного происхождения.

Материал и методы. Пробы крови от пациентов с ХЛЛ были получены из отделения гематологии клиники Сент-Антуан (Париж, Франция), после их письменного информированного согласия в соот-

ветствии с законодательством. Диагноз был установлен в соответствии со стандартными клиническими критериями по ХЛЛ, включая морфологию лимфоцитов и ко-экспрессию CD5, CD20 и CD23 антигенов [14]. В общей сложности были отобраны 7 нелеченных пациентов (4 мужчины и 3 женщины), все были классифицированы как Binet стадия IА, средний возраст 63 ± 10 лет. Пациенты были выбраны случайным образом, поскольку CD38 и ZAP-70 выражения, цитогенетические данные и мутационный статус VH были доступны только для некоторых из них, тем самым препятствуя анализу рисков групп. Лейкемические В-клетки были идентифицированы в периферической крови пациентов с ХЛЛ чувствительной $\geq 95\%$, как описано ранее [15] и были немедленно культивированы. Культуры клеток содержали при 37°C в увлажненной атмосфере, содержащей $5\% \text{CO}_2$ в среде RPMI-1640, дополненной $10\% \text{FCS}$ (ПЛАК Laboratories, Pasching, Австрия), при посевах плотностью $2-4 \times 10^6$ клеток / мл. Концентрации клеток были измерены с помощью Z2 счётчика Coulter (Beckman-Coulter, Les Ulis, Франция). Жизнеспособность клеток оценивали с помощью колориметрического анализа на основе WST1 расщепления солей тетразолия митохондриальными дегидрогеназами (Roche Diagnostic, Мейлан, Франция).

Реагенты. M2Yn был выделен из лекарственных растений, собранных в высокогорных районах Таджикистана. Растения, включая их прополисы, были высушены, и полученный порошок (100 г) был подвергнут спиртовой экстракции (10% вес/объём в 70% этаноле). После фильтрации экстракт концентрировали высушиванием, и образцы были растворены в концентрации 3 мг/мл в 70% этаноле.

Полученный таким образом экстракт M2Yn наделён антиангиогенными и антимиграционными свойствами *in vitro*: он подавляет формирование псевдотубул эндотелиальными клетками, выращенными на матригеле (matrigel), уменьшает подвижность фибробластов роговицы и блокирует миграцию клеток инвазивной карциномы молочной железы. Такая биологическая активность обнаруживается при концентрации 0,5 мкг / мл, достигая оптимальных значений при концентрациях от 1 до 2 мкг / мл. M2Yn гораздо более активен, чем различные прополисы европейского происхождения. Частичный химический анализ экстракта M2Yn показал, что он содержит несколько флавоноидов, токоферолов, полиненасыщенных жирных кислот и хлорофилл, кроме того, масс-спектрометрия показала наличие нескольких полипептидов, неизвестных в базе данных протеинов. Однако M2Yn сохраняет свои биологические свойства при белковом истощении, вызванном насыщенным сульфатом бария. Флавопиридол был любезно предоставлен нам Aventis Pharmaceuticals (Бриджуотер, штат Нью-Джерси, США). Гиперфорин был очищен так, как это описано в процедуре [16]. Большинство других реагентов и химикатов были от



Sigma (Sigma Aldrich, Saint Quentin Fallavier, Франция), кроме случаев, когда указан иной источник.

Фосфатидилсерина (PS) экстериоризации. Этот мембранный маркер апоптоза был определён количественно с помощью специфического связывания FITC-конъюгированного аннексина V (Бендер Medsystems, Вена, Австрия), с одновременной маркировкой или без таковой пропидия йодидом (PI), как ранее детализировалось [17]. Процент клеток, позитивных для аннексина V-FITC и PI, отрицательные клетки (ранний апоптоз), а также дважды позитивные клетки (поздний апоптоз) были определены с помощью поточной цитометрии (BeckmanCoulter).

Внутриядерная фрагментация ДНК. Расщепление хроматина и ДНК в нуклеосомы – типичный случай ядерного апоптоза – оценивалось путём выявления цитоплазматических гистонов, связанных с фрагментами ДНК (моно- и олигонуклеосомы) в клеточных лизатах, кратных 20000 клеток с помощью ELISA, анти-гистонов и анти-ДНК-фрагментов mAbs (Cell Death Detection ELISA PLUS, Roche Diagnostics) в соответствии с методикой, использованной ранее [17]. Уровни нуклеосом измерялись с использованием стрептавидин/биотин/пероксидазных систем и прочтением поглощения при 405 нм. Значения, полученные из образцов трипликации, никогда не отличались более чем на 10%.

Исследование активности протеасом. Протеасомную активность определяли люминесцентным анализом, протеасома-GloTM химотрипсин-опосредованный анализ на клеточной основе (Promega, Франция, Charbonnières-ле-Бен, Франция), который измеряет активность химотрипсин-подобных протеаз, связанных с комплексом протеасом непосредственно в

интактных клетках. Этот анализ был использован для оценки активности бортезомиба в различных линиях клеточного рака [14]. Он состоит из трёх компонентов: буфер, содержащий комплекс протеасом; реагент обнаружения люциферина и люминогенного субстрата; сукцинил-LLVY-аминолюциферин, высвобождающий люциферин, который генерирует люминесцентный сигнал, вырабатываемый люциферин-реакцией. Вкратце, 100 µl смеси реагента добавлялся к 105 клеткам / 100µl в 96-ячеечные микротитровальные пластинки в течение 15 минут при 37°C, и свечение сразу же записывали с помощью микропланшетного считывающего спектрометра (Molecular Dynamics – Wallac Victor-2).

Результаты и их обсуждение. M2Yn индуцирует апоптоз первичных клеток ХЛЛ. Чтобы исследовать влияние M2Yn на внутриядерную фрагментацию ДНК в клетках ХЛЛ, разных больных, клетки были обработаны в культуре с различными концентрациями M2Yn – от 0,5 до 12 мг/мл в течение различных периодов времени, не превышающих 48 часов, с целью предотвращения спонтанного апоптоза в неопределённом контроле. Оказалось, что обработка клеток M2Yn привела к стимуляции фрагментации ДНК, в зависимости от времени воздействия и дозы, а на рисунке 1 показан максимальный эффект, наблюдавшийся через 18 часов с 6 мг/мл, в сравнении с 1 мкМ флавопиридола и 10 мг/мл гиперфорина.

Амплитуда данного эффекта M2Yn отличалась в зависимости от состояния пациентов, но была сравнима с воздействиями флавопиридола и гиперфорина: было выявлено в среднем 3,9-кратное увеличение с M2Yn по сравнению с необработанным контролем против 4,1 и 5,1-кратного, соответственно, с флавопиридолом и гиперфоринном.

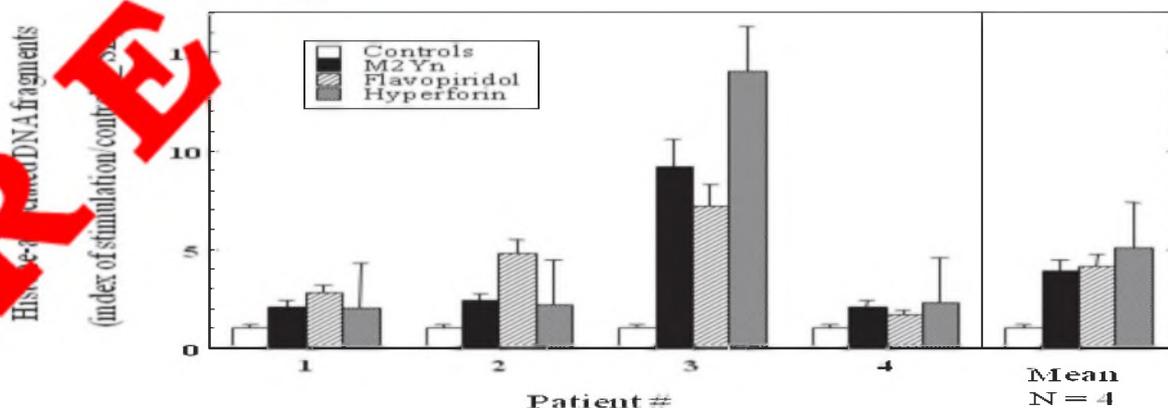


РИС. 1. ВЛИЯНИЕ M2Yn НА ВНУТРИЯДЕРНУЮ ФРАГМЕНТАЦИЮ ДНК В КЛЕТКАХ ПАЦИЕНТОВ С ХЛЛ И СРАВНЕНИЕ С ФЛАВОПИРИДОЛОМ И ГИПЕРФОРИНОМ

Примечание: Лейкозные клетки от 4 пациентов с ХЛЛ культивировали в течение 18 часов в отсутствие (контроль) или в присутствии либо 6 мкг/мл M2Yn, 1 мкМ флавопиридола, либо 10 мкг/мл (18 мкМ) гиперфорина, затем измеряли цитоплазматические гистон-ассоциированные фрагменты ДНК (нуклеосомы), как описано в материалах и методах.

ТАБЛИЦА. ВЛИЯНИЕ M2Yn НА PS ЭКСТЕРНАЛИЗАЦИЮ В КЛЕТКАХ ХЛЛ ПО СРАВНЕНИЮ С ФЛАВОПИРИДОЛОМ И ГИПЕРФОРИНОМ

	Процент клеток				Общее число A+
	A-/PI-	PI+	A+	A+/PI+	
Контроль	62	4	11	22	37
M2Yn	36	2	35	26	61
Флавопиридол	11	1	72	15	87
Гиперфорин	18	9	23	49	72

Примечание: ХЛЛ клетки от пациента № 5 обрабатывались в течение 42 часов с 6 мкг/мл M2Yn, 10 мкг/мл флавопиридола, или 20 мкг/мл гиперфорина, или не обрабатывались (контроль). PS экстернализация оценивалась маркировкой Annexin V/PI и анализом поточной цитометрии, как описано в материалах и методах. A-/PI- – обоюдо-негативные жизнеспособные клетки; PI+ – PI-позитивные отмершие клетки; A+ – аннексин V-позитивные клетки (ранний апоптоз); A+/PI+ – обоюдо-позитивные клетки (поздний апоптоз); Общее число A+ – апоптующие клетки.

Обработка M2Yn также стимулировала PS экстернализацию, как показано в таблице (данные получены от одного представителя эксперимента из трёх): процент клеток, позитивных для экстернализации PS заметно увеличен, по сравнению с необработанным контролем. Эти данные показывают, что M2Yn способен индуцировать апоптоз клеток ХЛЛ in vitro.

M2Yn подавляет активность протеасом. Так как множество компонентов растительного происхождения являются природными ингибиторами протеасом [20], мы решили изучить влияние M2Yn на протеасомную активность в клетках ХЛЛ. Как видно на рисунке 2, лечение с использованием M2Yn в дозах, зависящее от дозы сокращения протеасомной активности даже более эффективно, чем гиперфорин, хотя и в меньшей степени, чем эверезомиб – ингибитор протеасом, использованный в качестве эталона.

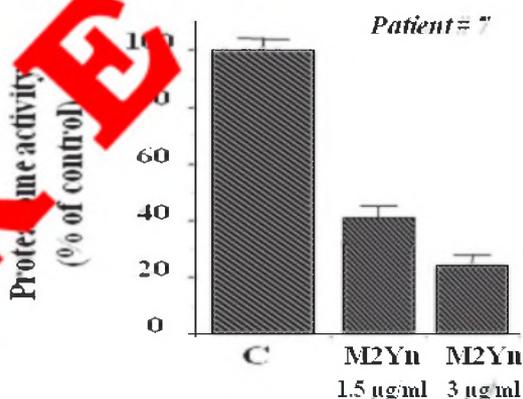


РИС. 2. ЗАВИСЯЩЕЕ ОТ ДОЗЫ M2Yn ПОДАВЛЕНИЕ ПРОТЕАСОМНОЙ АКТИВНОСТИ (СРЕДНИЕ ДУПЛИКАЦИИ В ПРЕДСТАВЛЕННОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ); C - КОНТРОЛЬ

Возможно, что такое посттрансляционное регулирование может способствовать M2Yn-зависимой регуляции Noxa. Выявление новых агентов, имеющих весьма конкретные цели, необходимо, чтобы улучшить лечение ХЛЛ. Белки семейства Bcl-2 появляются в качестве потенциальных целей, потому что они регулируют баланс выживания / апоптоза, через контроль пор, открывающихся в мембране митохондрий, способствуя высвобождению апоптогенных факторов [11]. Более того, этот тонкий баланс влияет на судьбу клетки ХЛЛ [18].

В настоящем исследовании мы показали, что естественный экстракт M2Yn, как и ряд противоопухолевых / антиангиогенных соединений растительного происхождения (флавопиридол, ресвератрол и другие полифенолы, гиперфорин), способен индуцировать апоптоз клеток первичной ХЛЛ. Об этом свидетельствуют стимуляция фрагментации ДНК, PS экстернализации, и подавление протеасомной активности в клетках ХЛЛ. Следовательно, M2Yn может действовать также, как и ингибиторы протеасом. Ингибиторы протеасом увеличивают выраженность не только Noxa, но также и антиапоптотических белков, таких как Mcl-1 [19].

Характеристика активности M2Yn и механизм его действия показывают, что он относится к возможному классу индукторов апоптоза растительного происхождения, способных специально нацеливаться на каскад апоптоза. Это семейство соединений включает в себя гиперфорин, флороглюцинол и природный ингибитор протеасом celastro – тритерпен, который, как сообщалось, индуцирует апоптоз путём активации Noxa – проапоптотического белка, в сигнале вызывающего апоптоза [20]. Биохимическая структура M2Yn ещё полностью не определена. Натуральный экстракт представляет собой смесь из нескольких компонентов, сохраняющих свою биологическую активность относительно белкового истощения. Среди



этих компонентов были обнаружены несколько флавоноидов, и эксперименты ведутся для того, чтобы определить который из них является ответственным за проапоптотическую активность M2Yn. Полная химическая структура M2Yn позволит определить, может ли эта активность также быть свойством других типов соединений, таких как флороглюцинолы или терпеноиды.

Таким образом, данные из настоящего исследования предполагают, что M2Yn индуцированный апоптоз клеток ХЛЛ возникает путём индукции ингибиторов протеасом. Точный механизм вовлечения M2Yn в клеточный апоптоз находится в стадии исследования.

ЛИТЕРАТУРА

- Ghia P. Chronic lymphocytic leukemia / P. Ghia, A. J. M. Ferreri, F. Caligaris-Cappio // Crit. Rev. Oncol. Hematol. – 2007. – №64. – P. 234-246.
- Molecular and cellular mechanisms of CLL: novel therapeutic approaches / L. Pleyer [et al.] // Nat. Rev. Clin. Oncol. – 2009. – №6. – P. 405-418.
- Tam C. S. Chemoimmunotherapy of chronic lymphocytic leukemia / C. S. Tam, M. J. Keating // Nat. Rev. Clin. Oncol. – 2010. – №7. – P. 521-532.
- Нуралиев Ю.Н. Лекарственные растения / Ю.Н. Нуралиев. - Нижний Новгород, 1989. - 190 с.
- The novel plant-derived agent silvestrol has B-cell selective activity in chronic lymphocytic leukemia and acute lymphoblastic leukemia in vitro and in vivo / D. M. Lucas [et al.] // Blood. – 2009. – №113. – P. 4656-4666.
- Balakrishnan K. Gossypol, a Bcl-2 mimetic, induces apoptosis in chronic lymphocytic leukemia cells / K. Balakrishnan // Blood. – 2008. – №112. – P. 1971-1980.
- Billard C. Flavonoid and flavonoid analogues of combretastatin stimulate the apoptosis of leukemic cells from chronic lymphocytic leukemia patients / C. Billard // Exp. Hematol. – 2008. – №36. – P. 1625-1633.
- Transcription inhibition by flavopiridol: a novel mechanism of chronic lymphocytic leukemia cell death / R. Chen // Blood. – 2005. – №106. – P. 2513-2519.
- Gandhi V. Mcl-1: the 1 in CLL / V. Gandhi, K. Balakrishnan, L. S. Chen // Blood. – 2008. – №112. – P. 3538-3540.
- Noxa upregulation is associated with apoptosis of chronic lymphocytic leukemia cells induced by hyperforin but not flavopiridol / M. Zaher [et al.] // Leukemia. – 2009. – №23. – P. 594-596.
- Proapoptotic Bax is sequestered by Mcl-1 and Bcl-xL, but not Bcl-2, until displaced by BH3-only proteins / S. N. Willis [et al.] // Genes Dev. – 2006. – №19. – P. 1294-1305.
- Apoptosis induced by histone deacetylase inhibitors in leukemic cells is mediated by Bim and Noxa / S. Inoue [et al.] // Leukemia. – 2007. – №21. – P. 1773-1782.
- The BH3-only protein Noxa is upregulated during apoptosis of chronic lymphocytic leukemia cells triggered by M2YN, a new plant-derived extract / M. Zaher [et al.] // International journal of oncology. – 2011. – №39. – P. 966-972.
- Fluorimetric and bioluminescent assays for all three proteasome activities in a homogeneous format / R. A. Mowbray [et al.] // Anal. Biochem. – 2009. – №387. – P. 294-302.
- Dietary flavonoids as proteasome inhibitors and apoptosis inducers in human leukemia cells / D. Chen [et al.] // Biochem. Pharmacol. – 2005. – №69. – P. 1421-1432.
- Fourneron J. D. Effect of eluent pH on HPLC/UV analysis of hyperforin / J. D. Fourneron, S. Naït // Phytochem. Anal. – 2006. – №17. – P. 71-77.
- Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic lymphocytic leukemia: a report from the International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (IWCLL) updating the National Cancer Institute-Working Group (NCI-WG) 1996 guidelines / M. Hallek [et al.] // Blood. – 2008. – №111. – P. 5446-5456.
- Packham G. Bodyguards and assassins: Bcl-2 family proteins and apoptosis control in chronic lymphocytic leukemia / G. Packham, F. K. Stevenson // Immunology. – 2005. – №114. – P. 441-449.
- Enhanced killing of melanoma cells by simultaneously targeting Mcl-1 and NOXA / J. Z. Qin [et al.] // Cancer Res. – 2006. – №66. – P. 9636-9645.
- Natural proteasome inhibitor celastrol suppresses androgen-independent prostate cancer progression by modulating apoptotic proteins and NF-kappaB / Y. Dai [et al.] // PLoS One. – 2010. – №5. – P. 14153.

Summary

New extracts of vegetable origin «M2Yn» induces apoptosis of chronic lymphocytic leukemia cells invitro

Y.N. Nuraliev^{1,5}, M.U. Sharofova^{1,5}, M. Zaher², M.P. Mari^{2,3}, K. Billard², M. Sagdieva⁵, M. Mirshohi¹⁻⁵

¹ Institute of Medicine of Avicenna and pharmacology, Dushanbe, Tajikistan;

² UMR Paris 7 University INSERM U965, Paris, France;

³ Department of Hematology Hospital Sant Antonio, Paris, France;

⁴ Academy of Sciences, Dushanbe, Tajikistan;

⁵ Avicenna Tajik State Medical University

The deficit of apoptosis cells is diacritical sign of chronic lymphocytic leukemia (CLL). M2Yn is a natural extract from plants of Central Asia, noted for its anti-angiogenic properties and the ability to block of malignant cells migration.

In total, we have selected 7 untreated CLL patients (4 men and 3 women), all were classified as Binet stage A, mean age 63±10 years.

Treatment of patient CLL cells invitro drug «M2Yn» led to intranuclear DNA fragmentation, externalization of phosphatidylserin. The amplitude of this effect M2Yn differed depending on the patients' condition, were comparable with the effects of flavopiridol and hyperforin: and was found in average 3,9-fold increasing with M2Yn compared with untreated controls versus 4,1 and 5,1 fold, respectively, with two well-known inducers of apoptosis in CLL vegetable origin.

Natural extract M2Yn, like a number of anticancer / antiangiogenic compounds of plant origin (flavopiridol, genistein and other polyphenols, hyperforin), is capable to inducing apoptosis of primary CLL. These results show that M2Yn can be used for the treatment of CLL since this drug could activate proteasome pathway inhibition of apoptosis in CLL cells.

Key words: M2Yn, induction of apoptosis, proteasome inhibitors, chronic lymphocytic leukemia (CLL)

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Миrшoхи Мaсуд – профессор университета «Париж-6»;
Франция, Париж, UMRS 872, Equipe-18
E-mail: Massoud.Mirshahi@upmc.fr



Оценка финансового бремени населения при получении медицинских услуг в рамках пакета государственных гарантий в Республике Таджикистан

С.Р. Миралиев

*Отдел анализа политики здравоохранения Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан;
кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики
с курсом истории медицины ТГМУ им. Абуали ибни Сино*

Проведена оценка уровня финансового бремени за стационарные и амбулаторные медицинские услуги в пилотных районах. Результаты 4-х раундов исследования показали, что с внедрением пакета государственных гарантий (ПГГ) в целом, доля пациентов, производящих выплаты, уменьшилась в пилотных районах по сравнению с контрольными районами более чем в два раза; однако средневзвешенный размер производимых ими выплат увеличился более чем в 2 раза, за этот же период.

Несмотря на положительную динамику, внедрение ПГГ всё же не снизило финансовое бремя пациентов на стационарном уровне в абсолютных показателях, оно только снизило долю пациентов, оплачивающих ту или иную часть расходов на собственный уход за здоровьем. Это объясняется тем, что сооплата заменила всего лишь часть, но не весь объём неофициальных платежей. Более того, отмечается, что ПГГ способствовал снижению общего финансового бремени льготных категорий пациентов, по сравнению с не льготными. Доля пациентов, которые производили общие выплаты в пилотных по ПГГ районах, снизилась с 81% до 30% (в 2007 и 2012 гг., соответственно); средневзвешенный размер производимых ими выплат также уменьшился более чем в 3 раза, за этот же период.

Ключевые слова: пакет государственных гарантий, льготные категории населения, сооплата

Введение. Пакет государственных гарантий регулирует права граждан Республики Таджикистан на получение медицинских услуг посредством ряда определённых правил, которые устанавливают порядок внесения оплаты и пользования льготами при получении доступа к медико-санитарным услугам. Основной целью ПГГ является снижение финансового бремени населения Республики Таджикистан при получении медицинских услуг посредством создания предсказуемой и прозрачной системы прав и обязанностей пациентов, с фокусом на льготные категории населения, включая рожениц [1-3].

Подобный механизм ПГГ также внедряется и в других постсоветских странах, таких как Молдова и Кыргызстан. Однако важно отметить, что в этих странах ПГГ внедряется повсеместно в рамках обязательного медицинского страхования. Также как и в Таджикистане, он направлен на защиту населения от финансовых рисков при получении медицинских услуг, в особенности льготных категорий населения [4,5].

На сегодняшний день ПГГ внедряется в 14 районах страны, более того Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ намерено разработать план расширения внедрения ПГГ на всю страну в предстоящие годы. В связи с этим, в марте 2013 года был проведён 4-й раунд исследования, с целью оценить влияние реализации ПГГ на финансовую доступность населения к медицинским услугам на амбулаторном и стационарном уровнях.

Цель исследования. Оценка уровня финансового бремени за стационарные и амбулаторные медицинские услуги и анализ пропорции выплат из кармана пациентов: формальные и неформальные (карманные) платежи.

Материал и методы. Данное исследование проводилось Отделом анализа политики здравоохранения (ОАПЗ) Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ (МЗ И СЗН РТ) при технической поддержке странового офиса ВОЗ в РТ



и финансовой поддержке Европейского Союза. В основу данного анализа легли четыре раунда опроса, проведённые с пациентами, посетившими учреждения ПМСП и пациентами, выписанными из стационаров 4-7 месяцев спустя, а также были выборочно опрошены руководители медицинских учреждений ПМСП и стационаров. Опросы проводились в августе 2007 г. (базовые), ноябре 2007 г., марте 2009 г. и марте 2013 г. профессиональными интервьюерами, исследовательских компаний, с целью получения достоверных ответов респондентов, участвовавших в этих исследованиях.

Методология, использованная во всех четырёх исследованиях, была идентичная, и применялись смешанные подходы для оценки влияния ПГГ «разница-в-разнице», количественные и качественные подходы. Такой подход позволяет реально оценить, действительно ли ПГГ снижает финансовое бремя на население при получении медицинских услуг или не оказывает никакого влияния. Это возможно при сравнении результатов, полученных в пилотных по ПГГ (Дангара, Турсунзода, Спитамен, Рашт) и контрольных (Гиссар, Куляб, Ганчи, Канибадам) районах.

Выборка имела многоступенчатую структуру: на первом уровне, для отбора районов, больниц и отделений, использовалась стратифицированная выборка, а на втором уровне, для отбора пациентов по данным статистического учёта МЗ И СЗН РТ, число пациентов было отобрано случайной выборкой. Опрошенных пациентов было 3200, из них выписанных из стационара – 1920, и 1280 человек, посетивших амбулаторные учреждения в период, определённый в рамках этих двух исследований.

Пациенты были идентифицированы на основе регистрации и записей, которые ведутся в медучреждениях. Выборка была произведена пропорционально уровню использования медицинских услуг на уровне ПМСП и стационара отдельно в течение периода, который был определён в рамках каждого из четырёх исследований. Для того чтобы получить данные о выплатах населения на амбулаторном и стационарном уровнях, были разработаны вопросы для каждого уровня в отдельности.

Выплаты, включённые в эти исследования, были сгруппированы в такие категории как: (а) оплата медицинскому персоналу, агрегированная из разных вопросов относительно произведённых выплат пациентами их лечащим врачам, хирургу, анестезиологу и медсёстрам, семейному врачу, (б) оплата за госпитализацию, (в) оплата за медикаменты, (г) оплата за медицинские расходные материалы, (д) оплата за лабораторные анализы, (е) общие расходы на стационарном и (ж) амбулаторном уровнях.

Результаты и их обсуждение. После внедрения ПГГ доля пациентов, производящих оплату за

госпитальные услуги, значительно увеличилась в пилотных районах, по сравнению с контрольными районами. Это связано с тем, что с внедрением ПГГ в пилотных районах неофициальные выплаты были легализованы и взимаются как официальная сооплата, которая вносится некоторой категорией населения при госпитализации. Далее, в последующий год наблюдалось незначительное снижение этого показателя, и в 2012 г. не отмечается никакого изменения, тогда как в контрольных районах этот показатель вырос. Средний размер выплат существенно вырос за весь исследуемый период, как в пилотных, так и в контрольных районах. В пилотных районах процент пациентов, оплачивающих госпитализацию, повысился на 28% (30% – в 2007 и 58% – 2012 гг.) и в последний год не наблюдалось никаких изменений. А средний размер оплаты, среди внёсших такую оплату, существенно увеличился – на 55 сомони (7 сомони – в 2007 и 62 сомони – в 2012 гг.). Это указывает на то, что медицинские учреждения осуществляют сбор сооплаты, которая служит им в качестве источника дохода, и эта практика уже прижилась, как было отмечено менеджерами медицинских учреждений в пилотных районах. В то же время доля пациентов, производящих выплаты за госпитальные услуги и средний размер выплат, также увеличилась в контрольных районах, но это увеличение значительное (с 41% до 86% и с 9 сомони до 19 сомони, в 2007 и 2012 гг., соответственно).

Наблюдается значительный спад в объёме выплат медицинскому персоналу в пилотных районах по сравнению с контрольными районами. В пилотных районах количество пациентов, выплачивающих деньги медицинскому персоналу, снизилось на 43% в течение 2007 – 2013 гг.; однако размер выплат остался на том же уровне – 75-76 сомони, за тот же обследуемый период. В контрольных районах также наблюдалась схожая картина – снижение доли пациентов, производящих выплаты, но размер выплат увеличился в 1,5 раза. Это связано с тем, что с 2010 г. ежегодно увеличивается заработная плата государственных служащих в социальном секторе, включая и медицинские учреждения, с 20% до 40%. Так в апреле 2007 г. средний размер заработной платы врача был 58,24 сомони, а в 2008 г. – 122,3 сомони и в 2012 г. – 651 сомони. Кроме того, как отмечают менеджеры больниц, участвовавшие в опросе, Агентство по борьбе с коррупцией усиленно отслеживает факты неформальных платежей медицинскому персоналу.

Тем не менее, в 2012 г. можно увидеть, что разница в средневзвешенном размере выплат среди тех, кто платил (условный показатель) в пилотных и контрольных районах составила 90 сомони. Если предположить, что если бы ПГГ не внедрялся, то в пилотных районах можно было бы увидеть картину, схожую с контрольными районами. Таким образом, результаты этих исследований, демонстрируют, что

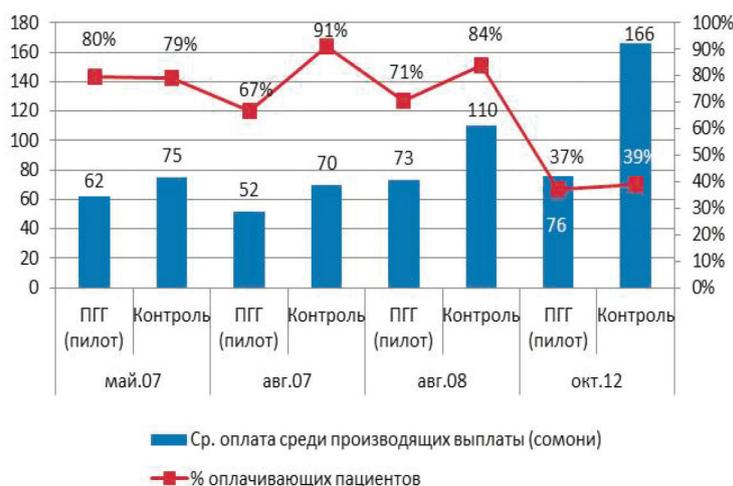


РИС. 1. РАСХОДЫ ПАЦИЕНТОВ НА МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ

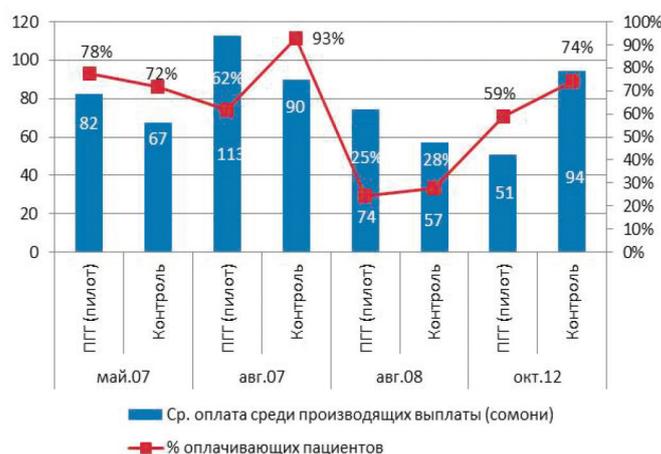


РИС. 2. РАСХОДЫ ПАЦИЕНТОВ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

действительно, в тех районах, где внедряется ПГГ финансовое бремя на население значительно ниже, нежели в контрольных районах.

Отмечается снижение количества пациентов, производящих выплаты за лекарства, и средневзвешенный размер выплат в пилотных районах по сравнению с контрольными районами. В пилотных районах количество пациентов, оплачивающих лекарства, снизилось на 19% в течение 6 лет. Однако за последние 4 года этот показатель в пилотных районах увеличился чуть более, чем в два раза, а в контрольных – почти в три раза. Это связано со снижением государственного финансирования на лекарства почти в 2 раза в 2012 г. по сравнению с 2008 г. как в пилотных ПГГ районах, так и контрольных. В 2008 году расходы на лекарственные средства в общем бюджете стационаров пилотных по ПГГ районам составляли 4%, а в 2012 г. – только 2%, а в контрольных районах – 3% и 1%, соответственно. Как отметили менеджеры

медицинских учреждений, в 2012 году были трудности с предоставлением лекарств, так как выделялось недостаточно бюджетных средств, и в связи с этим население было вынуждено покупать большинство лекарств за свой счёт.

В 2012 г. вероятность оплаты за лекарства в пилотных районах была ниже на 15% в сравнении с контрольными районами. Это говорит о том, что в тех районах, где внедряется ПГГ, финансовое бремя на население ниже, чем в контрольных районах, следовательно, и финансовая защита населения от выплат значительно лучше. Это также подтверждается и средневзвешенным размером выплат среди пациентов: в пилотном районе этот показатель составил 51 сомони, тогда как в контрольных районах – 94 сомони, т.е. на 43-44 сомони меньше оплачивали в пилотных по ПГГ районах. Сравнительный анализ (с предыдущими годами) также демонстрирует снижение в средневзвешенном размере выплат в

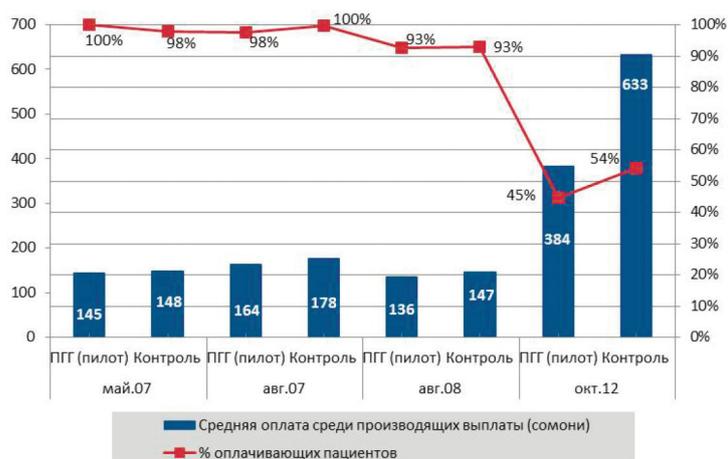


РИС. 3. ОБЩИЕ ВЫПЛАТЫ ВЫПИСАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

пилотных по ПГГ районах, так с 2008 по 2012 гг. этот показатель снизился на 23 сомони, тогда как в контрольных районах -- увеличился на 37 сомони.

Наблюдается снижение количества пациентов, производящих выплаты за лабораторные и диагностические анализы, как в пилотных районах, так и контрольных районах, однако размер выплат вырос в 2012 г. по сравнению с базовым годом до внедрения ПГГ. Однако, видно, что картина неоднозначная и смешанная в течение всего исследуемого периода. Так, за последние четыре года (с 2008 по 2012 гг.), в пилотных районах показатель -- процент оплачивающих пациентов -- всё же незначительно увеличился, на 8% в 2012 г., тогда как в контрольных районах можно наблюдать обратную картину -- снижение на 14% за этот же год. Средневзвешенный размер выплат среди тех, кто платил (условный показатель) повысился как в пилотных, так и в контрольных районах на 7 сомони: в пилотных районах -- с 14 сомони в 2008 г. до 21 сомони -- в 2012 г., и в контрольных -- с 15 до 22 сомони (в 2008 и 2012 гг., соответственно). А в 2012 г. разница в оплате между пилотными и контрольными районами была незначительной -- пациент, госпитализированный в пилотном по ПГГ районе, платил на 1 сомони меньше, нежели в контрольном районе. Такая картина не является позитивной, так как в рамках ПГГ эти манипуляции должны покрываться за счёт государственного бюджета.

В целом, доля пациентов, которые сказали, что производили общие выплаты в стационарах в тех районах, где внедряется ПГГ, значительно снизилась с 2007 по 2012 гг.; однако средний размер производимых ими выплат увеличился более чем в 2 раза, за этот же период. Так, 45% пациентов в 2012 г. сказали, что производили выплаты за полученные медицинские услуги в больницах в районах, где внедряется ПГГ, тогда как в 2008 г. этот показатель составил 93%.

Такую позитивную динамику, можно связать с тем, что внедряется ПГГ, который направлен на снижение бремени населения при получении медицинских услуг. Однако и в контрольных районах наблюдается тенденция к снижению доли пациентов, которые сказали, что производят выплаты (с 93% до 54%, в 2008 и 2012 гг., соответственно). Это связано с тем, что меньшее количество людей производили выплаты медицинскому персоналу, а также наблюдалось сокращение выплат населения на лекарства в течение 6 лет (с 2007 по 2012 гг.).

Проанализировав государственный бюджет стационаров в тех регионах, где реализуется ПГГ, отметили его увеличение в 3 раза в 2012 году по сравнению с 2008 годом (с 5 млн. сомони до 15 млн. сомони, в 2008 и 2012 гг., соответственно). В контрольных районах бюджет также был увеличен чуть более чем в 2 раза (с 6 млн. сомони до 14 млн. сомони, в 2008 и 2012 гг., соответственно). Так, при расчёте показателя государственных расходов на душу населения установили, что в 2012 г. в пилотных районах он составил 25 сомони, а в контрольных районах -- 20 сомони, тогда как в 2008 году выделялось по 9 сомони как в пилотных, так и в контрольных районах.

Средний размер выплат как в пилотных, так и контрольных районах значительно вырос за последние четыре года, на 248 сомони и 486 сомони, соответственно. Безусловно, это связано с инфляцией и увеличением цен в стране не только на услуги здравоохранения, но и в целом. Однако же, несмотря на рост этого показателя, абсолютная разница между выплатами в пилотных и контрольных районах составила 238 сомони, т.е. в тех районах, где внедряется ПГГ, финансовое бремя на население значительно ниже, чем в контрольных районах. Если предположить, что если бы ПГГ не внедрялось, то можно было бы увидеть в пилотных районах схожую картину, что и в контрольных районах.

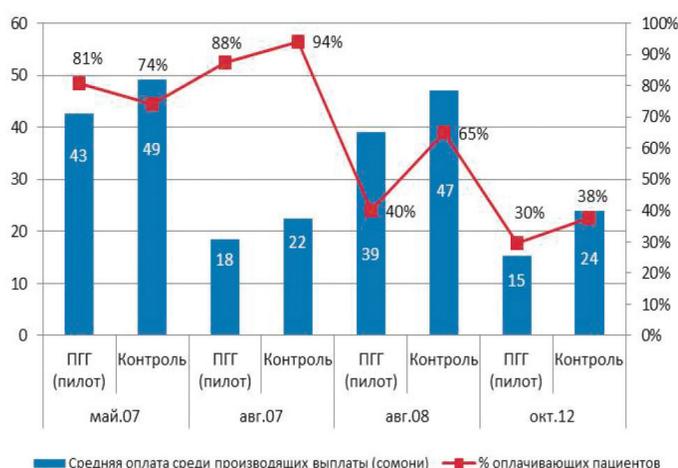


РИС. 4. ОБЩИЕ ВЫПЛАТЫ ПАЦИЕНТОВ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

При рассмотрении общего финансового бремени на пациентов-льготников на стационарном уровне, отметили незначительное снижение доли льготных пациентов, которые сказали, что производили выплаты, среди всех льготных категорий в пилотных районах по сравнению с контрольными районами. За последние четыре года в пилотных районах этот показатель вырос на 4%. Такая динамика не является позитивной, так как в рамках ПГГ расходы льготных категорий населения должны покрываться за счёт государственного бюджета. Однако, например в 2012 г., общие расходы государственного бюджета на здравоохранение составили лишь 7% от общих государственных расходов, тогда как на образование выделялось 17%. Безусловно, такой уровень финансирования сектора здравоохранения недостаточен, т.е. очевидно, что ПГГ недофинансируется, и поэтому наблюдается такой высокий уровень выплат льготных категорий пациентов.

Проанализировав государственный бюджет учреждений ПМСП в тех регионах, где реализуется ПГГ, отметили его увеличение в 4,5 раза в 2012 году по сравнению с 2008 годом (с 3,7 млн. сомони до 16 млн. сомони, в 2008 и 2012 гг., соответственно). В контрольных районах бюджет также был увеличен почти в 5 раз (с 3 млн. сомони до 15,8 млн. сомони, в 2008 и 2012 гг., соответственно). Так, при расчёте показателя государственных расходов на душу населения, в 2012 г. в пилотных районах он составил 27 сомони, а в контрольных районах – 23 сомони, тогда как в 2008 году выделялось 7 сомони и 5 сомони, соответственно.

В пилотных районах пациенты чуть лучше осведомлены о необходимых выплатах при госпитализации, по сравнению с контрольными районами. Данный показатель в пилотных районах не значительно изменился в 2012 году по сравнению с 2007 годом, до внедрения ПГГ (48% и 57%, соответственно). Однако

нужно отметить, что по сравнению с 2008г. не наблюдается никакого изменения, и 2012г. показатель был на том же уровне. А в контрольных районах в 2012 году немного больше населения знало о том, сколько нужно будет выплачивать до госпитализации, по сравнению с 2007г. (27% и 21%, соответственно). Такая картина говорит о том, что население всё ещё недостаточно осведомлено о ценах, предполагаемых для выплат в рамках ПГГ.

Доля пациентов, которые сообщают, что нахождение денег для госпитализации было затруднительным или очень затруднительным, увеличилась в пилотных районах с 63% до 81% за последние четыре года. Точно также доля пациентов, которые сообщают об отсрочке госпитализации, из-за необходимости сбора финансовых ресурсов, увеличилась на 2% за этот же период. Большая часть населения использует свои сбережения, для того, чтобы оплатить своё лечение на стационарном уровне, как в пилотных, так и в контрольных районах; и такая тенденция отмечается в течение всего исследуемого периода.

Таким образом, полученные данные исследования показывают смешанную картину влияния внедрения ПГГ на финансовое бремя пациента на стационарном уровне, по сравнению с амбулаторным уровнем. Но всё же можно определённо сказать, что ПГГ был успешен в сокращении доли пациентов, которые производят неофициальные выплаты при госпитализации, что вносит свой вклад в улучшение прозрачности в системе финансирования здравоохранения Таджикистана. Результаты исследований на амбулаторном уровне – положительные. Так, в целом, доля пациентов, которые сказали, что производили общие выплаты в пилотных по ПГГ районах, снизилась с 81% до 30% (в 2008 и 2012 гг., соответственно); средневзвешенный размер производимых ими выплат также уменьшился более чем в 3 раза, за этот же период.



ЛИТЕРАТУРА

1. Программа государственных гарантий по обеспечению населения пилотных районов Республики Таджикистан медико-санитарной помощью на 2012-2013гг. постановление Правительства Республики Таджикистан от 3 января 2014г, №20.
2. Оценка финансового бремени на население при получении медицинских услуг на стационарном и амбулаторном уровнях при внедрении ПГГ в Республике Таджикистан. Представительство ВОЗ в РТ, 2013г.
3. Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010 – 2020 годы / Душанбе. – 2010. – 156 с.
4. Отчёт по результатам исследования «Определение финансового бремени и степени удовлетворённости пациентов медицинскими услугами на уровне первичной медико-санитарной помощи и на госпитальном уровне до внедрения программы государственных гарантий», Министерство здравоохранения Республики Таджикистан, Центр реализации проекта общинного и базового здравоохранения, Общественный фонд «Панорама», 2007г.
5. Отчёт по промежуточному исследованию по Пакету государственных гарантий и бремя финансовых расходов пациента на уровне стационара / Мелитта Яакаб (ВОЗ), Б.Акказиева (ВОЗ), К.Кожокеев (Центр развития системы здравоохранения, Кыргызстан), Э.Манжиева (ВОЗ), З.Бобоходжаева, Ф.Магзумова (Отдел анализа политики здравоохранения, Таджикистан), 2009г.

Summary

Evaluation of the financial burden of population to obtain medical services in the package of state guarantees in Tajikistan

S.R. Miraliyev

Department of Health Policy Analysis Unit of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan; Avicenna Tajik State Medical University

The evaluation of the level of financial burden for inpatient and outpatient medical services in the pilot areas is conducted. Results of 4 Rounds studies have shown that with the introduction of a package of state guarantees (PSG) as a whole, the proportion of patients making payments decreased in the pilot areas compared with control areas more than doubled; but the average size of payments made by them has increased by more than 2-fold during the same period.

Despite the positive trend, the introduction of PSG is still not reduced the financial burden on patients at the hospital level in absolute terms, it only reduced the proportion of patients who pay for this or that part of cost for own health care. This is due to the fact that the co-payments replaced only part, but not the entire amount of unofficial payments. Moreover, it is noted that the PSG helped reduce the overall financial burden of privileged categories of patients, compared to non-preferential. The proportion of patients who make general payments pilot at PSG areas decreased from 81% to 30% (in 2007 and 2012, respectively); average size of payments made by them is also reduced by more than 3 times during the same period.

Key words: package of state guarantees, preferential categories of the population, co-payments

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Миралиев Салохидин Раджабович – руководитель
Отдела анализа политики МЗ и СЗН РТ; Таджикистан,
г.Душанбе, ул. Шевченко, 69 E-mail: smiraliyev@mail.ru



Социально-гигиеническое исследование влияния потребительского ресурса на качество медицинской помощи и пути его повышения

М.А. Ратманов, Т.П. Васильева, О.Н. Песикин, Д.Л. Качковский, М.Ю. Тихонов, Е.Ю. Уткин, С.И. Назарова*

Департамент здравоохранения Ивановской области;

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства

им. В.Н.Городкова» Минздрава России;

*ГУ Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии

С использованием методики оценки потенциала пациента, модифицированной применительно к беременным женщинам, а также к мужчинам репродуктивного возраста, получены оценки их потенциалов как пациентов, получающих исследуемые медицинские услуги, определены совпадающие и различающиеся направления его изменения по уровню и структуре, общие закономерности факторной обусловленности снижения качества исследуемых профилактических медицинских услуг профилактической помощи пациентам – лицам репродуктивного возраста, связанных с повышением их собственного потенциала.

Результаты анализа данных опроса определили субъективную модель идеального потребителя медицинских профилактических услуг репродуктивного возраста. Полученные данные явились научной основой модификации методики, предложенной для комплексной оценки потенциала пациента без учёта профиля получаемых им медицинских услуг.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, потребительские факторы риска, пути коррекции

Актуальность исследования определена поиском путей улучшения готовности пациентов к получению медицинских услуг, что может рассматриваться как потребительский ресурс их качества [1-4].

Особенностью предложенной нами методики является использование для оценки потенциала пациента только тех характеристик, по которым доказана принадлежность к риск-факторам снижения качества оказываемых ему медицинских услуг. При этом потенциал пациента, по сути, характеризует потребительский ресурс качества медицинских услуг оказываемого профиля. С использованием этой методики получены новые теоретические данные о потенциале пациентов, получающих медицинские услуги дерматовенерологического [5], эндокринологического [6], хирургического [7], онкологического [8], восстановительного лечения [9], терапевтического [10], стоматологического профилей [11], что позволило разработать дополнительные предложения по улучшению качества медицинской помощи данных профилей за счёт его потребительского ресурса.

Среди пациентов, получающих профилактические медицинские услуги, могут быть выделены пациенты репродуктивного возраста, получающие медицинские услуги по профилактике нарушений их репродуктивного здоровья. Это касается беременных женщин, получающих перинатальную профилактику, и мужчин репродуктивного возраста, получающих профилактику нарушений репродуктивной функции, в частности, по соматическому фактору, которым являются некоторые заболевания внутренних органов и систем мужчины [12-17]. В частности, доказано влияние наличия артериальной гипертензии, ожирения, хронического пиелонефрита, сахарного диабета, хронических инфекций половой системы, хронических бронхитов, тонзиллитов, заболеваний желудочно-кишечного тракта, аппендэктомии на формирование таких нарушений репродуктивной функции мужчин как бесплодие, не вынашивание зачатых от него беременностей, рождения детей с врождёнными пороками развития, больных и погибших в перинатальный период.



Целью исследования явилась разработка предложений по коррекции потенциала пациентов, получающих медицинские услуги по профилактике нарушений их репродуктивной функции, обеспечивающих повышение потребительского ресурса их качества.

Материал и методы. Объектом исследования явились: пациенты-лица репродуктивного возраста (724 чел.), в том числе пациенты-женщины репродуктивного возраста, состоящие на учёте в женских консультациях по беременности (324 чел.) и пациенты-мужчины репродуктивного возраста, состоящие на диспансерном учёте в общелечебной сети с соматической патологией, являющейся фактором риска нарушения их репродуктивной функции (400 чел.); медицинские услуги по профилактике нарушений репродуктивной функции (724 сл.), в том числе по перинатальной профилактике (324 сл.) и по вторичной профилактике прогрессирования соматических факторов риска нарушения репродуктивной функции у мужчин (400 сл.).

Методологической основой исследования явился системный подход, позволяющий рассматривать пациента в системе «врач-пациент». Результатом взаимодействия субъектов этой системы в условиях влияния внутри- и внесистемных факторов является качество оказанной пациенту медицинской услуги.

Для оценки исходного состояния обследуемых пациентов использована методика количественной комплексной оценки потенциала пациента по формализованной тест-карте «Матрица оценки потенциала пациента», включающей 6 компонентов (медико-биологический, социальный, психологический, поведенческий, культурный, информационный) и 49 параметров (характеристик, влияющих на качество оказываемой медицинской помощи без учёта её профиля). Модификация матрицы применительно к пациентам-беременным женщинам проведена за счёт включения дополнительно характеристик, которые, по результатам экспертного анализа качества перинатальной профилактики, имели достоверное влияние на снижение её качества, и исключения не имеющих статистической значимости. Это – исходная степень риска перинатальной смертности, уровень специальной информированности по перинатальной профилактике, акушерская и перинатальная патология, критерии осложнений родоразрешения.

В «Матрицу оценки потенциала мужчин-пациентов» включены дополнительно три характеристики – степень риска нарушения репродуктивной функции по соматическому заболеванию, состояние репродуктивной функции, специальная информированность по вопросам охраны репродуктивного здоровья, которые, по данным экспертного анализа качества полученных мужчинами медицинских услуг, явились факторами риска его снижения, и исключения характеристик, не имеющих достоверного влияния на качество исследуемых медицинских услуг.

В результате в «Матрице оценки потенциала пациента-мужчины репродуктивного возраста» имелось 30 параметров, сгруппированных по 6-ти компонентам, а в матрице для беременных – 32.

Сбор информации для заполнения матриц включал социологический опрос по анкетам об образе и условиях жизни, санологической, информационной, физической, поведенческой культуре, медицинской профилактической общей и специальной информированности, репродуктивном поведении, репродуктивном здоровье и факторах риска его нарушения, перенесённых заболеваниях, дополненных данными выкопировки из первичной медицинской документации о перенесённых заболеваниях, в т.ч. об акушерской и перинатальной патологии, группе здоровья; психологическое тестирование (тип темперамента по опроснику Г.Айзенка, тест на ценностные ориентации М.Рокича, тест на уровень коммуникативности В.Ряховского, тест на тактику поведения в конфликтной ситуации К.Н.Томаса, тест на характер межличностных отношений Т.Лири, тест на уровень эмпатии И.М.Юсупова, тест на уровень мотивации к успеху в деятельности Т.Эллерс), а также информационное тестирование по вопросам общей и специальной профилактики нарушений репродуктивного здоровья, клинко-социальное исследование по методике определения биологического возраста по формулам сокращённого варианта [13].

Для определения общности факторной обусловленности потенциала пациентов-женщин репродуктивного возраста, получающих перинатальные медицинские услуги, и пациентов-мужчин репродуктивного возраста, получающих медицинские услуги по вторичной профилактике соматических факторов риска нарушения их репродуктивной функции, проведён социологический опрос по анкетам 324 беременных женщин и 400 мужчин об участии в повышении собственного потенциала пациента и причинах отказа и оценка достоверности различий потенциала этих пациентов при том или ином факторе (определение критерия χ^2 , относительного риска, весовых индексов).

Для математической обработки данных использованы методы биостатистики, в т.ч. оценки статистической значимости различия показателей по критерию t , определения критерия χ^2 , относительного, добавочного и популяционного добавочного риска, факторный анализ [18].

Результаты и их обсуждение. С использованием разработанной методики установлено снижение потенциала пациентов репродуктивного возраста, получающих медицинские услуги по профилактике нарушений их репродуктивной функции. Сводная оценка потенциала составила 1,86 балла в среднем, что свидетельствует о его снижении до 62,0% от эталона и высоком резерве улучшения (38,0%).



При сопоставлении данных обследования пациентов – беременных женщин и мужчин репродуктивного возраста выявлено, что снижение потенциала пациента у беременных женщин произошло до 51,2% от эталона и сложилось за счёт поведенческого (55,8% от эталона), информационного (60,0% от эталона), психологического (69,7% от эталона) и медико-биологического компонентов (74,5% от эталона), а у пациентов-мужчин – до 57,6% от эталона за счёт преимущественного снижения информационного потенциала (47,1% от эталона), поведенческого (45,6%), психологического (42,0%) и медико-биологического (41,7%). Это свидетельствовало об однотипности направлений снижения потенциалов исследуемых пациентов и соответственно о возможности использования мер их коррекции однотипной направленности.

Установлено совпадение статистически значимого различия частоты случаев с низким качеством профилактики в группах сравнения с разным уровнем потенциала у пациентов-беременных женщин и у пациентов-мужчин: частота достоверно выше в группе с низким уровнем потенциала, чем с высоким ($\chi^2=12,448$ у женщин и $\chi^2=16,325$ у мужчин, $OR=1,9$ и $1,7$, соответственно). Достоверные различия выявлены за счёт информационного общепрофилактического ($\chi^2=6,438$ – у женщин и $\chi^2=12,40$ – у мужчин, $OR=1,5$ и $1,7$) и специального ($\chi^2=24,408$ – у женщин и $\chi^2=22,134$ – у мужчин, $OR=2,1$ и $2,0$), поведенческого ($\chi^2=12,408$ – у женщин и $\chi^2=4,783$ – у мужчин, $OR=1,8$ и $1,4$), культурного ($\chi^2=4,348$ – у женщин и $\chi^2=10,623$ – у мужчин, $OR=1,2$ и $1,5$), медико-биологического ($\chi^2=22,355$ – у женщин и $\chi^2=34,864$ – у мужчин, $OR=2,1$ и $2,2$) и психологического компонентов потенциала ($\chi^2=18,666$ – у женщин и $\chi^2=21,831$ – у мужчин, $OR=1,6$ и $1,9$). Эти данные являются доказательством медико-социальной значимости определения данной исходной комплексной характеристики у пациентов репродуктивного возраста, получающих медицинские услуги по профилактике нарушений их репродуктивной функции.

По данным факторного анализа, установлено, что на состояние потенциала как пациентов-беременных женщин, так и пациентов-мужчин существенное влияние оказывают факторы, связанные с участием самих пациентов в формировании собственного потенциала. Так, отмечено, что доля этих факторов составила 31,2% у беременных и 51,6% у мужчин против 68,8% факторов, связанных с кадровым ресурсом качества профилактики, и 48,4% – с организационной культурой учреждений. При этом установлена однотипность действия ряда факторов, связанных с участием данных пациентов в мероприятиях по улучшению собственного потенциала. Так, и у беременных женщин и у мужчин установлено влияние на снижение уровня их потенциала как пациента, получающего исследуемые медицинские услуги, фактора «отказ от выполнения рекомендаций по профилактике и реабилитации последствий

экологических факторов» (OR у беременных женщин – $1,7$ и у мужчин – $1,9$), фактора «отказ от выполнения рекомендаций по профилактике обострений соматической патологии» ($OR=1,6$ и $1,89$, соответственно), фактора «не выполнение мероприятий по коррекции признаков преждевременного старения» ($OR=2,5$ и $2,7$, соответственно), фактора «отказ от прекращения курения» ($OR=1,8$ и $1,56$), фактора «отказ от прекращения приёмов алкоголя» ($OR=1,8$ и $2,08$, соответственно), фактора «отказ от коллективных форм обучения по вопросам охраны репродуктивного здоровья» ($OR=1,8$ и $1,41$, соответственно), фактора «отказ от коррекции психологических качеств» ($OR=1,8$ и $2,1$, соответственно), фактора «отказ от соблюдения принципов здорового образа жизни» ($OR=1,78$ и $1,63$, соответственно). Эта ситуация свидетельствовала о возможности использования у пациентов репродуктивного возраста, получающих медицинские услуги по профилактике нарушений их репродуктивного здоровья, мер их коррекции, направленных на нивелирование этих общих факторов риска, связанных с отказом пациента от участия в улучшении собственного потенциала.

Анализ причин отказа беременных женщин и мужчин репродуктивного возраста от участия в повышении собственного потенциала, а тем самым от улучшения потребительского ресурса качества медицинских услуг по профилактике нарушений репродуктивного здоровья, выявил высокую частоту информационной причины, когда пациент выбирал ответ «не знаю как» (54,3% – у беременных женщин и 68,0% – у мужчин репродуктивного возраста) и мотивационной причины, когда пациент выбирал ответ «не считаю нужным» (37,9% и 34,0%, соответственно). Эта ситуация определила ведущие меры коррекции потенциала пациентов репродуктивного возраста, получающих медицинские услуги по профилактике нарушений репродуктивного здоровья, информирование и психологическое консультирование пациента.

В условиях организационного эксперимента апробировано использование предложенной методики комплексной оценки потенциала пациентов репродуктивного возраста, получающих медицинские услуги по профилактике нарушений репродуктивного здоровья.

Установлено, что формализация разработанных тест-карт «Матрица комплексной оценки потенциала пациента» позволяет использовать самотестирование и привлечение медицинских сестёр, сократить средневременные затраты на тестирование до 4,8 мин. Точность прогноза качества медицинских услуг, получаемых пациентами репродуктивного возраста по профилактике риска нарушений репродуктивного здоровья, по уровню исходного потенциала и направлениям его снижения составила у мужчин репродуктивного возраста – 95,3%, у беременных женщин – 96,4%.



Проведённая апробация показала высокую эффективность направленного информирования мужчин репродуктивного возраста и беременных женщин о роли выявленных в исследовании факторов риска, возникающих в связи с отказом пациента от участия в повышении собственного потенциала, необходимого для получения медицинских услуг оптимального качества. В частности, предложено использование комплектов информационных материалов (памятки) для мужчин по 23 темам и для беременных женщин – по 25 темам. С 2008 года введена региональная система «Медико-социально-правового информирования семьи, выполняющей репродуктивную функцию» через ежеквартально обновляемую Диспансерную книжку беременных, которая выдаётся женщине на руки с момента взятия на учёт по беременности и находится в семье до достижения ребёнком года жизни. В этот документ внесены специальные блоки информации Регионального пенсионного фонда, Департамента социальной защиты, Департамента здравоохранения, Трудовой инспекции, Фонда обязательного медицинского страхования, Фонда социальной защиты населения, медицинские памятки женщине и мужчине.

По данным повторного тестирования (2013 год) пациентов репродуктивного возраста выявлено достоверное повышение медицинской информированности по вопросам охраны репродуктивного здоровья: у мужчин – в 1,6 раза, у беременных женщин – в 2,0 раза.

Важным моментом являлась отработка алгоритмов взаимодействия врачей по улучшению участия беременных женщин и мужчин репродуктивного возраста в повышении собственного потенциала, как потребителей профилактических услуг по охране репродуктивного здоровья. Для обмена информацией между специалистами общелечебной сети (врачи-специалисты, терапевты) и системы материнства и детства (акушеры-гинекологи, андрологи) и пациентами апробировано использование для мужчин «Паспорта здоровья», для женщин – «Диспансерной книжки беременных».

Для контроля динамики соматических факторов риска нарушения репродуктивной функции у мужчин и динамики характеристик беременных женщин, определяющих риск снижения качества перинатальной профилактики, используется функционирующий в области с 1994 года автоматизированный «Мониторинг здоровья беременных и качества перинатальной профилактики».

По итогам апробации отмечено достоверное повышение потенциала пациентов, снижение частоты отказов от участия в улучшении потенциала у мужчин и у беременных женщин, улучшение качества оказанных услуг за счёт снижения частоты случаев обострения соматических заболеваний, являющихся факторами риска нарушений репродуктивной

функции у мужчин и частоты осложнённого течения беременности, перинатальной смертности.

Достигнутая медико-социальная эффективность обосновывает возможность использования практическим здравоохранением, при формировании территориальных программ управления качеством профилактики нарушений репродуктивного здоровья населения, мер по улучшению потребительского ресурса качества этих услуг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Линденбратен А.Л. Теоретические и практические аспекты организации управления качеством медицинской помощи / А.Л.Линденбратен // Менеджмент качества в сфере здравоохранения. - М. - 2012. - №3. С.23-26
2. Чумаков А.С. Потребительский ресурс обеспечения качества медицинских услуг (концептуальные и методические подходы) / А.С.Чумаков. - Иваново. Изд-во МИК. - 2009. - 282 с.
3. Алексеева Е.Г. Социально-гигиеническое исследование соотношения роли врача и беременной женщины в профилактике перинатальной патологии и пути повышения её эффективности: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.Г.Алексеева. - М. - 2011. - 24 с.
4. Программа социально-гигиенического исследования личного потенциала потребителей медицинских услуг, его роли в улучшении их качества и факторов, определяющих его уровень / М.Д.Васильев [и др.] // Программы и методики комплексных социально-гигиенических исследований. - Иваново. - 2012. - Том 2. - С.183-197
5. Варфаломеева Е.В. Социально-гигиенические и социально-психологические аспекты медико-социальной реабилитации при заболеваниях, передаваемых половым путём: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.В.Варфаломеева. - Иваново. - 2005. - 21 с.
6. Батыгина Т.Н. Пути оптимизации работы Городского специализированного амбулаторного лечебно-консультативно-диагностического эндокринологического центра при многопрофильной больнице: автореф. дис. ...канд. мед. наук / Т.Н.Батыгина. - М. - 2008. - 24с.
7. Костин В.Г. Факторы, определяющие качество хирургических услуг, и пути их коррекции в системе ОМС: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Г.Костин. - Иваново. - 2005. - 21с.
8. Рябова Э.Н. Оптимизация управления социально-гигиеническими и медико-организационными факторами, определяющими качество оказания онкологических услуг в системе ОМС: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Э.Н.Рябова. - Иваново. - 2007. - 18с.
9. Шалопьев А.Г. Медико-социальные проблемы обеспечения качества восстановительного лечения и пути их решения с позиций оптимизации качеств пациента: автореф. дис. ...канд. мед. наук / А.Г.Шалопьев. - Иваново. - 2007. - 19с.



10. Лихова И.Н. Оптимизация управления факторами, определяющими качество оказанных терапевтических услуг в системе ОМС: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.Н.Лихова. - Иваново. - 2004. - 21 с.
11. Комплексный медико-социальный, социально-психологический и социокультурный портрет потребителей медицинских услуг (на примере стоматологического профиля) / Т.П.Васильева, А.С.Чумаков, М.Д.Васильев, Д.Л.Мушников, В.М.Куксенко // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - М. - 2006. - №1. - С.11-19
12. Мурадян А.Р. Социально-гигиенические и медико-организационные аспекты оптимизации управления факторами, определяющими нарушения репродуктивного здоровья у мужского населения в ранней репродуктивный период; автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Р.Мурадян. - Иваново. - 2003. - 24с.
13. Глик М.В. Социально-гигиенические, социально-психологические и медико-организационные аспекты вторичной профилактики преждевременного старения: автореф. дис. ...канд. мед. наук / М.В.Глик. - Иваново. - 2005. - 24с.
14. Ватолин П.В. Медико-социальное исследование репродуктивного здоровья молодых мужчин и организация профилактики его нарушений (на примере Пензенской области): дис. ... канд. мед. наук / П.В.Ватолин. - Рязань. - 2006. - 143с.
15. Посисеева Л.В. Реабилитация репродуктивного здоровья супружеских пар с невынашиванием беременности / Л.В.Посисеева. - Иваново: ОАО «Издательство «Иваново». - 2008. - 240с.
16. Малышкина А.И. Семейно-ориентированный подход к профилактике ранних репродуктивных потерь / А.И.Малышкина, Т.П.Васильева, Е.Л.Бойко. - Иваново. - 2011. - 283с.
17. Даниленко Е.Г. Роль мужского фактора в бесплодном браке. Репродуктивные технологии сегодня и завтра / Е.Г.Даниленко, О.Г.Ремизовская // Материалы XXI межд. конф. Российской ассоциации репродукции человека. - С-Пб. - 2011.- С.123-124.
18. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины: пер. с англ. - М.: Медиа Сфера. - 1998. - 352с.

Summary

Sociohygienic study influences of consumer resource for quality health care and ways to its increase

M.A. Ratmanov, T.P. Vasilyev, O.N. Pesikin, D.L. Kachkovskii, M.Yu. Tikhonov, E. Utkin, S.I. Nazarova*

Department of Health of the Ivanovo region;

FSBI «Ivanovsky Research Institute of Maternity and Childhood by V.N. Gorodkov» Russian Ministry of Health;

**SI TNII Obstetrics, Gynecology and Perinatology*

Using the methodology for assessing the patient's potential, modified with regard to pregnant women as well as men of reproductive age, were obtained their potential estimation as patients receiving medical services, identified matching and different directions of change in the level and structure, the general trends of conditioning factor reducing the quality of study of preventive health services and preventive care to patients – those of reproductive age, associated with an increase in their capacity.

Analysis of the survey data identified the mental model of an ideal consumer health prevention services in reproductive age. The data obtained were the scientific basis for modification of the procedure proposed for integrated assessment of the patient's capacity without accounting of receiving medical services profile.

Key words: quality of care, consumer risk factors, ways of correction

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Васильева Татьяна Павловна – профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова» Минздрава РФ; Россия, г.Иваново, ул. Победы, 20
E-mail: vasileva_tp@mail.ru

Современные методы оперативного лечения варикоцеле

К.П. Артыков, Ф.Б. Хомидов, И.Н. Хван, М.А. Юлдошев
Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В обзоре литературы представлено патогенетическое обоснование различных методов хирургического лечения варикоцеле. Подробно изложены показания к наиболее часто используемым оперативным вмешательствам. В хронологическом порядке описаны преимущества и недостатки хирургических методов лечения варикоцеле. Приведён анализ осложнений и состояния фертильности после различных методов хирургического лечения варикоцеле. Анализ данных литературы показывает необходимость отказа от большинства устаревших хирургических методов лечения варикоцеле и внедрения более эффективных современных методов.

Ключевые слова: варикоцеле, хирургическое лечение, рецидив, фертильность

История хирургического лечения варикоцеле по данным разных авторов насчитывается до 120 видов оперативных методов и их модификаций, но ни один из них не удовлетворял хирургов своими непосредственными и отдалёнными результатами [1,2].

В связи с невыясненными аспектами этиологии и патогенеза и диагностики проблема лечения варикоцеле по сей день остаётся нерешённой. Существующие методы оперативного лечения варикоцеле во всех случаях избавляют больного от симптомов, но не могут гарантировать возникновение рецидива заболевания [3-5].

Многие считают, что артериальная почечная гипертензия слева из-за сдавления нижней левой почечной вены (аортomezентериальным синдромом) приводит к развитию ретроградного тока крови по левой яичковой вене, при этом, как следствие, возникает варикоцеле [6-10]. В настоящее время существует мнение, что сдавление левой семенной вены является патогенетическим обоснованным методом лечения, так как одним из главных причин варикоцеле является нарушение венозного оттока по системе левой почечной вены и её клапанная недостаточность [7]. Однако это состояние возможно и у здоровых, поэтому остаётся неясным, почему не у всех возникает варикоцеле [11,12].

Несмотря на большое число предложенных методов операций, выбор оптимального метода оперативного лечения варикоцеле до сих пор остаётся предметом дискуссии [13,14]. До последних лет общепринятым методом лечения варикоцеле в урологии и детской хирургии являлась операция Иванисевича – перевязка яичковой вены в забрюшинном пространстве, которую считали наиболее оправданной [6,13,15]. Однако большой процент рецидивов

после операции Иванисевича, особенно в детской группе – до 43%, привёл к поиску новых, модифицированных методов, которые были направлены на улучшение результатов лечения варикоцеле [16,17]. Возникновение рецидивов объясняют тем, что остаются не перевязанными более мелкие вены-сателлиты яичковой вены, коллатерали, даже основные или дополнительные стволы [12,14].

Среди хирургических методов лечения следует выделить не прямые (операции на мошонке, оболочках яичка и семенного канатика, на кремалестере и др.) и прямые (операции на венах семенного канатика) способы оперативного лечения. Кроме того, возможно применение комбинации указанных способов оперативного лечения варикоцеле.

К операциям 1 группы относятся: создание фасциально-мышечного суспензория для укрепления стенок яичек (резекция мошонки по Cooper и её модификации), укрепления стенки вен Parone (1898), восстановление периодических сокращений cremaster (по Воскресенскому). Однако паллиативный характер полученных результатов и высокая частота рецидивирования и послеоперационных осложнений ограничили широкое распространение методов не прямой коррекции варикоцеле [14,16,18].

Ко 2 группе способов оперативного лечения варикоцеле относят операции на сосудах семенного канатика. Наибольшее распространение получили операции Иванисевича, Паломо и их многочисленные модификации, ликвидирующие различными способами обратный ток крови в системе тестикулярной вены (операция Иванисевича) и прерывающие приток артериальной крови к яичку (операция Паломо). В сообщении Иванисевича, обобщающем собственный опыт выполнения операции у 4470



больных, не приведено ни одного случая осложнений [19]. Однако кровообращение в пересеченной вене может восстанавливаться по окольным путям через различные анастомозы [7]. В результате возникают рецидивы заболевания, число которых варьирует в пределах от 10 до 87% [20].

По мнению некоторых урологов, независимо от степени варикоцеле, операция Иванисевича показана больным с отсутствием венной почечной гипертензии, умеренной аорто-мезентериальной компрессии левой почечной вены и стеноза устья левой почечной вены, которые диагностируются до операции методом левосторонней флеборентгенокимографии и тензиографии левой и правой почечных вен [8-10].

По мнению некоторых зарубежных исследователей, операцию Иванисевича для лечения варикоцеле следует делать в двух случаях: либо если результат операции не имеет большого значения для пациента, либо если нет материальной возможности для выбора другого метода. Во всех остальных случаях следует отдать предпочтение одному из других видов операций [20,21].

Операция Бернарди, в отличие от операции Иванисевича (перевязка вены на уровне перекреста с подвздошными сосудами), подразумевает более низкое лигирование яичковой вены на уровне внутреннего пахового кольца. Операция Бернарди также даёт много рецидивов и осложнений в виде атрофии яичка и гидроцеле [22,23].

При операции Паломо внутреннюю семенную артерию можно пересечь без риска последующей атрофии яичка [2]. Она включается в перевязку вен яичка и одновременно артерии на уровне внутреннего кольца пахового канала. Лишь в тех случаях, когда одновременно с яичковой артерией пересекается артерия семявыносящего протока, возникает опасность атрофии яичка [2]. Внутренняя семенная артерия перевязывается и при операции Иванисевича, так как она во время операции не дифференцируется и располагается рядом с веной. Преимуществом метода Паломо считается простота и лёгкость исполнения операции, которую может провести врач любой квалификации. Модификация операции Паломо, то есть исключение из перевязки лимфатических сосудов, значительно уменьшила число осложнений (отёк мошонки, гидроцеле, эпидидимиты) [3]. Тем не менее, многочисленные исследования показали, что «высокая перевязка» сосудов нередко ведёт к нарушению кровообращения яичка и его оболочек, угнетению сперматогенеза, впоследствии к фиброзу и атрофии яичка [1,15].

Операция J.L. Marmar из мини-доступа (1985) в последнее время нашла повсеместное применение. Операция, как правило, выполняется под местной

анестезией. Разрез производится в области наружного отверстия пахового канала. Операцию выполняют субингинально, то есть без вскрытия пахового канала. Длина разреза не превышает 2-4 см. В области разреза выделяется семенной канатик, из которого выделяется, перевязывается и отсекается яичковая вена. Дополнительно вводятся склерозирующие вещества в мелкие коллатеральные вены [24]. Рана ушивается.

Показанием к операции Мармар является варикоцеле любой степени. Цель операции – полностью заблокировать кровоток в яичковой вене [3,20,25]. Операция Мармар при варикоцеле значительно прогрессивнее операции Иванисевича. Преимуществом является то, что операция осуществляется без разреза брюшной стенки и без проникновения в брюшную полость [15]. Внешний вид послеоперационного рубца косметически приемлем, и послеоперационное течение не требует госпитализации. Кроме того, в области пахового канала значительно проще найти и перевязать все ветви яичковой вены [15]. Поэтому частота рецидивов заболевания при операции Мармар значительно ниже и составляет около 10% [15,24,26]. Однако эта операция заканчивается полной перевязкой вен яичка и блокированием кровоснабжения яичка, поэтому ей присущи все недостатки и осложнения, которые возможны при операциях этого типа [3].

Предлагают, после выполнения разреза около 2-3 см на ингинальном или субингинальном уровнях, в операционную рану вывести (вывихнуть) яичко с семенным канатиком [20,27]. По мнению авторов, данная процедура позволяет точно визуально оценить и лигировать все возможные венозные коллатерали, включая вены gubernaculum, в последующем яичко возвращают в мошонку и перевязывают (клипируют) вены семенного канатика [4,27]. Необходимо отметить, что семявыносящий проток и его сосуды остаются интактными во всех случаях (как при традиционном ингинальном доступе) [27].

Анализ многолетних публикаций показал, что недостатки перечисленных методик в основном сводятся к большому числу рецидивов варикоцеле, формированию гидроцеле и атрофии яичка при перевязке яичковой артерии [16,25].

В последнее время всё больше пропагандируют операцию Мармар с использованием микрохирургической техники оперирования для уменьшения количества послеоперационных осложнений [3,28]. Оптическое увеличение структур семенного канатика даёт возможность провести процедуру лигирования вен прецизионно, не травмируя нервы, лимфатические сосуды и артерию [20]. Более того, ингинальный или субингинальный подходы в данной модификации позволяют лигировать ингинальные венозные коллатерали, кремастерную вену

и вены gubernakulum наравне с яичковой веной, проходящей в составе семенного канатика [27].

О преимуществах пахового микрохирургического метода лечения варикоцеле с помощью операционного микроскопа указывали и другие авторы [4,22,26,29]. Полученные результаты у 22 больных свидетельствовали об отсутствии рецидивов в течение 3-29 мес. В 1 случае зафиксировано гидроцеле и у 1 больного через год после операции возник эпидидимит. Авторы утверждают, что микрохирургический метод позволяет идентифицировать тестикулярную артерию и лимфатические сосуды, а также все венозные стволы [29].

Kondoh N. и соавт. (2009) представили результаты микрохирургической паховой и подпаховой варикоцелэктомии у подростков. В общей сложности 9 мальчиков, средний возраст 12,7 года, каждый – моложе 15 лет (на момент совершения операции), варикоцеле слева, подверглись микрохирургическому паховому или подпаховому восстановлению. Длительность операции была в среднем $170,4 \pm 45,6$ минут (в диапазоне 105-240 минут) и тестикулярные артерии были сохранены у всех пациентов. Ни у одного из больных не развился рецидив варикоцеле или послеоперационное гидроцеле после 24 месяцев наблюдения. Авторы утверждают, что микрохирургическая подпаховая и паховая варикоцелэктомия, являясь безопасными и эффективными, и могут рассматриваться как один из подходящих методов лечения варикоцеле как у взрослых, так и у подростков [18].

Seo J.T. и соавт. (2010) представили результаты лечения 140 больных с субклиническим левосторонним варикоцеле. Пациенты были разделены на три группы: больные, которые согласились на микрохирургическую варикоцелэктомию (n=25, группа оперированных), на лечение с L-carnitine (n=93, группа медикаментозного лечения), и тех больных, которые не согласны на какое-либо лечение (n=25, группа неоперированных). Результаты спермограммы были оценены только в течение 6 месяцев после лечения. Показатели естественной беременности были оценены по телефонному интервью между 1 и 2 годами после лечения. В группе оперированных больных, анализ спермы показал значительное улучшение после микрохирургической варикоцелэктомии. В группе больных медикаментозного лечения, однако, параметры спермы не существенно улучшились после лечения. Показатели естественной беременности были 60,0% в группе оперированных больных, 34,5% в группе больных медикаментозного лечения, и 18,7% – в группе наблюдения. Показатель естественной беременности в группе оперированных больных был выше по сравнению с показателями в других группах. По мнению авторов, хирургическое лечение является наилучшим вариантом как руководство при субклиническом варикоцеле [29].

Рентгеновская эндоваскулярная операция. В настоящее время разработаны и внедрены в клиническую практику методы эндоваскулярной окклюзии яичковых вен, а также методики эндоваскулярной электрокоагуляции левой яичковой вены при варикоцеле [6,9,24]. Эндоваскулярные методы по сравнению с открытыми операциями, по мнению многих авторов [6,9], являются методом выбора. Существует несколько модифицированных способов окклюзии яичковой вены при варикоцеле. Механическая эмболизация спиральями Гиантурко-Аматена-Валлас, отделяемым силиконовым баллоном, микрокрилатами, ивалоновой пломбы, эмболизаторами окклюдерами. Комбинированная эмболизация – баллонная или окклюзия спиральями в сочетании со склеротерапией [24]. Окклюзия с использованием физических растворов, электрокоагуляция монополярным электродом, введение горячего контрастного вещества [9,24,29]. Необходимо помнить о недостатках и осложнениях эндоваскулярных методов (лучевая нагрузка, повреждение сосудов, тромбоз, гематомы в области пункции и повреждённых сосудов, редкие аллергические реакции на введение контрастных веществ, отхождение спиралей и др.). Для выполнения эндоваскулярных манипуляций большое значение имеют также варианты ангиоархитектоники яичковой вены. При раздвоенных устьях яичковой вены, множественных ретроперитонеальных коллатералях с паравертебральными, ренокавальными анастомозами, извитом ходе основного ствола, впадении яичковой вены в дополнительные или аномальные ветви левой почечной вены эндоваскулярный метод не показан [9].

В литературе имеются сообщения о лечении варикоцеле путём антеградной скротальной склеротерапии. Через небольшой разрез мошонки (ближе к наружному паховому кольцу) выделяется семенная вена, её пунктируют, выполняют антеградную флебографию, завершив её введением склерозирующего препарата. Данная техника операции конкурентоспособна с ретроградной эмболизацией и имеет преимущество, так как может быть выполнена во всех случаях (даже при рецидивах) [24], однако опасна из-за возможных системных осложнений.

Сравнительный анализ склеротерапии и ингинальный подход показали, что при первом методе количество прогрессивных сперматозоидов выросло, а неподвижных уменьшилась [24]. Отдалённые результаты эндоваскулярной окклюзии яичковых вен при варикоцеле показали возможность прерывания ренотестикулокавального шунта не более чем у 87% больных [18]. У остальных пациентов происходит реканализация яичковых вен или включение в шунт ранее не функционировавших коллатеральных ветвей яичковых вен [31].



Эндоскопическая операция. Для выполнения эндоскопической операции на животе пациента делают три прокола по 5 мм. Инструментами выделяют артерию и вены яичка из-под брюшины (тонкой прозрачной оболочки, которая их покрывает) [12,15,30]. Учитывая, что операция протекает под увеличением 6-10 раз и имеется отличное освещение зоны оперирования, хирург имеет возможность тщательно выделить все элементы сосудистого пучка, отделить вены от артерии [30]. После этого на вены яичка (как правило, их две) накладывают специальные титановые скобки, либо вены перевязываются хирургической нитью. Вся операция занимает около 15-20 минут [12].

Существует мнение, что лапароскопический метод не обладает значительным преимуществом по сравнению с открытой операцией, но является более опасным, поскольку необходимо применение общего наркоза и в процессе операции могут возникнуть серьезные осложнения, о которых авторы не сообщают [12,23,30]. Однако ряд авторов считает более целесообразным применение лапароскопического метода [12], так как при проведении ими 1000 лапароскопических операций не возникло осложнений ни во время операции, ни в послеоперационном периоде [30]. И тем не менее, после лапароскопических операций рецидивы варикоцеле встречаются от 0,41% до 2,36% и более [23]. В ряде случаев осложнения, о которых сообщают отдельные авторы, возникают из-за отсутствия навыков и недостаточного опыта выполнения лапароскопических операций на начальном этапе [11,23].

При ретроперитонеоскопическом способе лигирования внутренней семенной вены субкостальным доступом, у 17 из 97 больных операция закончена лапароскопическим путем. Рецидивы – у 11,2%, койко-день – 2, гидроцеле – 1,6% [33]. Сравнительный анализ микрохирургического и ретроперитонеоскопического методов показал отсутствие осложнений и развития гидроцеле у 1,6% и 6,4%, соответственно [11,23].

Электрокоагуляция внутренней семенной вены одной и двух сторон через 2 мм троакар может служить альтернативой лапароскопическому методу. Отличительная особенность – меньшая инвазивность, быстрое восстановление и косметический результат [30].

По мнению многих авторов, которые детально изучали проблему рецидива варикоцеле, ещё одной его причиной является наличие дополнительных вен, соединяющих лозовидное сплетение с другими крупными венами, чаще всего с наружной подвздошной веной. Так, в 75% случаев яичковая вена представлена одним стволом, в 25% – двумя и более стволами. Поэтому оперирующий хирург не обнаруживает дополнительные стволы вены и оставляет их неперевязанными, варикоцеле рецидивирует. Наи-

более часто этой дополнительной веной является, так называемая, кремастерная и наружная семенная вена [7].

Литературные данные показывают, что оперативное лечение необходимо в III стадии заболевания, так как у этих больных без оперативного вмешательства развиваются не только высокий процент бесплодия, но и выраженная болевая симптоматика, так называемые формы. Однако при субклинической I и II стадиях варикоцеле также показано оперативное лечение, если у больного имеется бесплодие, нарушение сперматогенеза, увеличение размеров левого яичка и болевая симптоматика [8].

Al-Said S. и соавт. (2008) представили результаты исследования 20 бесплодных больных, которые были прооперированы методом подпаховой микрохирургической варикоцелэктомии (n=112), лапароскопическим (n=94) и открытым паховым (n=92) методами. Три группы были сравнены относительно интраоперативных ранних и поздних параметров постоперационного периода, изменений параметров семенной жидкости и показателя беременности. Больные были под наблюдением 21,0±9,0 месяцев (от 4 до 35).

Время операции в микрохирургической группе было значительно дольше. Ранние постоперативные осложнения были сравнены в 3 группах. В последующем наблюдении ни у одного больного из микрохирургической группы не наблюдалось гидроцеле; у 4 больных из традиционной (открытой) хирургической группы и у 8 из лапароскопической группы наблюдалось гидроцеле. Частота рецидива варикоцеле была значительно ниже в микрохирургической группе (4), чем в открытой (16) и лапароскопической (25) группах. Больные с улучшением количества семенной жидкости и подвижности сперматозоидов были значительно выше в микрохирургической группе. Показатель беременности к 1-му году был незначительно различным в 3 группах. Авторы считают, что по сравнению с традиционным (открытым) и лапароскопическим методами лечения варикоцеле, микрохирургическая варикоцелэктомия имеет такие преимущества, как низкая частота формирования гидроцеле, рецидивов и улучшение показателей подвижности и количества сперматозоидов [20].

Следует заметить, что все перечисленные операции имеют ещё один общий недостаток, а именно каждая из них эффективна только при реносперматическом типе гемодинамики [14,29].

Сравнительный литературный анализ частоты рецидивов (цит. по Кондакову В.Т., 2000) у больных с варикоцеле показывает, что большой процент рецидивов приходится на долю операций Иванисевича (10-87%), Паломо (9-18%) и эндоваскулярных вмешательств (2-21%). Рецидивы реже встречаются при операциях Бернарди (3,5-5%), Кондакова (1,8%),



лапароскопических (0-2,4%), микрохирургических (0-2%).

Неблагоприятные исходы оперативного лечения варикозного расширения вен семенного канатика побудили одних авторов вообще отказаться от оперативного лечения, а других – искать новый подход в решении этой проблемы. Естественно, что новый подход требует разработки принципиально новой технологии, каковой является микрохирургическая техника в хирургии. Цель microsurgical операций – создание искусственных путей венозного оттока от яичка и лечение почечной венозной гипертензии. В этой связи представляют интерес наиболее распространённые методы операций, применяемые как классические варианты при лечении больших варикоцеле.

Операция Н.А. Лопаткина (1973). Ключкообразный разрез передней брюшной стенки в левой пахово-подвздошной области. После рассечения апоневроза наружной косой мышцы тупо разделяют мышцы по ходу волокон. Parietalную брюшину отодвигают к средней линии, как при операции на мочеточнике в нижней его трети. На брюшине определяют яичковую вену, которая резко расширена. Вену у места перекрёста её с ductus deferens перевязывают и пересекают. Проксимальный её отрезок, который накладывают сосудистый зажим, выделяют на протяжении 5 см. Производят выделение левой общей подвздошной вены на участке 1-5 см и на передней её стенке вырезают отверстие «окно» несколько большего диаметра, соответствующего к анастомозированию косо отсечённого проксимального конца v. testicularis.sin. Анастомоз между яичковой и общей подвздошной венами (проксимальный ТИВА) накладывают непрерывным швом атравматической иглой конец в конец. При односторонней почечной венозной гипертензии на фоне стеноза почечной вены автор рекомендует использовать v. testicularis для анастомоза между нижней полой и почечной венами.

Также предложена другая методика, когда почечный конец вены анастомозируется с проксимальным концом пересечённой в средней трети большой подвздошной вены бедра (проксимальный тестикуло-бедренный венозный анастомоз).

По мнению многих авторов [18,23,35], лучше выполнять операцию наложения тестикулоилиакального анастомоза слева – между проксимальным отделом яичковой вены и подвздошной, эпигастральной или бедренной венами у больших варикоцеле I, II и III степени с венозной почечной гипертензией, выраженной аортomezентериальной компрессией или стенозом левой почечной вены, дилатацией яичковой вены более чем на 3 мм в диаметре.

Эти операции были направлены на сохранение обходного венозного ренокавального анастомоза, компенсаторно развивающегося в связи с затруднением венозного оттока из почки (следует отметить, что при широко известной операции Иванисевича, в результате которой ликвидируется этот отток, развивается высокий риск развития венозных осложнений (тромбоз подвздошной вены, тромбоэмболия лёгочной артерии, кровотечения из линии анастомоза) и из-за высокой частоты рецидива (до 33%), операции по Лопаткину не нашли широкого клинического применения.

Coolsaet B.L. в 1980 году предложил классификацию варикоцеле в зависимости от источника венозного рефлюкса: I тип – подвздошное сплетение, выделив 3 типа рефлюкса: I тип – реносперматический (рено-тестикулярный), II тип – илеосперматический (илео-тестикулярный), III тип – смешанный. По результатам ангиографии более чем у 500 больных варикоцеле в зависимости от гемодинамического типа варикоцеле соответственно предлагал патогенетические методы лечения. При варикоцеле I типа автор применяет как операцию Иванисевича, так и эндоваскулярные и микрохирургические методы. При варикоцеле II типа он рекомендует только перевязку наружной семенной вены. При варикоцеле III типа рекомендуется использовать комбинации, применяемые при I и II типах [9].

Учитывая вариабельность механизмов, приводящих к развитию варикоцеле, в последнее время многие авторы стали различать его по гемодинамическим типам или формам [8,32], подчёркивая, что это весьма целесообразно в плане рационального выбора вида оперативного вмешательства.

Показания к микрохирургической операции выбираются, исходя из патогенетических механизмов и типов варикоцеле, о которых упоминалось выше.

Операция формирования тестикуло-илеакального анастомоза. Эта операция выполняется без вскрытия брюшной полости. После выделения двух ветвей подвздошной вены, нижней эпигастральной вены (НЭВ) и внутренней огибающей подвздошную кость вены (ВОПКВ), под оптическим увеличением производится тщательная дифференцировка элементов семенного канатика. Выбирается один из стволов семенной вены, а другие лигируются. Анастомоз между проксимальным и дистальным концом пересечённой внутренней семенной вены формируется с ветвями подвздошной вены. А именно, между нижней эпигастральной веной и веной, огибающей крыло подвздошной кости. Швы накладываются с использованием микрохирургической техники (атравматическими нитями 7,0-8,0). Таким образом, формирование двух анастомозов способствует ликвидации как реносперматического, так и илео-



сперматического рефлюкса. Всё это, несомненно, улучшает кровообращение левого яичка и создаёт условия для нормального функционирования органа [21,31].

Flati G.C. и соавт. (цит. 2005) оценили эффективность сперматикоэпигастральных анастомозов при рецидиве варикоцеле у 34 больных. Всем пациентам были выполнены лигатурные методы лечения (в среднем 8,5 года). Двустороннее варикоцеле было у 10 пациентов. Полное исчезновение варикозно расширенных вен было достигнуто у 97,06% пациентов, а в то же время у 2,94% – наблюдалось последовательное сокращение. Отмечено значительное улучшение параметров спермы и беременность достигнута у 43,75% после операции в группе пациентов до 30 лет. В группе пациентов свыше 30 лет беременность достигнута в 22,22% случаев [21].

Loran O.B. и соавт. (2006) предлагают для принятия решения хирургической тактики лечения провести комплексное ультразвуковое исследование левой почечной, тестикулярной вен, а также гроздьевидного сплетения [10]. На основании выявленных гемодинамических типов варикоцеле (Coolsaet) рекомендуют формирование тестикуло-эпигастрального и тестикулоафенного анастомозов комбинаций [9].

Применение микрохирургической техники позволяет селективно лигировать венозные стволы, не затрагивая артериальные и лимфатические стволы, что максимально снижает вероятность рецидива варикоцеле, а также развития гидроцеле или атрофии яичка, так как не повреждается тестикулярная артерия [3,15,23].

Об эффективности операции можно судить на основании отсутствия рефлюкса в системе гроздьевидного сплетения при пробе Вальсальвы, спадения вен гроздьевидного сплетения, уменьшения или исчезновения его симметрии мошонки, улучшения показателей спермограммы через 2-3 месяца после операции. Преемственность тестикулоилиакальных анастомозов возможно оценить только при проведении дуплексного сканирования с цветным картированием и флебографии [14].

Привлекает внимания метод хирургического лечения, разработанный И.Д. Кирпатовским, который включает ревизию венозных коллекторов и иссечение связующих их вен (вены придатка и коммуникантные вены). Сохранение основных венозных коллекторов позволяет сохранять адекватный венозный отток от органов мошонки [2,15].

Необходимость выполнения вышеуказанной операции авторы объясняют возникновением рецидивов из-за непереязанных дополнительных стволов или наружной семенной вены, гидроцеле после открытых или лапароскопических методов. Микрохирургический метод высокоэффективен, однако занимает больше времени, имеет высокую стоимость и требует специальной техники и специалистов [4,15].

Микрохирургическое лигирование вен семенного канатика. Методика предложена М. Goldstein заключается в комбинации микродиссекции семенного канатика с лигированием его ветвей и введения яичка в операционную рану с лигированием венозных коллатералей, в том числе вен вернакулум (поддерживающих ствол яичка). По сведениям автора данная методика имеет минимальную операционную травму и количество осложнений, если не учитывать до операции тип гемодинамических нарушений.

Необходимо отметить, что микрохирургические операции с формированием анастомозов между тестикулярной и другими венами требуют специальной подготовки и инструментария. До настоящего времени достоверного метода, определяющего состояние соустья, не имеется. Некоторые авторы утверждают, что даже при облитерации и тромбозе анастомоза кровь оттекает по другим коллатеральным венам, при этом складываются такие же условия, как и после операции Иванисевича [15,22].

Таким образом, методы хирургического лечения разнообразны. В настоящее время нет единого стандартного метода. К сожалению, наиболее распространёнными остаются операции типа Иванисевича. Эндovasкулярные и микрохирургические операции выполняют при наличии специальных условий. Урологи имеют большой выбор методов хирургической коррекции варикоцеле. Лапароскопические и микрохирургические методы применяются всё шире. Ретроперитонеоскопические и экстраперитонео-лапароскопические методы являются наиболее безопасными, чем лапароскопические, однако из-за крайне редких сообщений не достаточно изучены. Несмотря на большое количество предложенных методов оперативного лечения, не выбран единый стандарт лечения данной патологии.



ЛИТЕРАТУРА

1. Глумаков А.А. Варикоцеле / А.А.Глумаков // Медицинский вестник. – 2013. – № 39. – С. 4-8.
2. Ким В.В. Анатомо-функциональное обоснование оперативного лечения варикоцеле / В.В.Ким, В.Г.Казимиров // М. – Мед. Изд. «Медпрактика-М». – 2008. – 112с.
3. Мазо Е.Б. Новое в лечении мужского бесплодия при варикоцеле / Е.Б.Мазо, М.В.Корякин // М. – Медицина. – 1992. – 170с.
4. Сироид Д.В. Проблемы оперативного лечения варикоцеле / Д.В.Сироид, Н.В.Антипов // Клиническая анатомия и оперативная хирургия. – 2009. – Т8. – №4. – С. 76-78.
5. Shamsa A. Comparison of open and laparoscopic varicocelectomies in terms of operative time, sperm parameters, and complications / A.Shamsa [et al.] // Urol J. – 2009. – Vol.6, № 3. – С.170-175.
6. Гарипов Р.М. Эмболизация внутренних семенных вен при варикоцеле, осложнённом репродуктивными дисфункциями: современный взгляд на проблему / Р.М.Гарипов [и др.] // Казанский медицинский вестник. – 2008. – № 3. – С. 17-20.
7. Севергина Э.С. Ремоделирование сосудов как проявление компенсаторных процессов при варикоцеле разной степени выраженности / Э.С.Севергина [и др.] // Андрология и генитальная хирургия. – 2013. – № 2. – С. 35-39.
8. Тирси К.А. Типы венозной рефлюксии при левостороннем варикоцеле в развитии секреторного бесплодия: биологические аспекты, диагностика и лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук // К.А.Тирси. – М. – 2010. – 25с.
9. Coolsaet B.L. The varicocele syndrome: venography determining the optimal level for surgical management / B.L.Coolsaet // J. Urol. – 1980. – V. 124, № 4. – P. 833-839.
10. Loran B. Influence of surgical correction of varicocele based on the characteristics of venous hemodynamics / O.B.Loran [et al.] // Urologija. – 2006. – V. 5. – P. 24-30.
11. Виноградов И.В. Применение эндоскопического клипирования яичковой вены в забрюшинном пространстве в лечении варикоцеле, осложнённого патоспермией и бесплодием / И.В.Виноградов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – Т. 6. – С. 48.
12. Латышев А.В. Сравнительная оценка лапароскопического клипирования яичковой вены и операции Мармара при варикоцеле / А.В.Латышев [и др.] // Кремлёвская медицина. – 2009. – № 2. – С. 10-12.
13. Зокиров О.О. Лапароскопическое лечение двустороннего варикоцеле: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.О.Зокиров. – М. – 2007. – 26с.
14. Малышев В.А. Возможности ультразвуковых исследований в диагностике варикоцеле, выборе метода хирургического лечения варикоцеле: автореф. дис. ... канд. мед. наук // В.А.Малышев. – С-Пб. – 2002. – 20с.
15. Кадыров З.А. Эпидемиология, диагностика и лечение двустороннего варикоцеле / З.А.Кадыров, Х.С.Ишонаков, А.А.Матро // Урология. – 2008. – № 2. – С. 64-68.
16. Ni K. Treatment of varicocele in infertility men patients of different Chinese medical syndrome types by integrative medicine treatment selection: a preliminary research / K.Ni. [et al.] // Chinese journal of integrated traditional and Western medicine. – 2013. – V. 33, №3. – P. 326-331.
17. Niederberger C. Improvement in the fertility rate after placement of microsurgical shunts in men with recurrent varicocele / C.Niederberger // The Journal of urology. – 2005. – Т. 174. – № 2. – С. 660-661.
18. Kondoh N. Results of microsurgical varicocelectomy in the adolescent / N.Kondoh [et al.] // The Japanese journal of urology. – 2009. – V. 100, № 4. – P. 519-524.
19. Ivanishevich O. Left varicocele due to reflux; experience with 4,470 operative cases in forty-two years // J. Int. Coll. Surg. – 1960; 34: 742-55.
20. Al-Said S. Varicocelectomy for male infertility: a comparative study of open, laparoscopic and microsurgical approaches / S.Al-Said [et al.] // The Journal of urology. – 2008. – V. 180, № 1. – P. 266-270.
21. Glassberg K.I. Evaluation and management of the persistent/recurrent varicocele / K.I.Glassberg [et al.] // Urology. – 2011. – V. 77, № 5. – P. 1194-1198.
22. Ковров И.В. Анатомо-типологические подходы к диагностике и выбору метода оперативного лечения больных варикоцеле / И.В.Ковров // Бюллетень СО РАМН. – 2010. – Т. 30, № 2. – С. 114-119.
23. Hassan J.M. Hydrocele formation following laparoscopic varicocelectomy / J.M. Hassan [et al.] // J Urology. – 2006. – V. 175 (3). – P.1076-1079.
24. Carmignani L. Sclerotherapy of the pampiniform plexus with modified Marmar technique in children and adolescents / L.Carmignani [et al.] // Urologia internationalis. – 2009. V. 82, №2. – P. 187-190.
25. Baazeem A. Varicocele and male factor infertility treatment: a new meta-analysis and review of the role of varicocele repair / A.Baazeem [et al.] // European urology. – 2011. – V. 60, №4. – P. 796-808.



26. Акрамов Н.Р. Выбор тактики лечения больных с варикоцеле / Н.Р.Акрамов [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2005. – Т. 86, №3. – С.201-204.
27. Abdel-Maguid A. Microsurgical and nonmagnified subinguinal varicocelectomy for infertile men: a comparative study / A.Abdel-Maguid, I.Othman // Fertil. Steril. – 2010; 94 (7): 2600-3.
28. Armalan A. Long-term effects of microsurgical varicocelectomy on pain and sperm parameters in clinical varicocele patients with scrotal pain complaints / A.Armalan [et al.] // Andrologia. – 2012; 44 (Suppl. 1): 611-4.
29. Seo J.T. The significance of microsurgical varicocelectomy in the treatment of subclinical varicocele / J.T.Seo [et al.] // Fertility and sterility. – 2010. – Т. 93. – № 6. – С. 1907-1910.
30. Shamsa A. Comparison of open and laparoscopic varicocelectomies in terms of operative time, sperm parameters, and complications / A. Shamsa [et al.] // Urol. J. – 2009. – Vol.6, № 3. – P. 170-173.
31. Камалов А.А. Микрохирургические тестисуло-нижнеэпигастральные артериемозы в лечении варикоцеле / А.А.Камалов [и др.] // Трудный пациент. – 2006. – Т. 4, № 12.
32. Al-Buheissi S.Z. Predictors of success in surgical ligation of painful varicocele / S.Z. Al-Buheissi [et al.] // Urol. Int. – 2007. – V. 79. – P. 33-36.

Summary

Modern methods of surgical treatment of varicocele

K.P. Artikov, F.B. Khomidov, I.N. Khvostov, M.A. Yuldoshev
Chair of Surgical Diseases №2 Avicenna Institute

The review of literature presented pathogenetic substantiation of varicocele various surgical treatment. Detailed indications for the most commonly used surgical interventions are shown. The advantages and disadvantages of surgical treatment of varicocele are described in chronological order. Provides an overview of fertility state and complications after different methods of surgical treatment of varicocele. Analysis of the literature shows the need to abandon more outdated surgical methods of treatment of varicocele and the introduction of more efficient and modern method.

Key words: varicocele, surgical treatment, recurrence, fertility

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Артыков Каримджон Пулатович – заведующий кафедрой хирургических болезней №2 ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои, 33
E-mail: artikov-53@mail.ru



Синдром верхней грудной апертуры

Д.Д. Султанов^{1,2}, Ф.М. Тухтаев², Н.Р. Курбанов¹, О.Н. Садриев¹

¹ Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им.Абуали ибни Сино;

² ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

В статье анализируется современная литература, посвящённая проблеме невровакулярных синдромов верхних конечностей, в частности косто-клавикулярного синдрома (ККС). Остаётся много спорных мнений, касающихся диагностики, дифференциации различных форм, способов лечения, выбора доступа для резекции 1 ребра, а также выбора метода оперативного вмешательства при данном синдроме.

Косто-клавикулярный синдром является одной из причин хронической ишемии верхних конечностей и неврологических нарушений. Из-за мозаичности клинической симптоматики заболевание нивелирует множество других патологий, таких, как: стенокардия, остеохондроз, межрёберная каузалгия, плече-лопаточный периартрит и др., поэтому многие больные не попадают в поле зрения специалиста.

В литературе также дискутируются вопросы о показаниях к оперативному лечению, так, сторонники консервативного лечения утверждают о том, что эффективность операции не велика, рецидивы могут достигать до 20%, тогда как при консервативной терапии также можно достичь положительных результатов у большинства больных. Однако ККС может привести к тяжёлым осложнениям – тромбозу артерий и вен, тромбоэмболии и критической ишемии верхних конечностей, вторичному синдрому Рейно.

Анализ литературы показывает, что оперативное лечение синдрома верхней грудной апертуры имеет очевидное преимущество по сравнению с консервативной терапией.

Ключевые слова: синдром верхней грудной апертуры, косто-клавикулярный синдром, компрессия сосудисто-нервного пучка

Под компрессией сосудисто-нервного пучка (СНП) подразумеваются невровакулярные синдромы, обусловленные сдавлением СНП в области шейно-подмышечного канала. Эти синдромы в литературе получили разные названия: «синдром грудного выхода» (СГВ), «синдром верхней грудной апертуры» (СВГА), «синдром компрессии при выходе из грудной клетки», «синдром верхней апертуры», «синдром выхода из грудной клетки» и др. По данным литературы, распространённость СГВ среди населения составляет 0,3-2% [1,2].

Развитию этих синдромов способствуют ряд врождённых и приобретённых факторов. К врождённым факторам относятся аномалии у выхода из грудной клетки. Аномалии могут быть костными, мышечными или фиброзными и, зачастую, сочетаются [3]. К приобретённым факторам компрессии относятся сужение рёберно-ключичного пространства в результате искривления шейно-грудного отдела позвоночника, переломы ключицы и 1 ребра, травмы шеи. В научном и практическом плане представляют интерес компрессии СНП вследствие врождённых факторов, которые часто встречаются в практике.

Область грудного выхода – это сложная структура, состоящая в свою очередь из трёх последовательных узких выходов: верхнего выхода из грудной клетки, рёберно-лестничного промежутка и рёберно-ключичного выхода. В каждом из них фиброзная, мышечная и костная основа плотно окружает нейрососудистый пучок: подключичную артерию, вену и плечевое сплетение [4].

Врождённые и приобретённые анатомические вариации фибромышечных и костных структур в этих областях приводят к развитию синдрома грудного выхода (СГВ) [5]. В практике наиболее часто встречаются такие синдромы компрессии СНП как: добавочное шейное ребро, косто-клавикулярный синдром (ККС), скаленус - синдром.

По данным Б.В. Петровского (1970), ККС составляет 8-10 % от общего числа окклюзии всех ветвей дуги аорты [6]. Патология развивается в более молодом возрасте и своего пика достигает к 30 – 40 годам, что делает эту проблему более актуальной в плане социальной и трудовой реабилитации, и встречается в практике врачей различных специальностей: хирургов, ортопедов, невропатологов, терапевтов.



Многочисленные жалобы больных, схожесть клинически со многими другими заболеваниями и небольшая частота этой патологии в общей структуре заболеваемости приводят к диагностическим ошибкам [7]. Большинство из этих пациентов первично обращаются за медицинской помощью к участковому терапевту или невропатологу с диагнозами: болезнь Рейно, миозит, плече-лопаточный периартрит, остеохондроз шейного отдела позвоночника и т.д. В результате несвоевременной диагностики и неправильного лечения некоторые больные обращаются к специалисту с осложнёнными формами заболевания.

Первое (I) грудное ребро было впервые рассмотрено, как этиологический фактор СВГА, при развитии тромбоза подключичной артерии, вызванного компрессией, вследствие экзостоза ребра с гангреной пальцев [8].

T. Murphy [9], выполняя операцию по поводу синдрома шейного ребра, не обнаружив последнее, резецировал нормальное I грудное ребро, констатируя полное исчезновение болей через несколько дней после вмешательства. I грудное ребро способствует компрессии нейро-сосудистого пучка у больных с опущенными и отвислыми плечами. I ребро является единственной костью в этой области, которая в норме образует часть рамки всех трёх анатомических туннелей, поэтому его изменения могут оказать влияние на все три уровня грудного выхода. В норме оно имеет наклон 45 градусов по отношению к горизонтальной плоскости и состоит из трёх сегментов: заднего, или неврального, среднего, или мышечного, переднего, или сосудистого [10].

Впервые реберно-ключичная компрессия была описана M.Falconer и Weddel [11] в 1943 г. Этому виду компрессии СНП в литературе посвящено множество работ [12,13]. Причины, вызывающие СВГА, разделяются на две группы: костные и мягкотканые. Костная группа составляет около 30% всех наблюдений СВГА: гипертрофированные поперечные отростки С7 позвонка, аномалии или перелом I ребра и ключицы с последующим образованием костной мозоли [14]. К мягкотканой группе относятся врождённые или приобретённые изменения в связках и лестничных мышцах. При проведении исследований на трупах отмечено, что только в 10% случаев встречается двустороннее нормальное анатомическое строение, и это подтверждает тот факт, что фиброзные тяжи, вызывающие симптомы СВГА, могут образоваться вследствие травмы области шеи [15]. В настоящее время описано и классифицировано множество мягкотканых структур в области грудного выхода, которые могут стать причиной невровазкулярной компрессии. Фактически такие патологии встречаются часто, но их диагностировать до оперативного вмешательства трудно [15,16].

По данным R.Sanders [15], в 86% наблюдений провоцирующим фактором клинического проявления СВГА являются травмы плечевого пояса и шеи, механические факторы стоят на втором месте. По сообщениям D.Roos [17], возраст больных с СВГА составлял от 11 лет до 71 года. Автор приводит данные о том, что около 40 – 50% осмотренных им больных жаловались на боль, онемение, чувство усталости и покалывания в верхней конечности. Эти симптомы образуются вследствие механических и ишемических факторов, нарушающих функцию нерва, а также посткомпрессионного внутрисуставового отёка нерва, который разрушает нервные волокна, увеличивая рубцевание с последующим нарушением внутринервной микроциркуляции [17].

СГВ делят на две группы: неврологическую и сосудистую. Примерно в 10% наблюдений СГВ встречается его сосудистая форма (венозная и артериальная), в остальных случаях – неврологическая форма, которую A.Wilbourn [2] классифицировал как истинную неврологическую и сомнительную неврологическую формы СГВ. D.Roos [17], согласно уровню компрессии сплетения, разделил СГВ на 3 группы: высокую, низкую и комбинированную. При высоком типе, компрессии подвергаются С5, С6 и С7, при низком – С8 и Т1 корешки. Если у больного присутствуют симптомы, указывающие на компрессию всего пучка, этот тип называют комбинированным. Симптомы низкого и комбинированного типов компрессии составляют 85-90% всей неврологической формы СГВ [17].

В клинической картине компрессионных синдромов (СГВ) могут быть три разные категории симптомов: артериальная недостаточность, венозная недостаточность и неврологическая симптоматика со стороны верхних конечностей. Эти симптомы могут комбинироваться между собой [18].

Венозная форма СГВ, которая наблюдается чаще, чем артериальная (4:1), проявляется в виде отёчности, цианоза, боли, расширения и вздутия вен верхней конечности и плечевого пояса. Тромбоз подключичной вены, встречающийся при СГВ, называют тромбозом напряжения или синдромом Paget – Schroetter [12,19,20]. Как указывают авторы, венозная форма наблюдается чаще артериальной, в нашем материале это не подтверждается. Среди наших наблюдений венозная форма отмечена лишь у 4 (3,6%) больных.

Артериальная форма СГВ наблюдается редко. Симптомы проявляются артериальной недостаточностью: похолоданием, слабостью и болью в верхней конечности [21]. В случае острой компрессии можно наблюдать тромбоз подключичной артерии и последующей эмболизацией её периферических ветвей [22]. Авторы, утверждая, что артериальные формы СГВ встречаются редко, вероятно имели виду только осложнённые формы, так как, позиционная ишемия (при определённом положении рук) в изолиро-



ванном или сочетанном виде с неврологической формой наблюдается всегда, когда имеется компрессия подключичной артерии (рёберно-ключичном, скаленус- синдромах и при добавочном шейном ребре длиной более 5 см). Среди наших пациентов позиционная ишемия наблюдалась у 84 (76,4%) из 110 больных с ККС.

Другим проявлением артериальной недостаточности при СГВ многие авторы считают развитие синдрома Рейно [23]. Однако в работах многих авторов об этом не сообщается. Так, Абышов Н.С. и Мамедов А.М. [21] в 2007 г. в статье – обзоре литературы по данной проблеме, приводя данные многих авторов, не сообщают о вторичном феномене Рейно, который нередко развивается у данных больных. Также во многих работах, посвящённых СГВ, вторичному синдрому Рейно уделяется мало внимания или вообще не рассматривается. Артериальная недостаточность имеет различный генез: первичное раздражение симпатических нервов плечевого сплетения вызывает стабильное спастическое состояние дистального периферического русла, что проявляется вторичным синдромом Рейно [18]. Cristol R. [24] все патофизиологические механизмы условно делит на нейрогуморальные факторы, вызывающие спазм сосудов, и поражение стенок мелких артерий. Подчёркивается решающее значение констрикции сосудов в возникновении приступов Рейно [25].

По данным различных авторов частота артериальных осложнений СВГА колеблется от 4 до 14% [26]. Вопрос о причине невровазкулярных проявлений продолжает обсуждаться в течение многих лет – являются ли они следствием неврологической или сосудистой компрессии.

Большинство авторов отказались от неврологической теории. С. Jones и D.Randall полагают, что временное, преходящее похолодание, изменение цвета пальцев – это вазоспастическое явление вследствие раздражения симпатических волокон в плечевом сплетении. По мнению авторов, могут встречаться два типа компрессии – изолированная сосудистая компрессия нервного сплетения с ишемическими нейропатиями и компрессия нервов без ишемии [27].

Многие врачи согласны с тем, что очевидные венозная и артериальная формы СВГА могут быть диагностированы без больших усилий. Достаточно объективного осмотра верхней конечности, если имеют место отёчность, изменение цвета, увеличение венозных коллатералей вокруг плеча и напряжение вен верхней конечности; ультразвуковая доплерография часто подтверждает диагноз. Ввиду скудности объективных данных при неврологической форме СВГА её диагностика затруднена. Хотя эта форма встречается в 90% всех наблюдений СВГА, её диагностика базируется, обычно, на анамнезе

больного и на оценке находок во время физикальных обследований [28,29].

Однако метод электронейромиографии может быть успешно применён для диагностики неврологических нарушений при компрессионных синдромах. ЭНМГ- исследование имеет решающее значение в распознавании и дифференциальной диагностике туннельных синдромов [30]. При синдроме выходного отверстия отмечается ущемление срединного и локтевого нервов в области ключицы [14]. Urschel H.S. [14] в 2007г. сообщал, что им были обследованы методом ЭНМ 8000 лиц, и в 3200 (38%) случаях был установлен СВГА. Описаны различные провоцирующие тесты для клинического выявления компрессии артериального русла: тест Адсона, проба с абдукцией, гиперабдукцией (Wright) и положение «военной осанки» [31]. Для определения неврологической симптоматики применяют 3-минутный стрессовый тест по D. Roos [28]. По мнению D.Roos, результаты провоцирующих тестов, позволяющих определить состояние сосудистой компрессии, менее значимы, чем неврологические [17]. Однако A.Hirner и соавт. [32] считают, что упомянутые тесты одинаково важны как для неврологических, так и для ангиологических исследований. По данным последних исследований, положительный результат пробы Адсона, который служит критерием СВГА, считается нормальной находкой.

Клинические тесты имеют ограниченную ценность и должны подтверждаться данными клинко-инструментальных методов обследования – рентгенографии, ультразвуковой доплерографии, нейроэлектрмиографического исследования, магнитно-резонансной томографии, ангиографии и флебографии [28,33]. В литературе можно встретить описание множества методов диагностики СВГА, в то же время большинство авторов признаются, что до настоящего времени нет специфичного метода, при помощи которого можно поставить точный диагноз [2,34]. Большую помощь оказывает рентгенография шейной области в выявлении костных структур (шейное ребро, гипертрофия поперечных отростков), ответственных за компрессию сосудисто-нервного пучка, компьютерная и магнитно-резонансная томографии [35], электромиография значимы для исключения других заболеваний, ответственных за схожую неврологическую симптоматику [36].

Среди неинвазивных методов обсуждаются исследования с использованием ультразвуковой доплерографии и плетизмографии.

Среди методов диагностики особое место занимает ангиография сосудов верхней конечности. Артериография даёт возможность дифференцировать экстравазальную компрессию и внутрисосудистое поражение [1]. Некоторые авторы полагают, что полное ангиографическое исследование руки по-



казано в каждом наблюдении при наличии симптомов и признаков СВГА или феномена Рейно, с целью установления исключения источника эмболизации на выходе из грудной клетки [28].

Флебография верхней конечности показана, если в анамнезе имеется интермиттирующий или постоянно сохраняющийся отёк кисти или всей руки, или если выражен чёткий венозный рисунок в области предплечья, плеча и грудной клетки.

Выбор метода лечения СВГА в литературе неоднозначен. Часто консервативный метод лечения противопоставляется хирургическому вмешательству. Больные с СВГА (особенно с неврологическими формами) часто обращаются к другим специалистам, обследуются и лечатся безуспешно, с временными эффектами. Ряд авторов рекомендуют консервативное лечение, включающее назначение анальгетиков, транквилизаторов, витаминов группы В, прозерина, галантамина, дибазола, физиотерапевтических процедур, специальных гимнастических упражнений [37,38]. Однако мобилизация I ребра может спровоцировать симптомы СВГА и даже ухудшить состояние больного, и вопрос о пользе от «глубокого массажа», с целью мобилизации ребра, остаётся спорным. В.С.Савельев и соавт. (1975) считают, что вследствие риска тромбоэмболических осложнений консервативное лечение оправдано лишь при противопоказаниях к операции [39]. Lindgren K.A. and Oksala I. [40] 1995 г., анализируя результаты операций у 45 больных, пришли к выводу, что сначала больным необходимо провести консервативное лечение и, только после тщательного обследования и установления диагноза, решить вопрос об операции. Однако большинство авторов при неэффективности консервативного лечения до 2 лет и при артериальных осложнениях рекомендуют хирургическое лечение [41].

Становится очевидным, что консервативные и хирургические методы лечения не являются альтернативными, а дополняют друг друга. Скленотомия, предложенная A.Adson и J.Coffey в 1927 г., доминировала при хирургической декомпрессии нейрососудистых структур верхней конечности до 1960 г. В 1966г. D.Roos [42] описал менее травматичный подмышечный доступ для резекции I ребра. Скаленотомия, предложенная в 1927 г. A. Adson, периодически использовалась и в последующие годы, была повторно предложена R.Sanders [43] в 1979 г. для лечения рецидивов СВГА после резекции I ребра.

Хирургические операции направлены на освобождение от компрессии нейроваскулярных структур в грудном выходе. Однако до сих пор среди хирургов нет единого мнения относительно выбора метода оперативного лечения и хирургического доступа при СВГА. В ранних работах J. Lord [44] отмечал, что

скаленэктомия должна выполняться во всех случаях СВГ. Позднее он же рекомендовал скаленэктомию после рецидивов, составляющих 60%, и значительного количества осложнений. R.Sanders [43], сравнивая результаты, полученные при скаленэктомиях и резекциях первых рёбер, пришёл к выводу, что они почти идентичны.

Наиболее спорным и не решённым вопросом остаётся вид операции и доступ для резекции I ребра при косто-клавикулярном синдроме. Ранее широко применялась скаленотомия [22]. Однако в последние годы из-за существенных недостатков и частых рецидивов заболевания многие хирурги от скаленотомии отказались [17]. Многие годы для удаления I ребра использовали подмышечный доступ. Для резекции I ребра применяются различные доступы – надключичный [41], подключичный, комбинированный подмышечный и надключичный [45] и, наименее травматичный по мнению ряда авторов, подмышечный [14,46]. Подмышечный доступ, разработанный в 1963 году Кооб Э.В. для резекции первого ребра, пользуется наибольшей популярностью. Он даёт возможность при необходимости выполнить шейно-грудную симпатэктомию и реконструкцию сосудов при органическом его поражении. Ciampi P. et al (2011) сообщают о результатах надключичной декомпрессии СНП без резекции 1 ребра при ККС и при этом отмечают удовлетворительные результаты в 96,7% случаев в сроках наблюдения до 3-х лет [47].

При сочетании вторичного синдрома Рейно выполняется шейно-грудная симпатэктомия [48], которую можно легко осуществить только трансаксиллярным доступом. Рецидив симптоматики после операции встречается от 1 до 20% [49]. Ряд авторов сообщали о возможности эндоскопической резекции I ребра [50].

Результаты хирургического лечения, также по данным разных авторов, разные. По данным ряда авторов [51,52] хорошие результаты отмечены до 100% случаев. Сторонники консервативного лечения утверждают, что хороший или удовлетворительный результат после хирургических операций достигается лишь менее чем у 40% всех больных с СВГА, у 24% пациентов сохраняются прежние жалобы, частота рецидивов достигает до 20% [27].

Fulford P.E. et al. в 2001 г. сообщили о результатах 83 резекций рёбер подмышечным доступом. В раннем послеоперационном периоде (до 6 месяцев после операции) улучшение отмечено у 91,5% больных, из них 61,5% считали себя абсолютно здоровыми. 61% больных удалось проследить на протяжении 4 лет. Из них 74% отмечали значительное улучшение самочувствия после операции, 58% считали себя вполне здоровыми [53].

Urschel H.S. и Kourlis H. [14] в 2007 г., обобщая 50 летний опыт хирургического лечения СВГА, сообщили о результатах 5102 оперированных больных. При этом после первичной операции в отдалённом периоде хорошие результаты сохранялись у 85%, удовлетворительные -- у 12% и неудовлетворительные -- у 3% пациентов. Тогда как больные, получившие консервативное лечение, в 70% отмечали раннее улучшение и в 50% -- позднее улучшение. Landry G.J. et al. [27] считают, что существуют сомнительные формы неврологической симптоматики СВГА, и оперативное лечение таких форм не оказывает особого влияния на исходы лечения.

Данной патологии посвящено большое количество научных работ. До сих пор нет ни одного диагностического теста, специфичного для СВГА [51], некоторые авторы даже сомневаются в возможности его существования [54]. Во-вторых, имеется много противоречий в отношении выбора вида хирургического пособия при СВГА. Наиболее спорным является вопрос выбора оперативного доступа: надключичный или подмышечный [51].

Следует отметить, что в последнее время в отечественной литературе редко встречаются работы по изучению компрессионных синдромов плечевого пояса. Многие аспекты этой проблемы нуждаются в углублённом изучении, решении ряда вопросов по отношению тактики лечения. В настоящей работе, на основе нашего 20-летнего опыта по хирургическому лечению ККС, изложена разработанная тактика, проанализированы результаты, разработаны и усовершенствованы ряд способов хирургических операций, которые являлись целью настоящей работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Atasoy E.A. Thoracic outlet compression syndrome / E.A. Atasoy // *Orthoped. Clin. North. Am.* – 1996. – V. 27. – P. 265-303.
2. Wilbourn A. The thoracic outlet syndrome is over diagnosed / A. Wilbourn // *Arch. Neurol.* – 1990. – V. 47. – P. 228-230.
3. Dahlstrom KA. Descriptive anatomy of the interscalene triangle and the costoclavicular space and their relationship to thoracic outlet syndrome: a study of 60 cadavers / KA. Dahlstrom, A.B. Olinger // *J Manipulative Physiol. Ther.* – 2012. – V.35; N 5. – P. 396-401.
4. Imaging assessment of thoracic outlet syndrome / X. Demondion [et al.] // *Radiographics.* – 2006. – V.26; N 6. – P.1735-1750.
5. Thoracic outlet syndrome: definition, aetiological factors, diagnosis, management and occupational impact / J. Lulan [et al.] // *J. Occup. Rehabil.* – 2011. – V. 21. – № 3. – P. 366 – 373.
6. Петровский Б.В. Хирургия ветвей дуги аорты / Б.В. Петровский, И.А. Беличенко, В.С. Крылов. – М.: Медицина. – 1970. – 351 с.
7. Thoracic outlet syndrome (TOS) mimicking Takayasu's arteritis – case report / dos Reis Neto ET [et al.] // *Acta. Reumatol. Port.* – 2009. – V. 34. -№ 1. – P. 96 – 101.
8. Thoracic outlet syndrome: Evaluation of a therapeutic exercise program / R.M. Peet [et al.] // *Mayo Clin. Proc.* – 1956. – V.31. – P. 281 – 287.
9. Murphy T. Brachial neuritis caused by pressure of first rib / T. Murphy // *Aus. Med J.* – 1910. – V. 15. – P. 582 – 585.
10. Лурье А.С. Хирургия плечевого сплетения / А.С. Лурье // М. Медицина. – 1968. – 215 с.
11. Falconer M.A. Costoclavicular compression of the subclavian artery and vein / M.A. Falconer, L.G. Weddel // *Lancet.* – 1943. – № 2. – P. 539 – 543.
12. Петров В.И. Нарушение кровообращения при компрессионном синдроме грудного выхода / В.И. Петров // *Клинич. хирург.* – 2000. – № 10. – С. 11 – 12.
13. Illig KA. A comprehensive review of Paget-Schroetter syndrome / K.A. Illig, A.J. Doyle // *J. Vasc. Surg.* – 2010. – V. 51. -№ 6. – P. 1538 – 1547.
14. Urschel H.C. Thoracic outlet syndrome: a 50-year experience at Baylor University Medical Center / H.C. Urschel, H. Kourlis // *Baylor University Medical Center Proceedings.* – 2007. – V.20, N 2. – P.125-134.
15. Sanders R.J. Management of cervical ribs and anomalous first ribs causing neurogenic thoracic outlet syndrome / R.J. Sanders, S.L. Hammond // *J. Vasc. Surg.* – 2002. – V.36. – N 1. – P. 51 – 56.
16. Almeida D.F. True neurogenic thoracic outlet syndrome in a competitive swimmer: a case report of this rare association / D.F. Almeida, R.D. Meyer, S.J. Oh // *Arq. Neuropsiquiatr.* – 2007. – V.65, N 4B. – P.1245 – 1248.
17. Roos D.B. New concepts of thoracic outlet syndrome that explain etiology, symptoms, diagnosis and treatment / D.B. Roos // *Vasc. Surg.* – 1979. – V.13. – P. 313 – 321.
18. Кипервас И.П. Периферические невровазкулярные синдромы / И.П. Кипервас // М. Медицина. – 1985. – 175 с.
19. Kirschbaum A. Venous thoracic outlet syndrome caused by a congenital rib malformation / A. Kirschbaum, E. Palade, Z. Csatori // *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* – 2012. – V.15, N 2. – P. 328 – 329.
20. Thompson RW. Comprehensive management of subclavian vein effort thrombosis / RW. Thompson // *Semin Intervent Radiol.* – 2012. – Vol.29, N 1. – P. 44-51.



21. Абышов Н.С. Диагностика и лечение синдрома грудного выхода /Н.С.Абышов, А.М.Мамедов // Хирургия.- 2007. – N 6. – С. 68-72.
22. Климов В.Н. Эмболия и тромбозы артерий верхних конечностей / В.Н.Климов, Н.П.Макарова, Л.А.Чирикова //Клин.хирургия. – 1983. – N 7. – С. 67-68.
23. Macleder H.I., Vaso-occlusive disorders of the upper extremity / H.I.Macleder // Curr.problems in surgery. – 1988. – V. 25, N 1. – P. 1-67.
24. Cristol R. Acquisitions recentes sur la physiopathologie du phenomene de Raynaud / R.Cristol // Gazette Med deFrance. – 1981. – V. 88. – P. 107-113.
25. Coffman J.D. Total and capillary finger ship blood flow in Raynaud's phenomenon. //J.D.Coffman, A.S.Cohen //New Engl. J. Med. – 1971. – V. 285, N 259. – P. 356-364.
26. Degeorges R. Thoracic Outlet Syndrome Surgery: Long-Term Functional Results /R.Degeorges, C.Reynaud, J.P. Becquemin //Ann. Vasc. Surg. – 2004. – V. 18, N 5. – P.558-565.
27. Long-term functional outcome of neurologic thoracic outlet syndrome in surgically and conservatively treated patients. /G.L. Landry [et al.] //J.Vasc.Surg. – 2001. – V.33. – P.312-319.
28. Diagnosis of thoracic outlet syndrome. Value of angiography in the sitting position /F.Cornelis [et al.] //J Radiol. – 2008. – V. 89, N 1 (Pt 1). – P. 47-52.
29. Thoracic outlet syndrome /R.Tekaya [et al.] //Tunis Med. – 2011. – V.89, N 11. – P.809-13.
30. Бадалян Л.О. Клиническая электронейромиография /Л.О.Бадалян, И.А.Скворцов // - М.Медицина. - 1986 - 368с.
31. Wright I.S. The neurovascular syndrome produced by hyperabduction of the arms / I.S.Wright //Am. Heart J. – 1945. – V. 29. – P. 1-19.
32. Hirner A. Thoracic outlet syndrome: current management in diagnostics and therapy /A.Hirner, R.Having, G.Gots //Med Welt (Stuttgart). – 1981. – V.16. – P.2-8.
33. Measurement of subclavicular pressure on the subclavian artery and brachial plexus in the costoclavicular space during provocative positioning for thoracic outlet syndrome. / Tanaka Y. [et al.] // J Orthop Sci. – 2010. – V. 15, N 1. – P. 118-24.
34. Thoracic outlet syndrome: do we have clinical tests as predictors for the outcome after surgery? / M. Sadeghi-Azandaryani [et al.] // Eur J Med Res. – 2009. – V. 28, N 14(10). – P. 443-6.
35. Thoracic outlet syndrome and multidetector computer tomography /H.Mizouni [et al.] //Tunis Med. – 2012. –V.90, N 11. – P. 831-2.
36. MRI findings in thoracic outlet syndrome /A. Aralasmak [et al.] // Skeletal Radiol. – 2012. – Vol.41, N 11. – P. 1365-74.
37. Conservative treatment of thoracic outlet syndrome. A review of the literature /C.Vanti [et al.] // Eur Med J. – 2007. – V.43, N 1. – P.55-70.
38. Singh V.K. Bilateral coracoclavicular joints as a rare cause of bilateral thoracic outlet syndrome and shoulder pain treated successfully by conservative means / V.K.Singh, P.K.Singh, S.K.Balakrishnan // Singapore Med J. – 2009. – V. 50, N 6. – P. 214-7.
39. Савельев В.С. Шейное ребро как причина эмболии артерий верхней конечности /В.С.Савельев, И.И.Затевахин, В.И.Прокубовский //Хирургия. – 1975. – № 3. – С.16-21.
40. Lindgren K.A. Long-term outcome of surgery for thoracic outlet syndrome /K.A. Lindgren, I. Oksala // Am J Surg. – 1995. – V.169. – P.358-360.
41. The management of patients with thoracic outlet syndrome (TOS) and an assistant diagnosis to discriminate between TOS and cervical spondylosis / T.Terao [et al.] // No Shinkei Geka. – 2008. – V. 36, N 7. – P. 615-23
42. Roos D.B. Transaxillary approach for first rib resection to relieve thoracic outlet syndrome / D.B.Roos //Ann. Surg. – 1966. – V.163. – P.354-358.
43. Scalenectomy Versus first rib resection for treatment of the thoracic outlet syndrome /R.J. Sanders [et al.] //Surgery. – 1979. – V. 85. – P.109-121.
44. Lord J.W. Surgical management of shoulder girdle syndrome new operative procedure for hyperabduction, costoclavicular, cervical rib and scalenus syndromes / J.W. Lord //Arch. Surg. – 1953. – N 6. – P. 69-83.
45. Qvarardt P.G. Supraclavicular radical scalenectomy and transaxillary first rib resection for the thoracic outlet syndrome: A combined approach. /P.G. Qvarardt, W.K.Ehrenfeld, R.L.Stoney //Am.J.Surg. – 1984. – V.148. – P.111-116.
46. Султанов Д.Д. Хроническая критическая ишемия верхних конечностей. /Д.Д.Султанов,А.Д.Гаибов, У.А.Курбанов //Ангиология и сосудистая хирургия. – 2001. – Т. 7. – N 2. – С.15-20.
47. Surgical treatment of thoracic outlet syndrome in young adults: single centre experience with minimum three-year follow-up / P.Ciampi [et al.] // Int Orthop. – 2011. – V. 35. – N 8. – P. 1179-86.



48. Курганский О.В. Верхнегрудная симпатэктомия в лечении ишемии верхних конечностей при дистальных поражениях артериального русла. /О.В. Курганский //Хирургия. – 2006. – N 6. – С. 49-53.
49. Siebold J.R. Treatment of Raynaud's phenomenon with Ketanserin, a selective antagonist of the serotonin 2 receptor /J.R.Siebold, A.H.Jageneau // Arthritis Rheum. – 1984. – V.27. – P.139-146.
50. Loscertales J. First rib resection using videothoracoscopy for the treatment of thoracic outlet syndrome / J.Loscertales, M.Congregado, R. Jiménez Merchán //Arch Bronconeumol. - 2011. – V.47, N 4. –P.204-7.
51. Long-term follow-up and patient satisfaction after for thoracic outlet syndrome. /W.J.Sharp [et al.] // Ann.Vasc. Surg. - 2001. - v.15, N 1. - P. 32-36.
52. Outcome of transaxillary rib resection for thoracic outlet syndrome – a 10 year experience /P.E.Fulford [et al.] //Cardiovasc.Surg. – 2001. – V.9, N 6. – P.620-624.
53. Fulford P.E. Outcome of transaxillary rib resection for thoracic outlet syndrome a 10- year experience / P.E.Fulford [et al.] // Cardiovasc. Surg. – 2001. – Vol.9. – №6. – P.620-624.
54. Cherington M. Thoracic outlet syndrome: Reimbursements patterns and patients profiles. /M.Cherington, D.Cherington //Neurology. – 1992. – V.42. – P. 943-945.

Summary

Syndrome of upper thoracic aperture

D.D. Sultanov^{1,2}, F.M. Tuhtaev², N.R. Kurbanov¹, O.N. Sadriev¹

¹ Chair of surgical diseases №2 Avicenna TSMU;

² SI «Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery»

The article analyzes the current literature on the problem of neurovascular syndromes of the upper extremities, particularly costal-clavicular syndrome (CCS). Remains a lot of controversial opinions regarding the diagnosis, differentiation of various forms, methods of treatment, choice to access for 1st rib resection and select the method of surgical intervention in this syndrome.

Costal-clavicular syndrome is one of the causes of upper extremities chronic ischemia and neurological disorders. Due to variety of clinical symptoms disease eliminates many other pathologies, such as angina, osthocondrosis, intercostal causalgia, shoulder-scapular peri-arthritis et al., so many patients do not come to specialist.

In the literature questions about the indications for surgical treatment also are discussed, so supporters of conservative treatment argue that the effectiveness of operation is not great, relapses can reach up to 20%, whereas in conservative therapy can also be achieved positive results in most patients. However, CCS can lead to serious complications - arterial and venous thrombosis, thromboembolism, and critical ischemia of the upper extremities, secondary Raynaud's syndrome.

Surgical treatment of the upper thoracic aperture syndrome has a distinct advantage compared with conservative therapy has shown analysis of literature.

Key words: upper thoracic aperture syndrome, costalclavicular syndrome, compression of the neurovascular bundle

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Султанов Джавли Давронович – профессор
кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ;
Республика Таджикистан, г.Душанбе, пр.Рудаки, 139
E-mail: sultanov57@mail.ru



Основные предпосылки к хирургическому лечению облитерирующего атеросклероза инфраингвинальных артерий на фоне критической ишемии нижних конечностей

Д.И. Карпович

Центр малоинвазивных технологий и сердечно-сосудистой хирургии;

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Проанализированы данные литературы по проблеме облитерирующих заболеваний артерий, приводящих к развитию критической ишемии нижних конечностей. Определены основные звенья патогенеза тяжёлых ишемических расстройств и выделены три основных, тесно связанных между собой, фактора: гемодинамические расстройства в крупных магистральных артериях, депрессия микроциркуляции, нарушение тканевого метаболизма, где основное значение отводится нарушению процесса утилизации кислорода тканями.

Обоснован выбор метода хирургического лечения с учётом анатомического поражения магистральных и инфраингвинальных артерий, который основывается на адекватном использовании пластического материала и выраженности трофических изменений тканей конечности.

Ключевые слова: облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей, критическая ишемия нижних конечностей

Хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей (НК), по данным Всемирной Организации здравоохранения, страдает от 5% до 15% населения [1,2]. По частоте поражения артерий НК первое место занимает облитерирующий атеросклероз [3]. У 20-30% больных через 5-7 лет после начала заболевания развивается критическая ишемия нижних конечностей (КИНК) [4]. По другим данным, критическая ишемия развивается в 35,0-64,7% случаев [5,6].

Больные с КИНК являются тяжелейшим контингентом среди пациентов с облитерирующими заболеваниями артериальной системы, и прогноз сохранения конечности в течение года после установления диагноза неблагоприятен.

КИНК соответствует III и IV стадиям хронических облитерирующих заболеваний по классификации R. Fontaive и A.B. Покровского [7], а критериями ишемии являются:

1. Выраженные боли в икроножных мышцах в покое давностью более двух недель без физической нагрузки, усиливающиеся ночью и связанные с изменением положения тела и недостаточным притоком крови в ишемизированных участках конечности;

2. Регионарное систолическое давление на лодыжке 50 мм рт. ст. или ниже;
3. Наличие начальных признаков IV стадии (трофические язвы и некрозы пальцев стопы);
4. Значение чрескожного парциального напряжения кислорода ($TcPO_2$) в положении лежа в 1-м межпальцевом промежутке 30 мм рт. ст. и ниже [8].

Таким образом, в патогенезе тяжёлых ишемических расстройств существенную роль играют три основных, тесно связанных между собой, фактора: гемодинамические расстройства в крупных магистральных артериях, депрессия микроциркуляции, нарушение тканевого метаболизма, где основное значение отводится нарушению процесса утилизации кислорода тканями [9]. Преобладание в развитии тяжёлой ишемии одного из трёх патогенетических факторов приводит, по-видимому, к развитию различных вариантов лечения КИНК. Кроме того, при КИНК происходят трофические нарушения мягких тканей, костной структуры и костно-мозгового кровообращения. Нарушается также внутрикостное давление, увеличивается продукция костного мозга и эритропоэтина, снижается костная масса повреждённой конечности до 47%, происходит дисфункция эндотелия, активизация окисления липидов, депрессия антиоксидантной защиты, изменяются возможности



развития коллатерального русла глубокой артерии бедра и подколенной артерии [10].

В качестве обязательных факторов учитываются также данные физического состояния больного: наличие у него ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, поражения брахицефальной зоны, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, хронических заболеваний лёгких и дыхательных путей, сахарного диабета [11,12]. Каждый из этих факторов, в той или иной степени, влияет на выбор тактики лечения и на её успех.

По рекомендации Европейского общества кардиологов, способы хирургического лечения рекомендуется выбирать в зависимости от типа поражения дистального русла [13-15].

Ключевую роль при определении показаний к вмешательству играет выраженность хронической артериальной недостаточности [16,17]. Известно, что у 27-43% больных с атеросклеротическими изменениями артерий НК присутствует поражение дистального русла [18,19], сочетание с окклюзией аорто-подвздошного сегмента наблюдается у 45,2-78,2% больных с КИНК [20,21], а тотальное поражение инфраингвинальных сосудов имеет место у 22,5% [22,23], это обстоятельство предопределяет использование того или иного метода лечения.

В настоящее время существует три основных вида лечения больных с КИНК: консервативная терапия, прямая и непрямая хирургическая реваскуляризация НК и эндоваскулярная ангиопластика.

Консервативное лечение не способствует восстановлению кровоснабжения в повреждённой конечности, а используется в расчёте на улучшение тканевой перфузии за счёт действия таких механизмов, как повышение перфузионного давления, снижение вазоспазма и агрегации клеток крови, снижение вязкости крови, защита тканей от гипоксии и др.

Многочисленными работами доказано, что если и удаётся купировать клинику КИНК консервативными методами, то положительный эффект чаще бывает кратковременным, и ограничение методов лечения КИНК консервативными способами нередко заканчивается ампутацией [24,25]. В ряде случаев консервативная терапия является лишь предоперационной подготовкой больного или используется в сочетании с различными видами оперативного вмешательства. Поэтому при определении лечебной тактики у больных с КИНК, прежде всего, необходимо решить вопрос о возможности реконструктивных операций на сосудах [26].

КИНК является показателем к первичной реконструктивной операции, так как только возобновление магистрального кровотока может спасти

конечность от ампутации и улучшить качество жизни пациента.

К прямым методам реваскуляризации конечности можно отнести следующие: шунтирующие операции, различные виды ангиопластики сосудов, протезирование, эндоваскулярную коррекцию.

Основная цель хирургического вмешательства при КИНК – устранение ишемии и обеспечение адекватного кровотока в артериях НК, а также достижение максимально продолжительного срока функционирования трансплантата [27]. Это объясняется тем, что хирургическое лечение КИНК и, связанная с этим, реваскуляризация конечности не влияют на причину и дальнейшее развитие атеросклероза, а оказывают стимулирующее воздействие на развитие коллатералей в поражённом сегменте конечности и адаптацию микроциркуляторного русла. Как правило, срок развития коллатералей составляет 1,5-3,0 месяца и является минимально необходимым для профилактики рецидива критической ишемии конечности в случае тромбоза трансплантата (шунта, протеза, стента и др.) [28].

В качестве материала для проведения прямой реваскуляризации артерий НК используется аутовена, где в качестве последней используют большую или малую подкожные вены, реверсированные, в положении «in situ», подготовленные по ортоградной технологии или синтетические сосудистые протезы, как изолировано, так и в комбинации с сегментом аутоvene [29].

Вид трансплантата и результаты шунтирующих операций с наложением анастомоза выше или ниже щели коленного сустава существенно отличаются между собой. При наложении дистального анастомоза выше щели коленного сустава большинство авторов используют политетрафторэтиленовые протезы. При таком варианте шунтирования конечность удаётся сохранить в 70-91% [30,31]. Отдалённая проходимость протезов через 5 лет составляет 36-78%. В тоже время, использование в данных случаях аутоvene позволяет получить лучшие результаты [32,33]. При наложении дистального анастомоза ниже щели коленного сустава в качестве трансплантата используют аутовену (реверсированную или в позиции «in situ»). Лучшие отдалённые результаты при бедренно-подколенном (берцовом) аутовенозном шунтировании получены при использовании методики «in situ» [34]. Главным аргументом в пользу методики «in situ» считают сохранение трофики аутовенозного шунта, невозможность его перекручивания, адекватное соотношение диаметров проксимального и дистального анастомозов, возможность использования интраоперационной ангиографии для контроля за качеством разрушения венозных клапанов вальвулотомом и наложения анастомозов [34,35].



В качестве контраргументов ссылаются на возможность диссекции аутовены, травматизации эндотелиального слоя и интрамуральные гематомы, возникающие во время вальвулотомии, отсутствие визуального контроля за адекватностью разрушения клапанов вены [36-38].

Современные вальвулотомы (Hall, Le Maitre, Mills insitucub) позволяют в значительной степени улучшить результаты шунтирования. Иногда использование этой методики невозможно из-за рассыпного типа строения вен, малого диаметра или длины вены. При малой длине вены используют комбинацию её со вставками из синтетического протеза, однако эта комбинация не исключает раннего тромбоза [39]. При адекватном соотношении притока и оттока технически правильно выполненная операция обеспечивает хорошие результаты: кровообращение в нижней конечности и физическая активность улучшаются у 90% пациентов. Риск операции небольшой, послеоперационная летальность не превышает 1-2% [4,33].

Отдельной нерешённой проблемой является хирургическое лечение КИНК при дистальной форме поражения артерий. В отличие от других артериальных сегментов, окклюзия артерий подколенно-голеностопного сегмента сопровождается более выраженной ишемией стопы, а течение заболевания имеет неблагоприятный характер. Лечение критической ишемии конечности, являющейся, при данном типе поражения артерий, финалом заболевания, затруднено малым калибром реконструируемых артерий и высоким периферическим сопротивлением дистального артериального русла, что значительно затрудняет их анастомозирование при шунтировании и формирует неадекватность соотношения притока и оттока крови по шунту [40,41].

При окклюзиях подколенно-берцового сегмента основным методом лечения является дистальное шунтирование артерий голени и стопы. Определяющими успех операции факторами при этом служат прецизионная техника наложения сосудистого шва и выбор уровня наложения дистального анастомоза. Частота ранних тромбозов после бедренно-большеберцовых шунтирований выше, чем при бедренно-подколенных, и достигает 4,1-16% [25,40,42,43]. По данным большинства авторов, отдалённые результаты показывают преимущество использования в качестве трансплантата аутовены (большой подкожной вены), особенно в позиции *in situ*. В этом случае через 5 лет количество сохранённых конечностей составляет 57-93%, при шунтировании реверсированной веной – 55%, а синтетическим протезом – лишь 40%. [7,42,43].

В случае отсутствия адекватных путей оттока крови на голени и стопе, у части больных выполняют артериализацию венозного кровотока. Эта операция может быть эффективна, по данным разных авторов, у 57-85% пациентов, которые изначально были обречены на первичную ампутацию конечности [44, 45, 46]. На данный момент разработаны методики артериализации венозного кровотока стопы с использованием поверхностной или глубокой венозных систем [47, 48]. Считается, что артериализация поверхностного венозного кровотока голени и стопы является одним из методов выбора при лечении больных с КИНК, обусловленной окклюзией берцовых и стопных артерий, и результаты её применения в 2 раза превышают результаты консервативного лечения [49].

Таким образом, успешность лечения критической ишемии вследствие поражения инфраингвинальных артерий определяется адекватным выбором метода хирургического лечения с учётом анатомического поражения артерий, используемого пластического материала и выраженностью трофических изменений тканей конечности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия / Л.А.Бокерия, Л.А.Гудкова. – М.: НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН. – 2010. – 29 с.
2. Покровский А.В. Клиническая ангиология / А.В.Покровский. – М.: Медицина. – 2004. – Т.1. – 808с.
3. Olin J.W. Peripheral artery disease: current insight into the disease and its diagnosis and management / J.W.Olin, B.A.Sealove // *May Clin. Proc.* – 2010. – V.85. – № 7. – P. 78-92.
4. Бокерия Л.А. Хирургическое лечение больных с первичной критической ишемией нижних конечностей / Л.А.Бокерия, М.Б.Темрезев, В.И.Коваленко [и др.] // *Анналы хирургии.* – 2010. – № 1. – С. 16-20.
5. Савельев В.С. Критическая ишемия нижних конечностей: определения понятия и гемодинамическая характеристика / В.С.Савельев [и др.] // *Ангиология и сосудистая хирургия.* – 1996. – № 3. – С. 84-90.
6. Luther M.A. A case for an aggressive reconstruction policy for CLI / M.A.Luther // *Ann. Chir. Gynaecol.* – 1998. – Т. 87(2). – P. 149-152.
7. Покровский А.В. Вазопростан в лечении критической ишемии нижних конечностей / А.В.Покровский, В.М.Кошкин, В.И.Коваленко. – М., 1995. – 16с.



8. Российский консенсус «Диагностика и хирургическое лечение пациентов с критической ишемией нижних конечностей». – М., 2001. – 134с.
9. Лосев Р.З. Оценка тяжести артериальной недостаточности культи нижних конечностей / Ангиология и сосудистая хирургия. – 1995. – № 3. – С. 119-124.
10. Пиптюк А.В. Обоснование классификации хронической критической ишемии нижних конечностей / А.В.Пиптюк, С.М.Генил // Сердце и сосуды. – 2006. – № 4 (приложение). – С. 375-381.
11. Бокерия Л.А. Микрохирургическая реваскуляризация голени и стопы в лечении больных с критической ишемией нижних конечностей / Л.А.Бокерия, В.И.Коваленко, И.М.Калитко [и др.] // Анналы хирургии. – 2009. – № 6. – С. 91-95.
12. Бокерия Л.А. Микрохирургия при поражении артерий дистального русла нижних конечностей / Л.А.Бокерия, А.А.Спиридонов, К.Г.Абалмасов [и др.] – М: НЦССХ им. Бакулева РАМН. – 2004. – С. 34-48.
13. Гавриленко А.В. Влияние тактических ошибок на результаты хирургического лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей / Ангиология и сосудистая хирургия. – 2010. – Т. 16. – № 1. – С. 138-143.
14. Bergeron P. Creat vessels transposition and aortic arch exlusion: P.Bergeron, P.Coulon, T.De Chaumaray // J. Cardiovasc. Surg. – 2005. – Т. 46. – P. 141-147
15. TASC Working Group Trans Atlantic inter Society Consensus Management of Peripheral Arterial Disease // International Angiology. – 2000. – Т. 19. – № 1. – P. 1-304.
16. Cambou J.P. Characteristics and outcome of patients hospitalised for lower extremity peripheral artery disease in France / J.P.Cambou, V.Abojans // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2010. – Т. 39. – № 5. – P. 77-85.
17. Muir R.L. Peripheral arterial disease: Pathophysiology, risk factors, diagnosis, treatment and prevention / R.L.Muir // J. Vasc. Nurs. – 2009. – Vol. 27. № 2. – P. 26-30.
18. Nolan B. The treatmnt of disabling intermittent claudication in patients wich superficial femoral artery occlusive disease – decision analysis / B.Nolan, S.Finlayson // J. Vasc. Surg. – 2007. – Vol. 45. – № 6. – P. 79-84.
19. Гавриленко А.В. Хирургическое лечение больных с критической ишемией нижних конечностей, обусловленной поражениями артерий инфраингвинальной локализации / А.В.Гавриленко, А.В.Скрылев // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2008. – Т. 14. – № 3. – С. 111-117.
20. Бурлева Е.П. Пятилетние результаты реконструктивно-восстановительной хирургии при критической ишемии нижних конечностей / Е.П.Бурлева, А.А.Фокин // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2005. – №2. – С. 115-122.
21. Brochado N. F. Bypass to demicular arteries for revascularization on the lover limb / N.F.Brochado, J.Gonzalez, J.M. Cinelli [et al.] // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2000. – Vol. 20. – № 6. – P. 545-549.
22. Троицкий А.В. Сочетанные операции при этажных поражениях аорто-подвздошного и бедренно-подвздошного сегментов / А.В.Троицкий, Р.И.Хабазов, Ю.И.Паршин [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2005. – № 2. – С. 113-121.
23. Galand R.B. Remote superficsal femoral artery endarterectomy: medium-term results // Eur. J. Vasc. Surg. – 2000. – Vol. 19. – № 3. – P. 278-282.
24. Кротовский Г.С. Тактика лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей / Г.С.Кротовский, А.М.Зудин. – М. – 2005. – 160с.
25. Гавриленко А.В. Современные возможности и перспективы хирургического лечения больных с критической ишемией нижних конечностей / А.В.Гавриленко, С.И.Скрылев / Ангиология и сосудистая хирургия. – 2002. – № 4. – С. 80-86.
26. Бокерия Л.А. актуальные проблемы хирургического лечения больных с критической ишемией нижних конечностей – пути решения (состояние проблемы) / Л.А.Бокерия, М.Б.Темрезов, В.И.Коваленко [и др.] // Анналы хирургии. – 2011. – № 1. – с. 5-9.
27. Klevsgard R. A1-year follow-up quality of life study after hemodynamically successful or unsuccessful surgical revascularization of lower limb ischemia/ R.Klevsgard, M.B.Thomsen, I.R.Hallberg // J. Vasc. Surg. – 2001. – Vol. 33. – P. 114-122.
28. Русин В.И. Дистальные шунтирующие операции при хронической ишемии нижних конечностей / В.И.Русин, В.В.Корсак, Я.М.Попович // Украинский бальнеологический журнал. – 2007. – № 2. – С. 112-116.
29. Кобза И.И. Реконструктивные операции в лечении критической ишемии нижних конечностей у больных с бедренно-берцовыми окклюзиями / И.И.Кобза [и др.] // Клиническая флебология. – 2009. – Т. 2. – С. 54-55.
30. Ермолаев Е.В. Особенности регионарной гемодинамики и поражение артериального русла нижних конечностей у больных сахарным диабетом / Е.В.Ермолаев // Клінічна хірургія. – 2007. – № 7. – С. 44-46.



31. Дубина М.Ф. Окклюзионные поражения подколенно-берцового сегмента: реконструктивные операции или хирургические методы непрямой реваскуляризации – выбор метода / М.Ф.Дубина, В.И.Киримов, И.Е.Барная // Клиническая флебология. – 2011. – Т. 4, № 1. – С. 66-70.
32. Русин В.И. Хирургическое лечение дистальных форм атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей / В.И.Русин, В.В.Корсак, Я.М.Попович // Практическая медицина. – 2008. – Т. 14. – С. 25-29.
33. Белов Ю.В. Оценка результатов хирургического лечения больных с множественными поражениями артерий нижних конечностей / Ю.В.Белов, А.Б.Степаненко, А.П.Генс [и др.] – Хирургия. – 2001. – № 10. – С. 33-66.
34. Гавриленко А.В. Отдалённые результаты артериализации венозного кровотока голени и стопы у больных с критической ишемией нижних конечностей / А.В.Гавриленко, С.И.Скрылев // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2007. – Т. 13. – № 2. – С.95-103.
35. Гавриленко А.В. Опыт хирургического лечения больных с критической ишемией нижних конечностей / А.В.Гавриленко, С.И.Скрылев, Е.А.Кузубова. В сб. «Восьмой всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. – М. – 2002. – С. 119.
36. Гавриленко А.В. Отдалённые результаты бедренно-подколенного аутовенозного шунтирования реверсивной веной и по методике «in situ» / А.В.Гавриленко, С.И.Скрылев // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2007. – Т. 13. – С. 120-127.
37. Троицкий А.В. Результаты реконструктивных операций у больных с поражением артерий голени / А.В.Троицкий, Е.Р.Лысенко, Р.И.Хабазов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2003. – № 1. – С. 102-108.
38. Taylor L. Present status of revised vein bypass: Long term results of a modern services / L.Taylor, J.Edwards, M.Porter // J.Vasc. Surg. – 1990. – № 11. – Р. 193-197.
39. Коваль Б.М. Современное состояние диагностики и хирургического лечения хронической критической ишемии нижних конечностей у больных сахарным диабетом / Б.М.Коваль // Хирургия Украины. – 2009. – № 3. – С.84-88.
40. Казанчан П.О. Хирургическая реваскуляризация конечностей при критической ишемии / П.О.Казанчан, В.А.Попов, Ю.В.Дебелый // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2000. – № 3. – С. 75-78.
41. Бокерия Л.А. Микрохирургия при поражении артерий дистального русла нижних конечностей / Л.А.Бокерия, А.А.Спиридонов, К.Г.Абалмасов. – М.ИЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2004. – С.34-48.
42. Darling R. Choice of peronial or dorsalis pedis artery bypass for limb Salvage / R.Darling, B.Chang, D.Shah // Semin. Vasc. Surg. – Vol. 10, № 1. – Р. 17-21.
43. Гавриленко А.В. Хирургическое лечение больных с критической ишемией нижних конечностей, обусловленной поражением артерий инфраингвинальной локализации / А.В.Гавриленко, С.И.Скрылев // – Ангиология и сосудистая хирургия. – 2008. – Т.14. № 3. – С. 111-117.
44. Артериализация венозного кровотока стопы в лечении тяжёлой ишемии у больных с окклюдующими поражениями дистального артериального русла нижних конечностей / А.В.Покровский, В.Н.Дан, А.Г.Хоровец, А.В.Чупин // – Хирургия. – 1990. – № 5. – С. 35-42.
45. Покровский А.В. Артериализация венозной системы стопы в лечении критической ишемии нижних конечностей при окклюзии дистального артериального русла / А.В.Покровский, В.Н.Дан, А.В.Чупин // Ангиология и сосудистая хирургия. – 1996. – № 4. – С. 73.
46. Гавриленко А.В. Артериализация поверхностного венозного кровотока голени и стопы в лечении критической ишемии нижних конечностей при дистальной форме их поражения / А.В.Гавриленко, С.И.Скрылев, А.В.Вериго // Анналы хирургии. – 2000. – № 2. – С. 48-52.
47. Покровский А.В., Казанчан П.О., Дан В.Н. и др. Авт. св. СРСР № 1487879. Способ лечения окклюзий артерий стопы, опубл. 23.06.89. Бюл. № 23.
48. Затевахин И.И., Дроздов С.А., Коротаева Н.А.. Авт. св. СРСР № 1438733. Способ артериализации вен стопы, опубл. 23.11.88. Бюл. № 43.
49. Карпович Д.И., Бойко В.В., Прокопов А.В. Хирургическое лечение окклюзий артерий подколенно-голеностопного сегмента у пациентов с КИНК. – УБЖ., № 2, 3 – 2007. - С. 65-66.



Summary

Basic prerequisite of surgical treatment obliterating atherosclerosis of infrainuinal artery associated with critical lower limb ischemia

D.I. Karpovich

*Center of Minimally Invasive Technologies and Cardiovascular Surgery;
Kharkiv National Medical University, Ukraine*

Analysis of literature concerning obliterating diseases of lower limb arteries leading to the development of critical limb ischemia is conducted. The main pathogenesis of severe ischemic disorders are derminded and three major, closely related factors are identified: hemodynamic disorders in the magistral arteries, depression of microcirculation, impaired tissue metabolism, where the main importance is attached to disruption of oxygen utilization by the tissues.

The choice of surgical metod is reasoned, taking into account the anatomical lesions of main arteries, lesions of infrainguinal arteries, which is based on the appropriate use of plastic material and degree of trophic changes in limb tissues.

Key words: obliterating diseases of lower limb arteries, critical limb ischemia

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Карпович Дмитрий Иванович – заведующий отделением сердечно-сосудистой хирургии Центра малоинвазивных технологий и сердечно-сосудистой хирургии; Украина, г.Харьков, пер. Балакирева, д.5
E-mail: karpovych_dmytro@ukr.net



Внутрибольничные инфекции и их профилактика у послеоперационных больных с мочекаменной болезнью в урологических стационарах

Ф.С. Саъдуллоев

Кафедра урологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В обзоре литературы представлены современные данные о причинах возникновения внутрибольничной инфекции у больных с мочекаменной болезнью в послеоперационном периоде. Отмечено, что проблема внутрибольничного инфицирования мочевыводящих путей высокая (до 9,9%) и остаётся актуальной даже в экономически развитых странах мира.

По данным литературы, год за годом повышается резистентность возбудителей внутрибольничных инфекций к антибиотикам и снижается чувствительность к дезинфектантам и антисептикам.

Присоединение внутрибольничной инфекции у больных с мочекаменной болезнью в послеоперационном периоде осложняет течение заболевания и, тем самым, причиняет экономический ущерб.

Ключевые слова: внутрибольничная инфекция, мочекаменная болезнь, пиелонефрит, инфекционный контроль, инфекция мочевыводящих путей

Проблема внутрибольничной инфекции (ВБИ) приобретает всё большее значение в общественном здравоохранении, не только в промышленно развитых, но и в развивающихся странах, где медицинские и социально-экономические последствия от её нерешённости тяжелы и многообразны. В первую очередь, они существенно снижают безопасность и качество медицинской помощи населению, что проявляется увеличением показателей летальности и развития осложнений, удлинением сроков пребывания больных в стационаре, удорожанием стоимости больничной койки, а также в повышенной заболеваемости медицинского персонала [1-3].

Большое число сообщений о возрастающем значении ВБИ опубликовано во многих странах мира [1-4], в том числе и в Республике Таджикистан [5-7].

Повсеместная встречаемость ВБИ обусловлена следующими факторами: увеличением числа лиц, относящихся к группам риска (хронические больные, пожилые люди, недоношенные новорождённые дети, оперированные и др.); формированием и широким распространением госпитальных штаммов микроорганизмов, отличающихся высокой вирулентностью и повышенной устойчивостью к воздействию антибиотиков, дезинфектантов и антисептиков; внедрением в практику здравоохранения более

сложных технологий, связанных с широким применением эндоскопических и инвазивных процедур для диагностики и лечения [8,9].

Особенно остра проблема госпитальной инфекции мочевыводящих путей (МВП) в урологических стационарах, где их частота, по данным ряда авторов, колеблется от 8% до 32,8% [10-13].

Основными факторами риска возникновения госпитальной инфекции МВП в урологической практике в настоящее время являются:

- широкое применение современных инструментальных, малоинвазивных эндоскопических диагностических и лечебных технологий;
- наличие хронической инфекции у больных с нарушениями уродинамики, обусловленной аномалиями развития и различными заболеваниями (мочекаменная болезнь, доброкачественная гиперплазия простаты, стриктуры мочевых путей и т.д.);
- преобладание лиц пожилого и старческого возраста со сниженной сопротивляемостью к инфекции и наличием сопутствующих заболеваний;
- необходимость послеоперационного дренирования мочевых путей (дренажи, постоянные катетеры, стенты).



Среди факторов, способствующих возникновению госпитальной инфекции МВП в условиях применения малоинвазивных вмешательств, следует выделить наиболее специфические:

- необходимость постоянной ирригации полостей антисептическими растворами (мочевого пузыря, мочеточника, чашечно-лоханочной системы почки);
- необходимость дренирования верхних или нижних мочевых путей, что ведёт к развитию «катетер-ассоциированной» инфекции мочевых путей;
- увеличение числа больных, которым оказываются повторные и многократные вмешательства на фоне хронической инфекции, являющиеся эндогенными очагами инфекции;
- селекция полирезистентных госпитальных штаммов микроорганизмов, возбудителей ВБИ, за счёт бесконтрольного применения антибактериальных препаратов в амбулаторных и стационарных условиях;
- повторное применение инструментов и материалов в течение рабочего дня, предназначенных для однократного использования;
- сложность конструкции эндоскопической аппаратуры, требующей особых щадящих мер стерилизации, большинство которых не обеспечивают надежную их стерильность.

Необходимо отметить, что мочекаменная болезнь (МКБ) составляет 30-40% всех урологических заболеваний. Её лечение остаётся одной из наиболее важных и далеко не решённых проблем в урологии. Внедрение в клиническую практику малоинвазивных технологий – дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ), перкутанной хирургии, трансуретральных эндоскопических методов удаления камней – существенно повлияло на характер послеоперационных осложнений [14-16].

Эти вмешательства сопровождаются значительным количеством опасных для жизни пациента инфекционно-воспалительных осложнений, риск возникновения которых у больных с мочекаменной болезнью велик. У 60-100% больных течение МКБ осложняется хроническим пиелонефритом, что не только ухудшает её течение, но и создает опасность развития инфекционных осложнений, представляя грозный эндогенный источник осложнений [17-19].

Большинство авторов называют пиелонефрит при МКБ вторичным, однозначно считая его осложнением [20,21]. С другой стороны, согласно данным ряда исследователей, микроорганизмы могут быть одним из факторов первичного или рецидивного камнеобразования, вследствие этого при разрушении инфицированных камней существует повышенный риск возникновения инфекционно-воспалительных осложнений МВП [22-24].

При ДУВЛ травма почки является предрасполагающим фактором для возникновения острого пиелонефрита в связи с нарушением почечного кровотока, что в свою очередь, снижает местную сопротивляемость органа к присоединению и развитию инфекционно-воспалительных осложнений [25].

Особая опасность в возникновении и распространении воспалительных осложнений возникает, когда оперируются больные с гнойными осложнениями МКБ: апостоматозным пиелонефритом, карбункулом почки. При этом особенно страдают больные пожилого и старческого возраста, у которых снижена реактивность организма и имеет место повышенная восприимчивость к инфекции, а мочевой тракт имеет ограниченные ресурсы иммунной защиты [26,27].

Развитию инфекционно-воспалительных осложнений при МКБ способствуют некоторые методы исследования – цистоскопия, цистография, катетеризация почки, пиелография, при которых имеется риск ретроградного заноса инфекции. Имеет значение и не соблюдение правил асептики и антисептики, сбор инфицированной мочи в открытые дренажные системы, взятие анализов мочи в палатах, наличие постоянного катетера [28,29].

МКБ сопровождается нарушением уродинамики, способствующей развитию вторичной инфекции. У больных в послеоперационном периоде бактериурия выявляется в 67% случаев. Опасным инвазивным эндоскопическим вмешательством, в плане возникновения инфекционно-воспалительных осложнений у больных МКБ, является чрескожная (перкутанная) хирургия почек и верхних мочевых путей. До 38% случаев данные операции осложняются атакой пиелонефрита, а у 1-2,9% пациентов возникает бактериотоксический шок с последующим уросепсисом [30,31].

Больные МКБ с инфицированными камнями представляют группу повышенного риска в связи с развитием воспалительных осложнений органов мочеполовой системы в послеоперационном периоде, обусловленных эндогенными очагами инфекции [21].

При экзогенном пути инфекция попадает в организм больного от септических больных, контактным путём: в результате недостаточной обработки рук персонала, работы без перчаток, через дезинфицирующие растворы с недостаточным бактерицидным действием, перевязочный материал, недостаточно обработанную аппаратуру, негерметичные дренажные и аспирационные системы, мочеприёмники и др. [32].

В патогенезе развития ВБИ большую роль играют и факторы, характеризующие состояние макроорганизма. Из факторов риска, связанных с состоянием больного МКБ, можно выделить: сахарный диабет, низкий социальный статус, возраст, ожирение, состояние иммунной системы, женский пол [17,33,34].



Вероятность развития ВБИ в значительной степени определяется видом операции и сложностью её проведения. Кроме того, большую роль в развитии ВБИ играют такие факторы, как нерациональное применение антибиотиков, иммунодефицитное состояние больного, предшествующая инфекция, хроническая почечная недостаточность и т. д. [34].

В связи с этим, возникает необходимость проведения исследований, направленных на выявление причин, источников, факторов и путей распространения, а также разработку и внедрение мер, повышающих эффективность профилактики и лечения ВБИ у больных с МКБ [35,36].

Одной из важнейших составных частей проблемы ВБИ мочевыводящих путей является изучение структуры возбудителей в различных стационарах и их биологических свойств, в первую очередь, антибиотикорезистентности, так как, в каждом стационаре формируется своя экосистема, характеризующаяся преобладанием в разные периоды времени различных возбудителей [42,43].

Наиболее часто в качестве этиологических агентов ВБИ выступают грамотрицательные микроорганизмы (эшерихии, клебсиеллы, энтеробактеры, протеи, псевдомонады) и грамположительные (энтерококки, стафилококки, стрептококки). Анализ этиологической структуры инфекций мочевыводящих путей, как и других гнойно-септических заболеваний, позволил выявить её полимикробный характер [37].

По данным Российских авторов, возбудителями ВБИ мочевыводящих путей в урологической клинике в подавляющем большинстве (50-70%) являются грамотрицательные бактерии (*Ps. aeruginosa*, *Proteus*, *E.coli*) и только в 20-25% – грамположительная кокковая флора (*S. epidermidis*, *S. saprophyticus*, *S. aureus*, *Str. faecalis*) [34].

Несмотря на то, что *Ps. aeruginosa*, как и другие псевдомонады являются сапрофитами, они представляют большую угрозу для больных и лиц с пониженной сопротивляемостью. Микроорганизмы *Ps. aeruginosa* способны переносить во внешней среде самые неблагоприятные воздействия, в том числе гипоксию, ультрафиолетовое облучение, действие антибиотиков и антисептиков [30,38-41].

На современном этапе профилактика и лечение синегнойной инфекции только антибиотиками оказались малоэффективными. По данным ряда авторов, при синегнойной септицемии, на фоне комплексной антибактериальной терапии летальность составляет 80-100%. Поэтому проблема синегнойной инфекции превратилась в одну из актуальнейших проблем инфекционной патологии человека, требующих комплексной разработки [44].

Среди возбудителей госпитальных инфекций МВП по данным 2-го Международного конгресса урологов (1983) по нозокомиальным инфекциям в урологическом стационаре на долю протеусов приходится около 28-40%, которые уступают только *E.coli*. Бактерии рода *Proteus* относятся к условно-патогенным микроорганизмам, роль которых в патологии человека в последнее время возрастает. Высокая естественная и приобретённая устойчивость к антибиотикам способствует их эпидемическому распространению и затрудняет меры борьбы с вызываемыми болезнями [44].

Госпитальные штаммы энтеробактерий также отличаются рядом особенностей, в частности штаммы *E.coli*, выделенные от амбулаторных больных, как правило, не обладали устойчивостью более чем к 4, тогда как госпитальные штаммы часто были устойчивы ко всем 12 изучаемым антибактериальным препаратам. Их попадание в МВП возможно при катетеризации мочевого пузыря из периуретральной области, особенно у женщин [21,22].

В последние годы в печати появилось много сообщений о возрастающей роли одного из представителей условно-патогенных энтеробактерий (*Klebsiella pneumoniae*) при ВБИ у урологических больных. Долевое участие клебсиелл в структуре ВБИ достигает 6-17%. Устойчивые к 5 и более антибиотикам, используемым для лечения, клебсиеллы одной этиологии чаще встречались среди клинических изоляторов, выделенных от хирургических и урологических больных. Резистентность при этом составила 88,9% [30,44].

Высеваемость клебсиелл из мочи колеблется от 2% до 17,8%, причём в последние годы отмечено увеличение частоты её обнаружения в моче. Особую опасность представляют госпитальные штаммы клебсиелл, способные годами оставаться в больничных помещениях [34,44].

Ряд исследователей [35,44] отмечают рост этиологической значимости энтерококков при ВБИ мочевыводящих путей с 6% до 16%.

Приобретение микроорганизмами устойчивости к антибиотикам, антисептикам и химиотерапевтическим препаратам происходит в результате генетических изменений с последующей селекцией. Эти изменения могут иметь хромосомное и внехромосомное происхождение [45].

В связи с этим, многие исследователи обращают внимание на значительное число неоправданных назначений антибиотиков, как по выбору, так и продолжительности их использования, особенно при профилактическом применении [46].



Приведённые литературные сведения свидетельствуют о разнообразии и особых свойствах условно-патогенных микроорганизмов – возбудителей ВБИ мочевыводящих путей, которые при относительно стабильном спектре изменяются под действием применяемых антибактериальных препаратов и, вследствие этого, в каждой клинике формируется своя экосистема.

В связи с этим, возникает необходимость микробиологического мониторинга, который, с одной стороны позволил бы установить точный этиологический диагноз и, соответственно, проводить целенаправленную антибактериальную терапию, а с другой стороны – следить за динамикой состава и свойствами возбудителей, циркулирующих в каждом конкретном стационаре [47].

Полученные результаты исследований явились бы основой для разработки и внедрения в широкую клиническую практику рациональных мер профилактики инфекционно-воспалительных осложнений.

Высокая микробная обсеменённость окружающей среды, различных объектов свидетельствует о том, что используемые традиционные дезинфекционные средства и антисептики не обеспечивают соответствующий дезинфекционно-стерилизационный режим в урологических стационарах, что диктует необходимость поиска новых надёжных и современных средств и способов дезинфекции и стерилизации [47-49].

В настоящее время существуют два основных метода дезинфекции, применяемые в медицине: физические и химические, максимальная эффективность которых достигается при их комплексном применении [50,51].

Для обеззараживания воздуха закрытых помещений используется установка «Поток», изготовленная фирмой «Сахэм». После 30 минут работы общее микробное число воздуха снижается на 62%, после 60 минут – на 70% [52].

По чувствительности (устойчивости) бактерий к дезинфекции можно выделить 2 группы. Клинически чувствительными считаются культуры, погибающие после 10- минутного воздействия дезинфицирующими средствами. Клинически устойчивыми считаются культуры, которые остаются живыми, т.е. дают рост на средах после 10- минутной дезинфекции [52].

К современным дезинфицирующим средствам предъявляются следующие требования: максимальное обеззараживание за минимальное время при минимальной концентрации; максимально широкий спектр действия и минимальная токсичность в отношении человека [52].

Интересен результат исследования дезинфицирующих средств на пригодность. Так, микрофлора ЛПУ в 30% случаев не чувствительна к хлорамину. В тоже время, в 33% случаев порошок хлорамина был непригоден для приготовления растворов. В 32% случаев растворы хлорамина были неправильно приготовлены: с превышением нужной концентрации – в 19% и занижением – в 13%. Эти факты создают благоприятные условия для циркуляции госпитальных штаммов микроорганизмов, повышают их устойчивость, с одной стороны, и вызывают аллергизацию медицинского персонала – с другой [53].

Имеют место случаи обнаружения микроорганизмов в растворах, приготовленных в аптечных условиях. Так, на Украине в 1985г. зафиксировано 2223 случая, в 1986г. – 11985, в 1987 г. – 10245 случаев [54]. Патогенная микрофлора, выделенная в лечебных учреждениях, в 70% случаев была нечувствительна более чем к 8 антимикробным препаратам [39,55].

Среди имеющихся дезинфицирующих средств – фурацилин и хлорамин Б обладают минимальной активностью; хлоргексидин биглюконат и муравьиная кислота имеют удовлетворительную антимикробную активность [53].

Существует закономерность, чем чаще применяют антимикробный препарат, тем больше отмечается устойчивых к нему вариантов микроорганизмов. Так, хлорамин и его варианты рекомендованы к широкому применению в ЛПУ с 1975г., что, возможно, способствовало развитию устойчивых к нему госпитальных штаммов [55].

Активность дезинфектантов неодинакова в отношении различных микроорганизмов. Так, хлорамин Б обладает выраженными антимикробными свойствами в отношении энтеробактерий и стафилококков; хлоргексидин – стафилококков; перекись водорода – энтеробактерий, то есть применяемые в медицинской практике дезинфектанты: хлорамин Б, хлоргексидин, перекись водорода в рекомендуемых концентрациях неэффективны против большей части микроорганизмов, являющихся возбудителями ВБИ [53].

Литературные данные по изучению вопросов экономической эффективности профилактики ВБИ единичны. Финансовые затраты, связанные с ВБИ, могут быть классифицированы как прямые и косвенные [4].

В различных странах мира проведено достаточно исследований прямых затрат на ВБИ. По мнению некоторых авторов, оценить истинные экономические затраты очень трудно, а иногда и невозможно [4]. В Англии присоединение ВБИ удлиняет сроки пребывания больного в стационаре на 3,6 дня, а дополнительная стоимость лечения одного случая ВБИ составляет 1122 фунта стерлингов [56].



По данным Янова Ю.К. [4], в США экономический ущерб, причиняемый ВБИ, составлял в разные годы от 1,4 до 4,0 млрд. долларов, дополнительные расходы на один случай инфекции мочевых путей составляют, в среднем, 3803 доллара. Экономический ущерб в ФРГ от ВБИ составляет до 0,5 млрд. марок; до 100 млн. фунтов стерлингов – в Великобритании; 10 млн. форинтов – в Венгрии, в бывшем СССР – до 150 млн. рублей [3,4,12].

В течение многих лет во многих странах мира затраты, связанные с ВБИ, были скрытыми, дополнительные расходы ложились на плечи пациентов или страховых компаний. В бывшем СССР, при традиционной системе финансирования стационаров по числу коек, расходы на ВБИ не представляли особого ущерба для администраторов больниц. Так как, сэкономив средства, руководители лечебных учреждений чаще всего не могли ими свободно распоряжаться, поэтому не были заинтересованы в анализе экономической эффективности мероприятий по профилактике внутри ВБИ [12].

В последние годы наблюдается огромный интерес к данной проблеме. Если в одних странах это объясняется бесконтрольно растущими расходами на здравоохранение, то в других, включая СНГ, подобное внимание обусловлено крайне ограниченными ресурсами, часто недостаточными для оказания качественной медицинской помощи. Так, исследования, проведенные в США, показали, что ВБИ имеют место у 5% госпитализируемых, общий экономический ущерб от этих заболеваний оценивается от 2 до 4 млрд. долларов. Стоимость программ профилактики составляет 72 млн. долларов, то есть уменьшение госпитальных инфекций на 0,4% (с 5% до 4,6%) уже полностью окупает все расходы на программу профилактики и предупреждение развития инфекций [51].

Разумеется, что помимо экономического следует, прежде всего, иметь в виду моральный ущерб, наносимый ВБИ здоровью и жизни населения. ВБИ мочевыводящих путей нередко вызывают бактериемию, септицемию, летальный исход.

Таким образом, обобщая литературные данные, можно утверждать о высокой заболеваемости ВБИ среди больных урологического стационара. Имеющиеся достоверные сведения о заболеваемости ВБИ в странах СНГ, в том числе и Таджикистане, ограничены. Проблема ВБИ в урологических стационарах в условиях активного применения малоинвазивных технологий у больных с МКБ до сих пор остаётся не решённой, требует пристального внимания и дальнейшего комплексного изучения.

Современная ситуация по ВБИ диктует необходимость совершенствования системы проведения профилактических мероприятий, как основного условия эффективного снижения заболеваемости, социальной и экономической значимости этих инфекций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зуева Л.П. Обоснование стратегии борьбы с госпитальными инфекциями и пути её реализации / Л.П.Зуева // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2000. – № 6 – С.10-13.
2. Покровский В.И. Внутрибольничные инфекции / В.И.Покровский, Н.А.Семина // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2000. – № 5. – С. 12-14.
3. Покровский В.И. Проблемы внутрибольничных инфекций / В.И.Покровский // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2000. – №2. – С. 4-9.
4. Янов Ю.К. Актуальные проблемы эпидемиологии и профилактики послеоперационных инфекций / Ю.К.Янов, И.А.Ерьюхин, А.Г.Новиков // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. – 2007. – №3. – С. 106-109.
5. Усманова Г.М. Пути совершенствования санитарно-противоэпидемического надзора и мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций в родовспомогательных учреждениях: автореф. дис. канд. мед. наук / Г.М.Усманова. – Душанбе. – 2002. – 24с.
6. Усманова Г.М. Причины возникновения и распространения внутрибольничных инфекций в хирургических и стоматологических учреждениях и их эпидемиологические особенности / Г.М.Усманова, Х.К.Рафиев, К.Н.Дабуров. – Душанбе. – 2011. – 82с.
7. Шамсиддинов А.Т. Причины возникновения и профилактики внутрибольничной инфекций в стоматологической практике: автореф. дис. канд. мед. наук / А.Т.Шамсиддинов. – Душанбе. – 2004. – 22с.
8. Послеоперационные инфекционно-воспалительные осложнения эндоскопических операций по поводу уролитиаза / Ф.А.Акилов [и др.] // Урология. – 2013. – № 1. – С. 89-91.
9. Lindsay E. Nicolle. Urinary tract in geriatric and institutionalized patients / E.Lindsay Nicolle // Current Opinion in Urology. – 2002. – №12. – P. 51-55.
10. Дворецкий Л.И. Пожилой больной и инфекции / Л.И.Дворецкий // Инфекции и антимикробная терапия. – 2002. – Т.4, №4. – С. 180-187.
11. Grady R. Urinary tract infection in childhood / R.Grady, J.Krieger // Current Opinion in Urology. – 2001. – №11. – P. 61-65.
12. Линда Тиджен. Основы инфекционного контроля / Тиджен Линда. – Нью-Йорк, 2005. – 280с.
13. The Cooperative Group of the European on nosocomial infections. A European perspective on nosocomial urinary tract infections (ESGNI 003 study) / E.Brouza [et al.] // Clin. Microbiol. Infect. – 2001. – №7 (10). – P. 523-531.



14. Intraabdominal infections treated with cefaperasone/sulbactam / V.Kremery [et al.] // 4-th Eur. Cong. Chemother. Paris. – 2002. – №7. – P. 268-271.
15. Micropatterned surfaces for reducing the risk of catheter-associated urinary tract infection: an in vitro study on the effect of sharklet micropatterned surfaces to inhibit bacterial colonization and migration of uropathogenic *Escherichia coli* / Shrivanti T.Reddy [et al.] // Journal of endourology. – 2011. – №9. – P. 1547-1552.
16. Румянцев В.Б. Опасность внутрибольничной инфекции при хирургическом лечении мочекаменной болезни / В.Б.Румянцев, Р.М.Сафаров, И.В.Филатов // В кн.: Ошибки, опасности и осложнения в диагностике и лечении урологических заболеваний. Сборник научных трудов. – М. – 2001. – С. 162-169.
17. Нозокомиальная инфекция после чрескожной нефролитотомии у детей / А.С.Саидахмедова [и др.] // Сб. трудов XI конференции молодых учёных-медиков стран СНГ / Алматы. – 2011. – С. 326-329.
18. Саркулова М.Н. Характер и этиологическая структура внутрибольничной инфекции у урологических больных / М.Н.Саркулова // Урология. – 2006. – №1. – С. 19-22.
19. Вощула В.И. Роль инфекции мочевыводящих путей в этиологии мочекаменной болезни / В.И.Вощула, А.Д.Гапоненко, В.Ю.Лелюк // Урогенитальные инфекции. Научно-практическая конференция урологов Республики Беларусь. – Минск. – 2012. – С. 105-111.
20. Доста Н.И. Инфекция мочевыводящих путей / Н.И.Доста // Урогенитальные инфекции. Научно-практическая конференция урологов Республики Беларусь.–Минск. – 2012. – С. 21-22.
21. Инфекция мочевыводящих путей у пациентов с крупными и коралловидными камнями / Н.К.Дзеранов [и др.] // Материалы XII съезда Российского общества урологов. – М. – 2012. – С. 130-131.
22. Перепанова Т.С. Российские национальные рекомендации «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов» / Т.С.Перепанова, О.И.Аполихин, Р.С.Козлов // Материалы XII съезда Российского общества урологов. – М. – 2012. – С. 148-149.
23. Резистентность возбудителей неосложнённых инфекций мочевых путей в России / В.В. Рафальский [и др.] // Урология. – 2006. – №5. – С 34-37.
24. Гавасаля Б.Р. Сравнительный анализ применения силиконовых уретральных катетеров с серебряным покрытием и без, в профилактике нозокомиальных инфекций мочевыводящих путей / Б.Р.Гавасалия, А.Г.Кочетов // Андрология и генитальная хирургия. – 2011. – № 4. – С. 51-53.
25. Международное эпидемиологическое исследование внутрибольничной инфекции почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов (PEP, PEAP-STUDY) / О.И.Аполихин [и др.] // Материалы XII съезда Российского общества урологов. – М. – 2012. – С. 122-123.
26. Коган М.И. Уроинфекции: новые взгляды на «старый» мир / М.И.Коган, Ю.Л.Набока, Х.С.Ибишев // Материалы XII съезда Российского общества урологов. М. – 2012. – С. 199.
27. Попов А.Н. Комплексное предоперационное прогнозирование развития острого пиелонефрита после перкутанной нефролитотомии: автореф. ...дис. канд. мед. наук / А.Н.Попов. – М. – 2001. – 23с.
28. Дабуров К.Н. Особенности микробного обсеменения в отделениях урологического стационара с совершенствованием мер по их снижению / К.Н.Дабуров, Ф.С.Саъдуллоев, И.Н.Нусратуллоев // Сб. трудов XI конференции молодых учёных-медиков стран СНГ / Алматы. – 2011. – С. 20-23.
29. Дабуров К.Н. Эпидемиология внутрибольничных инфекций в урологическом стационаре / К.Н.Дабуров, Ф.С.Саъдуллоев, И.Н.Нусратуллоев // Мат. съезда урологов Казахстана и Евразийского андрологического конгресса / Алматы. – 2010. – С. 88-89.
30. Johansen T.E. Nosocomially acquired urinary tract infection in urology departments. Why an international prevalence study is needed in urology / T.E.Johansen // Int. Johansen Antimicrobial Agents. – 2004. – № 23. – P. 30-34.
31. Микробный спектр мочи при декомпенсированном сахарном диабете II типа / Ю.Л.Набока [и др.] // Материалы XII съезда Российского общества урологов. М. – 2012. – С. 146-147.
32. Urinary tract infection associated with conditions causing urinary tract obstruction and stasis, excluding urolithiasis and neuropathic bladder / C.F.Heyns [et al.] // World J.Urol. – 2012. – №30. – P. 77-83.
33. Современные тенденции в профилактике и лечении нозокомиальной инфекции в урологии / А.В.Зайцев [и др.] // Фарматека, 2005. – № 4-5 (100). – С. 116.
34. Антибактериальная терапия инфекционно-воспалительных осложнений после урологических операций, вызванных высокорезистентными культурами микроорганизмов / Н.А.Лопаткин [и др.] // В кн.: Ошибки, опасности и осложнения в диагностике и лечении урологических заболеваний. – М. – 2001. – С. 153-161.



35. European perspective on nosocomial urinary tract infections II. Report on incidence, clinical characteristics and outcome (ESGNI-004 study) / E.Brouza [et al.] // *Clin. Microbiol. Infect.* – 2001. №7. – P. 532-542.
36. Hospital-acquired urinary tract infection / J.Kalsi [et al.] // *Int. J.Clin. Pract.* – 2003. – №57(5). – P. 388-391.
37. Susceptibility patterns of orally administered antimicrobials among urinary tract infection pathogens from hospitalized patients in North America: Comparison report to Europe and Latin America. Results from the SENTRY Antimicrobial Surveillance Programs 2000 / K.A.Gordon [et al.] // *Diagn. Microbiol. Infect Dis.* – 2003. – №45 (4). – P. 295-301.
38. Акылова М.А. Микробный пейзаж и антибиотико-резистентность возбудителей инфекций мочевыводящих путей / М.А.Акылова // Сб. трудов XI конференции молодых учёных-медиков стран СНГ / Алматы. – 2011. – С.15-16.
39. Выбор антимикробных препаратов при инфекции мочевыводящих путей / Т.С.Перепанова [и др.] // *Урология.* – 2012. – №2. – С. 4-8.
40. Krishna Ramaswamy. Antibiotic prophylaxis uncomplicated ureteroscopic stone treatment: is there a difference / Krishna Ramaswamy, Ojas Shah // *Journal of endourology.* – 2012. – №2. – P. 122-125.
41. Пушкарев А.М. Факторы развития госпитальной инфекции мочевых путей в послеоперационном периоде / А.М.Пушкарев // *Здравоохранение Башкортостана.* – 2001. – №5. – С. 118-122.
42. Mazzulli T. Antimicrobial resistance trends in common urinary pathogens / T.Mazzulli // *Can. J. Urol.* – 2001. – №8. – P. 2-5.
43. Синякова Л.А. Особенности микробиологической характеристики госпитальной инфекций мочевых путей у онкоурологических больных / Л.А.Синякова, И.А.Шагинян, М.Ю.Чернуха // *Материалы XII съезда Российского общества урологов.* – М. – 2012. – С. 152.
44. Prevalence and Molecular epidemiology of CTX -M Extended-Spectrum Beta-Lactamase - Producing *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae* in Russian Hospitals / M.Edelstein [et al.] // *J.Antimicrobial and Chemotherapy.* – 2003. – №47 (12). – P. 3724-3732.
45. Roberfroid M.B. Prebiotics preferential substrates for specific germs? / M.B.Roberfroid // *Amer. J.Clin. Nutr.* – 2001. – №73. – P. 406-409.
46. Багрицевич Н.В. Инфекция мочевыводящих путей: мониторинг микрофлоры как средство выбора эффективной терапии / Н.В.Багрицевич // *Урогенитальные инфекции. Научно-практическая конференция урологов Республики Беларусь.* – Минск. – 2012. – С. 20.
47. Суйенбаева С.М. Микробиологический мониторинг штаммов микроорганизмов, циркулирующих в стационаре / С.М.Суйенбаева, М.А.Акылова, С.М.Анохина // Сб. трудов XI конференции молодых учёных-медиков стран СНГ / Алматы. – 2011. – С. 53-55.
48. Дабуров К.Н. Методические подходы по оценке новых дезинфектантов и антисептиков / К.Н.Дабуров, Ф.С.Саъдуллоев, Ш.М.Тусматов // *Сборник работ II Съезда урологов Республики Беларусь.* – Минск, 2013. – С.40-41.
49. Саъдуллоев Ф.С. Методология санитарно-эпидемиологической оценки эффективности новых дезинфектантов и антисептиков в сравнении с традиционно применяемыми препаратами / Ф.С.Саъдуллоев, К.Н.Дабуров // Сб. трудов XI конференции молодых учёных-медиков стран СНГ / Алматы. – 2011. – С.44-46.
50. Эпидемиологические и дезинфектологические обоснования рационального выбора методов, средств и режимов дезинфекции и стерилизации в лечебно-профилактических учреждениях: Рекомендации для медицинских работников / М.Г.Шандала [и др.]. – М., 2006, – 39с.
51. Brachman P.S. Nosocomial infection control / P.S.Brachman // *An overview-Rev. infect. Dis.* – 2001. – Vol.3, №4. – P. 640-648.
52. Беркутов Н.П. Микробная характеристика эффективности работы установки «Поток» / Н.П.Беркутов // *Дезинфекционное дело.* – 2004, – №2. – С. 22-23.
53. Балаклиец Н.И. Биохимическая активность условно-патогенных микроорганизмов, чувствительных и устойчивых к антибиотикам и хлорамину, выделенных от здоровых и больных людей / Н.И.Балаклиец // *Антибиотики и химиотерапия.* – 2008. – Т.35, №1. – С. 14-16.
54. Булгаков В.А. Распространённость условно-патогенных микроорганизмов в лечебно-профилактических учреждениях Киева / В.А.Булгаков // *Детские инфекции.* – 2001. – №21. – С. 111-123.
55. Рафальский В.В. Влияние резистентности инфекций мочевыводящих путей на исходы антибактериальной терапии / В.В.Рафальский, Л.В.Ходневич // *Урология.* – 2008. – №4. – С. 3-9.
56. The economic burden of Hospital Acquired Infection / Plowman [et al.] // *J.Hosp. Infect.* – 2001. – №47. – P. 198-209.



Summary

Nosocomial infections and their prevention in postoperative patients with urolithiasis in urological hospital

F.S. Sadulloev

Chair of Urology Avicenna TSMU

This review presents current data of the nosocomial infections causes in patients with urolithiasis at postoperative period. However, the active use of minimally invasive techniques in patients with urolithiasis in urologic hospitals, it is still not solved, requires careful attention and further study.

The current situation on hospital infections dictates the need to improve preventive measures as the main condition for effectively reducing morbidity, social and economic importance of these infections. Addition of nosocomial infection in patients with urolithiasis at postoperative time cause of purulent-septic complications (purulent pyelonephritis, abscess postoperative wounds, urosepsis), which prolongs hospital stay with the additional costs of treatment.

Key words: nosocomial infection, urolithiasis, pyelonephritis, infection control, infection of the urinary tract

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Саъдуллоев Фарход Сангинмуродович –
аспирант кафедры урологии ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони, 59а
E-mail: dc_farkhod1982@mail.ru



Современная терапия хронического миелолейкоза

В.Ю. Мельникова, К.З. Ураков, Г.Б. Ходжиева

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В обзоре литературы представлены сведения о генетической системе тканевых антигенов HLA, их связь с болезнями, о снижении реактивности иммунной системы при хроническом миелолейкозе. Приведены данные современной терапии хронического миелолейкоза, трансплантации костного мозга, о назначении таргетного препарата первого поколения «Иматиниб» («Гливек»), о вероятности развития резистентности к этому препарату. Рассмотрены вторая генерация ингибиторов BCR-ABL-тирозинкиназы – нилотиниб, дозатиниб, вопросы качества жизни для выбора лечебных мероприятий.

Ключевые слова: хронический лейкоз, гемопоэз, бластный криз, апоптоз, ингибиторы BCR-ABL-тирозинкиназы, трансплантация стволовых клеток

Хронический миелолейкоз – опухоль, возникающая из полипотентной стволовой клетки, что обуславливает вовлечение в патологический процесс при этом заболевании клеточных элементов всех рядов гемопоэза. Подтверждает это положение наличие патогномичной для хронического миелолейкоза аномальной Ph-хромосомы почти во всех делящихся клетках миелопоэза (гранулоцитах, моноцитах, мегакариоцитах, эритрокариоцитах), а также лимфо-бластных кризиса с обнаружением Ph1-хромосомы в бластных клетках (у 88-97% больных). Приблизительно треть кризисов – лимфобластные. У остальных она присутствует в виде комплексных или вариантных транслокаций, имеющих тот же результат – слияние гена BCR (Breakpoint cluster region gene), расположенного на хромосоме 22, с геном ABL (Abelson leukemia virus gene), расположенным на хромосоме 9, с образованием химерного протеина p210, который продуцируется в результате образования большого MВСК-ABL и слияния v2-a2 или v3-a3 [1].

Все химерные протеины имеют тирозинкиназную активность, при этом на трансгенных мышах было показано, что p210 ассоциирован с более длительным латентным периодом и развитием B-, T- и миелоидных лейкозов, в отличие от p190 с коротким латентным периодом и развитием B-линейных лейкозов. Больные ХМЛ с v3-a2 имеют более длительную выживаемость, чем с v2-a2 [1].

В исследованиях Рий А.А. доказано, что развитие наследственных заболеваний, в большинстве своём, зависит от генотипа человека. Открытие одной из самых полиморфных генетических систем человеческого организма – системы тканевых антигенов HLA и последующие интенсивные иммуногенетические исследования показали тесную взаимосвязь продуктов комплекса HLA с болезнями и возможность

их использования в качестве генетических маркёров предрасположенности или резистентности к тому или иному заболеванию [2].

В клинической иммуногенетике продолжается активное изучение комплекса HLA: открываются новые гены, устанавливаются дополнительные аллельные варианты уже известных специфичностей HLA, ведётся поиск глубоких и устойчивых ассоциативных связей генов HLA и их продуктов с различными болезнями [2].

Отмечена предрасположенность к развитию лейкозов ассоциированная с генами комплекса HLA. Высокий риск развития острого и хронического лейкозов в популяции русских астраханской генногеографической зоны ассоциирован с антигенами HLA 1 класса A28, B5, B21, B35 и гаплотипами A2/B40, A2/B5, A2/B35, A28/35. Генеральные гены HLA – B5, B21 и B35 определяют повышенный риск злокачественного перерождения кроветворной ткани. Происхождение опухолевого клона из лимфоидной клеточной линии маркируется генами HLA-A10, A28 и B40. Миелоидная направленность лейкоза ассоциируется с геном HLA-A19. Аллель HLA-B7 определяет резистентность к лейкозам, а специфичность HLA-B12 является протектором лейкозов из лимфоидной клеточной линии [2].

Кирзон С.С. предлагает новые критерии оценки иммунного статуса организма в период ремиссии лимфопролиферативных заболеваний. Установлено, что клинико-гематологическая ремиссия сопровождается частичным или полным восстановлением уровня фракций гистонов, соотношения лизин-аргинин-богатых белков содержания ДНК, активности Ca, что ассоциируется с процессом элиминации неопластических клеток и обновления лимфоцитарного пула [3].



Ещё одним фактором, обуславливающим развитие онкологического заболевания, является снижение реактивности иммунной системы. С одной стороны доказано, что именно иммунодефицитное состояние определяет развитие злокачественной опухоли, с другой – накапливается всё больше сведений, что и сама опухоль индуцирует развитие иммунной супрессии, которая может проявляться в широком диапазоне. Механизмы, ответственные за нарушение функции иммунной системы, в настоящее время полностью не определены [4].

Главной целью лечения ХМЛ является элиминация Ph-позитивного лейкоэмического клона и восстановление Ph-негативного гемопоэза. До эры иматиниба основным подходом ведения пациента в хронической фазе была циторедукция путём использования, например гидроксимочевины или анагрелида, что позволяло достигать только гематологического ответа у 50-75% взрослых больных. Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) рассматривалась как единственный метод элиминации химерного онкогена BCR-ABL и излечения, однако эта процедура была доступной менее чем половине пациентов и сопряжена с достаточно высокой частотой осложнений, в т.ч. смертельных (в 10-40% случаев) [5].

Для усиленной трансплантации необходимым условием является наличие HLA-идентичного донора, что позволяет провести её лишь у 20-22% больных с вновь диагностированным ХМЛ и надеяться на излечение – только 18% пациентов. Результаты ТКМ в значительной степени зависят от стадии болезни в период её проведения. По данным Международного регистра по ТКМ, медиана выживаемости в хронической стадии составляет 66 месяцев против 44 и 19 месяцев в фазе акселерации и бластного криза [6].

Трансплантация гемопоэтической ткани после высокодозной химио-радиотерапии не позволяет полностью избежать периода глубокой нейтропении и тромбоцитопении и связанного с ними риска развития инфекционных и геморрагических осложнений. Использование донорских клеток, а также гемопоэтических колониестимулирующих факторов (Г-КСФ, ГМ-КСФ, эритропоэтина и тромбопоэтина), ускоряющих созревание клеток крови, позволяет восстанавливать гемопоэз в минимальные сроки [6,7].

В работах Сясиной Т.В. установлено, что способность клеток вступать в апоптоз и интенсивность поглощения глюкозы клетками костного мозга взаимосвязаны и значительно различаются в хронической фазе, фазе акселерации и бластного криза. Показано, что максимальная скорость апоптотических реакций и минимальное поглощение глюкозы клетками костного мозга наблюдается у больных в хронической фазе, находящихся в полной цитогенетической ремиссии [8].

Источниками получения трансплантируемых клеток являются: аллогенная трансплантация костного мозга, аллогенная трансплантация периферических стволовых клеток крови, аллогенная трансплантация ГСК пуповинной крови, аутологичная трансплантация костного мозга, аутологичная трансплантация периферических стволовых клеток крови, сингенная ТКМ (от гомозиготного близнеца) [9].

В работе Масчан М.А. и соавт. проанализирован опыт ТГСК в группе 17 пациентов с ювенильным миело-моноцитарным лейкозом. Первичное приживление достигнуто у 75% больных. Рецидив заболевания развился у 5 пациентов. Безрецидивная выживаемость составила 66±12%. Четыре пациента умерли от прогрессии основного заболевания. Общая выживаемость составила 38±13%, при медиане наблюдения 13 месяцев [10].

Скорость восстановления численности субпопуляций лимфоидных клеток зависит от целого ряда клинических факторов, характеризующих пару донор-реципиент, и протокол трансплантаций. Наибольшее значение имеют продолжительность заболевания до момента проведения трансплантации, совместимость донора и реципиента по системе антигенов HLA, источник стволовых гемопоэтических клеток, содержание лимфоцитов в трансплантате, использование иммуносупрессивных препаратов перед трансплантацией и в раннем трансплантационном периоде [9,11].

Иматиниб был разработан как таргетная (направленная) терапия для специфического ингибирования BCR-ABL-тирозинкиназы при хронических миелолейкозах, несущих филадельфийскую хромосому. Благодаря своему действию (достижение молекулярно-генетического ответа) у 80% больных, «Иматиниб» быстро стал препаратом первой линии лечения ХМЛ [5,12].

В рандомизированных исследованиях было показано использование иматиниба в хронической фазе ХМЛ, что достоверно чаще вызывает цитогенетический ответ (у 69% больных в течение 12 месяцев и у 87% – в течение 60 месяцев), который сохраняется дольше, чем при использовании интерферона-альфа. При этом пятилетняя общая выживаемость увеличилась до 90%, а прогрессия в фазах акселерации или бластного криза снизилась до 7%. Достижение цитогенетического и молекулярного ответа требует года и больше, причём использование иматиниба после констатации неэффективности интерферона-альфа даёт возможность достичь полного цитогенетического ответа только у 50% больных ХМЛ [1,13-16].

ХМЛ претерпел глубокую эволюцию в течение сравнительно короткого периода времени, начиная с аллогенной ТСК и рекомбинантного интерферона-альфа и, в последнее время, с тирозинкиназных ингибиторов. European Leukemia Net (ELN, в 2006г. и в 2009г.)



предложила дополнить рекомендации на основании новых исследований для лечения ХМЛ препаратами первой и второй линии, для правильного использования имеющихся в наличии лекарств [17].

При проведении шведского реестра CML после использования ингибиторов тиразинкинозы, медиана наблюдения составила 61 месяц, 5-летняя выживаемость составила 81% для всех зарегистрированных больных ХМЛ. Был проведен французский реестр CML больных ХМЛ с 1990 по 2007гг., 5-летняя выживаемость после приёма иманитиба увеличилась с 64% до 88% по Сокалу, сократилась смертность [18,19].

Внедрение ингибитора тирозинкиназы в клиническую практику, как освещено в работах Антипова Л.А. и Дружкова Г.А., позволило значительно улучшить результаты лечения больных в хронической фазе ХМЛ. Приоритетность иманитиба мезилата, в качестве наиболее перспективного и малотоксичного препарата первой линии терапии хронической фазы ХМЛ, обоснована высокими показателями ремиссий: полных клинико-гематологических – у 51 (92,7%), цитогенетических – у 35 (70%) и молекулярных – у 14 (58,3%) больных [20,21].

На международном форуме по вопросам лечения ХМЛ «5 лет гливека в России» были освещены различные вопросы ХМЛ. Результаты 5-летнего наблюдения за больными с ХМЛ показывают вероятность достижения ПГО в 96% [15].

Доказано, что предшествующая терапия бусульфаном и ИФ- α способствует появлению гемопоэтических нарушений, усугубляющих развитие гематологической токсичности на фоне лечения ингибиторами тирозинкиназы и приводящих к перерывам в терапии и формированию вторичной резистентности к данным препаратам [22].

Комплексный анализ гистоморфологической картины костного мозга больных ХМЛ до начала программной терапии (стандартные дозы интерферона-альфа 5МЕ/м² в день) в сочетании с малыми дозами цитазин-арабинозида (10 мг/м² 2 раза в день), 10 дней каждого месяца, позволяет с высокой долей вероятности предсказать успех терапии [23].

Результаты терапии больных в ФА ХМЛ в значительной степени зависят от степени восстановления негативного гемопоэза. В результате сопоставления клинико-гематологических параметров, выживаемости и частоты достижения ПЦО выделены неблагоприятные признаки, определяющие высокую вероятность возникновения первичной и вторичной резистентности к иматинибу. Проанализированы подходы к увеличению дозы иматиниба, проведение ПХТ и использование комбинаций иматиниба с другими цитостатическими препаратами [24,25].

Достоверное повышение концентрации маркера апоптоза – белка p53 по сравнению с группой контроля и больными ХМЛ с отрицательной динамикой на терапию гливеком является дополнительным критерием неблагоприятного течения ХМЛ и свидетельствует о большой массе опухоли, продуцирующей патологический ген BCR-ABL [26].

В исследованиях Овсянниковой Е.Г. с соавт. проводится анализ мутационного статуса у 36 больных Ph+ с ХМЛ в хронической стадии с первичной и вторичной резистентностью к терапии иматинибом. Мутации гена BCR-ABL определены методом прямого секвенирования ДНК. В результате исследования, мутации киназного домена BCR-ABL были обнаружены у 30,5% этих больных [27].

Так же, в исследованиях Виноградовой О.Ю. с соавт., из 457 больных в разных фазах ХМЛ, получающих терапию ингибиторами тирозинкиназ, выявлено 50 случаев присутствия дополнительных хромосомных аномалий в Ph+ клоне, у которых наблюдали цитогенетическую резистентность [28].

Изучение особенностей апоптоза при различных ответах на терапию гливеком даёт дополнительные пути диагностики и прогнозирования течения ХМЛ. Исследование маркеров апоптоза каспазы 9 и Fas-L в сыворотке крови больных после 18 месяцев лечения гливеком максимальной концентрации зарегистрировано с неудачей терапии [27].

Отмечается клинико-иммунологическая обоснованность эффективности и внедрения иммуномодулятора циклоферона в комплексе лечебных мероприятий у больных ХМЛ с целью профилактики и лечения инфекционно-воспалительных осложнений на фоне химиотерапии [29].

Для небольшой части больных ХМЛ, резистентным к иматинибу, разработана вторая генерация ингибиторов BCR-ABL-тирозинкиназы (нилотиниб, дозатиниб), в результате чего появился ещё один шанс для достижения ремиссии, вплоть до молекулярной [12,30].

В исследовании DASISION дозатиниб (спрайсел) продемонстрировал эффективность превосходящую эффективность иматиниба, с более высоким уровнем и более быстрым достижением молекулярного и цитогенетического ответов к 12 месяцу терапии у пациентов с впервые выявленным ХМЛ в ХФ. Спрайсел зарегистрирован для терапии ХМЛ в 27 странах Европы [31,32]. В клинических исследованиях подтверждают свою эффективность в качестве второй или третьей линии терапии ХМЛ большое количество новых препаратов – LBH589, ингибитор аврокиназы MK0457, SKY-606, ингибитор m-TOR everolimus [33].

В настоящее время одним из основных критериев эффективности проведённой терапии в онкогема-

тологии является общая выживаемость больных, которая остаётся актуальной проблемой. Общая выживаемость зависит от возрастных и клинико-гематологических особенностей течения ХМЛ, от выбора терапии, критериев эффективности лечения [34].

Вопросы качества жизни (КЖ) имеют большое значение для выбора лечебных мероприятий. На конференции Национального института рака подтверждено, что КЖ является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевого лечения после выживаемости и более важно, чем первичный ответ на терапию [35,36].

Исследование КЖ наиболее показательны на различных этапах лечения больного: на момент установления диагноза, в ходе противоопухолевой терапии, после окончания лечения. В настоящее время рекомендуют включать оценку КЖ во все онкологические клинические исследования, связанные с внедрением новых препаратов [36,37].

При анализе КЖ больных с ХМЛ в фазе акселераций на фоне терапии гливеком подтвердили высокую эффективность этого препарата через 6 месяцев – частота полных гематологических ответов достигла 59%, цитогенетических – 45%, в том числе полных (PhO) – 20% [38].

Количественный мониторинг с помощью ПЦР в реальном времени даёт дополнительную информацию о динамике минимальной остаточной (резидуальной) болезни у пациентов с ХМЛ на фоне терапии гливеком, а также позволяет усовершенствовать имеющиеся протоколы обследования больных ХМЛ с полной клинико-гематологической ремиссией и цитостатической ремиссией [39,40].

Таким образом, анализ литературных данных показывает, что современная терапия ХМЛ направлена на элиминацию Rh-позитивного лейкоэмического клона и восстановление Ph-негативного гемопоэза. Трансплантация стволовых клеток приводит к элиминации онкогена BCR-ABL, однако не все больные могут позволить себе провести эту процедуру. При раннем назначении иматиниба (гливека) в лечении ХМЛ, можно получить положительный эффект со значительным улучшением результатов лечения, однако у некоторых больных формируется резистентность к этому препарату.

У больных с отрицательной динамикой повышается концентрация маркера апоптоза – белка p53, каспазы 9 и Fas-L в сыворотке крови. «Спрайсел» – новый современный препарат – превосходит по эффективности «Иматиниб» и приводит к быстрому достижению молекулярного и патогенетического ответа. Необходимо у всех больных исследовать качество жизни до и после лечения, для получения информации о динамике заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савва Н.Н. Инновационные подходы к лечению хронического миелолейкоза у детей / Н.Н.Савва // РНПЦ детской онкологии и гематологии МЗ РБ. Медицинские новости. - 2010. - №5-6. - С.12-17.
2. Рий А.А. Клинико-диагностическое значение антигенов HLA у больных острыми и хроническими лейкозами при проспективном наблюдении: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.А.Рий. - Астрахань. - 2007. - 34с.
3. Кирзон С.С. Фенотипические, функциональные и внутриядерные характеристики иммунокомпетентных клеток при лимфопролиферативных заболеваниях: автореф. дис. ... д-ра биол. наук / С.С.Кирзон. - М. - 1992. - 266с.
4. Смирнова О.В. Особенности клинических проявлений и характеристика иммунопатогенеза больных хроническим миелолейкозом / О.В.Смирнова, В.Т.Манчук, А.А.Савченко // Сибирский онкологический журнал. - 2007. - №3 (23). - С. 16-22.
5. Simona Sovereni Choosing the Best Second-Line Tyrosine Kinase Inhibitor in Imatinib-Resistant Chronic Myeloid Leukemia Patients Harboring BCR-ABL Kinase Domain Mutations: How Reliable Is the IC50? / Simona Sovereni [et al.] // J. The Oncologist. - 2011. - V.16, - P.868-876.
6. Bornhauser M. Prophylactic transfer of BCR-ABL, PR1-, and WT1-reactive donor T cells after T cell-depleted allogeneic hematopoietic cell transplantation in patients with chronic myeloid leukemia / M.Bornhauser, Ch.Thiede, U. Platzbecker // J. of Blood. - 2011. - Vol.117. - P.7174-7184.
7. Wang Z. Graft-versus-leukemia effects of Wilms'tumor 1 protein-specific cytotoxic T lymphocytes in patients with chronic myeloid leukemia after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation / Z.Wang, D.Li, X.Huang // J. of Chin Med. - 2010. - Vol.123, №7. - P.912-916.
8. Сяпина Т.В. Особенности апоптотической активности клеток костного мозга у больных хроническим миелолейкозом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.В.Сяпина. С-Пб. - 2012. - 30с.
9. Kim F. Analysis of non-HLA genomic risk factors in HLA-matched unrelated donor hematopoietic cell transplantation for chronic myeloid leukemia / F.Kim, J.Stephanie // J. of Haematologica. - 2012. - Voll.97, №7. - P.1014-1019.
10. Масчан М.А. Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток при ювенильном миеломоноцитарном лейкозе: анализ опыта одного центра и обзор литературы / М.А.Масчан [и др.] // Онкогематология. - 2011.-№1.-С. 45-55.
11. Вавилов В.Н. Восстановление лимфоцитов периферической крови у пациентов с гематологическими заболеваниями после аллогенной



- неродственной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток: дис.... канд. мед. наук / В.Н.Вавилов. С-Пб. - 2006.-174с.
12. Ломаиа Е.Г. Хронический миелолейкоз – до и после применения иматиниба (часть 2): обзор научной литературы и практические рекомендации / Е.Г.Ломаиа, Н.С.Лазорко, Е.Саламатова // Онкогематология. - 2009.-№3.-С. 40-56.
 13. Зарицкий Е.О. Факторы прогноза при терапии иматиниба мезилатом у больных в хронической фазе рН-позитивного хронического миелолейкоза: данные многоцентрового нерандомизированного исследования в России / Е.О.Зарицкий, Е.Г.Ломаиа, О.Ю.Виноградова // Тер. Архив. - 2007. - №8. - С.17-22.
 14. Куцев С.И. Мониторинг в терапии хронического миелолейкоза иматинибом / С.И.Куцев, О.С.Оксенюк // Клиническая онкогематология. -2009.-№3.-Том 2.-С.225-231.
 15. Туркина А.Г. Цитогенетический ответ – маркер эффективности терапии ингибитор BCR-ABL-тирозинкиназы (гливек) у больных хроническим миелолейкозом / А.Г.Туркина, С.С.Круглов, Г.А.Дружкова // Тер. Архив. - 2005. - №7. - С.42-47.
 16. Kantarjia H. Improved survival in Chronic Myeloid Leukemia since the introduction of imatinib therapy: a single- institution historical experience / H.Kantarjia, S.O.Brien, E.Jabbour // J. of Blood. - 2012. - Voll.119, №9. - P. 1981-1988.
 17. Baccarani M. European Leukemia Net recommendations for the management of chronic myeloid leukemia / M.Baccarani, M.W.Deininger, G.Rosti // J. of Blood. - 2013. - Vol.122, №6. - P.872-884.
 18. Corm S. Changes in the dynamics of the excess mortality rate in chronic phase-chronic myeloid leukemia over 1990-2007: a population study / S.Corm. - PubMed. - Blood. – 2011.
 19. Marti-Carvagal A.J. Treatment for disseminated intravascular coagulation in patients with acute and chronic leukemia (Review) / A.J.Marti-Carvagal [et al.] // The Cochrane Library. - 2011. - Issue 6. - P. 1-5.
 20. Антипова Л.А. Долгосрочные результаты применения иматиниба (гливек) в лечении больных хроническим миелолейкозом в фазе акселерации / Л.А.Антипова, С.С.Лория, С.В.Семочкин, А.Г.Румянцев // Онкогематология. - 2009.-№1.-С. 14-20.
 21. Дружкова Г.А. Ингибитор bcr-abl-тирозинкиназы в лечении больных хроническим миелолейкозом, резистентных к интерферону-а: автореф. дис.... канд. мед. наук / Г.А.Дружкова // М. - 2005. - 37с.
 22. Гранкина Е.А. Непереносимость терапии ингибиторами тирозинкиназ у больных хроническим миелолейкозом: автореф. дис.... канд. мед. наук / Е.А. Гранкина. - М. - 2013. - 23с.
 23. Кумас С.М. Оценка эффективности интерферонотерапии при хроническом миелолейкозе по данным гистоморфологического исследования: автореф. дис.... канд. мед. наук / С.М.Кумас. -М. - 2002. -55с.
 24. Круглов С.С. Резистентность к ингибитору тирозинкиназы BCR-ABL у больных в фазе акселерации миелолейкоза: автореф. дис.... канд. мед. наук / С.С.Круглов. - М.- 2006.- 56с.
 25. Liang Wang Evolution of T-cell clonality in a patient with Ph-negative acute lymphocytic leukemia occurring after interferon and imatinib therapy for Ph-positive chronic myeloid leukemia / Liang Wang, Kanger Zhu // J. of Hematology & Oncology. - 2010. - Voll.3, № 14. - P.1-7.
 26. Сарсенгалиева А.К. Хронический миелолейкоз – современный взгляд на патогенетические механизмы, диагностику, лечение и мониторинг терапии / А.К.Сарсенгалиева, Л.В.Заклякова, Е.Г.Овсянникова, Д.А.Луев // Астраханский медицинский журнал. - 2010.-Т.5.-№3.- С.14-19.
 27. Овсянникова Е.Г. Мутационный статус резистентных к иматинибу больных хроническим миелолейкозом / Е.Г.Овсянникова, К.Д.Капланов, Т.Ю.Клиточенко // Онкогематология. - 2012. - №4. - С.16-24.
 28. Виноградова О.Ю. Влияние различных хромосомных аномалий в РН- позитивных клетках костного мозга на течение хронического миелолейкоза при терапии ингибиторами тирозинкиназ / О.Ю.Виноградова, Е.А.Асеева, А.В.Воронцова // Онкогематология. - 2012. - №4. - С.24-35.
 29. Ханова М.Е. Клинико-иммунологическое обоснование применения циклоферона в комплексном лечении больных хроническим миелолейкозом: дис.... канд. мед. наук / М.Е.Ханова. - Уфа.-2005.-130с.
 30. Gado K. Long lasting complete molecular remission after suspending dasatinib treatment in chronic myeloid leukemia / K.Gado [et al.] // Experimental Hematology & Oncology 2012, 1
 31. Липтон Д.Х. Рекомендации по лечению больных хроническим миелолейкозом с резистентностью к иматинибу или его непереносимостью с помощью ингибитора киназы препарата «Спрайсел» / Д.Х.Липтон [и др.] // Клиническая онкогематология 2009.-№4.-Том 2.-С.238-241.
 32. Спрайсел одобрен в России для взрослых пациентов с впервые выявленным хроническим миелоидным лейкозом / Онкогематология. -№1.- 2011.-С.85-86. Информационный выпуск Bristol-Myers Squibb.
 33. Mealing S. The relative efficacy of imatinib, dasatinib and andnilotinib for newly diagnosed chronic myeloid leukemia: a systematic review and network meta-analysis / S.Mealing [at al.] // Experimental Hematology & Oncology. - 2013. - Vol.2. - №5



34. Поп В.П. Выживаемость больных хроническими миелопролиферативными заболеваниями в зависимости от клинико-гематологических особенностей течения и выбора терапии: дис.... канд. мед. наук / В.П.Поп // М. - 2003.-138с.
35. Мещерякова Л.М. Лечение и качество жизни больных первичным миелофиброзом / Л.М.Мещерякова, О.В.Пороткова, Л.Г.Ковалёва // Онкогематология. - 2012. - №2. -С. 6-13.
36. Новик А.А. Исследование качества жизни в онкогематологии /А.А.Новик, Т.И.Ионова // Клиническая онкогематология. - 2008.- Том 1. -№2. -С. 168-173.
37. Грицаи Л.Н. Качество жизни больных с лимфомами и острыми лейкозами: автореф. дис...канд. мед. наук / Л.Н.Грицаи. Новосибирск. - 2007.-30с.
38. Семочкин С.В. Анализ качества жизни больных хроническим миелолейкозом в фазе акселерации на фоне терапии гливеком / С.В.Семочкин, С.С.Лория, Е.С.Курова // Детская онкология и гематология. - 2002.- Том 4.- №2. - 45с.
39. Чельшаева Е.Ю. Мониторинг минимальной остаточной болезни у больных хроническим миелолейкозом: клиническое значение полимеразной цепной реакции в режиме реального времени / Е.Ю.Чельшаева [и др.] // Тер. Архив. - 2007. - №4. - С. 49-53.
40. Junia V. Melo Minimal Residual Disease and Discontinuation of Therapy in Chronic Myeloid Leukemia: Can We Aim at a Cure? / V.Junia Melo, M.David Ross // Hematology. - 2011.-P.136-142.

Summary

Modern therapy of chronic myeloid leukemia

V.Y. Melnikova, K.Z. Urakov, G.B. Khojjeva
Chair of Internal Medicine №3 Avicenna TSMU

This review presents findings on the genetic system of tissue antigens HLA, their relation to disease, on reducing the reactivity of immune system in chronic myelogenous leukemia. The data of modern therapy of chronic myeloid leukemia, bone marrow transplant, the appointment of first-generation targeted therapy Imatinib (Glivec), on developing resistance to the drug. Second generation BCR-ABL inhibitors, tyrosine kinase – Nilotinib, Dozatinib, quality of life for choice of therapeutic measures were seen.

Key words: chronic leukemia, hematopoiesis, blast crisis, apoptosis inhibitors, BCR-ABL tyrosine kinase, stem cell transplantation

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ходжиева Гулнора Бобоевна –
доцент кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, пр.И.Сомони, 59
E-mail: gboboevna@mail.ru

Юбилейные даты

Академику Г.К. Мироджову – 70 лет

12 октября 2014 года исполняется 70 лет со дня рождения академика АН РТ и АМН Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, доктора медицинских наук, профессора, Лауреата премии АН Республики Таджикистан им. Е.Н. Павловского, научного консультанта ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ и СЗН Республики Таджикистан Гиёсудина Кудбудиновича Мироджова.

После окончания лечебного факультета Таджикского госмединститута им. Абуали ибни Сино в 1968 г. был направлен в аспирантуру в I Московский медицинский институт им. И.М. Сеченова. В 1971 г., после защиты кандидатской диссертации, вернулся в Институт гастроэнтерологии АН Республики Таджикистан и работал старшим научным сотрудником, а затем – с ноября 1972 г. по январь 1995 г. – заместителем директора по науке. С 1995 по 1999гг. – начальником Управления Минздрава Республики Таджикистан, а с 2000 по 2013гг. – директором Института гастро-энтерологии АН Республики Таджикистан. С 2009 по 2011гг. работал президентом АМН Республики Таджикистан.

В годы работы в Институте гастроэнтерологии Г.К. Мироджов активно включился в разработку актуальных проблем алкогольных поражений печени. Исследования, проведённые Г.К. Мироджовым, показали, что алкоголь вызывает не только развитие стеатоза печени, но может стать причиной острого и хронического гепатита, цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. Г.К. Мироджовым были изучены особенности образования алкогольного гиалина (тельца Меллори) и его роль в подключении аутоиммунного компонента, который становится фактором прогрессирования алкогольных поражений печени. Им было доказано, что появление алкогольного гиалина является признаком тяжести поражения печени.

Г.К. Мироджовым выделен особый вариант алкогольного фиброза печени, названного центральным гиалиновым склерозом, который может стать причиной быстротечного варианта цирроза печени.





Не менее важные исследования проведены Г.К. Мироджовым по проблеме вирусных поражений печени. Впервые в бывшем Союзе он разработал методы выявления маркёров вирусов гепатита В, D и С в ткани печени. Он установил, что «мастовесте-кловидные» гепатоциты содержат HBsAg, наличие этого антигена можно доказать с помощью специальных гистохимических и иммуногистохимических методов исследования. Одновременно Г.К. Мироджов показал, что «песочные» ядра, обнаруженные в пунктах печени, свидетельствуют о наличии вируса либо D, либо С, а их дифференциация осуществляется иммуногистохимическими методами.

Впервые Г.К. Мироджовым выделены клиничко-морфологические особенности хронического гепатита D-вирусной этиологии. Он показал, что алкогольные гепатиты и циррозы по своим клиничко-биохимическим и морфологическим особенностям отличаются от вирусных гепатитов и циррозов печени.

Эти научные результаты легли в основу его докторской диссертации, которая была защищена в 1981 году, на тему «Сравнительная морфология и морфогенез алкогольных и вирусных поражений печени» на специализированном Учёном совете I Московского медицинского института им. И.М. Сеченова.

Важный вклад Г.К. Мироджов внёс в изучение одной из важных проблем современной гепатологии – фиброзы печени. Он совместно с академиком Х.Х. Мансуровым, впервые в бывшем Союзе, описал клиничко-морфологические особенности врождённого фиброза печени и гепатопортального склероза.

Важный вклад Г.К. Мироджов внёс в изучение сочетанных вирусных (HBV+HDV+HCV) поражений печени. Согласно его исследованиям, при инфицировании тремя вирусами не всегда наблюдается одновременное их размножение. При инфицировании вирусом В и С довольно часто подавляется репликация вируса В (отсутствует ДНК вируса В) в крови. Крайне редко наблюдается одновременная репликация всех трёх вирусов. На основании этих научных результатов разработана дифференцированная противовирусная терапия хронических гепатитов и циррозов печени смешанной вирусной этиологии. Эти исследования были представлены на заседаниях Российской гастроэнтерологической недели и отражены в монографии «Клинические очерки по гепатологии и гастроэнтерологии», написанной совместно с Х.Х. Мансуровым и Ф.Х. Мансуровой, и изданной в 2006 году.

В последние годы Г.К. Мироджов особое внимание уделяет осложнениям цирроза печени – кровотечению, энцефалопатии и гепатоцеллюлярной карциноме.

Энцефалопатия является одним из грозных осложнений цирроза печени, а крайняя её степень – печёночная кома, становится в 98% случаев причиной летального исхода.

Исследования, проведённые в последнее время, позволили разработать консервативный метод введения больных из состояния печёночной комы. Очищение желудочно-кишечного тракта путём введения лактулозы с помощью специального зонда, установленного в желудке, и очистительной клизмы с лактулозой (300 мл+вода 700 мл) один раз в сутки; введением препаратов, подавляющих активность H.Pylori, а также назначением Гепа-Мерца по 40 мг в/в на фоне базисной терапии, может вывести больного из состояния печёночной комы. Данная разработка также была защищена патентом Республики Таджикистан.

Совместно с учёными Великобритании ведутся интенсивные исследования по разработке новых современных методов ранней диагностики гепатоцеллюлярной карциномы. Установлено, что при воздействии на мочу больных высоким магнитным полем появляются специфические метаболиты, указывающие на перерождение нескольких клеток печени в раковые. Естественно, подобный ограниченный рак можно лечить только консервативно.

В настоящее время, под руководством Г.К. Мироджова разрабатываются несколько противовирусных («процинк», «гепатоман») и ряд гиполипидемических препаратов, которые защищены патентами Республики Таджикистан.

Во время эпидемии гелиотропной дистрофии печени, имевшей место в некоторых районах Хатлонской области, он активно участвовал в изучении клиничко-морфологических особенностей этого заболевания. Им было установлено, что гелиотрин, как сосудистый яд, поражает, прежде всего микроциркуляторное русло внутренних органов, особенно печени. Эти исследования отражены в монографии «Гелиотропная гепатоангиопатия (болезнь Мирочника-Мансурова)», написанной совместно с Х.Х. Мансуровым и Ф.Х. Мансуровой. Данная работа была удостоена премии АН Республики Таджикистан им. Е.Н. Павловского.

Важные исследования проведены по проблеме «Хеликобактер пилори и его роль в патогенезе хронического гастрита и язвенной болезни у жителей различных регионов республики - аридной зоны и высокогорья». Эти исследования отражены в монографии «Инвазия Helicobacter pylori и гастродуоденальная патология» изданной в 2012 году.



В 1991 году Г.К. Мироджов был избран членом-корреспондентом АН Республики Таджикистан по специальности «гастроэнтерология». Он автор более 360 научных работ, в том числе 6 монографий. Большинство работ Г.К. Мироджова опубликовано в ведущих научно-медицинских журналах России – «Терапевтический архив», «Клиническая медицина», «Российский журнал гепатологии, гастроэнтерологии и колопроктологии», «Архив патологии» и Таджикистана – «Проблемы гастроэнтерологии», «Доклады АН Республики Таджикистан», «Известия АН Республики Таджикистан. Отделение биологических и медицинских наук».

Академик Мироджов Г.К. неоднократно представлял таджикскую школу гастроэнтерологов на разных международных конгрессах и симпозиумах – в г. Ленинграде (1974, 1978, 1982, 1988), в Санкт-Петербурге (1995), в Москве (1996-2013), в Киргизии (1996), в Туркменинии (1996), в ГДР (1988), в Болгарии (1989), в Австрии (г. Баден, 1996, 1998), в Италии (1999), в Шотландии (1999), в Польше (2000), в Индонезии (2001). В 1989 г. был избран почётным членом Ассоциации гастроэнтерологов Болгарии.

В 2011 году посетил клинику проф. Х. Блюма в г. Фрайбурге (Германия) для ознакомления с деятельностью гепатологического центра и налаживания научных контактов с медицинским факультетом Фрайбургского Университета, а в 2012 году – клинику проф. Саймона Томсон-Робинсона в г. Лондоне (Англия) для проведения совместных исследований в Имперском колледже по проблеме гепатоцеллюлярной карциномы. Академик Г.К. Мироджов автор 360 научных работ и 6 монографий, большинство из которых опубликованы в ведущих научно-медицинских журналах Таджикистана, России и дальнего зарубежья. Под его руководством защищены 17 кандидатских и 4 докторских диссертаций. Одновременно является научным консультантом и руководителем 3 докторских и 5 кандидатских диссертаций, которые успешно выполняются.

В 1999 г. ему присвоено почётное звание «Заслуженного деятеля науки и техники». В 2001 году избран действительным членом (академиком) и членом Президиума АН Республики Таджикистан. С 2009-2011 гг. являлся Президентом Академии медицинских наук при Министерстве здравоохранения Республики Таджикистан.

Г.К. Мироджов ведёт большую общественную работу: является заместителем главного редактора журнала «Проблемы гастроэнтерологии»; членом редколлегии журнала «Здравоохранение Таджикистана», «Доклады АН Республики Таджикистан», «Известия АН Республики Таджикистан. Отделение биологических и медицинских наук», «Вестник АМН Таджикистана»; заместителем председателя Диссертационного совета по защите докторских и кандидатских диссертаций по специальности «Гастроэнтерология» при Институте гастроэнтерологии АМН Министерства здравоохранения Республики Таджикистан и членом Диссертационного совета по защите докторских диссертаций по специальности «Внутренние болезни» при ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Академик Г.К. Мироджов встречает свой юбилей в полном расцвете творческих сил и энергии. Сердечно поздравляем крупного учёного в области гастроэнтерологии Гиёсудина Кудбудиновича с 70-летием и желаем ему отменного здоровья, долголетия и новых творческих успехов на благо таджикской науки и медицины.

*Ректорат ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
редакция научно-медицинского
рецензируемого
журнала «Вестник Авиценны»
(«Паёми Сино»)*



Профессору А.В. Гулину – 65 лет

*Да будет жизнь твоя для всех других – отрадой,
Дари себя другим как гроздь винограда.*

Эти прекрасные слова великого Насыра Хисрава можно отнести к выпускнику Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино (Авиценны), заведующему кафедрой медико-биологических дисциплин Липецкого государственного педагогического университета, доктору медицинских наук, профессору Гулину Александру Владимировичу, который в пору золотой осени отмечает свой юбилейный день рождения, ему исполняется 65 лет!



Александр Владимирович родился 30 октября 1949 года в семье военнослужащего в г.Ленинабаде (ныне Худжанд) Таджикской ССР. В своей жизни Александр Владимирович следовал завету великого А. Фирдавси:

***Стремись к наукам, познавай их суть,
В учении трудолюбивым будь.***

В 1973 году он с отличием окончил Таджикский государственный медицинский институт (ТГМИ) им. Абуали ибни Сино. После окончания клинической ординатуры в 1975г., А.В. Гулин работает ассистентом на кафедре медицинской химии в ТГМИ. В 1982г. защищает кандидатскую диссертацию, а в 1990г. – докторскую. В 1986г. А.В. Гулина назначают заместителем председателя Ученого медицинского Совета Минздрава Таджикской ССР, а в 1988г. избирают на должность заведующего ЦНИЛом. С 1990г. А.В. Гулин заместитель директора по науке Научного Центра региональных проблем питания АМН СССР, а с 1992 – Института питания Министерства пищевой и перерабатывающей промышленности Республики Таджикистан и профессор кафедры анатомии и физиологии Таджикского института физической культуры. Он является одним из основателей нутрициологии в Таджикистане. При его непосредственном участии



в 1990г. в Республике Таджикистан был организован Институт питания, который стал центром комплексных исследований, охватывающих широкий круг проблем, биохимии, иммунологии, гигиены и физиологии питания, а также диетопрофилактики и диетотерапии.

В конце 1994г. по направлению Министерства образования России А.В. Гулин приезжает в г.Липецк, на работу в государственный университет, где основывает кафедру медико-биологических дисциплин, которую возглавляет по настоящее время. К числу фундаментальных направлений, разработанных А.В. Гулиным и его сотрудниками, относятся исследования физического развития, фактического питания, пищевого статуса и здоровья молодёжи, тесно увязанные с адаптацией студентов к процессу обучения в высшей школе. Им разработана концепция развития нарушений мужской и женской репродукции среди различных групп населения, проживающих в условиях экологически неблагоприятного региона. Исследования в этой области дали возможность вносить коррективы в современную систему профилактики и лечения нарушений мужской и женской фертильности.

А.В. Гулиным в научно-исследовательский процесс внедрены методы неинвазивного исследования, позволяющие проводить экспериментальные работы бескровным методом в условиях реальной деятельности. Это позволило изучить особенности адаптации металлургов к трудовому процессу и дать интегральную оценку функциональных резервов и профессионального здоровья авиационных специалистов.

Профессор А.В. Гулин основал принципиально новое и фундаментальное по своему значению научное направление, определяемое как метод системной мобилизации организма стопой (СМОС) и вместе с сотрудниками научно обосновал метод СМОС как новый способ оздоровительно-профилактического воздействия на организм человека.

Им опубликовано более 550 научных работ, в том числе 5 монографий, 26 патентов на изобретение и 40 методических рекомендаций, пособий и учебников. Некоторые из них переведены на английский и французский языки и широко используются при подготовке иностранных специалистов, обучающихся в вузах РФ. Научные труды А.В. Гулина и его школы получили широкое признание, как в нашей стране, так и за рубежом.

За время работы профессором А.В. Гулиным подготовлено более 20 кандидатов наук и докторов наук, среди которых не только выпускники вузов России, но и медики из Таджикистана, а также граждане из стран Ближнего Востока и Африки. В течение всех лет, после отъезда из Таджикистана, А.В. Гулин не

терял связь со своей Родиной. Он является членом диссертационного Совета при Институте химии им. В.И. Никитина АН Республики Таджикистан, на основе долгосрочного договора его связывают совместные научные исследования с кафедрой нормальной физиологии ТГМУ, а также с лабораторией фармакологии Института химии АН РТ, проводимые в рамках Международных научных исследований СНГ.

Много сил и энергии А.В. Гулин отдаёт общественной деятельности. Он неоднократно избирался в региональный парламент и, работая заместителем председателя комитета по науке, образованию, делам семьи, спорту и молодёжи уделял большое внимание заявлениям, обращениям и жалобам граждан, а также законотворческой работе.

А.В. Гулин является мастером спорта СССР, судьёй Всесоюзной категории. За подготовку высококвалифицированных спортивных кадров и их успешное выступление на чемпионатах Европы, Мира, Олимпийских играх ему было присвоено звание «Заслуженный тренер Республики Таджикистан». А.В. Гулин – отличник здравоохранения СССР, врач высшей категории, Почётный работник науки и техники РФ, Почётный работник высшего профессионального образования Российской Федерации, награждён Почётной грамотой Таджикского Республиканского общества изобретателей и рационализаторов.

Родившись в Республике Таджикистан, Александр Владимирович и по сей день следует завету великого основоположника таджикско-персидской литературы Абуабдулло Рудаки:

***Мир подобен океану, строй из добрых дел ладью,
И тогда его спокойно и легко переплывёшь.***

***Ф.А. Шукуров,
доктор медицинских наук, профессор
заведующий кафедрой нормальной физиологии
ТГМУ им. Абуали ибни Сино***

***Ректорат ТГМУ им.Абуали
ибни Сино, коллектив научно-
медицинского рецензируемого
журнала «Вестник Авиценны»
(«Паёми Сино») сердечно
поздравляют профессора
Александра Владимировича Гулина
с юбилейным днём рождения и
желают ему крепкого здоровья,
оптимизма, неиссякаемой
жизненной энергии и дальнейших
творческих успехов.***



Профессору Н.И. Базарову – 60 лет

1 апреля текущего года исполнилось 60 лет со дня рождения известного учёного-онколога, заведующего кафедрой онкологии Таджикского государственного медицинского университета (ТГМУ) им. Абуали ибни Сино, доктора медицинских наук, профессора Негмата Исмаиловича Базарова.



Негмат Исмаилович Базаров по национальности таджик, родился 1 апреля 1954 года в г.Денау Сурхандарьинской области Узбекской ССР (ныне Республика Узбекистан). В 1971 году, после окончания средней школы, поступил на лечебный факультет Таджикского государственного медицинского института (ТГМИ) им. Абуали ибни Сино г.Душанбе.

После окончания лечебного факультета, с 1977 по 1981 гг. работал хирургом-онкологом со специализацией в области головы и шеи в Республиканском клиническом онкологическом диспансере (РКОД) г.Душанбе. В 1981г. на конкурсной основе поступил в клиническую ординатуру на кафедру ЛОР-болезней Центрального ордена Ленина Института усовершенствования врачей (ЦОЛИУВ) г.Москвы, которую в 1983 году досрочно окончил с освоением органосохраняющих операций у ЛОР-онкологических больных под руководством профессора Погосова В.С., который, учитывая склонности к научной деятельности Базарова Н.И., рекомендовал его для поступления в аспирантуру. Предложение поддержали члены Большого учёного совета ЦОЛИУВ. По возвращении в г.Душанбе в 1983 году, в связи с открытием стоматологического факультета при ТГМИ им.Абуали ибни Сино, Негмат Исмаилович был приглашён в качестве ассистента для преподавания онкостоматологии на кафедру хирургической стоматологии на базе РКОД.

Профессор Н.И.Базаров одним из первых в Советском Союзе стал преподавать онкологию студентам стоматологического факультета в стенах РКОД г.Душанбе, что позволило студентам, клиническим ординаторам, курсантам УСО повысить уровень знаний по диагностике, лечению, профилактике онкологических больных, а также онкологическую настороженность среди выпускников.



Учитывая склонности Базарова Н.И. к научной работе, сотрудники кафедры хирургической стоматологии ТГМИ им.Абуали ибни Сино единогласно рекомендовали его в целевую аспирантуру в г.Киев. В 1987 году Н.И. Базаров, на конкурсной основе, поступил в аспирантуру на кафедру хирургической стоматологии Киевского медицинского института им. академика А.А. Богомольца. За короткий период им в отделении челюстно-лицевой хирургии впервые были внедрены в клиническую практику хирургии люминесцентная микроскопия и углекислотный лазер, как десекционное средство, при различных заболеваниях челюстно-лицевой области и шеи (ЗЧЛОШ), для диагностики, оценки степени радикальности удаления опухолей, опухолеподобных, воспалительных и других процессов. Итогом кропотливой работы Н.И. Базарова стала успешная защита в 1990г. кандидатской диссертации на тему: «Диагностика и оценка эффективности лечения опухолей челюстно-лицевой области» (научный руководитель – профессор Ю.И. Бернадский, консультант – профессор В.Д. Дышловой).

Возвратился в г.Душанбе и до 1993 года работал ассистентом кафедры хирургической стоматологии ТГМУ им.Абуали ибни Сино, а с 1994г. начал работать доцентом кафедры онкологии ТГМУ им.Абуали ибни Сино. За короткий период работы на кафедре онкологии ТГМУ – с 1993 по 1997гг., доцент Базаров Н.И. впервые, на основе анализа архивного материала 1101 больного с опухолями челюстно-лицевой области и шеи (ОЧЛОШ), по данным обращаемости в Республиканский онкологический центр (РОЦ) г.Душанбе, Республики Таджикистан, установил частоту заболеваемости, ситуационную эпидемиологию, морфологическую структуру, стадию, эффективность традиционных методов лечения и осложнений. На основе диагностики и лечения (с применением люминесцентной микроскопии, иммунологических исследований, терапевтических, хирургических лазеров), проспективного материала 447 пациентов с ОЧЛОШ в онкологическую клиническую практику было внедрено более 30 способов оптимизации диагностики, оценки эффективности лечения, реконструктивно-восстановительных операций, которые защищены рационализаторскими предложениями и одним изобретением. Все вышеприведённые научные факты легли в основу докторской диссертации Базарова Н.И. «Клиника, диагностика и пути оптимизации лечения опухолей челюстно-лицевой области и шеи», успешно защищённой в 1997году.

В 1999 году Базаров Н.И. был избран на должность профессора кафедры онкологии. В сентябре 2008 года профессор Н.И.Базаров на конкурсной основе был избран на должность заведующего кафедрой онкологии ТГМУ.

В итоге всей трудовой деятельности учёным, врачом, хирургом-онкологом – Базаровым Н.И. написано более 300 научно-методических публикаций, 3 монографии изданы 2 изобретения, 68 рационализаторских предложений, 201 статья, 84 тезиса, 19 учебно-методических рекомендаций, 4 программы для студентов и одно руководство к практическим занятиям по опухолям головы и шеи. Он является соавтором руководств «Протоколы диагностики и лечения злокачественных новообразований» (Душанбе, 2009г.); «Руководство по клинической онкологии» (Душанбе, 2012); руководство по клинической онкологии. Часть 1 «Опухоли челюстно-лицевой области и шеи» (Душанбе, 2013).

Профессор Н.И.Базаров является членом редакционного совета журнала «Здравоохранение Таджикистана», заместителем председателя межкафедральной комиссии по хирургическим дисциплинам ТГМУ и активным членом диссертационных советов ВАК РФ при ТГМУ по онкологии-гинекологии, эпидемиологии-стоматологии, хирургии. Под руководством профессора Н.И.Базарова защищены 3 кандидатские диссертации. Им в хирургическую лечебную практику онкологии внедрены сложные операции на голове, основании черепа, шее и других локализациях. В 2009г. профессор Н.И. Базаров удостоен нагрудного знака «Отличник здравоохранения Республики Таджикистан».

В своём научном труде «История онкологии Таджикистана» корифей онкологов РТ – профессор Б.П.Ахмедов (2010) характеризует профессора Н.И.Базарова как эрудированного, талантливого, трудолюбивого, целеустремлённого человека, удивительно цельную, многогранную личность. Также он отмечает, что профессор Н.И.Базаров скромный по натуре, полностью лишённый амбиций, замечательный учёный, простой и человечный в общении с людьми, чуткий, отзывчивый к чужому горю. Кроме этого, профессор Н.И.Базаров является человеком в высшей степени порядочным, принципиальным, которому можно доверять, он никогда не обманет, не предаст.

**Ректорат ТГМУ им.Абуали ибни Сино,
сотрудники кафедры онкологии ТГМУ
и творческий коллектив редакции
научно-медицинского рецензируемого
журнала «Вестник Авиценны» («Паёми
Сино») искренне поздравляют
профессора Н.И.Базарова с 60-летием!
Желаем Негмату Исмаиловичу
всех жизненных благ и дальнейшей
плодотворной творческой
деятельности.**



Правила приёма статей

При направлении статьи в редакцию журнала «Вестник Авиценны» («Паёми Сино») автору необходимо строго соблюдать следующие ПРАВИЛА:

1. Статья должна быть набрана на компьютере с использованием программы MS Word 2007; шрифтом 12 Times New Roman, через 1,5 интервала и распечатана в двух экземплярах на одной стороне листа с обязательным представлением электронной версии статьи на компакт-диске (CD).
2. В начале указываются название статьи, инициалы и фамилия автора, юридическое название учреждения. Если количество авторов больше 5, то необходимо указать долевое участие каждого из них в данной статье.
3. **Оригинальная статья** должна включать следующие разделы: реферат (резюме), ключевые слова (от 2 до 5 слов), актуальность (объёмом не более 1/2 страницы) или введение, цель, материал и методы, результаты и их обсуждение, выводы, список литературы, адрес для корреспонденции. Её объём не должен превышать 5-8 страниц. Реферат (резюме) должен отражать в сжатой форме содержание статьи. Также необходимо предоставить резюме и ключевые слова на английском языке.
4. Все формулы должны быть тщательно выверены. При наличии большого количества цифровых данных, они должны быть сведены в таблице.
5. Иллюстрации должны быть чёткими, конкретными, с обязательным пояснением и нумерационным (буквенным или цифровым) обозначением в подписаных подрисунках.
6. Список литературы для оригинальных статей должен включать не более 20 названий. Нумерация источников литературы определяется порядком их цитирования в тексте. За правильность данных ответственность несут только авторы.
7. Адрес для корреспонденции включает: место работы и должность автора, адрес, контактный телефон и электронную почту.
8. **Обзорная статья** должна быть написана ёмко, ясно и конкретно. Литературная справка должна содержать сведения, относящиеся только к обсуждаемому вопросу. Её объём не должен превышать 12 страниц.
9. Библиографические ссылки для обзорных статей необходимо оформлять в соответствии с правилами ГОСТа 7.1-2003 и должны включать не более 50 названий. В тексте они должны указываться цифрами в квадратных скобках.
10. **Статьи, посвящённые описанию клинических наблюдений** не должны превышать 5 страниц и не более 10 ссылок. Клиническое наблюдение - небольшое оригинальное исследование или интересный случай из практики.
11. Следует соблюдать правописание, принятое в журнале, в частности, обязательное обозначение буквы «ё» в необходимых местах текста.
12. Рецензии на статьи будут оцениваться по карте рецензии рукописи. Рецензент несёт ответственность за рецензируемую работу.
13. Статья должна быть заверена руководителем учреждения или кафедры и иметь направление научной части ТГМУ.
14. В одном номере журнала может быть опубликовано не более 2-х работ одного автора.
15. Плата с аспирантов за публикацию рукописей не взимается.
16. Ранее опубликованные в других изданиях статьи не принимаются.
17. Редакция оставляет за собой право на рецензирование и редактирование статьи.

Статью следует направлять по адресу: 734025, Республика Таджикистан,
г. Душанбе, пр. Рудаки - 139, ТГМУ имени Абуали ибни Сино, главный корпус,
редакция журнала «Вестник Авиценны» («Паёми Сино»)

Сдано в печать 25.09.2014 г. Подписано к печати 29.09.2014 г.
Печать офсетная. Бумага офсетная. Формат 60x84 1/8. 9,75 печатный лист
Заказ №39. Тираж 300 экз.

Отпечатано в типографии ООО «Континент.tj»
г. Душанбе, ул. Дехлави - 24